



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO-HUMANISTA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**Prevalencia del síndrome burnout en cuidadores formales e informales,
dedicadas al cuidado de personas de la tercera edad localizadas en la
parroquia San Juan de Quito provincia de Pichincha, durante el periodo
2017-2018**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Rodríguez Sagnay, Analía Tatiana

DIRECTORA: Andrade Quizhpe, Livia Isabel

CENTRO UNIVERSITARIO SAN RAFAEL

2019



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

2019

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgtr.

Andrade Quizhpe Livia Isabel

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación **“Prevalencia del síndrome burnout en cuidadores formales e informales, dedicadas al cuidado de personas de la tercera edad localizadas en la parroquia San Juan de Quito provincia de Pichincha, durante el periodo 2017-2018”** realizado por Analía Tatiana Rodríguez Sagnay, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja enero de 2019

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Analía Tatiana Rodríguez Sagnay declaro ser autora del presente trabajo de titulación: **“Prevalencia del síndrome burnout en cuidadores formales e informales, dedicadas al cuidado de personas de la tercera edad localizadas en la parroquia San Juan de Quito provincia de Pichincha, durante el periodo 2017-2018”** de la titulación de psicología siendo Mgtr. Andrade Quizhpe Livia Isabel directora 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 de investigación, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f)

Analía Tatiana Rodríguez Sagnay

1718825191

DEDICATORIA

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo en la carrera, es simplemente único. A pesar de las dificultades que nos ha puesto la vida, siempre han estado ahí, acompañándome, aconsejándome, motivándome a ser siempre mejor.

Este trabajo de titulación se la dedico a ti madre, por siempre impulsarme a ser una mejor persona, profesional, madre y esposa. A ti padre, que con tus consejos y disciplina has sabido ayudarme y permitirme estar cumpliendo esta meta tan importante para mí. A ti esposo mío, que, a pesar de las dificultades de la vida, haz sabido siempre apoyarme incondicionalmente. Gracias por tu amor, comprensión y soporte que me das día a día.

Y a mí tesoro más preciado, mi hijo, gracias por permitirme ser tu mamá, te amé desde el primer momento que supe que venias en camino, te he amado cada latido, cada minuto de tu vida y te amaré hasta el último de la mía. Gracias por ser mi motivación.

A todas gracias porque cada uno de ustedes han aportado de alguna forma u otra para que ahora este cumpliendo mi meta de graduarme. Con sus palabras de aliento no me dejaron caer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales. Gracias por ser los principales promotores de mis sueños, gracias por cada día confiar y creer en mí, gracias por siempre desear lo mejor en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera muy especial a la Universidad Técnica Particular de Loja, a todos los docentes que me brindaron sus conocimientos durante todo el proceso estudiantil, gracias por el apoyo y ayuda brindada, en especial a la Mgtr. Livia Andrade Quizhpe directora de mi tesis, y a la Lic. Ontaneda Aguilar Mercy Patricia, tutora de tesis, por el apoyo brindado, solo me queda reiterar mi más profundo agradecimiento.

A mis padres, a mi familia por su apoyo y el esfuerzo que han puesto para que culmine esta etapa universitaria.

A mis compañeros que cada semestre encontrábamos cualquier medio para colaborarnos entre todos, y así terminar con éxito la carrera.

A todas las personas que hicieron posible esta investigación, tanto a médicos, enfermeras como a cuidadores informales, que con mucho esfuerzo me ayudaron, a veces dejando a un lado sus responsabilidades diarias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1.....	5
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores.....	6
1.2 Consecuencias del estrés laboral crónico	9
1.2.1 Consecuencias en la salud en los cuidadores	10
1.2.2 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.....	11
1.3 Modelos explicativos del estrés laboral crónico	12
1.3.1 Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva	13
1.3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	16
1.3.3 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.....	18
1.3.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	20
1.3.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte	22
1.4 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.....	23
1.5 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores	24
1.6 Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....	26
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	30
2.1 Objetivos	31
2.2 Preguntas de investigación.....	31
2.3 Contexto	32
2.4 Diseño de investigación.....	33
2.5 Población y muestra	34
2.5.1 Participantes	34
2.6 Métodos, técnicas.....	35
2.6.1. Métodos	35
2.6.2 Técnicas.....	36

2.7	Procedimiento.....	38
2.8	Recursos	39
2.9	Instrumentos.....	40
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....		45
3.1	Análisis	46
3.2	Discusión	50
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.	BIBLIOGRAFÍA.....	59-64
6.	ANEXOS.....	65
6.1.	PLAN DE INTERVENCION	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Modelos interpretativos del Síndrome de Burnout.....	13
Tabla 2 Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva	15
Tabla 3 Variables de los modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.....	20
Tabla 4 Recursos económicos.....	39
Tabla 5. Características sociodemográficas.....	46
Tabla 6. Dimensiones del síndrome burnout.....	47
Tabla 7. Casos de burnout.....	47
Tabla 8. Carga laboral para cuidadores	48
Tabla 9. Satisfacción vital	48
Tabla 10. Salud general en cuidadores.....	48
Tabla 11. Estrategias de afrontamiento en cuidadores	49
Tabla 12. Apoyo social en cuidadores	50
Tabla 13. Resiliencia de cuidadores	50

RESUMEN

El presente trabajo titulado “prevalencia del síndrome burnout en cuidadores formales informales, dedicadas al cuidado de personas de la tercera edad” la parroquia San Juan de la ciudad de Quito de la provincia de Pichincha, durante el periodo 2017 – 2018. Tuvo como objetivo la identificación de la prevalencia del estrés laboral y las tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal). La investigación es de tipo exploratoria, descriptiva y transversal, la muestra se obtuvo mediante el tipo de muestreo accidental no probabilístico con un total de 40 cuidadores formales e informales a quienes se les aplicó una batería de instrumentos compuesta por 6 test psicológicos enfocados en conocer el comportamiento de las distintas variables que interactúan en el apareamiento y afrontamiento del estrés crónico. Una vez analizados los datos se pudo concluir que los cuidadores de adultos mayores mantienen una prevalencia media del síndrome de burnout, siendo la realización personal la dimensión que presenta el mayor nivel de incidencia ya que tienen la obligación de estar atentas de manera constante a las necesidades de la persona de la tercera edad.

PALABRAS CLAVE: burnout, apoyo social, prevalencia, afrontamiento.

ABSTRACT

This work entitled "Prevalence of burnout syndrome in informal formal caregivers, dedicated to the care of the elderly", the San Juan parish of the city of Quito in the province of Pichincha, during the period 2017 - 2018. Its objective was identification of the prevalence of work stress and the three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low personal fulfillment). The research is exploratory, descriptive and cross-sectional, the sample was obtained through the type of accidental non-probabilistic sampling with a total of 40 formal and informal caregivers who were given a battery of instruments composed of 6 psychological tests focused on knowing the behavior of the different variables that interact in the appearance and coping of chronic stress. After analyzing the data, it was concluded that caregivers of older adults maintain a medium prevalence of burnout syndrome, with personal fulfillment being the dimension that presents the highest level of incidence since they have the obligation to be constantly aware of the needs of the person of the third age.

KEYWORDS: burnout, social support, prevalence, coping.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout ha sido caracterizado como un riesgo laboral que se presenta en los trabajadores de la salud o en personas que se dedican al cuidado de pacientes con diversas características. Se lo define como una clase de estrés crónico desarrollado dentro del ámbito laboral producido por causas como el cansancio físico, mental y emocional, generando efectos en el estado de ánimo de los individuos, falta de energía, dolores musculares, diversas enfermedades de carácter psicosomático, además de un desequilibrio en la salud mental de los afectados, provocando complicaciones en los diferentes ámbitos de su vida: personal, laboral y social.

Valle, Hernández, Zúñiga, & Martínez (2015) explican que el síndrome de Burnout o también conocido como estrés laboral crónico es un trastorno de alta incidencia a nivel mundial y tiene un gran nivel de prevalencia sobre todo en casos en los que los trabajadores tienen contacto con personas, de manera particular en situaciones en las que se debe realizar algún tipo de cuidado. Por esta razón se presenta con mayor incidencia en trabajadores de la salud o en individuos que cumplen las funciones de cuidadores en circunstancia en las que se requiere atención constante.

Pese a la actualidad e incidencia que ha alcanzado esta enfermedad en la calidad de vida de los cuidadores, aún no es un tema totalmente investigado ya que cada vez surgen nuevas características e implicaciones que requieren ser analizadas para comprender mejor este trastorno y definir los métodos más adecuados para lograr contrarrestarlo. Por esta razón en el presente estudio se plantea como objetivo general: identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, localizadas en Quito, parroquia San Juan, provincia de Pichincha, durante el periodo 2017-2018.

A fin de abordar íntegramente el tema se considera necesario conocer las variables sociodemográficas y laborales de la población de estudio. Además de identificar los niveles de cada una de las dimensiones relacionadas al síndrome de burnout, determinar su estabilidad emocional, establecer el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan, determinar el apoyo social e identificar la satisfacción vital y resiliencia de los cuidadores de personas de la tercera edad.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se propone la utilización de una metodología de tipo exploratoria, descriptiva y transversal a fin de elaborar un análisis integral de las distintas variables que intervienen en el desarrollo de este síndrome. Para esto se utilizó los siguientes instrumentos: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC; Inventario de burnout de Maslach, Cuestionario de salud mental; Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE); Cuestionario MOS de apoyo social y el Cuestionario Revisado de personalidad de Eysenck. EPQR-A

En los resultados se identificó un solo caso de burnout en médicos con un (5% de la muestra), en tanto que en las cuidadores informales no se hallaron indicios del síndrome de burnout significativos en ninguna de las sub escalas, esto debido a que el apoyo social se encuentra en un nivel alto de la media predominante para médicos/as es relaciones sociales y en segundo lugar esta para los cuidadores informales que el apoyo social es un factor importante para los cuidadores formales de la salud que se sientan completamente apoyados por sus familiares y personas cercanas a su entorno.

Uno de los inconvenientes detectados en el proceso de recolección de la información fue al momento de aplicar los instrumentos ya que los participantes consideraban necesario mantener el anonimato en cada uno de los cuestionarios para poder brindar datos objetivos en los que no exista ningún tipo de distorsión. Su interés se basó principalmente en la posibilidad de poder proteger sus datos y los de las personas a las que cuidan.

Teniendo en cuenta la información y los objetivos planteados, se establece que la importancia de la investigación radica en la posibilidad de profundizar en el conocimiento de las causas y consecuencias de este trastorno, a fin de evitar que se generen afectaciones irreversibles en la salud de las personas que cumplen la función de cuidadores de pacientes de la tercera edad. En este sentido, el presente proyecto adquiere importancia académica y social.

El documento consta de tres capítulos: en el primero se realiza un abordaje teórico sobre el síndrome de burnout y las diferentes variables que inciden en su aparición. El segundo capítulo corresponde a la propuesta metodológica, en el que se define el tipo de metodología utiliza y la descripción de los instrumentos aplicados. Finalmente, en el tercer apartado se presenta el análisis, discusión de datos, así como las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO 1
MARCO TEÓRICO

Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores

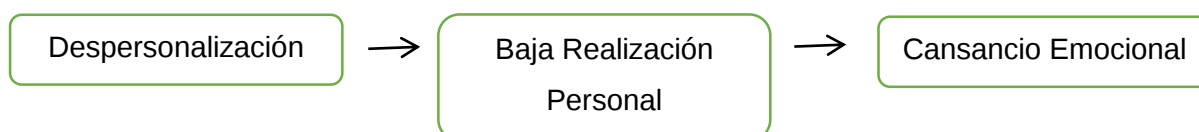
✓ Definiciones de las décadas de 1980

Autores, como Golembiewski, Munzenrider y Carter en 1983, presentan el primer modelo, registrado en la literatura, según investigaciones empíricas y que se sustentan en una secuencia de fases. Para ellos, el primer síntoma de que el profesional está desarrollando el Síndrome de Burnout es una postura de despersonalización, como herramienta para afrontar el estrés. Según estos autores otros dos aspectos a tener en cuenta en el desarrollo del Síndrome serían una escasa Realización personal unido a un posterior Cansancio Emocional (Golembiewski, Minzenrider, & Carter, 2012).

Las investigaciones sobre los trabajos de tipo asistencial, y específicamente las profesiones de la salud, han evidenciado que las altas demandas de trabajo provocan no sólo tensiones emocionales sino también malestares subjetivos y a manifestarse en síntomas somáticos; es un síndrome que acontece y se sitúa por períodos, cuyas consecuencias parciales constituyen sus componentes: el síndrome de burnout (Aranda, 2013).

Sobre el estrés laboral, en su forma burnout, hay un interrogante que progresa como una gran preocupación entre los investigadores; tiene que ver con el hecho de que, ante un clima de trabajo similar, se responde de manera diferente, esto es que hay individuos que bajo esta óptica pueden tener un mejor manejo del estrés y tienen otro tipo de respuesta que presentan otros trabajadores de la misma institución (Almirral, 2011).

Según lo referenciado por estos autores se concluye que el estrés laboral es una problemática de tipo social, que se evidencia internamente en las organizaciones, como lugares primordiales en los que se modula esa gran organización que es la sociedad. Lo mismo si se habla del estrés o de "síndrome burnout", el contenido parece expedir a disfuncionalidades de la organización del trabajo; por lo que se vuelve urgente entender y actuar con lo que ahí ocurre.



Esquema 1: Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (Golembiewski, Minzenrider, & Carter, 2012)

Elaborado por: La investigadora

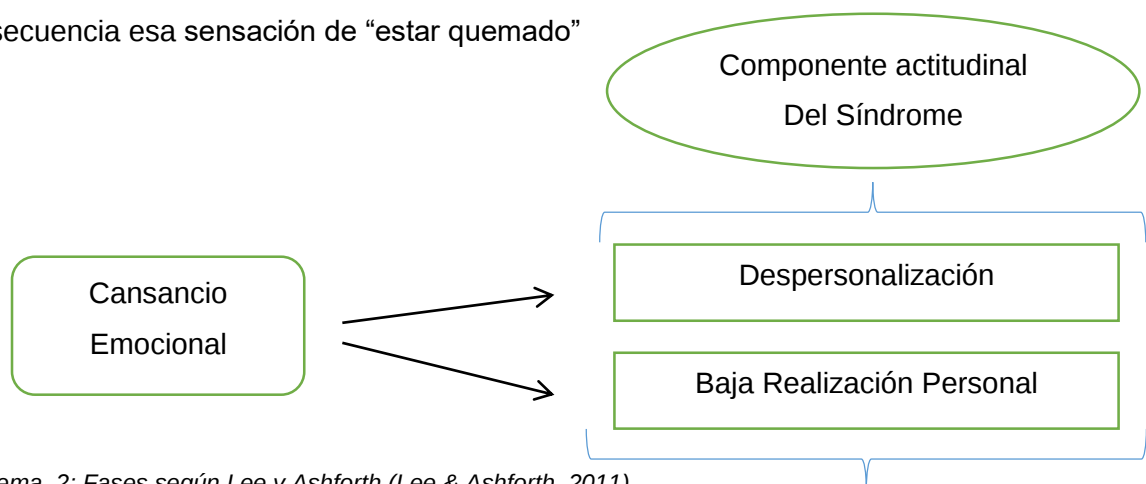
✓ Definiciones de las décadas de 1990

En el año 1993, los investigadores Lee y Ashforth, sustentaron que la Despersonalización y la baja Realización Personal, eran quienes llevaban a los profesionales a sentir Cansancio Emocional. A pesar del que el planteamiento del proceso se ha dicho que presenta deficiencias de tipo metodológico, ha sido defendido por otros autores como Dierendonck, Schaufeli y Sixma en 1994 (Lee & Ashforth, 2011).

Hay acuerdo general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo de tipo acumulativo, con efectos negativos a nivel personal institucional, y que tiene características muy específicas en espacios determinados del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos problemáticos (Silva, 2013).

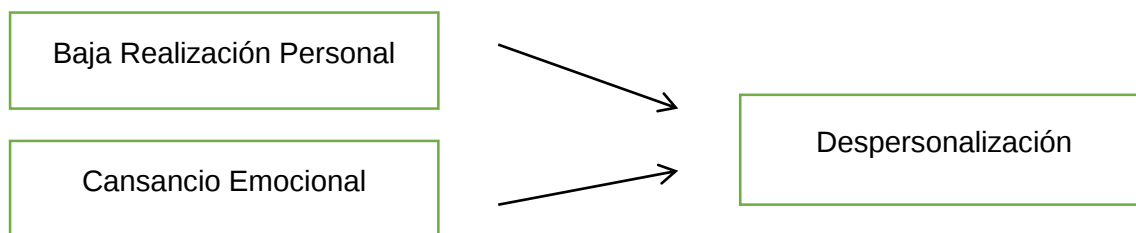
El estrés laboral no acostumbra a definirse como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología. Pero, sin embargo, si se produce en lugares donde las personas son voluntarias, sin que existan cláusulas de tipo laboral, salarial, entre otros, entonces sí se considera burnout (Mingote, 2013).

En síntesis, en la actualidad se aplica el síndrome de Burnout a distintos grupos de trabajadores que incluyen desde directivos hasta amas de casa, y se admite que el síndrome es la derivación de un proceso en el que la persona se ve en una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que emplea no son fuertes. Es decir, que, en el ámbito personal los profesionales, en su afán por adaptarse y cumplir con las presiones laborales, pueden llegar a esforzarse de más y por mucho tiempo, lo que trae como consecuencia esa sensación de “estar quemado”



Esquema 2: Fases según Lee y Ashforth (Lee & Ashforth, 2011)

Elaborado por: La investigadora



Esquema 3 : Perspectivas del Síndrome según Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (Gil-Monte & Peiró, 2005)

Elaborado por. La investigadora

Definiciones de las décadas del 2000

La aparición en el profesional de sentimientos de culpa puede generar en él y alrededor de él un círculo vicioso que provoca el desarrollo del Síndrome de Burnout y además intensifica aún más sus dimensiones reales haciéndolo aún más pernicioso (Meeroff, 2001).

Este proceso aumentará los sentimientos de culpa, o incrementarán los que ya existen, generando un tirabuzón que conservará o aumentará la fuerza del Síndrome. Así, tarde o temprano, se originará un detrimento de la salud del profesional, se acrecentará su frustración, y, por tanto, su deseo de renunciar a la organización y hasta a la profesión (Gil-Monte & Marucco, 2008).

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque los profesionales evalúan de manera negativa su capacidad para hacer el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, se sienten agotados emocionalmente, y presentan actitudes y conductas cínicas hacia el trabajo, que son vistas de manera deshumanizada por parte del resto del personal (Montalbán, Durán, & Bravo, 2010).

Se puede concluir, según lo referenciado por estos autores, que el Síndrome de Burnout, es una pérdida gradual del entusiasmo, los bríos y las expectativas iniciales que los cuidadores profesionales tienen al comienzo de sus labores, que los lleva a sufrir, luego del entusiasmo inicial, sentimientos de frustración donde comienzan a aparecer problemas de orden emocional y de conducta, para finalmente desembocar en un estado de apatía como mecanismo de defensa ante esta desmotivación.

Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.

Ferrel, Sierra, & Rodríguez (2010) conceptualizan el Síndrome de Burnout como: Desgaste profesional, y considerado actualmente como uno de los riesgos psicosociales de todas las

profesiones, especialmente de aquellas que suponen un alto grado de motivación y, de forma más específica, las vinculadas a servicios como la asistencia médica y sanitaria, la ayuda psicológica, la enseñanza y otras formas de servicio a personas con necesidades físicas, emocionales y normativas.

Por su parte García, Hernández, Fernández, & Oliva (2016) definen al desgaste profesional como: el desgaste profesional como un problema de salud y social, es un síndrome que afecta a las personas que trabajan en profesiones de ayuda, pero que cada día va incrementándose y los síntomas que estos profesionales manifiestan no solo los afecta a ellos sino también a las personas que cuidan, a los mismos centros de salud donde laboran y a la familia de la persona que requiere de cuidados, y esto se revierte, irremediablemente en una gran insatisfacción con el servicio brindado.

El desgaste emocional lo causan diversos factores: los requerimientos inherentes a la tarea, la carga física, y psicológica del trabajo y que provienen de la disposición del mismo. También cuando se teme fracasar en las tareas asignadas, por sus complicaciones, cuando se ven obligados a violar a menudo normas establecidas, o a tener que violar las órdenes, y aparentar que las cumplen (Cialzeta, 2015).

Se concluye que el cansancio o desgaste profesional conlleva a que se pierda el atractivo por la actividad que se realiza, acompañada también de disgusto e insatisfacción con el trabajo. La despersonalización como ya han planteado otros autores es consecuencia del fracaso y se refleja en el trato a las personas que se atienden, atención que se caracteriza por el desinterés, los estados depresivos y la irritabilidad.

Después de haber referenciado a varios autores que han investigado sobre el tema, se va a profundizar en los efectos o consecuencias que inciden en los cuidadores que están sufriendo estrés laboral crónico.

1.1. Consecuencias del estrés laboral crónico

Las consecuencias del estrés laboral crónico afectan lo mismo al profesional como a la organización para la cual trabaja. Dentro de las consecuencias para el trabajador, se debe deslindar entre las que se producen a nivel físico y las que se generan a nivel psíquico. Algunas de ellas pueden observarse en poco o mucho tiempo, según la capacidad de soportar estrés de cada persona, de la fuerza de las situaciones de estrés, así como la duración las

situaciones estresantes sin que se hayan tomado las medidas pertinentes (Gutiérrez & Vilorio, 2015).

La mezcla de muchas exigencias con bajos controles sobre el trabajo o con escasos resarcimientos, y que producen mucha tensión duplican el riesgo de enfermedades cardiovasculares, que es la principal causa de muerte en varios países de Europa y América. La mayoría de los casos de enfermedad cardiovascular son imputables a contextos hostiles de tipo psicosocial en el centro laboral (García, 2016).

Las consecuencias que las circunstancias desfavorables del trabajo inciden de manera significativa sobre los sistemas cardiovascular, músculo-esquelético, endocrino, y gastrointestinal, así como su incidencia en la diabetes tipo II, en los desórdenes del sueño, las interrupciones en la relación trabajo-familia y en trastornos como depresión, ansiedad y alteraciones psiquiátricas menores (Palomo, Carrasco, Bastías, Méndez, & Jiménez, 2015).

Se puede concluir según lo referenciado por estos autores sobre las consecuencias del estrés que el mismo tiene mucho que ver con las experiencias personales de cada individuo frente al estrés, puesto que en alguno de los casos puede ser solamente un estado transitorio y en otros, sin embargo, puede constituirse en episodios más duraderos.

1.1.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores

Una consecuencia importante en la salud de los cuidadores tiene que ver con que, en la mayoría de los casos, los cuidadores, es que estos tienen la misma edad de la persona que cuidan y, por tanto, presentan al menos un padecimiento, por lo regular, los cuidadores informales tienen una peor calidad de vida relacionada con la salud que el resto de la población, sobre todo las mujeres padecen más condiciones crónicas que los hombres por lo que se ven más afectadas en su rol de cuidadoras (Martínez & Benjumea, 2016).

La salud se quebranta cuando las personas están expuestas a condiciones impropias de trabajo, y esto se evidencia en cambios en el orden psicológico, como es el estrés, que se convierte en una de las principales causas de incapacidad laboral, pues afecta a la persona además en aspectos físicos, y sociales, por lo que cada vez más, este fenómeno está más presente en la vida de los individuos (Bromley, 2016).

Se comprobó la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. A este grupo de sintomatologías se le nombró o "estrés biológico" Se estimó que varias enfermedades poco conocidas como las cardiovasculares, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales eran producto de cambios fisiológicos provocados por dilatado estrés en esos órganos y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas de forma genética o por el entorno laboral (Mora, 2015).

Para concluir se puede afirmar que el estrés laboral tiene un nivel de impacto muy alto sobre la salud, si un entorno laboral es inadecuado, pueden producir enfermedades. El estrés laboral aparece cuando las exigencias del entorno superan la capacidad de la persona individuo para controlarlas, y puede manifestarse de diversas formas. Algunos de sus síntomas más frecuentes van desde la irritabilidad a la depresión, y por lo general están acompañados de agotamiento físico y/o mental. A nivel físico pueden aparecer dolores musculares, malestares gástricos entre otros.

1.1.1.1 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores

Asumir el rol de cuidador genera cambios en el trabajo pues casi siempre debe renunciar al mismo por un tiempo o de manera definitiva. Abandonar su trabajo significa retirarse antes de tiempo, esto repercute sobre los ingresos económicos, que pueden implicar cambios en su calidad de vida y en algunos casos determina o no su derecho a la jubilación.

Más de uno de cada cuatro cuidadores no puede trabajar fuera de su domicilio, el 12% ha tenido que dejar de trabajar para poder cuidar, el 11% ha tenido que disminuir su jornada laboral, el 11% se ven en dificultades para cumplir determinados horarios y el 7% están convencidos que su vida profesional se ha visto afectada (Viera & Yugcha, 2016).

El estrés laboral es un grupo de fenómenos que se padece el organismo del trabajador, y surgen por la presencia de agentes estresantes nocivos derivados Es la respuesta de la persona ante exigencias y presiones que no están acordes con sus conocimientos y que sobrepasan capacidad para enfrentar determinadas situaciones. Esta situación se puede agravar cuando el trabajador se da cuenta que no tiene suficiente apoyo de sus directivos y compañeros y cuando piensa que el control sobre sus tareas es limitado (Reinago & Pando, 2015).

En los últimos años se han producido rápidos cambios en la tecnología y en las formas de producción que afectan consiguientemente a los trabajadores en sus tradiciones de trabajo, transformando su entorno laboral y acrecentando la aparición de enfermedades derivadas del estrés, que estos cambios producen en el trabajador (Loyd & King, 2016).

Se puede concluir según lo referenciado por estos autores que, un trabajo saludable será aquél en que la exigencia sobre el trabajador esté acorde a sus capacidades y habilidades, y el nivel de control que sea capaz de ejercer en sus labores. Si se toma en cuenta que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social como fue destacado por la OMS hace bastante tiempo y que no solamente pueda verse como un estado en que hay ausencia de enfermedad, es posible decir entonces que un entorno laboral sano no es solamente aquél en que no haya circunstancias perjudiciales, sino donde también se incentiven factores que promueven la salud del trabajador.

1.2 Modelos explicativos del estrés laboral crónico

Fue en la década del ochenta cuando cobran un auge importante dos modelos sociales, para explicar el Síndrome de Burnout. Los estudios se recogieron en dos modelos fundamentales: la Teoría socio cognitiva, y la Teoría del Intercambio Social. Ya en los noventa adquiere connotación la Teoría Organizacional.

La Teoría socio cognitiva, destaca el papel que desempeñan las variables personales en las causas que originan el Síndrome de Burnout, como son la competencia, la realización personal del individuo a través del trabajo, su nivel de eficacia y los sentimientos de autoconciencia (López & Lara, 2013).

Desde la Teoría de Intercambio Social enfatiza en los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales. En esta teoría es muy importante la forma en que el profesional percibe las relaciones de equidad que tenga y que las mismas no supongan una amenaza o pérdida de ningún tipo (Topa, Fernández, & Palaci, 2015).

Por su parte la Teoría Organizacional tiene en cuenta la relevancia de las variables del entorno laboral, fundamentalmente los trastornos de rol, los problemas producidos por la estructura de la organización y el clima laboral, así como también, la importancia de las destrezas de enfrentamiento (Soto & Santamaría, 2016).

Según lo referenciado por estos autores la manera más aceptada en la actualidad de entender el estrés responde a un enfoque interaccional, que lo admite como el resultado del acuerdo entre los recursos del trabajador y las instancias de su centro laboral. Son muy importantes las herramientas personales de evaluación y afrontamiento que tercian entre los factores estresantes y sus secuelas.

Tabla 1 Modelos interpretativos del Síndrome de Burnout

Marcos teóricos	Modelos Interpretativos
Teoría Socio cognitiva del Yo	Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)
	Modelo de Pines (1993)
	Modelo Explicativo de Cherniss (1993)
	Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)
Teorías del Intercambio Social	Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)
	Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993)
Teoría Organizacional	Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)
	Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)
	Modelo de Winnubst (1993)

Fuente: (López & Lara, 2013)
Elaborado por: La Investigadora

1.1.2. Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva

Modelo de competencia social de Harrison

Aquellos eventos que posibilitan la actividad de la persona aumentarán, mientras que aquellas que la dificulten la disminuirán. Entre estos eventos destacan la toma de decisiones, la capacitación profesional, las metas laborales objetivas, imprecisión de rol, disponibilidad de los recursos, exceso de la carga laboral, entre otros (López & Lara, 2013).

Si el sujeto está rodeado de factores de ayuda se producirá el efecto inverso, es decir, su eficacia aumentará y se revertirá en un incremento de los sentimientos de competencia social de la persona. Por otra parte, estos sentimientos son muy reforzantes, por lo que mantendrán y aumentarán la eficacia percibida e incidirán positivamente en sus motivaciones para colaborar (Olmedo, 2015).

La creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción (Bravo, 2012).

En resumen, estos resultados corroboran el contenido de las aptitudes y de la realización personal en el trabajo. Pues, en la línea de este modelo teórico, parece adecuado incluir en los estudios sobre el síndrome de quemarse por el trabajo en algún grado de importancia la competencia profesional percibida.

Modelo de autoeficacia de Cherniss

El entorno laboral, es un agente primordial en el que se destacan: los objetivos trazados en el trabajo, la carga laboral, las motivaciones, tipo de clientes, independencia, estilo de dirección y la prevalencia de aislamiento social; la persona, cuenta con diversos factores que lo mismo incrementan como que inhiben el estrés, como la profesión, el apoyo con que cuenta y las demandas que tiene fuera de su trabajo (Cherniss, 1993).

Según el modelo de Cherniss, el logro independiente y exitoso de las metas aumenta la eficacia del sujeto. No obstante, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por consiguiente, al desarrollo del Burnout. (Flores, 2013).

Los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, debido a que experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; y piensan que pueden afrontarlas con éxito (Guerrero, 2001).

Lo más relevante de este modelo es que vincula la incapacidad de la persona para ser competente con el Síndrome de Burnout, que tienen mucho que ver con la seguridad que tengan las personas respecto a su capacidad de ejercer un control adecuado de las situaciones que más le afectan. Según este modelo el Síndrome de Burnout es el resultado de un proceso de decepción, un error en la búsqueda del motivo de su existencia, estas personas están muy motivadas por lo que los cuidadores que hagan de este trabajo el motivo de su existencia pueden llegar a padecer el Síndrome, de Burnout.

Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper

Las contradicciones entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto; el nivel de autoconciencia de la persona, tomada en cuenta como un rasgo de su personalidad y sus capacidades para regular el estrés, las expectativas de éxito y sus sentimientos de autoconfianza (Thompson, Page, & Cooper, 2012).

Después de muchos fracasos en el logro de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discordancias observadas entre las demandas y recursos, se tiende a emplear la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" del contexto amenazante. Un modelo de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo minimizar las divergencias observadas en el logro de los objetivos en el trabajo (Alvárez, 2015).

Se puede reforzar los sentimientos de autoconfianza para que el individuo pueda afrontar situaciones problemáticas que se le puedan presentar y minimizar el riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout si la persona es propensa a adecuar sus expectativas con optimismo para resolver las incompatibilidades (Landázuri, 2011).

Se puede concluir que reconocer las contradicciones que se perciben entre las demandas y los recursos con que se cuenta puede agudizar el nivel de autoconciencia en algunas personas, puede influir de manera negativa en su estado anímico a su estado de ánimo y por consecuencia influirá también en falta de confianza para solucionar esas contradicciones y también en que disminuyan sus sentimientos en cuanto a la realización personal que sienta en la labor que realiza.

Tabla 2 Variables determinantes en los modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva

Modelo	Variables
Modelo de Competencia Social Harrison (1983)	Motivación para ayudar
	Sentimientos de competencia
	Eficacia percibida
	Factores de ayuda
	Factores barrera
Modelo de Pines (1993)	Compromiso (objetivos)
	Esfuerzo (sujeto)
	Sentimientos de éxito/fracaso

	Autoestima
	Satisfacción/implicación laboral
	Motivación
	Demandas (tarea) y recursos (sujeto)
Modelo de Autocontrol de	Nivel de autoconciencia (self-focus)
Thompson, Page y Cooper (1993)	Expectativas de éxito
	Sentimientos de autoconfianza

Fuente: (López & Lara, 2013)
Elaborado por: La Investigadora

1.1.3. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli

Estos autores presentan su modelo para darle una explicación sobre lo que causa el Síndrome de Burnout en trabajadores de enfermería. Ellos plantean en esta categoría profesional un doble origen:

Por una parte, el intercambio que establecen con los pacientes y, por otra, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros, siendo la respuesta a los elementos de estrés las categorías que configuran el Síndrome de Burnout, las cuales originan secuelas tanto para la persona como para la organización, incluyendo la influencia de las características de la personalidad presentes en el individuo (Buunk & Schaufeli, 1993).

Aquellas personas con altos niveles de burnout evitaban las comparaciones ascendentes, especialmente aquellos que mostraban un alto agotamiento emocional. La comparación social ascendente evocó más afecto positivo y menos negativo que la comparación descendente, sin embargo, las reacciones afectivas fueron diferentes dependiendo del nivel de burnout, aunque no se especifica si la comparación social es consecuencia del burnout o si ocurre en sentido contrario, siendo el burnout una consecuencia de la comparación social (Tonon, 2013).

Aquellas personas bajas en agotamiento emocional mostraban altos niveles de afecto negativo en la comparación social ascendente además de alto afecto positivo tras la comparación descendente. Además, los que tienen un puntaje alto en cinismo y agotamiento emocional tienen más afecto positivo que aquellos que tienen bajos niveles de burnout (Martínez, 2010).

Estos autores realizaron un intento para vincular el burnout con los procesos de intercambio social entre profesionales y usuarios, Se puede concluir que su idea primordial es que el burnout se desarrolla principalmente en el contexto social e interpersonal de la organización del trabajo, y que para entender su desarrollo se debe tener en cuenta la forma las personas los comportamientos de otros en el trabajo.

Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy

En este modelo, las personas se luchan de forma continua por resguardarse de la pérdida de recursos, ya que es mucho más importante tener niveles pequeños, que obtener recursos extras. Este factor de la pérdida de recursos es considerado más relevante que la ganancia para el desarrollo del Síndrome de Burnout. Aun así, la ganancia de recursos también hay que tenerla en cuenta puesto que reduce el riesgo de sufrir pérdidas (Palmer & Gómez, 2015).

El tipo de estrategia de afrontamiento que utilicen los trabajadores, también es determinante sobre el Síndrome de Burnout. Y como el modelo está basado en factores motivacionales, los autores indican que el uso de estrategias de afrontamiento de manera activa, reducirá el peligro de padecerlo, ya que conducen a un mayor dividendo de recursos (López & Lara, 2013).

Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados, eliminando de este modo la vulnerabilidad a perderlos. Las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo". La idea esencial de este modelo es que los trabajadores se esfuercen por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran (Da Silva, 2014).

Por tanto, se señala que, para prevenir el Síndrome, es necesario hacer énfasis en la gestión de conseguir recursos que faciliten un desenvolvimiento eficiente en el trabajo y, en una escala menor, modificar las percepciones y los conocimientos de los trabajadores. Si se consigue evitar la pérdida de recursos o acrecentar los que ya se tienen, habrá cambios positivos y, por tanto, serán menores los niveles de estrés sufridos y del Síndrome de Burnout.

1.1.4. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional

Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Un proceso en el que los trabajadores pierden el compromiso que tenían al principio con su labor, como mecanismo de defensa ante el estrés que sientan en el trabajo y a las tensiones que este les produce, estableciendo diferencias entre las tres variables. Específicamente, en relación al Síndrome de Burnout, el estrés está generado principalmente por situaciones de exceso en la carga laboral, acompañado de pocas motivaciones en el centro laboral (García, Sobrido, García, Raña, & Saleta, 2016).

Este modelo plantea una progresión secuencial en el tiempo, cuando se produce un componente del Burnout, este se concatenará al siguiente. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera etapa del Burnout, le seguiría la disminución de la realización personal y, finalmente, el incremento del agotamiento emocional (Miravalles, 2015).

En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. En la segunda fase, la persona desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza. Si se desarrollan actitudes de despersonalización surge el Burnout (Pedraza, 2014).

Resumiendo, y según lo referenciado por estos autores el estrés laboral está generado según este modelo, fundamentalmente por una sobrecarga laboral y por pobreza de rol. En estos casos la persona siente una pérdida de autonomía y control teniendo una disminución de la autoimagen y sentimientos de irritabilidad y fatiga.

Modelo de Winnubst

Las relaciones que se establecen entre la organización, la cultura, el clima laboral y el apoyo social en el trabajo, como factores determinantes que anteceden al Síndrome de Burnout. Winnubst defiende la idea de que el Síndrome afecta a cualquier tipo de profesional y no solo a los cuidadores y destaca la función protagónica de las estructuras organizacionales (García & Custey, 2015).

La burocracia mecánica que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, haciendo especial énfasis en el perfeccionismo y reforzando las normas y la burocracia profesionalizada que estandariza las habilidades y es poco formal, incentivando la creatividad y la independencia (López & Lara, 2013).

Es un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental debido a la tensión emocional crónica derivada del estrés laboral que se da en todos los trabajadores. Este modelo se centra en las relaciones entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y el apoyo social. Los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes y a diferencias antecedentes del síndrome (García, 2012).

Concluyendo y según lo referenciado por esta autora, los antecedentes del Síndrome varían de acuerdo al tipo de estructura organizacional y de cómo se realiza el apoyo social. En las burocracias mecánicas, el Síndrome de Burnout es originado por el Cansancio Emocional que provoca la rutina diaria. Pero, en las burocracias profesionalizadas, el Síndrome lo genera por la respectiva debilidad de esa estructura, que deriva en una confrontación constante con el resto de los miembros de la organización, trayendo consigo, también, problemas interpersonales.

Modelo de Cox, Kuk y Leiter

La despersonalización ocurre como una herramienta para afrontar los sentimientos que generan el Cansancio Emocional, por otra parte, la baja Realización Personal en el trabajo, es resultante de autoevaluación del profesional sobre experiencias anteriores de estrés, y se vinculan con el significado que para él tenga sobre el estrés y también con sus perspectivas profesionales frustradas (Garden, 2015).

Los autores hipotetizan que la “Salud de la organización” puede ser modular de la relación que se establece entre Estrés y Síndrome de Burnout. Esta relación está influenciada por la conciliación, la cohesión y la composición de los métodos psicosociales de la organización, y además por la manera en que su estructura, sus políticas y ordenamientos son apreciados congruentemente por sus miembros (Sos, Sobrequés, Segura, Rodríguez, & García, 2013).

Es un acontecimiento exclusivo que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión principal de este síndrome. La despersonalización por su parte es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal sería el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta

el trabajador. Aquí también intervienen los distintos significados que el individuo le atribuye al trabajo o sus posibilidades frustradas en el ámbito laboral (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, & y Braga, 2009).

Este modelo reconoce como condición los niveles de estrés apreciados y de la fuerza de la objeción desarrollada por los profesionales ante el estrés. Por lo que se deduce de este modelo que la Realización Personal podría tener efectos modificadores en el Cansancio Emocional, que, a su vez, influyen en las posturas adoptadas de Despersonalización.

Tabla 3 Variables de los modelos elaborados desde la Teoría Organizacional

Modelo	Variables
Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)	Sobrecarga laboral Pobreza de rol Distanciamiento constructivo/contra productivo
Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)	Antecedentes situacionales e individuales Evaluación cognitiva y experiencia de estrés Salud de la organización Bienestar general
Modelo de Winnubst (1993)	Antecedentes (Estructura, Cultura, Clima y Apoyo Social) Burocracia Mecánica Burocracia profesionalizada

Fuente: (López & Lara, 2013)
Elaborado por: La Investigadora

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

Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)

La primera versión del MBI tenía dos escalas según la frecuencia e intensidad del síndrome. De ellas, la escala de frecuencias es la que muestra una mejor correlación en la mayoría de las investigaciones. Por esto, los autores estuvieron de acuerdo con el empleo de una sola escala de frecuencia en la segunda versión. De esta forma, se desarrolló la versión final del Maslach Burnout Inventory (MBI), constituyendo el primer instrumento científicamente validado sobre el tema (García-Izquierdo, 2016).

Más tarde se desarrollaron versiones para poblaciones más específicas, la primera para quienes ofrecen servicios a personas (MBI-HSS), otra para los educadores (MBI-ES) y la más

última, una versión general (MBI-GS) para personas que no trabajan prestando servicios o asistencia directa a otras personas (Buzzetti, 2013).

- Fase de entusiasmo: en la cual las personas desarrollan grandes expectativas por su trabajo, aun sin conocerlo en su totalidad. Las personas tienden a magnificar sus actividades laborales y todo el goce personal lo encuentran realizándolo.
- Estancamiento: en esta etapa el profesional encuentra el goce en las actividades fuera del trabajo y le da más importancia en su trabajo a los incentivos salariales, los horarios en que le conviene trabajar y en las promociones.
- Frustración: en esta fase la persona se cuestiona si de verdad vale la pena su trabajo si en realidad entregarse tanto a otra persona es necesario, puesto que estas personas casi nunca colaboran. Aquí ya es posible que se generen problemas emocionales, físicos y de conducta.
- Apatía: Aparece como una herramienta de defensa contra la frustración. El profesional está desencantado de su trabajo, pero le hace falta para sobrevivir. Esta fase se comporta la mayoría de las veces de manera carácter cíclica (Edelwich & Bordsky, 1980).

El MBI-HSS y el MBI-ES son versiones muy parecidas, con la diferencia que una es aplicable a profesiones asistenciales o de servicio a personas y la otra para docentes. Para los educadores hay una mayor cantidad de estudios que dan cuenta de la consistencia interna y buscan esclarecer todos los factores del instrumento.

Modelo de Edelwich y Brodsky

Modelo de Price y Murphy

Existen semejanzas con el llamado síndrome de duelo puesto que la persona pasa por diferentes estadios a nivel personal como la pérdida de la ilusión, de las ventajas y por último a nivel de institución también significa una pérdida de profesionales capacitados para el sistema.

- **Desorientación:** el profesional se hace consciente de la realidad de su trabajo y se da cuenta de los objetivos que debe cumplir con las personas a las que ayuda. Comienzan a desarrollarse en él sentimientos de que está fallando desde el punto de vista profesional.

- **Inestabilidad emocional:** esta comienza a generarse porque el profesional siente que le falta apoyo de la sociedad, se ha dado cuenta que no tiene un equipo de trabajo que lo siga en sus tareas y empieza a incapacitarse al punto que no puede manejar esta inestabilidad y comienza a aislarse y se distancia emocionalmente de todo.
- **Sentimientos de culpa:** estos sentimientos surgen gracias a la sensación de derrota, porque el trabajador se atribuye errores que no puede controlar, y esto se refleja en elevados niveles de distanciamiento con la persona que atiende.
- **Soledad y tristeza:** solicitud de ayuda, y recuperación del equilibrio inicial con que emprendió sus labores. (Toro, 2015)

El burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral. Se da en 6 fases sintomáticas: desorientación, labilidad emocional, culpa debido al fracaso profesional soledad y tristeza, que si se supera puede desembocar en la siguiente fase que es la solicitud de ayuda, y el equilibrio (Aguilar, 2009).

Después de analizar lo descrito por estos autores, se puede concluir que, desde la aparición del Síndrome de Burnout, se han descrito en modelos y en diferentes investigaciones en las que se ha destacado la relevancia de su impacto y sus consecuencias, tanto para la salud del profesional como para la economía de las organizaciones donde presta servicios y, por lo tanto, su relevancia es vista lo mismo a nivel social que económico

1.1.6. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte

Basan la clasificación de los modelos explicativos del Burnout en cuatro tipos de líneas de Investigación: 1) Teoría Socio cognitiva del Yo; 2). Teoría del Intercambio Social; 3) Teoría Organizacional y 4) Teoría Estructural. Esta clasificación constituye una de las más utilizadas actualmente en las investigaciones referidas al Burnout (Bravo, 2012).

La importancia de las características personales como son la competencia, la realización profesional, el auto eficiencia y niveles de autocontrol que tenga el profesional. Por otra parte, la forma en que el individuo interactúa con la sociedad, y su percepción de las relaciones de equidad, y, sobre todo, que estas no deriven en ningún tipo de amenaza o pérdida. También están presentes en este modelo las condiciones del lugar de trabajo, los errores en los roles, y el clima laboral en la organización (Quiroz, 2015).

Se puede concluir que este modelo se adapta el modelo a un enfoque transaccional, que posibilita plasmar el papel que las determinantes organizacionales, personales y las

estrategias de afrontamiento juegan en el desarrollo del estrés laboral. Las causas del síndrome consideran la relevancia del “yo” vinculadas de manera directa con el buen desenvolvimiento laboral, en entorno de la organización, el lugar que ocupan en el individuo los factores de estrés y las estrategias para solucionarlo.

1.4 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores

El síndrome de Burnout, en los últimos años, está siendo estudiado por muchos investigadores en diversas partes del mundo, por la ocurrencia y prevalencia que tiene este síndrome en muchas profesiones, y por los altos costos a nivel económico y personal que generan. Este síndrome constituye un riesgo desde el punto de vista psicosocial, y en muchos países está contemplado como accidente laboral, ya que en la mayoría de los casos se desencadena en el entorno laboral (Giner, 2015).

Dada la prevalencia de este síndrome y las consecuencias negativas que le confieren a los profesionales que la padecen, es importante profundizar en este tema, sobre todo, por la repercusión psicosocial que tiene, ya que esta labor se traduce en un gran compromiso por parte de los cuidadores y que les genera este estrés, pues exige de ellos, un alto nivel de devoción y sacrificio, que, en ocasiones, invalida sus intereses individuales (Tonon, 2013).

Este síndrome, como ya se ha hecho referencia se va instalando de manera gradual, y el cuidador/a comienza a sentir cansancio, problemas para dormir, dolores musculares y sentimientos de ira e impotencia, tiende a aislarse, y en ocasiones recurren al alcohol, café, tabaco y fármacos. Evitar el síndrome se traduce en evitar también todos estos síntomas, por eso es importante poseer el mayor conocimiento sobre el tema (Peiró, 2016).

Como han descrito estos autores existe una la ocurrencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social como médicos y enfermeras, docentes, trabajadores sociales, y cuidadores informales y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural, social y económico en el que se desenvuelven, es necesario seguir profundizando en el tema con vistas a poder realizar acciones encaminadas a su prevención

1.5 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores

Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

Según los datos reportados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) la población mayor a 60 años en todo el mundo es el doble desde 1980, En España, a hasta hace pocos años, tres de cada diez nacidos vivos alcanzaban la vejez, mientras que en estos momentos se estima que nueve de cada 10 alcanzan una sobrevida mayor a los 60 años, y por primera vez en la historia, el número de personas mayores a 65 años sobrepasa el número de niños de 0 a 14 años (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2016).

Para el periodo 2010-2020, la población menor de 15 años pasará del 28,6% al 25,4%; la población entre los 20 y 29 años permanecerá prácticamente estable y la población entre los 15 y 39 años se reducirá del 40,1% al 39,5%. Por su parte, la población entre los 40 y 64 años se incrementará del 24,6% al 26,6% y la mayor de los 64 años, se incrementará del 6,7% al 8,5%. La población potencialmente activa (15 a 64 años), continuará con su tendencia creciente, al pasar del 64,7% al 66,1%; sin embargo, su ritmo será menor al observado en el periodo 1985-2005 (Reboiras, 2015).

En el 2013, existían 4'964.793 personas mayores de 60 años, lo que indica un 10.5% de la población general, de estos un total de 650.000 son mayores de 80 años. El índice de envejecimiento desde 1951 muestra un incremento sostenido donde se ha identificado que de 12 a 41,5 personas mayores de 60 años por cada 100 jóvenes (Huenchuan, 2011).

Por los datos evidenciados, se concluye que, según la población envejece aumenta la presencia de patologías crónicas e incapacitantes, algunas de ellas no son curables o no son tratadas en su momento y en muchos casos no reciben un seguimiento apropiado trayendo como consecuencia complicaciones que obstaculizan la independencia en estos pacientes, y los exponen a condiciones desfavorables si no reciben acompañamiento de forma apropiada y en otras por desconocimiento o falta de recursos humanos de las instituciones prestadoras de servicios.

Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica

Existe una marcada diferencia en este proceso y en las repercusiones que tiene en América Latina y el Caribe. Es consecuencia de un rápido crecimiento en condiciones socioeconómicas bajas ya que en su gran mayoría se da en países en vías de desarrollo que no pueden manejar

con facilidad la problemática que estos cambios generan, evidenciándose así la heterogeneidad e inequidad socioeconómicas y de género que enfrenta el envejecimiento en estos países (Chávez & Villegas, 2015).

América Latina tiene un aumento porcentual de personas mayores y disminución de menores de 15 años y de personas en edades productivas. En esta región, hoy la clase que corresponde a las personas de 60 años a más, es mayor, se modificó de 5.6% en 1950 a 9.9% en el año 2010; por lo que se concibe que en el 2100 este grupo sobrepasará el 35% de la población (De Valle-Alonso, 2015).

En Latinoamérica, a partir del siglo XX hubo cambios poblacionales significativos en cuanto a edad y sexo, por ejemplo, se percibió una reducción de los grupos de menor edad y un aumento de los grupos mayores, aspecto que expresa un gradual proceso de envejecimiento poblacional. Actualmente las personas mayores de 60 años constituyen 10.9 millones de ciudadanos, equivalente al 9.3% del total de la población (Giraldo & Correa, 2012).

Según los datos reflejados por estos autores, Se puede pronosticar que la tasa de crecimiento demográfico en Latinoamérica irá en ascenso del 2080-2085 y, por tanto, irá en aumento este tipo de población más apresuradamente que el resto.

Prevalencia en cuidadores a nivel nacional

La expectativa de vida promedio de la población ecuatoriana es de 75 años, la cual se estima subirá a 80,5 años para el 2050, lo que implicaría un aumento de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que requieran de un cuidador y como consecuencia un aumento de las enfermedades relacionadas con ellos (Báez, 2014).

A pesar de que el envejecimiento de la población ecuatoriana no será tan drástico como el de otros países, se estima que esta serie de cambios en la estructura poblacional, en la relación entre generaciones y en el patrón global de las enfermedades traen consigo una serie de retos no solo en la vida de los adultos mayores sino también en sus familias, su economía y las finanzas públicas (Chávez & Villegas, 2015).

En el año 2009 se realizó un estudio sobre la discapacidad, en Ecuador, para generar políticas que beneficien a la población vulnerable, se detectó que muchos pacientes con discapacidad en el país vivían en condiciones de gran pobreza y abandono ya que sus familiares tenían que salir a trabajar y no tenían con quien dejarlos. Surge entonces la Misión Joaquín Gallegos

Lara que entrega ayuda económica y medicinas y capacitación sobre salud, entre otros, a las personas que se declaran como cuidador principal responsable del paciente (Barreto, 2015).

A manera de resumen se puede decir que el estrés laboral crónico en los cuidadores de los países en desarrollo suele ser mucho peor por ciertos factores que van más allá del entorno laboral como, por ejemplo, la inequidad de género, escasos medios de participación, y un majo deficitario de la contaminación ambiental, así como el analfabetismo, las enfermedades, deficientes sistemas de salud y hasta poblaciones que viven en extrema pobreza.

1.2. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores

Sexo: en este indicador destacan las mujeres por la cantidad de ellas que conforman el mundo laboral actual, y son en la mayoría las que tienen todo el peso de las responsabilidades en el hogar. La variable sexo puede estar ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo, que las hacen propensas a presentar Síndrome de Burnout por mostrar, entre otras, un mayor conflicto de rol, síntomas de depresión y conflictos familia-trabajo (Rout, 2014).

Edad: en esta variable se reflejan relaciones significativas. El índice de Síndrome de Burnout es bajo entre los 20-25 años, alto desde los 25 hasta los 40 años y mínimo a partir de los 40 años aproximadamente (Farber, 2016).

Estado Civil: gran parte de investigadores que descrito relaciones significativas entre el Síndrome de Burnout y el estado civil, han llegado a la conclusión que las personas casadas presentan índices menores del Síndrome, cuando se les compara con los que no están casados, aunque a veces se han reflejado índices de solteros, viudos y divorciados muy afectados con el síndrome (Anaya, Ortiz, Panduro, & Ramírez, 2015).

Se puede concluir entonces que las variables sociodemográficas tradicionalmente estudiadas como sexo, edad, estado civil, se asocian con las dimensiones específicas del síndrome de desgaste profesional, según lo planteado por los autores anteriormente referenciados.

Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores

Las variables laborales más utilizadas para medir el estrés laboral crónico en los cuidadores son las características del trabajo y el clima organizacional.

Características del trabajo: esta variable tiene que ver con las condiciones físicas del lugar de trabajo y con los contenidos específicos de cada puesto. En ella se tienen en cuenta el nivel de ruidos, las condiciones higiénicas del lugar, temperatura, las oportunidades que el profesional tenga y cómo son utilizadas, así como la cantidad de tareas que se le asignan (Savio, 2016).

Clima Organizacional: la mayoría de los investigadores definen al clima organizacional como el conjunto de percepciones que tienen sobre la organización los empleados de la misma, considerados como un todo. El Clima Organizacional está compuesto por diferentes dimensiones que caracterizarían aspectos particulares del Ambiente Organizacional (Solís, Zamudio, Kasano, & Crespo, 2015).

Es el aporte que cada uno de los trabajadores realiza a la organización y se sustenta en la percepción compartida de sus integrantes. La dificultad que se confronte para equilibrar las relaciones entre los trabajadores y su entorno laboral desempeña un papel primordial en la aparición del Síndrome en la persona. Las relaciones entre satisfacción laboral, estrés, ambiente laboral y clima organizacional son muy relevantes con respecto al BO (Bilge, 2016).

Se puede concluir entonces que, el clima laboral es un elemento intrínseco en toda organización no importa del tamaño que se, y tiene un impacto notorio en la conducta y el desempeño de cada uno de los trabajadores y por otra parte también es influyente las características del trabajo pues si el trabajador no siente que está en un lugar seguro con todas las condiciones ambientales y físicas necesarias, también esto lo puede llevar a padecer de estrés laboral crónico.

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

Satisfacción vital: la satisfacción unida a la complacencia, y a la realización personal, es un componente importante de las emociones positivas que la persona tenga sobre su pasado. Por esto, una percepción y goce insuficientes de los buenos momentos del pasado, y hacer hincapié en los malos, van en detrimento de la ecuanimidad, la felicidad y la satisfacción vital del profesional (Seligman, 2015).

Compromiso vital: se refiere al grado de involucramiento y de la manera de identificarse personalmente con la labor que realiza, teniendo en cuenta sus valores individuales, los

objetivos que guían a acciones conductuales y la confianza que establece con las demás personas a su alrededor (Robins, 2016).

El desafío: consiste que la persona entiende el cambio como una oportunidad para mejorar la situación que tiene en esos momentos o sus propias competencias; o sea, que incluye ser flexible en lo cognitivo y además muy tolerante. Es por ello, que emplea métodos de afrontamiento adecuados ante el estrés, como la lo es la acción de modificar los elementos estresores para percibirlos como oportunidades, así como la búsqueda de apoyo social, y el de estilos de vida saludables (Martínez, 2016).

Estas variables tienen que ver con la sensación de placidez y satisfacción que la persona presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él, porque a menor satisfacción vital, en definitiva, habrá también mayor nivel de agotamiento emocional. En el cuidador se hace muy complicado encontrar motivos para que su estilo de vida conlleve algún tipo de satisfacción, al menos de carácter permanente, y esto es necesario tenerlo en cuenta para revertir los factores estresantes que podrían derivar en un estrés crónico.

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

Apoyo Social: Esta es una variable en la que la persona evalúa la ayuda que puede tener o con la que cuenta. El apoyo social ayuda desde una perspectiva de la psicología positiva a la resiliencia. Se presenta como las interrelaciones que la persona tenga con las demás personas que la rodean. El apoyo social puede funcionar como un efecto modulador del estrés, la sobrecarga, ansiedad, depresión y otros trastornos de tipo psicosomáticos. El apoyo social con que el profesional cuenta sirve para potenciar su resiliencia suavizando las demandas del cuidado (Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres, & Rodríguez, 2015).

Resiliencia: la resiliencia puede generar efectos relevantes en la calidad de vida de los cuidadores. Donde se encuentran mayores niveles de resiliencia están asociados a una menor sobrecarga subjetiva de los participantes, una alta satisfacción con el apoyo social que reciben, un menor empleo de estrategias de afrontamiento focalizadas en las emociones, y poca depresión y ansiedad. La resiliencia, enfocada como una variable protectora de la salud física y mental, también promueve factores protectores (Vinaccia, Quiceno, & Remor, 2016).

Afrontamiento: Es una variable que mide el esfuerzo cognitivo y de la conducta, que cambia constantemente, y que es empleado para manejar las demandas específicas de tipo externas o internas y que son valoradas como elementos que desbordan los recursos de la persona. Se han encontrado relaciones muy importantes entre el optimismo y los estilos de afrontamiento centrados en el problema (Cerquera & Pabón, 2015).

Para concluir se puede afirmar que el Síndrome de Burnout se caracteriza por que aparecen factores que lo delimitan como son el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. El profesional puede presentar sintomatologías físicas y psíquicas, así como también afectaciones psicosociales que se ven reflejadas no solo en la persona que padece el síndrome sino también en la institución donde presta ayuda.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

Objetivo general

- Identificar la prevalencia del estrés laboral y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, localizadas en Quito, parroquia San Juan, provincia de Pichincha, durante el periodo 2017-2018.

Objetivos específicos

- Establecer las variables sociodemográficas y laborales en cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.
- Identificar los niveles de dimensiones del síndrome de burnout en cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.
- Determinar el bienestar emocional de los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.
- Establecer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores formales e informales de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.
- Determinar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores formales e informales de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las variables sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito?

- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico es la que presenta un alto nivel en los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social en los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad, de la parroquia San Juan de la ciudad de Quito?

2.3. Contexto

La investigación sobre la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales e informales, dedicados al cuidado de personas de la tercera edad se llevará a cabo en la parroquia San Juan del Distrito Metropolitano de Quito, provincia de Pichincha. Por tanto, se ha identificado que la población de la parroquia mencionada es de un nivel socio económico medio y medio bajo, y en su mayoría son de etnia mestiza.

Los cuidadores formales e informales se encargan de llevar a los adultos mayores a las visitas diarias de fisioterapia, rehabilitación, a consultas con especialistas y otros que requiera el paciente. Además de esto ellos se encargan de los cuidados diarios que se deben realizar en casa o sitio que se haya adecuado para el cuidado de las personas que no pueden valerse por sí solas. Sobre los cuidadores informales son las personas que tienen algún parentesco con el adulto mayor y que de forma voluntaria decidieron dedicarle tiempo diario a su cuidado. Para los profesionales de la salud el cuidado de un individuo representa una actividad laboral y por lo general están a cargo de más de una persona.

Es importante recalcar que la investigación está enfocada al estudio de los cuidadores formales e informales, pero se toma como referencia el Hospital Carlos Andrade Marín ya que es el lugar en donde acude la población objeto de estudio, lo cual facilitará la aplicación de los instrumentos de investigación y obtener información acerca de la prevalencia del estrés laboral crónico.

2.4. Diseño de investigación

El diseño de la investigación corresponde a tres tipos de investigación: descriptivo, exploratorio y transversal, a continuación, se especifica cada una:

- **Descriptivo**

Esta investigación está enfocada a realizar una descripción de los hechos, eventos o personas objeto de estudio, con el propósito de conocer características, actitudes, costumbres o comportamientos que permitan ser analizados. Para aplicar este tipo de investigación se apoya en la aplicación de instrumentos de recogida de datos que permitan realizar un minucioso estudio de los resultados (Rodríguez, 2016).

A través de la investigación descriptiva se hace posible la recogida de información de los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad. Dicha información está enfocada en conocer las variables sociodemográficas y laborales, el bienestar emocional, las medidas de afrontamiento que aplican, el apoyo social que disponen, la satisfacción vital y por ende los niveles de dimensiones del síndrome de burnout. Dichos resultados son analizados y presentados de manera general.

- **Exploratoria**

La investigación exploratoria se elabora en las primeras fases de la investigación, sobre todo en los casos en los que no se cuenta con datos precisos respecto al problema planteado. La finalidad es obtener una visión general sobre el tema de estudio y definir la posibilidad de elaborar o no este tipo de estudio. De manera general se plantea que se permite tener un mayor acercamiento al hecho o fenómeno analizado para definir las variables que interactúan en esa realidad (Álvarez, 2015).

En correspondencia con lo mencionado anteriormente, la investigación exploratoria ayudó a conocer las dificultades que experimentan los cuidadores formales e informales de la persona de la tercera edad, hechos que pueden desencadenar el apareamiento del estrés crónico o también conocido como síndrome de burnout. Teniendo en cuenta este antecedente es posible elaborar la formulación del problema sobre el cual se indaga y realizar un abordaje teórico que responda a las dudas e inquietudes generadas alrededor del tema de estudio.

- **Transversal**

Es uno de los tipos de investigación no experimental que permite la recogida y análisis de información en un tiempo establecido y de una población establecida. Dicha población por lo general posee rasgos similares y se emplea en área de la salud, educación, negocios, etc. Se caracterizan por observar los hechos sin que se efectúe una manipulación del lugar de estudio (Balluerka & Vergara, 2017).

Se emplea el estudio transversal ya que la población objeto de estudio se encuentra definida, en este caso particular se refiere a los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad. A ellos se les aplica un instrumento de investigación con el propósito de conocer la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal).

2.5. Población y muestra

Se entiende por población al conjunto de personas u objetos que tienen características similares y que se convierten el foco principal dentro de un trabajo investigativo. La población que se vaya a estudiar puede ser finita o infinita y estará delimitada tanto en el problema como en los objetivos (Arias, 2016). En este caso la población objeto de estudio son todos los cuidadores formales e informales, de las personas de tercera edad que se encuentran localizadas en la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.

No obstante, se tomará una muestra, para lo cual se aplica el método de muestreo no probabilístico accidental. A decir de Ávila (2016), es un tipo de muestreo que selecciona a un número de personas de manera causal, sin que exista un juicio previo; para esto es necesario seleccionar un lugar específico donde se llevará a cabo la investigación.

2.5.1. Participantes

Los participantes de la presente investigación son los cuidadores formales e informales, hombres y mujeres sin distinción de etnia o estado civil, que pasean una edad promedio de 38 años y número de hijos promedio de 1,45. Para el caso de la presente investigación sobre la prevalencia del síndrome de burnout se ha considerado tomar una muestra de 40

participantes, los cuales fueron seleccionados de forma accidental hasta completar el número requerido.

Criterios de inclusión

- Encontrarse en situación activa.
- Firmar el consentimiento informado entregado por el estudiante.
- Tener como mínimo 1 año de experiencia.

Criterios de exclusión

- No aceptar la participación dentro de este estudio.
- No tener a su cuidado adultos mayores.

2.6. Métodos, técnicas

2.6.1. Métodos

La presente investigación utilizará tres tipos de métodos, tal como se detalla a continuación:

- **Método analítico y sintético**

Este método permite descomponer una idea o propósito de estudio en sub partes, de tal manera que se pueda determinar cuáles fueron las causas, así como los efectos; para, posteriormente unir cada uno de los elementos y formar conocimientos nuevos. Es decir, se parte de aspectos simples para poder llegar a resultados complejos y verdaderos (Hurtado & Toro, 2015).

Con el método analítico y sintético se descompone el tema de investigación, el mismo que permite establecer el problema central, sus posibles causas y consecuencias o efectos provocados por el síndrome de burnout en cuidadores formales e informales. Una vez que se conoce detalladamente el problema se procede a establecer una metodología de investigación enfocada al cumplimiento de objetivos. Finalmente servirá para elaborar el análisis y discusión de los resultados que es un compendio de los instrumentos de investigación aplicados.

- **Método inductivo y deductivo**

El método inductivo y deductivo es diferente, debido a que el primero parte de criterios específicos para poder llegar a resultados generalizados y más flexibles; mientras que el segundo empieza a trabajar desde aspectos generales para finalizar en algo específico y más cerrado. Para aplicar estos métodos se apoya en el uso de técnicas e instrumentos de recolección de información que concluyan en una teoría (Cegarra, 2016).

El método inductivo se aplica a partir del planteamiento de objetivos que permiten el desarrollo de cada uno de los temas que conforman el trabajo investigativo, para posteriormente elaborar la discusión, plantear conclusiones y recomendaciones generales que contribuyan a afrontar el estrés laboral crónico de los cuidadores. Por el contrario, con el método deductivo se toma el objetivo general sobre el síndrome de burnout, sus tres dimensiones y se plantean los objetivos específicos enfocados al estudio de las variables sociodemográficas, niveles de dimensión de síndrome de burnout, bienestar emocional, estrategias de afrontamiento, apoyo social, satisfacción vital y resiliencia. Esto significa que la información que se recopile sobre el tema será individualizada para estudiar cada una de las variables.

- **Método estadístico**

El método estadístico se caracteriza por cumplir una serie de pasos y procedimientos que permitan manejar información tanto cualitativa como cuantitativa. Parte de la obtención de datos de un objeto de estudio, los cuales son contados, tabulados, simplificados y presentados en tablas o figuras, para que puedan ser entendidos con facilidad. Por cada uno de los resultados se realiza una síntesis y análisis (González & De Vargas, 2016).

El método estadístico en el presente trabajo se emplea desde la aplicación de la batería de instrumentos de investigación enfocados a conocer la prevalencia del estrés laboral y sus dimensiones en los cuidadores formales e informales. Una vez que se obtienen los datos, se ordenan y presentan en tablas estadísticas con sus respectivos análisis. Dicha información constará en el apartado Análisis y discusión de datos.

2.6.2. Técnicas

Las técnicas que facilitan el desarrollo del trabajo investigativo son las siguientes:

- **Batería de instrumentos psicológicos**

La batería se encuentra conformada por los siguientes test psicológicos: cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, inventario de burnout de Maslach, entrevista de carga para cuidadores formales, escala de satisfacción vital, cuestionario de salud mental, escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento, y el cuestionario MOS de apoyo social. La finalidad fue obtener una visión integral sobre la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad. Las características y funcionalidad de cada uno, se detalla en la sección de instrumentos.

- **Técnicas de investigación bibliográfica**

Conocida también como investigación documental que emplea información secundaria o existente, de manera que se pueda ampliar el conocimiento respecto a un tema específico. Esto significa que es una de las etapas o fases necesarias que debe contar todo trabajo investigativo, que es posible realizar observaciones, análisis, reflexiones, relaciones entre diferentes aspectos o para tener una visión panorámica y sistémica del tema (Méndez & Astudillo, 2017).

A través de la investigación bibliográfica se recopilará información que tenga relación al tema de investigación, se ordena, se clasifica y se construye el marco teórico, el cual consta de citas textuales, resúmenes y parafraseo, así como también un análisis de los planteamientos de los autores. Este capítulo permite por un lado sustentar el trabajo investigativo y por otro tener un panorama exacto del tipo de información primaria se necesita recolectar. Las fuentes empleadas son: libros, hemerotecas, bibliotecas, revistas, páginas web, etc.

- **Técnicas de investigación de campo**

Este tipo de investigación se le conoce como *in situ*, que significa extraer datos directamente de la población objetivo, para lo cual se apoya en el uso de herramientas de recopilación de datos como, por ejemplo: fichas de observación, encuestas, entrevistas, grupos focales, entre otros. La investigación de campo se emplea con frecuencia en casos donde existe un problema específico, y lo que se pretende es entender y encontrar la solución a dicho conflicto (Parraguez, Chunga, Flores, & Romero, 2017).

La investigación de campo es necesaria dentro del proceso investigativo para cumplir con cada uno de los objetivos generales y específicos; para esto se utiliza cuestionarios sociodemográficos y test psicológicos a los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad. Con los resultados se puede conocer si tienen o no estrés laboral crónico, las dimensiones, las estrategias de afrontamiento que aplican, el grado de satisfacción y resiliencia. La investigación se aplica en la parroquia San Juan de la ciudad de Quito.

2.7. Procedimiento

La realización de este proyecto de investigación requirió del cumplimiento de diferentes pasos tanto para la investigación de campo como para la investigación bibliográfica, tal como se explica a continuación:

Investigación bibliográfica

- El primer paso fue identificar los autores que tratan el tema del síndrome de burnout a fin de conocer las distintas publicaciones realizadas.
- A continuación, se procedió a seleccionar los documentos más recientes y aquellos con información significativa que contribuya al desarrollo del presente proyecto de investigación.
- Fue importante realizar una lectura analítica para extraer las ideas más significativas de cada uno de los documentos seleccionados.
- Finalmente, tomando en cuenta los principales aportes de los distintos autores se procedió a estructurar el marco teórico de este proyecto.

Investigación de campo

- Se realizó un primer acercamiento con cuidadores de personas de la tercera edad en la parroquia San Juan de la ciudad de Quito, para conocer los problemas o dificultades que experimentan en esta labor.
- Posteriormente fue necesario explicarles de manera breve los objetivos y finalidades del estudio para conocer su nivel de predisposición para participar de esta investigación.
- En los casos en los que la respuesta fue afirmativa se definió un día y una hora específicos en los cuales se podría aplicar los diferentes instrumentos necesarios para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

- Al momento de aplicar los instrumentos, los participantes firmaron el consentimiento informado para corroborar su predisposición libre y voluntaria de participar en la investigación.
- Antes de aplicar los instrumentos se realizó una breve explicación del contenido y los parámetros de cada uno.
- En el proceso de aplicación fue necesario explicar con mayor profundidad algunos ítems que los participantes no comprendían con claridad.
- El siguiente paso fue depurar la información, eliminando los instrumentos que no estaban completos y aquellos que no presentaban respuestas claras, reemplazándolos por otros que si cumplieran con los requerimientos del proyecto.
- Finalmente, los datos fueron ingresados al programa SPSS-23 para su tabulación y posterior análisis.

2.8. Recursos

Los recursos necesarios para el desarrollo del presente trabajo de investigación, son los que se describen a continuación:

- **Recursos humanos:** investigadora, director de tesis y población de estudio.
- **Recursos Institucionales:** Sistema EVA de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- **Recursos materiales:** Computadora, cuestionarios de recolección de datos, impresora, material bibliográfico.
- **Recursos económicos:** los recursos económicos necesarios constan en la siguiente tabla:

Tabla 4 Recursos económicos

Egresos	Detalle	Valor
Material bibliográfico	Impresiones, computadora, proyector	100
Útiles de oficina	Copias y anillados	25
Movilización	Gasolina, peajes, pasajes	40
TOTAL		165

Fuente: Investigación

2.9. Instrumentos

Los instrumentos de investigación ayudan a recolectar la información necesaria para cumplir con los objetivos propuestos y dar respuesta a las interrogantes de investigación planteadas. En este caso se consideró necesario la utilización de una batería conformada por seis test psicológicos. A continuación, se describe cada uno:

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC

El cuestionario de variables sociodemográficas, como su nombre lo indica tuvo como finalidad la recopilación de los datos personales y laborales de la población objeto de estudio. Los elementos sobre los cuales se indagó fueron: sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos económicos, entre otros. La información es importante para contextualizar la realidad de los cuidadores informales.

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

El inventario de burnout de Maslach, permite indagar sobre los tres factores que intervienen en este síndrome, los cuales son: cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal. Hederich & Caballero (2016) explican que este instrumento se compone de 22 ítems. Las respuestas se representan en una escala Likert con puntuaciones entre 0 – 6. Las respuestas marcadas en 0 indican que la situación no sucede nunca y los marcados en 6 muestran que se enfrentan a las circunstancias expuestas todos los días, por su parte las valoraciones intermedias indican la frecuencia que más se acerca a los valores descritos.

Respecto a los ítems que estructuran este instrumento Sarabia, Díez, Millán, Salado, & Clemente (2016) explican que los numerales (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) corresponden a la sub-escala de agotamiento emocional, alcanzando un valor máximo de 54. Mientras que la sub-escala despersonalización se analiza con base en los resultados de los numerales (5, 10, 11, 15, 22), sumando un total final de 30. Finalmente, la sub-escala referente a la realización personal se compone de los factores (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), lo que correspondería a un puntaje de 48.

Los valores elevados en los parámetros de agotamiento emocional y despersonalización dan cuenta de la presencia de burnout, para el caso de la variable relacionada con la realización personal, se toma en cuenta las valoraciones más bajas. En relación a las características psicométricas de este cuestionario, se establece que su aplicación es óptima cuando en

coeficiente de alfa Cronbach se ubica entre 0.7 y 0.9, es decir cuando estas condiciones se cumplen los resultados se consideran fiables.

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

La entrevista para cuidadores formales desarrolla por Revuelta y Andújar, se encuentra estructurada por 22 ítems los cuales presentan enunciados sobre las sensaciones que las personas pueden experimentar cuando se encuentran al cuidado de otros individuos. Domínguez (2016) manifiesta que en base a la valoración que los cuidadores realicen se identifican los niveles de sobre carga laboral, sean estos intensos, leves o no experimenten ningún nivel.

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

La escala de satisfacción vital según Padrós & Yunuén (2015) mencionan que se trata de un instrumento en el cual se mencionan 5 postulados con los cuales los encuestados pueden o no estar de acuerdo. La valoración corresponde a 7 rangos distintos en donde: 1 = muy de acuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = algo en desacuerdo, 4 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 = algo de acuerdo, 6 = de acuerdo y 7 = muy de acuerdo. En este estudio se consideran 6 aspectos y se utiliza la versión realizada por Revuelta y Andújar.

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

El cuestionario de salud mental HGQ-28 se enfoca en conocer el estado de salud de las personas, aborda dos aspectos principales: las afecciones físicas y las molestias o dificultades experimentadas a nivel psíquico. Ríos & Godoy (2017) explican que este instrumentos está compuesto por 28 ítems, los mismos que se subdividen en 4 sub-escalas conformadas por 7 elementos cada una.

La primera sub-escala se relaciona con los síntomas somáticos de origen psicológico como: dolor de cabeza, cansancio, fatiga, en general, se trata de malestar físico. La segunda corresponde a síntomas asociado a la ansiedad como dificultades para conciliar el sueño, tensión, nerviosismo, pánico, entre otros. La tercera se relaciona con la disfunción social, aquí la persona da cuenta de los problemas que experimenta para tomar decisiones, organizarse en el trabajo y en general frente a las actividades que desempeña cotidianamente. El cuarto

aspecto indaga sobre la depresión, cuestiona sobre sentimientos de baja autoestima e incluso sobre condiciones como la muerte. (Pastorino & Alvarado, 2016)

Las personas que participan de la investigación deben señalar la opción que más se acerque a la realidad que han experimentado durante las últimas semanas. Los rangos de puntuación se ubican entre 0 y 28. La cantidad más elevada indica el nivel de malestar de la persona en cada uno de los parámetros indicados anteriormente. En relación a las características psicométricas se establece que el punto de corte es de 5/6, lo que representa la existencia de un caso probable, en este sentido, el punto de sensibilidad = 84.6%, mientras que la especificidad = 82%, finalmente el valor alfa Cronbach es de 0.89.

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

El instrumento BRIEF-COPE está conformado por 28 ítems relacionados con las estrategias activas y pasivas que las personas utilizan para el afrontamiento del estrés cuando se encuentran en alguna situación que compromete su equilibrio físico o emocional. Reich, Costa, & Remor (2016) mencionan que se enfoca en conocer sobre los siguientes aspectos: afrontamiento activo, auto distracción, negación, uso de sustancia, uso de apoyo emocional, retirada de comportamiento, desahogo, replanteamiento positivo, planificación, humor, aceptación, religión y culpa.

Sánchez (2016) explica que los estilos de afrontamiento forman parte de la psicología de las personas. En el caso de los trabajadores de la salud es fundamental conocer sus mecanismos para responder al estrés ya que su trabajo se desenvuelve en un ambiente en el cual se enfrentan a condiciones extremas. Las escalas de valoración se ubican entre 0 – 3, en donde 0 = no he estado haciendo esto en lo absoluto, 1 = he estado haciendo esto poco, 2 = he estado haciendo esto bastante y 3 he estado haciendo esto mucho.

Entre más elevado sea el puntaje alcanzado en cada sub – escala se identifica que las personas realizan un mejor uso de cada una de las estrategias de afrontamiento, por el contrario los puntajes más bajos muestran que los cuidadores requieren trabajar en este aspecto. En relación a las características psicométricas se establece que el alfa Cronbach se ubica entre 0.50 y 0.80. Para este estudio se determina que el índice de consistencia interna se ubica en 0.75.

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 de apoyo social se define como un instrumento de carácter multidimensional, el cual se enfoca en determinar los elementos cualitativos y cuantitativos que hacen parte del apoyo social. Ramírez (2015) explican que se encuentra conformado por 20 ítems, cada uno es valorado en una escala Likert de 5 puntos en las cual: 1= nunca, 2 = pocas veces, 3 = algunas veces, 4 = la mayoría de veces y 5 = siempre.

Londoño, Rogers, & Castilla (2015) exponen que este instrumento se enfoca en el conocimiento de cinco aspectos fundamentales. El primero, la red de apoyo social en donde se determina el número de personas entre amigos y familiares que forman parte de la vida de la persona. El segundo es el apoyo social emocional/informacional, el cual trata sobre los consejos que la persona recibe. El tercero se refiere al apoyo instrumental, aquí se establece el tipo de conducta y el material de apoyo. El cuarto es la interacción social positiva, se define la disponibilidad de las personas para realizar actividades que los diviertan o distraigan. Finalmente se trata el apoyo afectivo, en donde se evidencias las muestras de afecto.

La valoración se determina en un rango que oscila entre 0 – 100 puntos, entre más alto sea el valor alcanzado, se infiere que el cuidador recibe mayor apoyo social, mientras que los rangos menores dan cuenta de la carencia de este elemento. Se ha definido que cada una de las dimensiones tenga su propia valoración, así la puntuación total será de 57, la dimensión social alcanzará un valor de 24, la instrumental 12 y la interacción social y afectiva 9. El alfa Cronbach será de 0.97 para la totalidad de los factores analizados.

Brief Resilience Scale (BRS)

El cuestionario de Brief Resilience Scale se enfoca en el establecimiento de la capacidad que tiene un individuo para adaptarse a determinadas personas o a un grupo social. Esta herramienta fue creada con el propósito de medir la resistencia a la enfermedad y la capacidad para recuperarse del estrés, a la vez permite obtener datos respecto a los individuos que enfrentan los factores estresantes que tienen relación con la salud (Quiceno & Vinaccia, 2017).

Conocer la capacidad de recuperarse de circunstancias estresantes puede resultar de suma importancia para aquellos individuos que ya se encuentran lidiando con estos eventos estresantes de la vida, al igual que con problemas que guarden relación con la salud. En

definitiva, Rodríguez, Alonso, & Hernansaiz (2016) señalan que este cuestionario está estructurado con 6 preguntas, en el que se emplea una escala de Linkert para las respuestas, que inicia desde 1 que es Muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 neutral, 4 de acuerdo y 5 muy de acuerdo.

La puntuación total tiene un rango de 6 que es lo mínimo hasta 30 que es el puntaje máximo. El total que se obtenga se divide para 6 que es el número de preguntas y se obtiene la calificación de la persona evaluada. Si el resultado que se obtiene de la división está por debajo de 3, la resiliencia es baja, si se tiene más de 3 hasta 4,30 la resiliencia es normal, pero si es superior a 4,30 la resistencia es alta.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

3.1. Análisis

Una vez aplicados los instrumentos de investigación a los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad se proceden a realizar el análisis de los datos obtenidos, a continuación, se presentan las tablas y las explicaciones respectivas. De esta manera se tendrá una mejor comprensión sobre las variables que inciden en el apareamiento del síndrome de burnout en la población de estudio.

Tabla 5. Características sociodemográficas

	Cuidadores	
	N	%
Sexo		
Hombre	18.0	45.0
Mujer	22.0	55.0
Etnia		
Mestizo/a	39.0	97.5
Blanco/a	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	1.0	2.5
Indígena	0.0	0.0
Estado Civil		
Casado/a	19.0	47.0
Soltero/a	15.0	37.5
Viudo/a	1.0	2.5
Divorciado/a	3.0	7.5
Unión Libre	2.0	5.0
Edad		
M	38.5	
DT	13.37	
Max	67.0	
Min	19.0	
Número de Hijos		
M	1.45	
DT	1.32	
Max	5.0	
Min	0.0	

Fuente: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 5 se observa los resultados relacionados a la variable sociodemográfica, en cuanto al género el 55% son mujeres y el 45% son hombres. El 97.5% se define como mestizo, mientras que el 2.5% son afroecuatorianos. Respecto al estado civil, el 47.0% son casados, el 37.5% están solteros, el 2.5% son viudos, mientras que el 7.5% se encuentran divorciados

y el 5.0% en unión libre. En cuanto a la edad se determina una media de 38.5, por otro lado, la media de hijos es de 1.45.

Tabla 6. Dimensiones del síndrome burnout

Dimensiones del Burnout	Cuidadores		
	Niveles	N	%
Agotamiento Emocional	Alto	8.0	20.0
	Medio	8.0	20.0
	Bajo	24.0	24.0
Despersonalización	Alto	14.0	35.0
	Medio	9.0	22.5
	Bajo	17.0	42.5
Realización Personal	Alto	2.0	5.0
	Medio	1.0	2.5
	Bajo	37.0	92.5

Fuente: Inventario del Estrés laboral crónico de Maslach

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 6, se observa los resultados obtenidos en relación a las dimensiones del burnout, en cuanto al agotamiento emocional el 24% de los investigados obtiene un nivel bajo el 20% alto y medio a la vez. Por otro lado, respecto a la despersonalización el 42.5% se ubica en un nivel bajo, el 35.0% alcanza un nivel alto y el 22.5% un nivel medio. En relación a la realización personal, el 92.5%, obtiene un nivel bajo, el 5.0% tiene un nivel y el 2.5% un nivel medio. Los resultados demuestran que la realización personal de los cuidadores no es el adecuado, por esta razón presentan un mayor nivel de incidencia de estrés crónico.

Tabla 7. Casos de burnout

Burnout	Cuidadores	
	N	%
Nivel alto	6.0	15.0
Nivel Medio	26.0	65.0
Nivel Bajo	8.0	20.0

Fuente: Inventario del Estrés laboral crónico de Maslach

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 7, se observa los resultados sobre los casos de burnout. El 65% de los cuidadores se ubican en un nivel medio, el 20% se encuentran en un nivel bajo y el 15% en un nivel alto. Los datos obtenidos indican que existen 6 personas con burnout.

Tabla 8. Carga laboral para cuidadores

		Cuidadores	
		N	%
Sobre carga	No presenta	18.0	45.0
	Leve	5.0	12.5
	Intensa	17.0	42.5

Fuente: Entrevista de carga para cuidadores formales

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 8 se aprecia los resultados sobre la carga laboral de los cuidadores. El 45% no presenta sobre carga, por su parte el 42.5% experimenta una sobrecarga intensa y el 12.5% se encuentra en un nivel leve. La información obtenida, da cuenta de que cerca de la mitad de la población participante del estudio presenta alta incidencia en la carga laboral derivada de los cuidados que deben prestar a las personas de la tercera edad.

Tabla 9. Satisfacción vital

		Cuidadores	
Puntos de corte		N	%
5 a 9	Muy insatisfecho	0.0	0.0
10 a 14	Insatisfecho	5.0	12.5
15 a 19	Ligeramente por debajo de la media	8.0	20.0
20 a 24	Ligeramente Satisfecho	11.0	27.5
25 a 29	Satisfecho	10.0	25.0
30 a 35	Altamente satisfecho	6.0	15.0

Fuente: Escala de satisfacción vital (ESV)

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 9, se observan los resultados en relación a la satisfacción vital en donde el 27.5% se encuentra ligeramente satisfecho del trabajo que está desempeñando sobre el cuidado del adulto mayor, mientras que el 25% está satisfecho. Por el contrario, el 20% se ubica ligeramente por debajo de la media, el 15% en cambio se siente altamente satisfecho. Lo contrario se tiene con el 12,5% que se encuentra insatisfecho.

Tabla 10. Salud general en cuidadores

		Cuidadores	
		N	%
Síntomas somáticos	No caso	39.0	97.5
	Caso	1.0	2.5
Ansiedad	No caso	39.0	97.5
	Caso	1.0	2.5
Disfunción social	No caso	39.0	97.5
	Caso	1.0	2.5
Depresión	No caso	39.0	97.5
	Caso	1.0	2.5

Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ-28)

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 10, se observa que el 97,5% de cuidadores no presentaron síntomas somáticos, mientras que el 2,5% si manifestaron la presencia de estos síntomas. En relación a la ansiedad se registra que el 97,5% no presenta casos. La misma tendencia prevalece en la disfunción social y la depresión. Mientras que el 2,5% se registran tanto en casos de ansiedad, como disfunción social y depresión. En general, la gran mayoría de cuidadores no presentan malestar emocional.

Tabla 11. Estrategias de afrontamiento en cuidadores

	Cuidadores			
	M	DT	Max	Min
Auto distracción	1.45	0.94	3.0	0.0
Afrontamiento activo	1.7	1.26	4.0	0.0
Negación	0.85	1.19	4.0	0.0
Uso de sustancias	0.9	1.09	4.0	0.0
Apoyo emocional	1.05	0.97	3.0	0.0
Retirada de comportamiento	1.5	1.28	5.0	0.0
Desahogo	1.05	1.04	3.0	0.0
Replanteamiento positivo	1.35	1.19	4.0	0.0
Planificación	1.7	1.20	5.0	0.0
Humor	1.32	1.29	5.0	0.0
Aceptación	1.57	1.13	4.0	0.0
Religión	1.52	1.28	6.0	0.0
Culpa de sí mismo	1.17	0.90	5.0	0.0

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

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 11, se observan la media y la desviación típica de las estrategias de afrontamiento de los cuidadores de adultos mayores, siendo el afrontamiento activo y la planificación las que más sobresalen ya que tiene un promedio de 1.7 puntos cada una, con una desviación típica de 1.26 y 1.20 respectivamente; que representa la volatilidad o posibilidad de moverse el promedio hacia arriba o hacia debajo de acuerdo al puntaje obtenido.

La aceptación es otra de las estrategias que se le ha dado uso en un promedio de 1,57 (dt 1.13), seguido de la religión con 1.52 (dt 1.28), retirada de comportamiento 1.5 (dt 1.28), auto distracción 1.45 (dt 0.94), replanteamiento positivo 1.35 (dt 1.19), culpa de sí mismo 1.17 (dt 0.90), apoyo emocional y desahogo 1.05 (dt 0.97 y 1.04 respectivamente). Entre las estrategias que tienen un promedio inferior a 1 que corresponde a las menos utilizadas por los cuidadores están el uso de sustancias con un promedio de 0.9, la desviación típica de 1.09. La negación tiene una media de 0.85 con dt de 1.19.

Tabla 12. Apoyo social en cuidadores

	Cuidadores			
	M	DT	Max	Min
Apoyo Emocional	28.2	6.58	15.0	39.0
Apoyo Instrumental	17.1	4.30	8.0	26.0
Relaciones Sociales	14.2	3.25	7.0	20.0
Amor y cariño	6.92	1.65	3.0	10.0

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 12, se observa los resultados obtenidos del apoyo social de los cuidadores formales e informales de adultos mayores, de los cuales el apoyo emocional registra una media más alta con el 28.2 puntos, con una desviación típica de 6.58, lo que significa que del promedio se desvía aproximadamente 7 puntos, por tanto, los datos se encuentran más dispersos. El apoyo instrumental registra una media de 17.1 puntos, con una dispersión de 4.30. Respecto a las relaciones sociales se consigue una media de 14.2 puntos y se desvía 3.25 puntos. La dimensión amor y cariño es la menor percibida, ya que tiene una media de 6.92 con una desviación típica de 1.65.

Tabla 13. Resiliencia de cuidadores

Puntos de corte		Cuidadores	
		N	%
6-15	Bajo	24.0	60.0
16-22	Normal	6.0	15.0
23-30	Alto	10.0	25.0

Fuente: Brief Resilience Scale (BRS)

Elaborado por: Rodríguez, A.

En la tabla 13, se observa los resultados de la resiliencia de los cuidadores de adultos mayores, en donde se obtiene el 60% que presentan una resiliencia baja o poca capacidad para adaptarse al estrés y a situaciones adversas. Por el contrario, el 25% de cuidadores registran una resiliencia alta que corresponde aquellas personas aptas para adaptarse a condiciones que generen estrés. Finalmente, el 15% tiene resiliencia normal o en nivel medio, que puede sobrellevar ciertas situaciones.

3.2. Discusión

A fin de presentar un análisis más profundo sobre la prevalencia del estrés laboral a continuación se presenta la discusión de los resultados en base al cumplimiento de los

objetivos, la respuesta a las preguntas de investigación y el contraste de la información con los postulados expuestos en el apartado teórico.

En relación a las características sociodemográficas se establece que el 55% de los cuidadores pertenecen al género femenino, mientras que el 45% son hombre. El 97.5% son mestizos, respecto al estado civil el 47% se encuentran casados y el 37.5% son solteros. La media de la edad se establece en 38.5 años, por su parte en los hijos es de 1.45. Estos datos contrastan con el estudio desarrollado por Ramírez (2015), en el que se muestra que el 68.4% de cuidadoras son mujeres y tan solo el 31.6% son hombres, respecto a la edad la media es de 40 años, en cuanto a la etnia el 91.6% son mestizos.

Tal como se aprecia en los resultados, al haber sido desarrollados en realidades similares se encuentran significancias que dan cuenta de hechos particulares. Así, dentro del contexto latinoamericano se mantiene la tendencia de que sea la mujer la encargada de dedicarse al cuidado de los adultos mayores, independientemente de que este sea o no su trabajo. La edad también es un elemento a considerar ya que se ubica en un rango en el que las personas pueden ser consideradas jóvenes y cuentan con la energía y capacidades suficientes para poder brindar cuidados adecuados a las personas de la tercera edad.

Respecto a las dimensiones del Síndrome de Burnout el nivel bajo alcanza valores significativos en el agotamiento emocional (24%), despersonalización (42.5%) y realización personal con el 92.5%. La información obtenida en el presente estudio, se contrapone con los datos expuesto por Sarabia et al. (2016) en el que los valores medios tienen mayor impacto en los niveles medios, así el agotamiento emocional alcanza un 47.6%, sin embargo en la dimensión de despersonalización el nivel bajo logró el 59.4%, y la realización personal obtuvo el 38,6%.

Es decir, los resultados obtenidos permiten conocer que los cuidadores formales e informales de las personas de la tercera edad están expuestos a padecer condiciones de estrés debido a las diferentes actividades que deben realizar a fin de precautelar su seguridad y bienestar. Una vez analizados los datos, se observa que la realización personal es el elemento que mayor nivel de insatisfacción les produce, debido a que no cuentan con la libertad necesaria para cumplir con sus sueños y aspiraciones particulares, esta situación propicia el apareamiento del síndrome de burnout.

En base a estos resultados se determina que la prevalencia del síndrome de burnout en el 26 de los cuidadores de las personas de la tercera edad, se encuentra en un nivel medio. Información que contrasta con la sobre carga laboral, señalando que el 45% no presenta esta condición y el 42.5% lo experimenta en un nivel intenso. En este sentido Olivares, Vera, & Juárez (2014) en su estudio también determinaron que el 31.4% de los cuidadores presentó síntomas de estrés laboral crónico, un porcentaje menor al establecido en este estudio.

Por estas razones se determina que la prevalencia del estrés en los cuidadores formales o informales responde a diferentes características. Sin embargo, es una realidad que el tipo de trabajo que estas personas realizan requiere de apoyo psicológico y emocional para lograr contrarrestar los efectos que pudieran derivarse del contacto constante con individuos que en mayor o menor medida dependen de su intervención para lograr su bienestar.

Por otra parte, con respeto a las características de salud mental de los cuidadores formales e informales de personas de la tercera edad se identificó a casi la totalidad que no presentan síntomas semánticos, ansiedad, disfunción social y depresión, así se pudo observar en los datos estadísticos que registra el 97.5%. De acuerdo a esto, Ahola, Hakanen, Perhoniemi, & Mutanen (2016), plantean que al aplicar el cuestionario a cuidadores profesionales se estableció a la depresión como la variable más importante para la presencia del síndrome de burnout.

Esto indica que los cuidadores de adultos mayores de la parroquia San Juan mantienen buena salud general, ya que no presentan sin tomas de estrés laboral. Sin embargo, la depresión puede ser uno de los factores más comunes que se presenta a la población y puede conducir a la presencia de agotamiento; esto se debe a que los cuidados a una persona adulta requieren del sacrificio de muchas cosas, así como del adiestramiento o capacidad para realizar los cuidados y al no contar con dicho adiestramiento pueden contraer enfermedades físicas o psicológicas.

Con relación al establecimiento de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores formales e informales están el afrontamiento activo y la planificación, con una media de 1.7 que registrar una desviación típica de 1.26 y 1.20 puntos respectivamente. Las siguientes dos estrategias más utilizadas son la aceptación con 1.57 y religión con 1.52 puntos. Morán, Landero, & González (2015), señalan que el afrontamiento activo es cuando una persona realiza actividades de manera directa, encaminadas a disminuir el estrés. Los resultados en este estudio indican que el afrontamiento activo y la planificación muestran un alfa Cronbach de 0,74.

El afrontamiento activo es la estrategia más aplicada por la población cuidadora de adultos mayores, que corresponde a los esfuerzos empleados en la solución de los problemas, de manera directa. Las personas realizan diferentes actividades que les permita reducir el impacto que genera esta situación, así como también contribuye a la regularización de las emociones. Las planificaciones de igual manera ayudan a mantener organizado las diferentes obligaciones que deben cumplir para el cuidado del adulto mayor.

Por otro lado, con referencia al apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar del trabajo de los cuidadores formales e informales, se estableció al apoyo emocional con una media más alta de 28.2 y una desviación alta de 6.58 que representa el grado o nivel de dispersión que tienen los datos con respecto al promedio. Sobre esto, Londoño et. al. (2015) mencionan que el apoyo social es una de las variables de gran importancia en el estudio de casos del área de salud, por lo cual la investigación a un total de 179 participantes a quienes se les aplicó el cuestionario MOS arrojaron un alfa Cronbach entre 0.921 y 0.736, siendo el apoyo emocional el primer factor identificado con una media de 32.8, desviación estándar de 6.6.

Los resultados del trabajo de han permitido validar el cuestionario estableciendo buenas propiedades psicosométricas y estructurales. En definitiva, se confirma que los cuidadores perciben más apoyo emocional que tiene relación con la empatía que tienen con las personas a quienes cuida, así como el amor o la confianza. El apoyo que reciben les ayuda a mejorar de mejor manera su situación y a generar perspectivas favorables a futuro.

En relación al bienestar emocional y la satisfacción vital de los cuidadores formales e informales se obtuvo que la mayoría se encuentra ligeramente satisfecho que representa el 27.5% y satisfecho el 25%. Blanco & Salazar (2016), plantean que el instrumento que evalúa la satisfacción vital toma en cuenta criterios subjetivos, para lo cual se trabajó con una muestra de 120 personas que muestra un alto grado de satisfacción.

Si bien es cierto los cuidadores formales e informales presentan un grado de satisfacción, es necesario que se tome en cuenta las necesidades individuales, de manera que puedan sentirse bien con ellos mismos y con los adultos mayores, vivir en armonía. A nivel general, mantienen una buena autoestima y tratan de evitar problemas para no alejarse del bienestar emocional.

Sobre la resiliencia de los cuidadores de adultos mayores se determinó en la encuesta que el 60% presentan una baja capacidad para adaptarse al estrés o situaciones adversas. Por su

parte Quiceno & Vinaccia (2017), concuerdan que este tipo de estudios se han aplicado con mayor frecuencia en el área de salud, para el estudio de enfermedades crónicas. Por tanto, se tomó una muestra de 12 participantes que presentan que en la gran mayoría tenían resiliencia baja, pero luego de un programa de intervención han podido aplicar diferentes estrategias y cambios a nivel biopsicosocial para potenciar dicho factor.

En definitiva, el 60% posee baja resiliencia lo que significa que los investigados poseen una baja capacidad para adaptarse a condiciones adversas como el estrés, sin embargo, es uno de los factores que se pueden potenciar a través de la realización de varias actividades basadas en la emoción, conducta. En el caso de los cuidadores informales es importante recibir capacitaciones a adiestramiento para que puedan conocer la manera correcta de cuidar a los adultos mayores.

CONCLUSIONES

- En relación a las características sociodemográficas se establece que el 55% de las personas que participaron del estudio son mujeres y el 45% son hombres. El 97.5% se define como mestizo, mientras que el 2.5% son afro ecuatorianos. Respecto al estado civil, el 47.0% son casados, el 37.5% están solteros, el 2.5 viudos son viudos, mientras que el 7.5% se encuentran divorciados y el 5.0% en unión libre. En cuanto a la edad se determina una media de 38.5, por otro lado, la media de hijos es de 1.45. La apreciación más significativa de estos datos es que las mujeres continúan manteniendo el rol predominante como cuidadoras de personas que necesitan algún tipo de asistencia.
- La dimensión de mayor incidencia en el síndrome de burnout es la realización personal, la cual obtuvo un 92% en el nivel bajo. El agotamiento personal alcanzó un 24% en el nivel bajo, lo mismo sucedió con la despersonalización con un 42.5%. Es decir, la realización personal de los cuidadores no es adecuada, por esta razón son propensos a sufrir estrés crónico. En base a estos datos se establece que la realización personal es el elemento que mayor nivel de insatisfacción produce en los cuidadores, debido a que deben estar atentas de manera constante a las necesidades de las personas de la tercera edad.
- El bienestar emocional se encuentra relacionado con la satisfacción vital, el 27.5% se encuentra ligeramente satisfecho con su vida y el 25% está satisfecho. Se aprecia que los cuidadores presentan un nivel bajo de insatisfacción con las actividades que desempeñan, de no ser bien manejado esto podría generar que su estado emocional no sea totalmente equilibrado, lo que puede provocar problemas en las diferentes dimensiones de su vida.
- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores formales e informales están el afrontamiento activo y la planificación, con una media de 1.7 que registran una desviación típica de 1.26 y 1.20 puntos respectivamente. El afrontamiento activo consiste en los esfuerzos que realizan para solucionar algún tipo de problema o dificultad directamente. La planificación les ayuda a organizar cada una de sus actividades para evitar cometer errores que pudieran provocarles estrés.

- El apoyo social está dado por una serie de vínculos que se desarrollan en el lugar de trabajo de los cuidadores, logrando una media de 28.2 y una desviación estándar de 6.58. En este sentido se concluye que los cuidadores sí reciben apoyo emocional a través de actitudes y emociones como la empatía, el amor y la confianza. Esto les permite proyectarse a futuro dentro de su trabajo y también a nivel personal.
- Los encuestados presentan un nivel de satisfacción vital aceptable, sin embargo, el 60% presenta un nivel bajo para adaptarse a situaciones de dirección al afrontamiento de problemas que se pudieran generar en las actividades que desempeñan para el cuidado de los adultos mayores. Por esta razón la prevalencia de adquirir el síndrome de estrés crónico se ubica en un nivel medio.

RECOMENDACIONES

- Es importante que se realice un estudio y análisis más profundo de las características sociodemográficas de los cuidadores formales e informales a fin de determinar el grado de incidencia que cada una de estas variables tiene en relación al síndrome de estrés crónico, a partir de esta información se pueden plantear estrategias de afrontamiento.
- Es recomendable que los cuidadores formales e informales de las personas de la tercera edad puedan participar de programas o proyectos en los cuales puedan realizar actividades de su interés a fin de contrarrestar los efectos provocados por estar enfocados constantemente en garantizar el bienestar de otra persona, sin pensar en los efectos que esto genera a su salud.
- Es necesario contrarrestar los niveles de insatisfacción existente en los cuidadores formales e informales a fin de evitar que se generen problemas de mayor complejidad. Por esta razón se deberían programar acciones que les inviten a dialogar sobre las acciones a tomar para lograr un nivel de satisfacción mayor con las actividades que realizan en su cotidianidad como parte de su labor de cuidadores.
- Es importante que los cuidadores de las personas de la tercera edad comprendan la importancia de formular estrategias de afrontamiento que les permitan lidiar con las diferentes circunstancias que se presentan dentro del desempeño de sus funciones. Por esta razón es recomendable que dediquen parte de su tiempo a reflexionar sobre los mecanismos que les ayuden a contrarrestar las situaciones que pudieran afectar su equilibrio laboral y emocional.
- Es necesario que dentro de los ambientes de trabajo se tejan redes de apoyo para que los cuidadores y las personas a su cuidado puedan mejorar sus relaciones de interacción. Además, es fundamental que las personas que no necesariamente son cuidadores, pero forman parte del contexto aporten positivamente colaborando a través de la comprensión y el buen trato.
- Es importante que los cuidadores fortalezcan su capacidad de reaccionar frente a las situaciones poco favorables que se presenten en las acciones que desempeñan. La resiliencia les permitirá reconocerse como seres capaces de sobrellevar cualquier tipo

de dificultad para generar soluciones eficaces para solventar las necesidades propias y las de aquellos a quienes tienen a su cuidado.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. (2009). Nuevas consideraciones sobre burnout o síndrome de quemarse en el trabajo. *Facultad de Psicología de la UBA*, 7-10.
- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2016). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Elsevier*, 1-9.
- Almiral, P. (2011). *Efectos negativos de las cargas de trabajo*. La Habana: Instituto de Medicina del Trabajo.
- Álvarez, A. (2015). *Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes*. Madrid- España: Planeta.
- Álvarez, R. (2015). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Anaya, J., Ortiz, A., Panduro, D., & Ramírez, G. (2015). Síndrome de "quemazón" (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Atención Primaria*, 38, 467-468.
- Aranda, C. (2013). Síndrome burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*, 15-21.
- Arias, F. (2016). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Venezuela: Editorial Episteme C.A.
- Ávila, H. (2016). *Introducción a la metodología de la investigación*. España: Eumed.
- Báez, L. (2014). *Prevalencia de cuidadores no profesionales en Ecuador*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balluerka, N., & Vergara, A. (2017). *Diseño de Investigación Experimental en Psicología. Modelos y análisis de datos mediante SPSS 10.0*. Madrid: Pearson Educación.
- Barreto, T. (2015). *Prevalencia del Síndrome de Cuidador Cansado en cuidadores de pacientes con discapacidad pertenecientes al Programa Joaquín Gallegos Lara*. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Bilge, F. (2016). Examinando el agotamiento de los académicos en relación con la satisfacción laboral y otros factores. *Comportamiento social y personalidad*, 34(9), 1151-1160.
- Blanco, M., & Salazar, M. (2016). Escala de Satisfacción con la Vida para adultos mayores de Emmons, Larsen, y Griffin. *Universidad de Costa Rica*, 1-5.
- Bravo, L. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno*. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Bromley, C. (2016). Los trastornos de ansiedad a inicios de nuevo siglo relacionados con el estrés. *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 59.
- Buunk, B., & Schaufeli, W. (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. Londres: Taylor& Francis.

- Buzzetti, M. (2013). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Cegarra, J. (2016). *Los métodos de investigación*. España: Edición Díaz de Santos.
- Cerquera, M., & Pabón, D. (16 de Septiembre de 2015). Resiliencia y Variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 35-40.
- Chávez, S., & Villegas, V. (2015). *Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de Geriatría*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Cherniss, C. (1993). *El papel de la utoeficacia profesional en la etiología del agotamiento*. Washington DC: Hemisferio.
- Cialzeta, J. (2015). *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un hospital de alta complejidad*. Córdoba- Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Da Silva, F. (2014). *Ética y trasgresión*. Montevideo-Uruguay: Psicolibros.
- De Valle-Alonso, M. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 19-27.
- Domínguez, L. (2016). *Aspectos psicológicos en cuidadores informales de personas dependientes : carga y afrontamiento del estrés*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Edelwich, J., & Bordsky, A. (1980). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar*. Nueva York: Human Science Press.
- Farber, B. (2016). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77(6), 325-331.
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R., & Rodríguez, M. (2015). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 109-112.
- Ferrel, R., Sierra, E., & Rodríguez, M. (Junio de 2010). Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) en médicos especialistas de un Hospital Universitario, de la Ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 7(1), 30.
- Flores, J. (2013). *Síndrome de estar quemado*. Madrid: EDIKA.
- García, C., Hernández, L., Fernández, A., & Oliva, I. (2016). Desgaste profesional en especialistas en Medicina Intensiva del Hospital "Dr. Agostinho Neto". *Revista Cubana de Salud Pública*, 14-16.
- García, M., Sobrido, N., García, M., Raña, C., & Saleta, L. (2016). El síndrome burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 5(1), 61-67.
- García, S., & Custey, M. (2015). Evaluación en la satisfacción de los profesionales de atención primaria. *Medifam*, 16-24.

- García-Izquierdo, M. (2016). Estudios de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Psiquiatría*, 180-184.
- Garden, A. (2015). *Despersonalización: una dimensión del burnout*. Madrid: Humans Relations.
- Gil-Monte, P., & Marucco, M. (2008). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo(burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 450-456.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. y. (2005). *Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería*. Sevilla: Eudema.
- Giner, C. (2015). Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. *Anales de Derecho*, 30, 254-296.
- Giraldo, C., & Correa, L. (2012). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 1-9.
- Golembiewski, R., Minzenrider, R., & Carter, D. (2012). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 461-481.
- González, M., & De Vargas, A. (2016). *Estadística aplicada. Una visión instrumental*. España: Díaz de Santos.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & y Braga, F. (2009). El síndrome de burnout en profesionales sanitarios hispanoamericanos y españoles. Influencia de factores personales, profesionales y nacionales. *Revista Española Salud Pública*, 215-230.
- Guerrero, E. (2001). *Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Extremadura- España: Universidad de Extremadura.
- Gutiérrez, A., & Vilorio, J. (2015). Riesgos Psicosociales y Estrés en el ambiente laboral. *Salud Uninorte*, 30(1), 1-4.
- Hederich, C., & Caballero, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach. Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología*, 1-15.
- Huenchuan, S. (2011). La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. *Demografía y Salud*, 27-30.
- Hurtado, I., & Toro, J. (2015). *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Venezuela: Editorial CEC, S.A.
- Landázuri, J. (2011). *Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de médicos y enfermeras del Hospital Quito Nro. 1 Policía Nacional*. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Lee, R., & Ashforth, B. (2011). A longitudinal study of burnout among supervisors and manager: comparisons between the Leiter and Maslach(1988) and Golembiewski,

- Munzenrider y Stevenson (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 369-398.
- Londoño, N., Rogers, H., & Castilla, J. (2015). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 142-150.
- López, A., & Lara, V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. Madrid-España: Universidad Complutense de Madrid.
- Loyd, C., & King, R. (2016). Estrés laboral y terapia ocupacional. *Medicina Laboral*, 8, 227-243.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado. *Vivat Academia*, 24-30.
- Martínez, M., & Benjumea, D. I. (2016). La experiencia del cuidado de mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *MEDES Medicina en Español*, 48(2), 77-84.
- Meeroff, M. (2001). Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Tomás y Burnout. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 110.
- Méndez, A., & Astudillo, M. (2017). *La investigación en la era de la información: Guía para realizar la bibliografía y fichas de trabajo*. México: Trillas.
- Mingote, J. (2013). Síndrome Burnout o síndrome de desgaste profesiona. *Formación Médica Continuada*, 493.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2016). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid-España: INMERSO.
- Miravalles, J. (2015). Síndrome de Burnout. *Gabinete de Psicología*, 26-30.
- Montalbán, M., Durán, M., & Bravo, M. (2010). *El discurso mediático sobre el síndrome de burnout*. Madrid: Eudema.
- Mora, H. (2015). El estrés. Manual para el escolta privado. *Editorial Club Universitario*, 157.
- Morán, C., Landero, R., & González, M. (2015). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 543-552.
- Olivares, V., Vera, A., & Juárez, A. (2014). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidad en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 63-71.
- Olmedo, E. (2015). *Propiedades psicométricas del constructo burnout*. Laguna: Universidad de La Laguna.
- Padrós, F., & Yunuén, C. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción de la Vida (SWLS) de Diener en población de michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 223-232.

- Palmer, A., & Gómez, C. (2015). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos de la ciudad de Mexicali. *Gaceta Médica*, 181-183.
- Palomo, G., Carrasco, J., Bastías, A., Méndez, M., & Jiménez, A. (2015). Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en trabajadoras estacionales de Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*, XXXVII(4), 303-304.
- Parraguez, S., Chunga, G., Flores, M., & Romero, R. (2017). *El estudio y la investigación documental: estrategias metodológicas y herramientas TIC*. Perú: Emdecosege S.A.
- Pastorino, M., & Alvarado, R. (2016). Factores psicosociales del trabajo y síndrome de burnout en trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública*, 6-13.
- Pedraza, L. (2014). *Síndrome de Burnout en Psicología*. Madrid: Planeta.
- Peiró, J. (2016). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2017). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 69-82.
- Quiroz, A. (2015). *"Estudio del Síndrome de Burnout en Auxiliares de Enfermería en la sala Santa María del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficiencia de Guayaquil"*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Ramírez, M. (2015). *Burnout en profesionales de la salud en Ecuador*. Santiago de Compostela: USC.
- Reboiras, L. (2015). Migración internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de migración. *Población y Desarrollo*, 32-35.
- Reich, M., Costa, C., & Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 615-636.
- Reinago, E., & Pando, M. (2015). Relación del Síndrome de Agotamiento Crónico (Burnout) con el Trastorno Psicológico Potencial en Jóvenes deportistas. *Revista Psicología del Deporte*, 3(1), 153-160.
- Ríos, M., & Godoy, C. (2017). Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias. *Enfermería de urgencias*, 1-6.
- Robins, S. (2016). *Comportamiento organizacional*. México: Planeta.
- Rodríguez, E. (2016). *Metodología de la Investigación*. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Rodríguez, R., Alonso, J., & Hernansaiz, H. (2016). *Reliability and Validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version*. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rout, U. (2014). *Estrés laboral en profesionales de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, C. (2016). *Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud*. Madrid: UCM.

- Sarabia, C., Díez, Z., Millán, S., Salado, L., & Clemente, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriátrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *GEROKOMOS*, 48-52.
- Savio, S. (2016). El síndrome de Burnout: un proceso de estrés crónico. *UNLZ*, 5(8), 121-132.
- Seligman, M. (2015). *La Auténtica Felicidad*. Barcelona- España: Ediciones B.
- Silva, V. (2013). Estudio del síndrome de desgaste profesional sanitarios de un Hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 310-320.
- Solís, Z., Zamudio, L., Kasano, J., & Crespo, H. (2015). Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout. *Red de Revistas Científicas de América latina, el Caribe, España y Portugal*, 16-20.
- Sos, P., Sobrequés, J., Segura, J., Rodríguez, C., & García, M. (2013). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *MEDIFAM*, 12, 613-619.
- Soto, R., & Santamaría, M. (2016). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 123-130.
- Thompson, M., Page, S., & Cooper, C. (2012). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-335.
- Tonon, G. (2013). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de Burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Topa, G., Fernández, I., & Palaci, F. (2015). Identidad social, burnout y satisfacción laboral: estudio empírico basado en el modelo de la categorización del yo. *Revista de Psicología Social*, 21, 115-126.
- Toro, D. (2015). *Nivel de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales*. Manizales: Universidad Nacional de Colombia.
- Valle, M., Hernández, I., Zúñiga, M., & Martínez, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 19-27.
- Viera, D., & Yugcha, S. (2016). *Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., & Remor, E. (2016). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 336-377.

ANEXOS

PLAN DE INTERVENCION

Debido al elevado número de consecuencias, tanto personales y familiares como sociales y laborales que produce el burnout, el estudio de su tratamiento o prevención es un aspecto fundamental.

Es así que se han encontrado estudios respecto a las estrategias de afrontamiento existentes a nivel grupal e individual, de esta manera los cuidadores podrán utilizarlas para enfrentarse a condiciones de estrés crónico o burnout. Estos talleres se realizan principalmente con sus pares, a continuación, se detallan algunas de las actividades que se pueden tomar en cuenta para este fin:

Estrategias de intervención individuales:

Las estrategias de intervención individual se enfocan en reducir la experiencia emocional del estrés causado por diversos factores. A nivel personal las técnicas de afrontamiento son muy variadas. En cuanto a las técnicas generales, la prevención de este síndrome se efectúa a través de la organización y reestructuración del tiempo extra laboral. La finalidad es tratar de aumentar en el individuo una serie de recursos personales de carácter genérico.

Las más asequibles y eficaces son las siguientes:

- Desarrollo de un buen estado físico (higiénico, dietético y físico).
- Dieta adecuada
- Apoyo social (relaciones)
- Distracción y buen humor
- Visión positiva
- Actitud psicológica: reconocer la situación y las propias actitudes
- Auto confianza
- Información adecuada

En relación a otro tipo de técnicas, las más utilizadas son las de corte *cognitivo-conductual*, aunque también encontramos *técnicas psicodinámicas* y las centradas en el ejercicio físico.

Las técnicas *conductuales* se centran en enseñar a desconectar del trabajo y separar la vida personal y familiar de la laboral, utilizando técnicas para mejorar la ejecución del trabajo intentando que sea eficaz en el mínimo tiempo posible.

De este modo, estas técnicas conductuales se basan en promover conductas adaptativas mediante la sustitución o erradicación de aquellas conductas disfuncionales o generadoras de malestar o estrés. Son las siguientes:

- **Entrenamiento asertivo:** Pretende el desarrollo de la autoestima para que la persona consiga conducirse de una forma asertiva, es decir, con una mayor capacidad para expresar sentimientos, deseos y necesidades de forma libre y dirigida al logro de los objetivos de la persona respetando los puntos de vista del otro.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** Consiste en la enseñanza de conductas que tienen mayor probabilidad de lograr éxito a la hora de conseguir una meta personal y a conducirse con seguridad en situaciones sociales se utiliza el role-playing.
- **Técnicas de resolución de problemas:** ayuda a la persona en la toma de decisiones, a decidir las soluciones más adecuadas a un problema. Consta de varios pasos:
 - Identificación del problema.
 - Búsqueda de posibles soluciones.
 - Análisis y ponderación de las alternativas.
 - Elección de los pasos que se han de dar para la puesta en práctica.
 - Evaluación de los resultados obtenidos con la solución elegida.
- **Modelamiento encubierto.** Destinada a cambiar secuencias de conductas que son negativas para el individuo y aprender conductas satisfactorias. El sujeto practica en la imaginación las secuencias de la conducta deseada para adquirir cierta seguridad y poder llevarla a cabo en la vida real con eficacia.
- **Moldeamiento:** técnica mixta que consiste en el reforzamiento positivo para las aproximaciones y en la extinción operante para las incorrectas.
- **Técnicas de autocontrol:** El objetivo de estas técnicas es desarrollar en el sujeto el control de la propia conducta, para regular las circunstancias que la acompañan. Son muy útiles en el manejo del estrés, así como en la prevención.

Las técnicas psicológicas de orientación cognitivo-conductual, tienen como objetivo cambiar el pensamiento, modificar las evaluaciones erróneas o negativas en función de los recursos de la persona, para afrontarlas y facilitar una reestructuración de los esquemas cognitivos. Algunas de ellas son:

- **Reorganización cognitiva:** intenta ofrecer vías para que una persona pueda reorganizar la forma en que percibe una situación. Para poner en funcionamiento esta técnica se utilizan estrategias de redefinición, cuyo fin es sustituir las interpretaciones inadecuadas de una situación por otras que generan respuestas emocionales y conductas positivas más adecuadas. Reevaluación.
- **Modificación de pensamiento automático:** Los pensamientos automáticos son espontáneos tienden a ser dramáticos y son difíciles de desviar. La intervención se realiza a través del auto registro de los pensamientos que surgen y la posterior evaluación y reflexión del sujeto que, tomando conciencia, de estos pensamientos automáticos podrá desestimar su importancia.
- **Modificación de pensamientos deformados:** Manifiestan una tendencia a relacionar todos los objetos y situaciones con uno mismo y ampliar esquemas de generalización, de magnificación o de polarización en la interpretación de la realidad. La intervención consiste en lograr una descripción objetiva de la situación eliminando las distorsiones que son sustituidas por pensamientos o razonamientos lógicos.
- **Desensibilización sistemática:** con esta técnica se intentan controlar las reacciones de ansiedad o miedo ante situaciones que resultan amenazadoras para la persona, se aplica junto a la técnica de relajación de Jacobson. El individuo en un estado de relajación, progresivamente se va enfrentando a situaciones reales o imaginarias que van en orden creciente en cuanto a la amenaza que supone para el sujeto (se aplica también en situaciones de miedo, ansiedad, déficit en habilidades sociales).
- **Inoculación del estrés:** La metodología es similar a la anterior, pero introduce técnicas de respiración y relajación y se aplica más específicamente en situaciones de estrés. Se crea una lista en la que aparecen recogidas las situaciones estresantes. En orden progresivo, de menor a mayor grado de estrés, el individuo irá imaginando esas situaciones posteriormente, se le entrena en el desarrollo de una serie de pensamientos para afrontar el estrés que empiezan a sustituir los anteriores

pensamientos estresantes. Se utiliza mucho el rol- playing. El último paso consiste en la aplicación de la técnica a situaciones reales.

- **Detención del pensamiento:** Esta técnica se dirige a la modificación de pensamientos negativos reiterativos que conducen a alteraciones emocionales y dificultan la solución de problemas. Cuando aparece una cadena de pensamientos repetitivos negativos, se intenta evitarlos mediante su interrupción brusca (o dando un golpe en la mesa o diciendo basta,). Estos pensamientos se sustituyen por otros más positivos y dirigidos al control de la situación, la lógica de esta técnica se basa en el hecho de que un estímulo tiene que ser suficientemente potente para atraer la atención sobre él haciendo que se deje de prestar atención a los pensamientos en curso.
- También, aparecen técnicas de tipo físico que actúan sobre los efectos fisiológicos del estrés y del *burnout* (insomnio, taquicardia, inquietud psicomotora y otras respuestas psicosomáticas propias de la ansiedad).

Algunas de estas técnicas son:

- **Técnicas de relajación física:** La relajación intenta aprovechar la conexión directa entre el cuerpo y la mente y a través de ella la persona puede reducir sus niveles de tensión psicológica y física. Las más utilizadas son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.
- **Técnicas de control de respiración:** facilitan, de una forma adecuada, el aprendizaje de un modo de respirar que en una determinada situación de estrés puede permitir a la persona afectada una adecuada oxigenación del organismo que redundará en un mejor funcionamiento de los órganos corporales y un menor gasto energético (efectos beneficiosos sobre irritabilidad, fatiga, ansiedad).
- **Técnicas de relajación mental o meditación:** La práctica de la meditación estimula cambios fisiológicos de gran valor para el organismo. Pretenden que la persona sea capaz de desarrollar sistemáticamente una serie de actividades que le permitan concentrar su atención y desconectar de la actividad mental cotidiana y sobre todo de aquellas situaciones que puedan ser fuente de estrés. Control sobre mente y cuerpo.

- **El bio-feedback o biorretroalimentación:** Es una técnica de intervención para el control de estrés de intervención cognitiva que busca efectos a nivel fisiológico. Su objetivo es el control voluntario sobre ciertas actividades y procesos de tipo biológico. A partir de la medición y el registro que permite llevar un autocontrol: aumento de la frecuencia cardíaca, cefaleas, etc.

Estrategias de intervención grupal:

Centradas principalmente en la búsqueda de apoyo social, ya sea a nivel familiar, amigos o compañeros, los grupos de apoyo, la escucha, el apoyo técnico y emocional influyen en gran medida, en la prevención y tratamiento del burnout.

Las estrategias de intervención grupal no dejan de ser las mismas técnicas presentadas en el apartado anterior, solo que aplicadas en grupo a un conjunto cuidadores de la salud. Esta forma de trabajo adopta el formato de pequeños seminarios ofertados principalmente por las propias instituciones de salud. Su problema fundamental es que se trata de actuaciones puntuales en las que no se suele hacer un seguimiento al cuidador ni hablar de aspectos específicos que afecten de forma individual al cuidador. Tan solo, se suelen enseñar técnicas como la relajación, resolución de problemas, debates en grupo sobre los principales problemas, etc.

Prevención

El trabajo en prevención afecta a decisiones políticas y económicas existiendo un posicionamiento poco realista de las administraciones respecto a la situación actual de la salud. No se responde a las demandas de incrementar los pocos medios materiales y humanos actuales, existiendo un bajo reconocimiento de los estudios científicos que corroboran con datos las consecuencias negativas de estos déficits.

Esta situación implica una baja actuación por parte de los poderes públicos en la prevención de este fenómeno. Es necesaria una actuación de base desde la administración pública centrada en el reconocimiento público de la labor de los cuidadores de la salud, la vuelta a una imagen positiva del cuidador, el balance entre las políticas de salud y la realidad, así como la autonomía mismos.

Otros aspectos destacados son la provisión de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades sociales y políticas, analizar la carrera profesional y vida laboral del cuidador (remuneración económica, posibilidad de promoción, etc.) y revisar las funciones de la institución de salud o centro de atención y de los cuidadores. También destacar la participación de cuidadores de la salud en las decisiones de los centros y en las políticas de salud, potenciar el trabajo en grupo, así como mantener adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo y asesoramiento, que les ayuden mediante programas de prevención y reducción del estrés, ya que, existen formas diferentes de afrontar las situaciones y circunstancias estresantes. Algunas buscan modificar la situación que causa estrés, mientras que el objetivo de otras es reducir los sentimientos de estrés asociados a la situación.

Los programas de reducción del estrés buscan desarrollar ambos tipos de habilidades de afrontamiento al estrés mediante una combinación de técnicas. El afrontamiento eficaz es una habilidad que puede aprenderse, al igual que jugar al tenis o hablar un nuevo idioma. Si la persona es consciente de sus pensamientos, sentimientos y reacciones físicas y conductuales, podrá ejercer un control eficaz sobre ellas.



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Sexo Masculino ☐ Femenino ☐

Edad _____ años

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

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

Etnia Mestizo ☐ Blanco ☐ Afro ecuatoriano ☐ Indígena ☐

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

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si ☐ no ☐

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión:

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo ☒ Tiempo parcial ☐

Sector en el que trabaja:

Tipo de contrato que posee:

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

Servicios profesionales ☐ Ninguno ☒

Horas que trabaja diariamente _____

Trabaja usted en turno SI ☐ No ☒

Número de niños aproximados que atiende diariamente: _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente ☐ Medianamente ☐ Poco ☐ Nada ☒

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



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los que cuido.								
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los que cuido.								
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.								
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.								
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.								
22. Siento que las personas me culpan de algunos de sus problemas.								



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

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

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

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

21.	¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?	1	2	3	4	5
22.	En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5



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

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

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

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



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ28)

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 acercañ más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

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

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

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



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario BRIEF- COPE

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

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



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

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

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos ____ y familiares cercanos: ____ Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

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

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

18. Alguien que comprenda sus problemas.					
19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					



Brief Resilience Scale (BRS)

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

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

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