



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

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**El estrés laboral en cuidadores formales e informales de  
adultos mayores en el centro histórico de Quito durante  
el año 2018.**

**Autor (a):** Caiza Asitimbay, Cristian Raúl

**Director (a):** Ramírez Zhindón, Marina del Rocío

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO  
2020



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

2020

**Aprobación del director del trabajo de titulación**

Loja, XX, de agosto, de 2020.

Mgtr.

Marco Antonio Jimenez Gaona,

**Coordinador de Titulacion de Psicologia**

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado: **El estrés laboral en cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018** realizado por Cristian Raúl Caiza Asitimbay, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho trabajo de titulación ha sido revisado por la herramienta antiplagio institucional.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Marina del Rocío Ramírez Zhindón,

**Directora del Trabajo de Titulación**

C.I:

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Cristian Raúl Caiza Asitimbay, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

- Ser autor del Trabajo de Titulación denominado: **El estrés laboral en cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018**, de la Titulación de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco teórico, Capítulo 2. Metodología de la Investigación, Capítulo 3. Análisis de resultados, Conclusiones y Recomendaciones, siendo Marina del Rocío Ramírez Zhindón, Ph.D, directora del presente trabajo; y, en tal virtud, eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual. Además, ratifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.
- Que mi obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.
- Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento; y, para que sea ingresada al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: .....

Autor: Cristian Raúl Caiza Asitimbay

C.I.: 0603998543

Mantén siempre a Ítaca en tu mente.

Llegar allí es tu destino.

Pero no tengas la menor prisa en tu  
viaje. Es mejor que dure muchos años  
y que viejo al fin arribes a la isla,  
rico por todas las ganancias de tu viaje,  
sin esperar que Ítaca te va a ofrecer riquezas.

(Kavafis, 2016, párr. 3).

**Dedicatoria**

Para mi mamá, Narcisa, de quien aprendí la tenacidad  
y la paciencia para caminar.

## **Agradecimiento**

A quienes apoyaron y confiaron en mi formación como Psicólogo, en especial a mis padres porque no hubiera sido posible terminar este reto sin su amor. A mi esposa por su infinita bondad y compañía en las largas jornadas de trabajo académico. A mis hermanas y sobrina por ser una fuente inagotable de felicidad.

Agradezco a todos los sujetos de investigación que me colaboraron en las diferentes actividades prácticas y de investigación. A Enrique Luzuriaga, Juan José Bernal y Sylvita Samaniego por su guía y consejo en la última fase de la carrera. A los profesionales formales e informales del centro de cuidado del adulto mayor del lugar donde realicé esta investigación, admiro su compromiso, y me inspiraron en este trabajo.

Gracias a mis maestros, personal administrativo de los centros universitarios de Riobamba y Quito de la Universidad Técnica Particular de Loja por brindarme un servicio de calidad. La técnica y la ciencia fue un aporte de gran valía de la profesora Rocío Ramírez, Ph.D, a quien expreso mi entera gratitud.



## Índice de contenidos

Carátula.....	I
Aprobación del director del trabajo de titulación .....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos .....	III
Dedicatoria .....	VI
Agradecimiento .....	VII
Índice de contenidos.....	VIII
Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	5
Marco teórico .....	5
<b>1.1 Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Consecuencias del estrés laboral crónico .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Consecuencias en la salud en los cuidadores.....	8
1.2.2 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores .....	9
<b>1.3 Modelos explicativos del estrés laboral crónico .....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva.....	11
1.3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison .....	11
1.3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss .....	12
1.3.1.3 Modelo de Pines.....	13
1.3.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper .....	13
1.3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	14
1.3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli .....	14
1.3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy .....	15
1.3.3 Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional .....	16
1.3.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter .....	16
1.3.3.2 Modelo de Winnubst.....	17
1.3.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	18
1.3.4.1 Modelo Tridimensional de MBI- HSS Maslach y Jackson .....	19
1.3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky .....	21
1.3.4.3 Modelo de Price y Murphy.....	21
1.3.4.4 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil-Monte .....	22
<b>1.4 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.....</b>	<b>24</b>
<b>1.6 Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....</b>	<b>27</b>

1.6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores .....	27
1.6.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	28
1.6.3 Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	29
1.6.4 Variables como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	30
Capítulo dos.....	32
Metodología de la investigación .....	32
<b>2.1 Objetivos</b> .....	32
2.1.1 Objetivo General.....	32
2.1.2 Objetivos Específicos .....	32
<b>2.2 Preguntas de investigación</b> .....	33
<b>2.3 Contexto de la investigación</b> .....	33
<b>2.4 Diseño de investigación</b> .....	35
<b>2.5 Muestra</b> .....	35
<b>2.6 Procedimiento</b> .....	36
<b>2.7 Instrumentos</b> .....	37
2.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	37
2.7.2 Inventario de Burnout de Maslach versión adaptada de Seisdedos.....	37
2.7.3 Entrevista de carga para cuidadores formales versión adaptada de Revuelta y Andújar.....	38
2.7.4 Escala de satisfacción vital (ESV) versión adaptada de Revuelta .....	38
2.7.5 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28) versión española de Muñoz, Vázquez- Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo .....	39
2.7.6 Cuestionario MOS de Apoyo Social versión adaptada de Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina .....	39
2.7.7 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF- COPE) versión adaptada de Crespo y Cruzado .....	40
2.7.8 Brief Resilience Scale (BRS) de Smith .....	40
Capítulo tres.....	42
Análisis de resultados.....	42
<b>3.1 Resultados</b> .....	42
<b>3.2 Discusión de resultados</b> .....	48
Conclusiones.....	51
Recomendaciones .....	53
Referencias.....	54
Apéndice .....	64

**Índice de tablas**

Tabla 1 .....	42
Tabla 2 .....	43
Tabla 3 .....	44
Tabla 4 .....	44
Tabla 5 .....	45
Tabla 6 .....	45
Tabla 7 .....	46
Tabla 8 .....	47
Tabla 9 .....	47

## Resumen

El objetivo de la investigación fue identificar la prevalencia del Síndrome de *Burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores de Quito. El diseño de la investigación fue *cuantitativo; no experimental*, no se manipularon las variables; *transversal*, se analizó el nivel de las variables en un momento dado; *descriptivo*, la teoría desarrollada sirvió para recoger la información; y, *exploratorio*. Los instrumentos utilizados fueron: 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, Cuestionario MOS de apoyo social, Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento y Brief Resilience Scale. Los resultados indican que los cuidadores presentan alto nivel de agotamiento emocional (32,5%), alto nivel de despersonalización (55%), y un nivel bajo de realización personal (42,5%), con una prevalencia del 35% de *burnout* en la muestra.

*Palabras claves:* cuidadores, Burnout, Quito.

### **Abstract**

This research identifies three dimensions about prevalence of Burnout (emotional exhaustion, depersonalization, low achievement), in a sample of formal and informal caregivers of older adults in Quito. Research design is quantitative; not experimental, the variables were not manipulated; transversal, the variables were analyzed at a given moment; descriptive, from theory was collected data; and exploratory. Instruments used were: AD-HOC Sociodemographic and Labor Variables Questionnaire, Maslach Burnout Inventory, Charge interview for formal caregivers, Life Satisfaction Scale, Mental Health Questionnaire, Social Support Questionnaire, Multidimensional Evaluation Scale of Coping Styles, and Brief Resilience Scale. Results indicates that the sample of caregivers presents high level of emotional exhaustion (32.5%), high level of depersonalization (55%), personal fulfillment is low (42.5%), and prevalence of *burnout* is 35%.

*Keywords:* caregivers, Burnout, Quito.

## Introducción

La sociedad globalizada exige constantemente retos, cambios y competencias multinivel para formar parte del campo laboral, la industria está modificando sus procesos de producción y las economías estatales sucumben ante las crisis económicas transnacionales, este panorama exige a los trabajadores modular comportamientos para mantenerse en la lógica de sus organizaciones, las que cada vez optimizan recursos (gastos), para atender los mismos procesos, pero con menos personal. El trabajador se expone a situaciones prolongadas de estrés y presión, sin importar que esto pueda ser una fuente de patologías, que afectan los círculos íntimos de los trabajadores, ocasionándoles graves perjuicios de los que no puedan recuperarse, porque han recaído en el estrés laboral crónico, y la falta de estrategias de afrontamiento desembocan en su muerte.

Esta investigación aborda las bases teóricas, fenomenológicas y la identificación del estrés laboral crónico, que deriva en el desarrollo del Síndrome de Burnout, el síndrome de sentirse quemado en el trabajo, así como el desarrollo de sus factores que afectan al trabajador y su entorno social, familiar y personal.

El objetivo de esta investigación fue identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) de auxiliares de enfermería que se dedica a prestar servicios de cuidado a adultos mayores. Para el efecto se desarrolló una metodología con un diseño de investigación caracterizado por ser: cuantitativa, no experimental, transaccional y descriptiva-transversal.

La muestra investigada está conformada por 25 cuidadores formales y 15 informales de adultos mayores, se debe considerar que el rol del cuidador en cuanto a sus conocimientos, compromiso y exigencias, representan a un segmento de la población profesional vulnerable y olvidada, por lo que esta investigación aporta a identificar el síndrome que puede afectar a aquella prestación efectiva del servicio de cuidado.

Cada capítulo obedece a cada objetivo específico de la investigación, en el primero se describen los diferentes enfoques teóricos del síndrome y sus consecuencias, analizaremos ampliamente los modelos explicativos de este síndrome y nos centraremos en identificar las variables de la prevalencia del estrés en cuidadores. El segundo capítulo explica la metodología de la investigación y la descripción de los instrumentos de medición que se utilizaron para identificar las características sociodemográficas y laborales, el nivel de carga laboral, determinar las dimensiones del estrés laboral crónico, el bienestar general, conocer los modos de afrontamiento más utilizados, identificar el apoyo social e identificar la satisfacción vital y la resiliencia en la muestra investigada. El capítulo tres detalla la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones.

Este estudio fue factible, porque se realizó de manera responsable y consciente, se acercó a la realidad, tanto en el desarrollo de la investigación documental, como la de campo donde se obtuvieron las facilidades necesarias para la aplicación de los instrumentos, y con ello se cumplieron los objetivos propuestos. Cabe señalar que el análisis de esta temática despierta interés entre la población, porque aporta insumos a las políticas nacionales en materia de bienestar en el trabajo.

## Capítulo uno

### Marco teórico

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

El estrés laboral es una problemática que ha sido investigada desde varios enfoques, y ha tenido un desarrollo teórico notable, deberíamos identificar dos momentos históricos y a partir de ellos identificar las concepciones de quienes lo estudiaron como una patología con influencia ambiental, o como una respuesta fisiológica.

Para explicar este primer momento, Arnold y Randall (2012) acuden a la definición etimológica de estrés, la misma que deviene del término latín *stringere*, que significa apretar. De allí que las primeras definiciones asocian el estrés con la física y la ingeniería, donde fuerzas externas ejercen presión sobre un individuo produciendo tensión.

Por ejemplo, Selye (1971) consideraba que el estrés es el mínimo común denominador de las reacciones del organismo a diferentes tipos de exposición, desafío o exigencia, es decir, a los diferentes caracteres estereotípicos e inespecíficos de la reacción del organismo a todo tipo de estresores (Citado en Levi, 1972). Desde este primer enfoque, lo que se medirá y analizará es el riesgo o la forma en que el organismo reacciona a estresores externos.

No obstante, las teorías modernas del estrés laboral cambian la connotación de la fuente y el estudio, así el estrés se convierte en una respuesta emocional relacionada al trabajo, es así como Arnold y Randall (2012) lo definen como “estado emocional negativo que puede resultar de la interacción entre una persona y las presiones de su trabajo, lo que además provoca problemas de salud psicológica, física y organizacional” (p. 387).

Este cambio de paradigma exigía desarrollar un sistema de medición, fue así como Fredenberguer y Richelson (1980) identificaron ciertas variables que conducían a un desgaste profesional, como, por ejemplo: agotamiento, evitación, distanciamiento,



aburrimiento, cinismo, impaciencia, irritabilidad, sensación de omnipotencia, suspicacia, paranoia, desorientación, respuestas psicosomáticas, depresión, negación de sentimientos, etc.

Ahora bien, se debe puntualizar que las emociones negativas no solo se circunscriben al trabajo, tal como lo manifiestan Cooper et al. (1988) el estrés es una respuesta a cualquier situación en la que una persona es incapaz de cumplir las demandas esperadas, produciendo respuestas negativas, sin embargo, tanto los estresores como los efectos pueden ser múltiples y no solo se refieren al trabajo.

El sentido amplio del estrés tuvo impacto en Europa, de hecho Levi (2002) tomó los enfoques de dos organismos internacionales especializados en temas de trabajo, como la *Health and Safety Commission (HSC)* y el *Health and Safety Executive (HSE)*, los condensó y concordó que en un ambiente laboral el estrés es la reacción de las personas a presiones excesivas en el trabajo, el trabajador al verse sobrepasado en sus capacidades, y al no contar con recursos para enfrentarlas, se lo conduce a una mala salud o se le podría provocar lesiones.

A lo anterior, Del Hoyo (2001) añade que el estrés laboral surge cuando se da un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo, y la propia organización, en esta situación, la persona que es afectada no tiene los elementos necesarios para afrontar las tareas laborales y aparece la experiencia del estrés.

Al revisar la evolución histórica de la definición del estrés laboral, podemos afirmar que en la forma específica de estrés que ocurre en el contexto del trabajo, se evidencian una serie de situaciones o factores generales y específicos, que aislados o de forma conjunta actúan como agentes estresores, desencadenando consecuencias que no se limitan a la esfera profesional, sino que alcanzan los ámbitos de la vida personal y familiar. El estrés se desarrolla como un proceso escalonado que comienza con síntomas leves (cansancio o fatiga) que no se alivian fácilmente, con costes indeterminados para el afectado y las

empresas, pérdidas que pueden ser enormes, como el absentismo, los accidentes laborales, las bajas médicas, el descenso en la productividad, el desánimo y abandono de la profesión, el mal clima laboral o los conflictos del trabajo.

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

La importancia de la actividad económica y social que representa el tener un lugar de trabajo, donde las personas se relacionan, desarrollan y conviven la mayor parte de su tiempo, obviamente es un espacio donde se generan muchas experiencias positivas y dificultades, que afectan a la salud y desempeño de los trabajadores.

Si bien existen casos de respuesta eficaz al estrés, que al fin de cuentas se trata de una adaptación exitosa a estímulos estresores, se debe observar que el organismo no siempre responde perfectamente o de forma adecuada; cuando esto sucede, sobreviene un resultado físicamente negativo o un padecimiento de adaptación, que puede afectar a la salud y manifestarse en diferentes formas y síntomas.

A estos se los denomina “consecuencias del estrés laboral” y merecen un análisis primordial, ya que de acuerdo con Aamodt (2010) las consecuencias pueden ser fatales y provocar altos costes, no solo materiales, en razón de la posible pérdida del trabajo, sino que incluso podrían generarse problemas con la ley.

Por ello es necesario verificar las respuestas de los trabajadores frente al estrés, porque las diferencias individuales determinan la experiencia del estrés laboral, debido a que la combinación de una situación particular y de un individuo determinado puede dar como resultado una falta de equilibrio que induzca al estrés. Si exposición a la situación estresante es frecuente o perdura, el estrés se vuelve crónico y genera graves consecuencias para la salud (Camacho, 2018).

Estas consecuencias pueden dividirse en psicológicas y físicas. Dentro del primer tipo de respuestas encontramos a la depresión, la ira, frustración, problemas del sueño, ansiedad, sentimientos de infelicidad y deterioro de las relaciones familiares. En el segundo

grupo encontramos reacciones físicas como enfermedades, problemas cardiovasculares, dolores de cabeza, en forma extrema se presenta la pérdida de cabello, en este grupo nos referimos en general todos los problemas que puedan derivarse por el debilitamiento del sistema inmunológico, incluso pueden desarrollarse artritis reumatoidea, esto por el efecto de las hormonas liberadas en respuesta al estrés sobre las articulaciones (Aamodt, 2010).

En este orden de ideas, Arnold y Randall (2012) mencionan que los efectos también pueden catalogarse en función de sus efectos a nivel individual y organizacional. En el nivel individual, nos referimos a dolencias asociadas con dolores musculares en la espalda, cuello, hombros y piernas, así como problemas de adicciones a sustancias estupefacientes, alcoholismo, divorcios, suicidio, déficit en habilidades para tomar acciones. En cambio, que las consecuencias organizacionales, están directamente vinculadas con la pérdida de productividad, ya que los altos niveles de estrés afectan el desempeño laboral, desencadenando *burnout*, absentismo, abandono laboral, situaciones de violencia en el trabajo producido por trabajadores que consumen drogas o alcohol. Ahora se analizarán estas consecuencias sobre un segmento de trabajadores que prestan cuidados a otras personas.

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

En primer lugar, debemos definir a un cuidador, es alguien que presta cuidados a otra persona, lo que incluye, pensar, preocuparse, dedicar atención, evitar daños y prestar asistencia a otras personas que presentan alguna dependencia y que se encuentren en una situación de vulnerabilidad, como niños, enfermos, adultos mayores (Crespo y López, 2007).

Esta labor, que pueden desempeñar personas en relación de dependencia y que reciben un pago por su trabajo, se denominan “cuidadores formales”, mientras que quienes ejercen las mismas atenciones sin remuneración, y que generalmente la ejercen familiares, amigos o quienes estén unidos por un lazo afectivo, se denominan “cuidadores informales”.

El cuidado de personas exige un conjunto de actividades y emociones que generan mucho estrés en forma continuada y con muchos cambios, según Martínez *et al.* (2017) las demandas a las que se exponen los cuidadores son complejas y presentan una fuerte carga emocional, puesto que las rutinas del cuidado, exigen modificaciones a nivel físico, familiar y social.

En términos generales cualquier alteración conductual, va afectar fisiológicamente al cerebro y provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés, los cuales son perjudiciales para la salud del cuidador y su ambiente social, como: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endócrinos, sexuales, dermatológicos, musculares, inmunológicos, cefaleas, inhibición de la creatividad, baja autoestima y deficiente desarrollo personal, inclusive, presentan problemas óseos, que obedecen a los esfuerzos que realizan, lo que también puede estar acompañado de contracturas, lumbagos, esguinces, fracturas. Eso no es todo, los cuidadores también presentan mayor riesgo de hipertensión, alergias, afecciones a la piel, cefaleas, lumbalgias, y trastornos gastrointestinales.

Existe una explicación para los problemas óseos de los cuidadores, puesto que se ha dicho, que estos obedecen a los esfuerzos que se necesitan en el cuidado, lo que también puede estar acompañado de contracturas, lumbagos, esguinces, fracturas. Eso no es todo, los cuidadores también presentan mayor riesgo de hipertensión, alergias, afecciones a la piel, cefaleas, lumbalgias, y trastornos gastrointestinales.

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

Este análisis también es importante y profundo, porque no se debe analizar las consecuencias únicamente sobre los cuidadores formales, como lo propone más adelante esta investigación, en nuestro país no todo el trabajo de cuidado se realiza en relación

dependencia laboral, mostrando una realidad más compleja de las condiciones laborales de los cuidadores informales.

Esto ya fue alertado por Crespo y López (2007), quienes señalaron que para un gran porcentaje de personas que realizan tareas de cuidados, no es un trabajo u opción personal por sí misma, sino que es una consecuencia de su situación personal, puesto que amas de casa, jubilados, migrantes y desempleados son los que de manera informal realizan tareas de cuidado. Al no haber un panorama alentador, incluso los cuidadores formales indican que su vida profesional se ha resentido por el hecho de serlo, tienen problemas en el cumplimiento de horarios, piden más permisos y a veces reducen su jornada de trabajo, incluso a veces dejan de trabajar.

De acuerdo con Moreno (2016) el deterioro en el ámbito laboral de los cuidadores, obedece a la propia finitud de la existencia de quienes se cuida, y es que la muerte de las personas a las que se cuida, influye negativamente en la percepción de la vejez y de la muerte, disminuyendo el rendimiento, un mal ambiente de trabajo (incongruencia entre lo verbal y no verbal), una pérdida significativa en la calidad del servicio que se presta, el cuidado se convierte en una serie de procesos mecánicos, olvidando que la persona también necesita comprensión y apoyo.

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

Dado que entendemos al estrés como conjunto de reacciones neurofisiológicas que preparan al individuo para la huida o el ataque en respuesta a determinados estímulos ambientales, revisaremos diversos modelos explicativos del síndrome de quemarse por el trabajo para alcanzar una etiología, que según Gil-Monte y Peiró (1999) han dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos, los cuales se explicarán en los siguientes apartados.

### **1.3.1 Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva**

Estos modelos brindan un correlato de cómo aprendemos, a partir de nuestras experiencias sociales. Sin embargo, el modelo es insuficiente para explicar toda la complejidad que reviste el comportamiento humano. Porque no se explican, los casos de ausencia de modelo de comportamiento a imitar.

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

Es pertinente mencionar que mientras otros autores hacían énfasis en el problema de estresores externos, el modelo de Harrison (1978) asume un papel propositivo y ofrece una alternativa al análisis del problema, puesto que consideraba que el estrés es un desajuste “entre las habilidades y capacidades disponibles, y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar, y también entre las necesidades de los individuos y los recursos disponibles para satisfacerlas” (Citado en Peiró, 2005, p. 19).

Este modelo centra su atención en la función de la competencia percibida y distingue entre dos elementos: persona y ambiente, y estos a su vez en dimensiones: objetiva y subjetiva. De la primera se producirá un ajuste objetivo que permitirá un enfrentamiento con la realidad. No obstante, la dimensión subjetiva, es la que en cambio produce un ajuste subjetivo con la realidad, y que por influjo del desajuste entre el individuo y su entorno generará reacciones de estrés, que desembocarán en medidas pertinentes de salud mental.

En palabras de Mansilla (2012) el modelo de Harrison toma en cuenta los factores de motivación, por ejemplo, los cuidadores poseen un alto grado de motivación influidos por el sentimiento de altruismo, lo que, sumado a factores de ayuda o barrera de su entorno laboral, van a establecer los niveles de eficacia con relación a los objetivos marcados, de allí que a mayor motivación mayor eficacia en el trabajo. Todo esto será posible si es que en la organización se establecen factores de ayuda que impulsen la efectividad aumentando los sentimientos de competencia, pero si la organización fomenta los factores barrera, que

frenan los sentimientos de autocompetencia, haciendo que el sujeto no sea capaz de conseguir los objetivos marcados, contribuyendo a su desesperanza, insatisfacción laboral ansiedad, quejas, etc.

Para Harrison (1983) su modelo tiene dos aplicaciones, por un lado, se aplica a los trabajadores que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, y por otro, ofrece ayuda a los trabajadores que requieren algo más que motivación para alcanzar el éxito (Citado en Mansilla, 2012).

### **1.3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss**

Por su parte Cherniss (1993) centra su modelo en los factores que conducen al éxito en los trabajadores, menciona que el alto nivel de desafío, la autonomía, el control, la retroalimentación de resultados y el apoyo social del supervisor y de los compañeros del ambiente laboral permiten que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito, no es casual que estas prácticas sean costumbre en organizaciones que apuestan por una organización que previenen enfermedades derivadas del estrés, o que ayudan a prevenir el síndrome de burnout.

En este modelo se acuña la expresión “autoeficacia percibida”, que no es más que, sus creencias, la percepción del propio trabajador en identificar competencias de incapacidad, ejercer control sobre ellas para canalizar sentimientos de competencia o éxito personal. De este modo los trabajadores con un elevado sentimiento de autoeficacia sufren menos estrés en situaciones difíciles, y estas situaciones se vuelven menos amenazantes cuando los sujetos creen que pueden abordarlas de forma positiva.

Cherniss (1980) alertó que la exposición permanente del trabajador a situaciones estresantes y el fracaso de no conseguir los objetivos, no solo que disminuye la autoeficacia, sino que puede provocar *burnout* (Citado en Rubio, 2003).

### 1.3.1.3 Modelo de Pines

El modelo de Pines tiene varias similitudes con el de Harrison, no obstante, añade un nuevo énfasis que son las características existenciales, el trabajador que intente buscar motivación en su trabajo de cuidado, a partir de cuestiones existenciales, con seguridad desarrollará síndrome de *burnout*.

En el ambiente laboral se desarrollan un sin número de objetivos y expectativas profesionales, para Pines (1993) si la autoeficacia de un trabajador no se alinea con cuestiones existenciales, tal vez sufra estrés, fatiga o depresión. Pero si el trabajador atribuye a su trabajo un sentido existencial, por medio del cual su labor se constituye en su plan de vida, si llegará a sentir que no puede realizar una contribución relevante, sufrirá una desilusión y consecuentemente desarrollará *burnout*, es decir, el burnout es la consecuencia de una desilusión profunda en el trabajo.

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

El modelo de autocontrol centra su atención en las siguientes variables: demandas del puesto, capacidades del profesional, grado de autoconciencia, expectativas de éxito, y sentimientos de autoconfianza.

De este modo el trabajador enfrenta las demandas y exigencias de su trabajo, realizando un ejercicio de conciencia de sus propias capacidades para realizarlas con éxito, lo que conlleva a la confianza de que logrará las demandas de su tarea. Ahora bien, lo que puede suceder es que exista discrepancia entre lo que se le exige al profesional hacer, y lo que éste es entrenado para hacer, ocasionando que el trabajador se frustre y se agote o que termine por retirarse de la situación problemática.

Si bien para Thompson *et ál.* (1993) el desajuste, descrito anteriormente, puede originar *burnout*, también se puede alentar a que el profesional adquiera una actitud positiva



y optimista, lo que además contribuirá a aumentar la confianza de los profesionales, para contrarrestar el estrés y en última instancia el *burnout*.

### **1.3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social**

Para Toro (2014) estos modelos explican que, el síndrome de burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. De este modo los profesionales de los servicios de ayuda (enfermeras, por ejemplo) establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Si los cuidadores de la salud perciben constantemente que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de estrés.

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

Este modelo se desarrolló a partir de las evaluaciones que se realizaron a enfermeras, a quienes se evidenció que poseían un alto grado de agotamiento emocional, de allí que Buunk y Schaufeli (1993) señalan que el *burnout* posee una doble etiología, por un lado, los procesos de intercambio social con los usuarios y, por otro, los procesos de afinidad y comparación social con los compañeros de trabajo. En relación a los procesos de intercambio social con los usuarios, los profesionales identifican tres variables estresoras: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control.

No cabe duda que la labor del cuidado de la salud demanda varios esfuerzos y competencias que son difíciles de definir y de delimitar su alcance, puesto que se exige esfuerzos físicos, lidiar con el paciente, el dolor, la provisión de medicamento, interacción

con los galenos, condiciones laborales, ahora bien, estas aristas se complejizan en el momento en que los trabajadores perciben que su trabajo no es valorado.

En este modelo podemos identificar las variables de *incertidumbre*, referente a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. *Percepción de equidad*, alude al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones, y *falta de control*, la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales.

Según Carlin (2014) el trabajador desarrollará el síndrome de quemarse en el trabajo, si percibe que aporta más de lo que recibe en el trabajo. Cuando las expectativas de recompensa y equidad de los profesionales aparecen frustradas, y la interacción con el usuario no resulta gratificante.

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

Este modelo menciona que el estrés surge cuando los profesionales sienten que aquello que les motiva se ve amenazado. Los estresores laborales producen inseguridad en los trabajadores al poner en duda sus capacidades y recursos para alcanzar los objetivos propuestos. Para Hobfoll y Fredy (1993) son importantes las relaciones entre compañeros, aunque las califican como fuentes de estrés.

Los profesionales se esfuerzan por no perder sus capacidades y recursos, ya que es más importante mantener ciertas habilidades básicas que tener recursos extras. La pérdida de destrezas y recursos por parte del profesional es la causa del desarrollo del Burnout.

El modo de afrontar la situación estresante es promoviendo la motivación de los profesionales, una forma efectiva de afrontamiento sería una aportación de recursos extras que reducen los síntomas del síndrome, desarrollando habilidades que posibiliten la realización del trabajo de forma positiva y se debe cambiar la percepción negativa que los profesionales tienen sobre sus propias capacidades en relación al trabajo, si estos evitan la

pérdida de recursos o incrementan los que tienen su percepción del trabajo va a ser más positiva y va a hacer que se reduzcan los factores que posibilitan la aparición del burnout.

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

Según Peiró (2005) en este grupo de modelos se concentran autores que diferencian los resultados de las consecuencias, y su énfasis se encuentra en hallar las diferencias entre los efectos transitorios del estrés en ámbitos somáticos, psicológicos y psicosociales, y de las secuelas de enfermedades permanentes derivadas del estrés, pero adicionalmente estos modelos también contemplan las consecuencias del estrés en las organizaciones. Incluyen el estudio de variables como las disfunciones del rol, el absentismo, la falta de salud organizacional, la estructura, rotación, desmotivación y el clima organizacional (Gil-Monte y Peiró, 1999).

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

Golembiewski y sus colegas, centraron su investigación en profesionales que no tenían nada que ver con cuidados médicos, de allí que concluyeron que el síndrome de *burnout* puede presentarse en cualquier profesión (Rubio, 2003).

En este modelo el individuo que se expone permanentemente al estrés de manera progresiva acabará desarrollando *burnout*, es decir, si el trabajador constante enfrenta una situación de sobrecarga laboral y no cuenta con recursos profesionales para enfrentarlo va a sentir baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización.

De allí que Golembiewski *et ál.* (1983) evaluaron una muestra de profesionales que tras aplicárseles el test MBI, concluyeron que el *burnout* es un síndrome progresivo y que se desarrolla en fases, donde el síndrome puede manifestarse con un inicio agudo o tener una evolución crónica más lenta, y para establecer las estrategias de afrontamiento adecuadas es necesario analizar el inicio y la evolución del síndrome, ya que dependiendo de la fase en

la que se encuentre se producirán unas consecuencias u otras, el burnout aparecerá al final del camino, como una respuesta insoportable al trabajo.

### **1.3.3.2 Modelo de Winnubst**

Este modelo enfatiza en la importancia de la estructura organizacional, el apoyo social y el clima organizacional. Como en el modelo anterior, este reforzó la idea de que el síndrome de burnout se presentaba en todas las profesiones.

Este modelo parte del análisis de que la organización laboral dependerá de su estructura, su cultura y clima, para considerar si la organización es una *burocracia mecánica*, formalismos extremos que exigen perfeccionismo y la estandarización de labores, o una *burocracia profesionalizada*, potencia el desarrollo de habilidades profesionales, la autonomía y la creatividad. En el primer tipo el estrés se generará por la rutina, el agotamiento emocional, en cambio que, en la segunda, el amplio margen de autonomía convierte al trabajo en un lugar de confrontación con los demás integrantes de la organización.

Sin embargo, en este escenario el estrés, y su desenlace extremo el burnout, variará dependiendo de la institucionalización del *apoyo social*, el cual busca contribuir a la optimización del clima laboral e influir en diversos aspectos de la estructura, como el nivel ejecutivo (directivos) y el operativo (trabajadores) (Gil-Monte y Peiró, 1999).

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

De acuerdo con Cox (1978) este modelo plantea un enfoque transaccional, donde el estrés es el resultado de las transacciones entre la persona y su ambiente. Fue ideado por Cox, quien diseñó un esquema denominado “sistema cibernético dinámico”, en este se involucran cinco aspectos determinantes que son: *las demandas y los recursos*, los cuales se deben dimensionar desde el aspecto externo, ósea los requerimientos o retos del ambiente, y el interno, que se refiere a las capacidades o habilidades propias del trabajador.

*La percepción*, es la que determina si los retos a los que se expone a la persona, son considerados por ella como suficientes para cumplirlos con sus propios recursos. Para el desarrollo del estrés es importante observar la *apreciación cognitiva*, con la cual el trabajador evalúa su potencialidad en cumplir con las exigencias y los mecanismos que va a utilizar para afrontar las demandas (Citado en Peiró, 2005, p. 21).

Ante el estímulo estresor el trabajador puede optar por dos caminos, se deja influir por el sentimiento de desequilibrio y experimenta estrés, o desarrolla *mecanismos de afrontamiento* (acciones conductuales, cambios fisiológicos, reevaluaciones genitivas), finalmente el autor señala que es necesaria la retroalimentación para que el trabajador vaya adquiriendo habilidades y estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de estrés.

#### **1.3.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo**

De acuerdo con Gil-Monte (2006) la etiología del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), se aborda desde dos: a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás; y, b) 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. Además, se puede afirmar que el SQT se origina ante el deterioro de las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el ambiente laboral.

Si bien, se atribuye a la psicóloga social Christina Maslach la oficialización del término *Burnout*, quien en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicología de 1976 consiguió la atención académica para este síndrome. No cabe duda de que fue Gil-Monte

quien extrajo la expresión inglesa al castellano y lo acuñó como Síndrome de Quemarse en el Trabajo, con sus siglas “STQ” (Bosqued, 2008).

De este modo se puede afirmar que el Síndrome de Quemarse en el Trabajo, es una variante grave del estrés laboral, que le sucede a muchas personas para las que el trabajo es desmotivante, una fuente continua de angustia e insatisfacción, y por el que sienten inhibidas sus capacidades (Vidal, 2019).

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

Esta investigación se centra en la etiología del Síndrome de *Burnout*, que según Maslach (1998) es la intensificación de la sintomatología propia del estrés, se manifiesta como un fenómeno psicosocial vinculado a las cuestiones relacionadas al trabajo. Para la autora el mundo del trabajo es una arena agresiva en la cual el individuo trata de sobrevivir, es decir, el *Burnout* es el fracaso de este intento.

Maslach y Jackson (1979) no solo lograron la mayor aceptación de este síndrome por parte de la comunidad académica, sino que además desarrollaron el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” con sus siglas MBI, el cual a través de 22 ítems evalúa aspectos cognitivos, *realización personal en el trabajo*; emocionales, *agotamiento emocional*; y actitudinales, *despersonalización*, a partir del cual se fueron desarrollando varios instrumentos para ser aplicados en varios segmentos de la población (profesionales de la salud, educadores, policías, población en general).

La aplicación del MBI ha producido variaciones del modelo ideado por Maslach y Jackson (1981), ellos señalaron que este síndrome se caracterizaba por el apareamiento de agotamiento emocional, luego la despersonalización y por último la baja realización en el trabajo, de allí que se habla de una triada que a partir de sus relaciones y manifestaciones desembocan en el *burnout*.

De acuerdo con el esquema de investigación que se propondrá más adelante, es pertinente que en este apartado se mencione las dimensiones del estrés laboral que provocan *burnout*, además son variables que obtuvieron gran importancia por ser evaluadas en el primer instrumento, Maslach Burnout Inventory (MIB), a partir de cual se definió que si existen estos tres síntomas se puede diagnosticar el síndrome (Gil-Monte y Moreno, 2007).

- *Agotamiento emocional*, el profesional experimenta disminución de los recursos emocionales para enfrentarse con los retos de su trabajo, siente fatiga a niveles mental, físico y emocional, que no corresponde con la cantidad de trabajo efectuada, presenta irritabilidad, malhumor, siente insatisfacción laboral, descontento y pesimismo de sus tareas.
- *Despersonalización*, cuando el trabajador siente que sus recursos emocionales no le dan abasto, que no puede continuar haciendo las cosas con la misma intensidad profesional, activa un mecanismo de auto-protección, para crear una barrera entre él y el usuario del servicio, que en la práctica para asegurar la eficiencia en el trabajo expresa actitudes de insensibilidad y deshumanización, incluso de cinismo hacia los receptores de su servicio.
- *Baja realización profesional*, sensación subjetiva donde el profesional se siente frustrado por la forma en que realiza su propio trabajo y los resultados conseguidos, los califica de manera negativa y los considera resultado de una insuficiencia profesional lo que afecta a su autoestima (Bosqued, 2008).

La interacción de la triada va estar determinada por las ideas de fracaso profesional, baja realización profesional, la experiencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja.

#### 1.3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky

Este modelo cambia el centro de atención y señala que el *burnout* es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, de igual manera es progresivo y consta de cuatro fases cíclicas (Toro, 2014).

Al respecto Gil-Monte (2006) describe cada una de las fases, señalando que su carácter cíclico hará que el trabajador las experimente en diferentes lugares de trabajo, o en el mismo, durante diferentes momentos. La primera fase es de *entusiasmo*, donde las personas desarrollan gran ilusión, energía y expectativas irreales del trabajo sin conocerlo realmente, se sobre identifican con los individuos con los que trabajan y hacen las cosas de forma voluntaria. La segunda se llama de *estancamiento*, la persona ya no disfruta tanto de su trabajo, puesto que dedica más atención a sus aficiones personales, amigos, la familia, incluso empieza a cuestionar las prestaciones laborales (horarios, salario y promociones). La tercera fase es la *frustración*, aparece cuando el individuo cuestiona si su trabajo vale la pena, si el ayudar a los demás es importante aun cuando estos no le colaboran, ya no existe motivación de luchar contra las trabas burocráticas, es posible que aparezcan problemas emocionales, fisiológicos y conductuales. La última fase es la *apatía*, la cual es un mecanismo de defensa contra la frustración, el trabajador realiza lo mínimo, evita el cambio, lo único que desea es la estabilidad laboral porque la necesita para sobrevivir, a pesar de la ausencia de satisfacción laboral.

#### 1.3.4.3 Modelo de Price y Murphy

Según Toro (2014) este modelo es similar a un proceso del duelo, ya que el individuo atraviesa por ciertas etapas donde va experimentando el sentimiento de pérdida, las mismas que se pueden agrupar a nivel personal (pérdida de la ilusión), interpersonal (pérdida de los beneficios, como el sentirse apreciado), e institucional (pérdida de trabajadores competentes para el sistema).



El modelo se compone de seis fases sintomáticas, la primera es la *desorientación*, el individuo toma conciencia de la realidad laboral y descubre que no cumple sus objetivos con las personas hacia las que trabaja, y siente fallo profesional. La segunda es *inestabilidad emocional*, el individuo al no recibir apoyo social emocional de sus compañeros, ya sea porque se distancia del resto o porque no desea inmiscuirse en los problemas ajenos pierde la capacidad para afrontar la inestabilidad y el desgaste emocional, así como para ofrecer apoyo. En la tercera fase aparecen *sentimientos de culpa*, el individuo siente la culpa del fracaso profesional y se atribuye fallos que no están bajo su control o prestan una atención con calidad, pero con altos niveles de distanciamiento con el sujeto de la atención. La cuarta fase es la *soledad y tristeza*, que desemboca en la quinta, *solicitud de ayuda*, y finalmente en la sexta, el *restablecimiento del equilibrio inicial con que se abordó la profesión* (Gil-Monte, 2006).

#### **1.3.4.4 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil-Monte**

Gil-Monte (2006) realizó un trabajo esquemático y sesudo de cada uno de los modelos vigentes en los últimos 20 años, esto le permitió trazar un modelo teórico complejo pero que aprovechaba las ventajas, los estudios cualitativos y cuantitativos de los otros modelos. Su propuesta integradora señala que el Síndrome de Quemarse en el Trabajo “SQT” conlleva un deterioro del componente cognitivo, del componente afectivo y del componente actitudinal de la psique, para ello definió los componentes de la psique y analizó cómo intervienen en el trabajo.

El modelo ofrece una alternativa de diagnóstico e intervención al SQT, para ello se ha integrado los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés

percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Rubio, 2003).

El modelo además considera las siguientes variables: sociodemográficas, autoeficacia, motivación para la ayuda, de personalidad. Además, considera estrategias de afrontamiento del estrés como: entrenamiento en resolución del estrés, asertividad, habilidades sociales. También considera que el SQT es la respuesta de la exposición al estrés laboral crónico, con consecuencias en el individuo y la organización, no se deja de lado la importancia de las variables individuales que determinan el progreso de la patología (Gil-Monte, 2006)

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

Como se comentó anteriormente, ser cuidador puede ser una actividad inesperada, donde las metas profesionales o personales están determinadas por la evolución de la salud de quien se cuida. Brindar cuidados exige a las personas estar expuestas a estresores de forma permanente y a largo plazo, lo que nos deja dos posibilidades, los cuidadores se van adaptando a las exigencias y desafíos que requiere la persona dependiente, o, por el contrario, los cuidadores se van sintiendo cada vez más estresados, sufriendo más y peores consecuencias. De allí que la “sobrecarga” atañe a dos aspectos: la *objetiva*, demandas que exige el cuidado y actividades que deben atender, con los recursos y ayuda disponibles, en suma, son las que terminan afectando emocional y físicamente a los cuidadores. Y la *subjetiva*, corresponde a la interpretación que el cuidador hace de su labor y el cómo las

cumple, aquí es donde se siente desconcertado, desbordado, atrapado, resentido, etc. (Crespo y López, 2007).

De tal manera que un cuidador puede percibir una sobre carga excesiva que sobrepasa su capacidad física y mental, frente a lo cual se verá incapaz de satisfacer las necesidades del cuidado del paciente y obviamente se irá deteriorando los servicios que presta. Este escenario caracterizado por el afrontamiento de los estresores que demanda su labor, la relación con los familiares del paciente, y por el desbordamiento de su trabajo, el deterioro de sus relaciones sociales y familiares, harán que en suma estos estresores afecten a nivel emocional, físico y mental, convirtiendo los cuidadores en una profesión de riesgo y en situación de vulnerabilidad (Ramírez *et ál.* 2020).

Por lo expuesto, es necesario entender a los cuidados como una relación afectiva bidireccional, donde tanto el cuidador la persona que recibe cuidados puedan superar los obstáculos y dificultades, de este modo nuestros esfuerzos estarán encaminados en prevenir conductas que refuercen los mecanismos del *Burnout*, y brindar estrategias de afrontamiento para evitarlo.

### **1.5 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores**

La incidencia del estrés laboral crónico en la población es considerada como un problema de salud pública. Según la Organización Internacional del Trabajo (2014) la mayor concentración de estudios sobre la prevalencia de los factores de riesgo psicosocial y el estrés relacionado se concentran en Europa y América del Norte, lo que da a notar que en general en los países con economías desarrolladas invierten en estudios sobre la prevalencia del *burnout*, regiones como Asia, el Pacífico y América Latina lo hacen en menor medida, mientras que en África y los países Árabes la información y las investigaciones son limitadas.

De hecho, Europa mantiene registros sobre la prevalencia del *burnout*, por ejemplo en Suiza, país conocido por sus políticas que aseguran el balance entre la vida personal y el trabajo, se estima que al menos el 1% de los jóvenes que trabajan padecen de estrés laboral, desde el año 2010 se ha diagnosticado *burnout*, con prevalencia en jóvenes entre 25-29 años, el diagnóstico creció al 144% en el año 2013, es decir, que pese a las regulaciones que determinan condiciones favorables del trabajo, la incidencia del *burnout* es autónoma, aunque en el caso suizo al menos se proveen servicios de apoyo y terapia a los trabajadores (Savage y Derrier, 2019). En el 2018, Reino Unido reportó que 595.000 personas sufrieron estrés laboral (Gorvett, 2019).

En nuestro país, investigaciones como la de Ramírez (2015) dan cuenta de los esfuerzos por reunir información sobre la prevalencia del *burnout* y sus dimensiones en los profesionales de salud del Ecuador, a partir de una muestra de 2.404 profesionales de medicina y enfermería se demostró que existe un 36,4% de prevalencia de *burnout*, del cual el 17,6% presentó agotamiento emocional, el 13,6% despersonalización y el 18,2% baja realización personal.

De su parte Ramírez *et ál.* (2019a) investigaron acerca de la prevalencia del síndrome de *burnout* en 50 profesionales de la salud (médicos y enfermeras) y su relación con los rasgos de personalidad. Los resultados apuntaron que un 40% presenta agotamiento emocional, 20% despersonalización y 60% baja realización personal. El estudio también señaló que el personal de enfermería no presentó agotamiento emocional, despersonalización alcanzó solo el 8% y baja realización personal 52%.

Además, Ramírez *et ál.* (2019b) investigaron el síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería en Quito, en el cual demostraron que existe una prevalencia mínima con el 2,1% en una muestra de 142 enfermeras y enfermeros. En cuanto a las dimensiones destacaron que la muestra presentaba 52,8% en realización personal y 22,5% en

agotamiento emocional, las profesionales investigadas, también presentaron síntomas somáticos, ansiedad disfunción, social y depresión.

En lo que va del año, Ramírez *et ál.* (2020) investigó la relación de la carga laboral y la salud general (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión) en auxiliares de enfermería de la zona 9 del Ecuador, en una muestra de 100 auxiliares de enfermería, encontró una sobrecarga intensa de 42,2%, además reportó que 4 de cada 10 cuidadores presentan síntomas somáticos, ansiedad, y que 2 de 10 aceptan tener depresión. Afirmó que existe una relación significativa entre la carga, síntomas somáticos y depresión.

En cuanto a recursos cuantificables, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) asegura que se debe garantizar la salud mental en el lugar trabajo porque de lo contrario se podrían causar problemas como depresión y ansiedad de hecho actualmente 264 millones de personas padecen depresión, lo que a su vez es considerada una causa de discapacidad. En términos económicos este escenario le cuesta anualmente a la economía mundial \$1 billón de dólares en pérdida de productividad. Para ello insta que las organizaciones inviertan en prevención y tratamiento de salud mental, en cálculos de la OMS por cada \$1 dólar de inversión se puede lograr un rendimiento de \$4 dólares en salud y productividad, ya que se reduce el absentismo laboral, aumenta la productividad. El riesgo de perder el trabajo es considerado como un estresor y para el año 2030 se estima que se perderán 50 millones de puestos de trabajo en el mundo (Deutsche Welle [DW], 2018).

Respecto a la prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores, Arias y Muñoz (2019) señalan que el cuidado conlleva implícitamente que el cuidador, asuma la responsabilidad y no discuta las consecuencias que se derivan. El cuidador al no tener una formación suficiente de cómo enfrentar los múltiples escenarios de cuidado (discapacidad, niños, adultos mayores, enfermedades catastróficas) aumenta la sobrecarga que soporta, afectando su calidad de vida, por lo que es necesario el desarrollo de programas de ayuda.

## 1.6 Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

A continuación, revisaremos diferentes variables organizacionales y emocionales que facilitan el burnout en cuidadores.

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

- *Género*, el cual es considerado como una variable de incidencia del síndrome de burnout, varios estudios señalan una tendencia elevada en que los hombres presentan un elevado índice de despersonalización (dimensión del estrés laboral) que las mujeres. En cambio, que en agotamiento emocional (dimensión del estrés laboral) los hombres muestran puntuación más baja que sus colegas mujeres. El género también ejerce una función moduladora, toda vez que se ha encontrado que el síndrome es más frecuente en mujeres (Gil-Monte, 2006).
- *Edad*, dependiendo del plan de carrera los trabajadores, en una edad determinante, se encuentran con mayores retos o en fase de estabilización de sus carreras, según estudios a mayor edad disminuye la frecuencia de SQT, los síntomas se incrementan con la edad, los profesionales entre 30-50 años presentarían niveles más elevados (Gil-Monte, 2006).
- *Estado civil*, se asocia el *burnout* a personas sin pareja estable, las personas solteras sufrirían mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización (dimensiones del estrés laboral), que aquellas que están casados o conviven con parejas estables (Interconsulting Bureau S.L. [ICB], 2012).
- El *número de hijos*, investigaciones concluyen que los hijos y la familia, hacen que posean capacidad de afrontar problemas personales y conflictos emocionales, ser más realistas y tener apoyo familiar (ICB, 2012).

- La *etnia* es una variable que obedece al amplio contexto social y las dinámicas en un entorno laboral, se estima que los caucásicos presentan prevalencias importantes del síndrome (Ramírez, 2015).

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

Existe un acuerdo unánime en los investigadores del Síndrome de Burnout, y es que, la causa directa proviene de las condiciones laborales, por lo que los factores de la organización laboral y la forma de desenvolverse y actuar del trabajador facilitarán o prevendrán el síndrome.

- *Ingresos mensuales* o salario, se ha identificado una relación importante entre el desarrollo del *burnout* con los bajos ingresos por las horas de trabajo, un salario bajo es considerado un predictor de agotamiento emocional (Ramírez, 2015).
- *Experiencia profesional*, se ha establecido una relación de presencia del síndrome en dos momentos de la carrera profesional, en los dos primeros años y en los mayores de 10 años (ICB, 2012).
- *Sector de trabajo*, si bien el burnout afecta a cualquier profesión, los profesionales que están en mayor contacto con otras personas son los que más se ven afectados por este síndrome siendo los de sanidad y enseñanza (Bosqued, 2008).
- *Tipo de contrato*, se refiere a la forma de vinculación a la relación de dependencia, puede ser formal, cuando recibe retribución económica. Informal, cuando no es un trabajo remunerado y constituye en una actividad altruista. Esta realidad asociada a las labores de cuidado, evidencia que las mujeres se preocupan más por mantenerse en el mercado laboral, mientras que los varones se preocupan por las dificultades económicas (Crespo y López, 2007).

- *Trabajo por turnos*, las investigaciones afirman que el trabajo nocturno y los cambios continuados de turno son altamente estresantes, porque alteran los biorritmos, afectan el rendimiento y dificultan la vida social y familiar (Bosqued, 2008).
- *Falta de recursos institucionales*, frente a la excesiva carga de trabajo si la empresa no proporciona los medios necesarios para realizar las actividades de forma adecuada, deja al profesional desbordado frustrado, insatisfecho con la labor que realiza (Bosqued, 2008).
- *Sobrecarga de trabajo*, el exceso de actividades y exigencias al trabajador, genera tensión, desbordamiento. Las empresas al pretender el aumento en la demanda cualitativa y cuantitativa, sin aumentar el personal, exigen que sus trabajadores cubran todas las exigencias “lo más probable es que la goma, de tanto estirarse, se rompa” (Bosqued, 2008, p. 36).

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

- *Compromiso vital*, referido a la motivación del profesional en aportar a la organización y permanecer en ella. Sólo cuando se crece, el profesional se compromete, alcanza resultados superiores y contribuye a crear talento organizativo (Frías, 2014). Investigaciones determinan que promover el compromiso con el trabajo, favorece la salud en el trabajo, aumenta la productividad y se previene el *burnout*; para lo cual se deben promover estrategias: i) un estado de alta energía. ii) gran involucramiento; y, iii) sentido de eficacia (Cólica, 2017).
- *La satisfacción vital*, Funciona como indicador general del bienestar psicológico y de la calidad de vida de las personas, si el trabajador presenta un alto índice quiere decir que posee un menor número de enfermedades físicas y mentales, una mayor



felicidad, y, en general, posee buena calidad de vida (Garrido, Fernández, Villalba, Pérez y Fernández, 2010).

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

- *Apoyo social*, su estudio es primordial puesto que se refiere al apoyo que recibe el trabajador por parte de los supervisores, compañeros, subordinados, familiares y amigos. Si bien las relaciones entre compañeros de trabajo son esenciales dentro de una organización, no siempre son positivas, llegando a convertirse en uno de los principales motivos de la aparición del estrés. La falta de apoyo de los compañeros predice el burnout, provoca agotamiento emocional y despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1999).
- *Afrontamiento*, consiste en los mecanismos de defensa, son todos los esfuerzos cognitivos y comportamentales para controlar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas creadas por una transacción estresante, que desborda los recursos del individuo (Félix *et al.*, 2018). En función de las estrategias de afrontamiento se puede concluir que: i) el afrontamiento de control, previene el *burnout*. ii) el afrontamiento dirigido al problema, el que hace énfasis en confrontar y modificar lo que produce malestar, presenta baja presencia de *burnout*. iii) el afrontamiento dirigido a la emoción, regula las emociones que se presentan ante el evento estresante, está relacionado con mayores niveles de despersonalización; y, iv) el escape, aumenta la probabilidad del síndrome (Ramírez, 2015).
- *La resiliencia*, es el proceso inherente a la vida sujeto a condiciones genéticas ambientales y psicosociales de la persona que frente a un hecho traumático tienen presenta una evolución posterior satisfactoria. Los individuos resilientes son firmes en sus propósitos, poseen una visión positiva del futuro, son competentes, tienen

confianza en sí mismos, poseen control interno, sentido del humor, autonomía y habilidades cognitivas (Cólica, 2017). Es decir, nos referimos a los aspectos positivos del trabajador, sus fortalezas, que le permiten hacer frente a las adversidades, adquirir un funcionamiento óptimo, aumentar la satisfacción, prevenir y hacer frente al *burnout*, a partir de tres componentes: i) atributos personales, inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas o competencia social. ii) apoyos del sistema familiar; y, iii) el apoyo social derivado de la comunidad se (Cerquera y Pabón, 2006).

## **Capítulo dos**

### **Metodología de la investigación**

#### **2.1 Objetivos**

##### **2.1.1 Objetivo General**

- Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018.

##### **2.1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas y laborales en una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018.
- Identificar el nivel de carga laboral en una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018.
- Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico en una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018.
- Identificar el bienestar general en una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por la muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018.

- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de la muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores ubicada en el centro histórico de Quito durante el año 2018.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de la muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores ubicada en el centro histórico de Quito durante el año 2018.

## **2.2 Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales en la muestra de cuidadores formales e informales de los adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico en la muestra de cuidadores formales e informales de los adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico es la que presenta un alto nivel en la muestra investigada?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de la muestra de cuidadores formales e informales de los adultos mayores en el centro histórico de Quito durante el año 2018?
- ¿Cuál es la sobrecarga laboral en la muestra de cuidadores formales e informales?
- ¿Cuál es la capacidad de resiliencia y satisfacción con la vida de la muestra de cuidadores formales e informales?

## **2.3 Contexto de la investigación**

La presente investigación evaluó al personal de cuidadores formales de adultos mayores en una institución privada ubicada en el centro histórico de la ciudad de Quito, la cual presta servicios de alto nivel en el ámbito médico, cuidados al adulto mayor, inspirados en principios humanísticos. Esta entidad ofrece al adulto mayor una atención integral, a través de un equipo multidisciplinario y especializado, para satisfacer las necesidades y asegurar el bienestar de la población en condición socioeconómica limitada. En este sentido su visión es convertirse en la mejor institución que brinde acogida y atención integral de calidad con calidez, eficiencia y eficacia, al adulto mayor con el compromiso de fomentar y difundir los derechos del adulto mayor para un envejecimiento activo y saludable.

Entre los servicios que ofrece encontramos: hospitalización, fisioterapia, terapia ocupacional, acogida y cuidados del adulto mayor, entre otros. Cuenta con el equipamiento necesario para el cuidado de los adultos mayores, además las instalaciones son amplias y brindan las facilidades para prestar un servicio digno a los ancianos en sus últimos años. Los beneficiarios de este servicio son grupos vulnerables (adultos mayores) muchos de ellos abandonados, sin recursos económicos y con problemas de salud asociadas con la demencia senil, alzheimer y demás. De su parte, el equipo de profesionales en el ámbito técnico, operativo y administrativo son altamente capacitados y eficientes, su compromiso va mucho más allá de lo laboral pues el lazo con los pacientes se refleja en la entrega y respeto por ellos.

Además, en el mismo sector de la ciudad, se investigó a cuidadores informales de adultos mayores, que por su grado de parentesco ejercían labores de cuidado a sus dependientes, quienes por su avanzado estado de edad requerían de cuidado porque poseían varios cuadros médicos (demencia senil, discapacidad física, diabetes), el cuidado era permanente, y se lo realizaba desde el lugar de residencia habitual del cuidador.

## 2.4 Diseño de investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: **cuantitativa**, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, **no experimental** ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, **transaccional (transversal)** pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, **descriptivo** porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, **exploratorio** en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo (Hernández et al., 2010).

## 2.5 Muestra

La población objeto de este estudio fue el personal de cuidadores formales que laboran en una institución privada ubicada en el centro histórico de la ciudad de Quito, dedicada al cuidado y atención de adultos mayores, así como también a cuidadores informales de la misma ciudad.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 cuidadores (25 cuidadores formales y 15 informales, entre los que se encuentran auxiliares de enfermería, terapistas ocupacionales, asistentes de servicio y amas de casa), quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

- **Criterios de inclusión:** Realizar labores de cuidado, encontrarse en situación activa, firmar el consentimiento informado y tener como mínimo 1 año de experiencia.

- **Criterios de exclusión:** No aceptar la participación voluntaria dentro de este estudio, no encontrarse en la institución (maternidad o enfermedad), no firmar el consentimiento informado.

## 2.6 Procedimiento

El desarrollo de esta investigación se realizó, lo siguiente:

- Se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente de la titular de la institución de salud.
- Se realizó un acercamiento con los directivos de la institución de salud a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución de salud.
- Al obtener el visto bueno de los directivos se determinó el horario para la aplicación de la batería, en consideración a esto se procedió a buscar a los cuidadores dentro del establecimiento para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el firmar el consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera, incluso se brindó orientación para el llenado de los mismos.
- Como se recolectó los datos de forma individual, se brindó asistencia para que se completen los cuestionarios, en la depuración de la información no fue necesario descartar cuestionarios incompletos. Los participantes expresaron su voluntad en el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del software Excel y se trabajó con datos descriptivos.
- Respecto de los cuidadores informales, se realizó una invitación directa, los cuales fueron referidos por contactos de confianza, y seleccionados de forma aleatoria. Luego de concretar la hora y fecha de la visita al lugar de su residencia habitual, se

pidió que los cuidadores firmen el consentimiento informado y luego se procedió aplicar los instrumentos.

## **2.7 Instrumentos**

Los instrumentos utilizados para recolectar la información y que permitieron cumplir con los objetivos trazados, serán detallados a continuación:

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

El cuestionario pretende recolectar información, acerca de datos relevantes sobre las características sociodemográficas (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil) y laborales de la muestra (profesión, ingresos mensuales, experiencia profesional, horas de trabajo, dedicación al trabajo, tipo de contrato, trabajo en turnos y recursos institucionales).

### **2.7.2 Inventario de Burnout de Maslach versión adaptada de Seisdedos**

El Maslach burnout Inventory [MBI-HSS] fue desarrollado por Maslach y Jackson, en la investigación se utilizó la traducción al castellano de Seisdedos (1997), el cuestionario mide la prevalencia del Síndrome de Burnout en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

El instrumento posee 22 ítems, redactados como afirmaciones acerca de sentimientos personales y la respuesta del profesional hacia su trabajo y sus destinatarios. De este modo la dimensión de: *agotamiento emocional*, está compuesta por 9 ítems, con una puntuación máxima de 54, donde el indicio será más de 26; *despersonalización*, consta de 5 ítems, con un puntaje máximo de 30, donde el indicio será más de 9; y, *realización personal*, compuesta por 8 ítems, con puntaje mayor a 48, donde el indicio será menos de 34. “Las personas que poseen *burnout* presentarán puntajes altos en agotamiento emocional, cinismo y baja eficacia personal” (Ramírez y Ontaneda, 2019, p. 78).



Finalmente, Malander (2019) anota las propiedades psicométricas del test, basándose en la medida de alfa de Cronbach, afirma que la escala tiene una confiabilidad adecuada de 0,90 en cansancio emocional; 0,79 en despersonalización y 0,71 en realización personal.

### ***2.7.3 Entrevista de carga para cuidadores formales versión adaptada de Revuelta y Andújar***

Este instrumento es una adaptación de Revuelta y Andújar (2005) a la “Entrevista de Carga del Cuidador” para cuidadores informales desarrollada por Zarit, Orr & Zarit en 1985, si bien el instrumento original presentaba 29 ítems, esta versión emplea 22 ítems, formulados como frases que indican sentimientos frente a problemáticas experimentadas por los cuidadores, los entrevistados deben valorar entre una escala de “nunca” (valor 1) hasta “casi siempre” (valor 5). El instrumento posee una consistencia interna entre 0,76 y 0,95, además ha obtenido un valor de alfa de Cronbach de 0,853 y “aparecen cinco factores que reflejan agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado” (Peréira, 2010, p. 67).

### ***2.7.4 Escala de satisfacción vital (ESV) versión adaptada de Revuelta***

Este instrumento fue elaborado por Diener *et ál.* (1985) en esta escala las personas hacen un juicio sobre sus vidas y evalúan su satisfacción con ella. La versión que se utilizará pertenece a Revuelta (2005) y posee componentes como: “en la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal”, “las condiciones de mi vida son excelentes”, “estoy satisfecho con mi vida”, “hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quería en la vida”, “si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría apenas nada”. La persona valorará sus respuestas entre opciones de “muy en desacuerdo” (valor 1) a “muy de acuerdo” (valor 7). Los resultados totales van de 5-9 (muy insatisfecho) a 30-35 (altamente satisfecho).

Según Ruiz *et ál.* (2018) las propiedades psicométricas de la escala son muy buenas, incluso posee elevada consistencia interna, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,89.

#### **2.7.5 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28) versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo**

Este instrumento fue desarrollado en 1979 por Goldberg y Hillier, en esta investigación se utilizará la versión española de Muñoz *et ál.* (1979). En definitiva, se trata de un cuestionario rápido y auto-administrado para detectar trastornos psíquicos no psicóticos en la población y el estado de la salud mental del encuestado. Está compuesto por 28 ítems que evalúan cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. El encuestado valorará sus respuestas entre opciones de “ni, en absoluto” (valor 1) a “mucho peor que lo habitual” (valor 4), si los valores en el punto de corte presentan calificaciones menores a 4, indica que no se presenta síntomas; por el contrario, si es mayor a 5, se evidencia la presencia de un caso probable.

En cuanto a propiedades psicométricas, Ramírez *et ál.* (2020) afirman que el cuestionario posee sensibilidad de 84.6%, especificidad del 82% y valor alfa de Cronbach de 0,85 a 0,78.

#### **2.7.6 Cuestionario MOS de Apoyo Social versión adaptada de Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina**

El cuestionario fue creado en 1991 por Sherbourne y Steward, en un contexto hospitalario. En la investigación se usará la versión para Sudamérica desarrollada por Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina (2005). Posee 20 ítems organizados en cuatro dimensiones: apoyo emocional, apoyo instrumental, amor y cariño, y relaciones sociales. El entrevistado indica el número de amigos íntimos y familiares cercanos, y sobre ellos evalúa la frecuencia del apoyo que recibe entre “nunca” (valor 1) a “siempre” (valor 5). La suma total

de valores indica la extensión de la red social que posee la persona. Respecto a las propiedades psicométricas, Baca (2016) indica que la confiabilidad calculada de las dimensiones fue de .87 a .94 del valor alfa de Cronbach, y que del análisis factorial exploratorio, se halló un 68.72% de explicación del constructo.

### **2.7.7 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) versión adaptada de Crespo y Cruzado**

En 1989, Carver desarrolló un inventario titulado “*Coping Orientation to Problems Experienced*” con el fin de evaluar las estrategias de afrontamiento de las situaciones estresantes. En esta investigación se utiliza la versión adaptada al español de Crespo y Cruzado (1997). La escala está compuesta por 28 ítems que formulan problemas estresantes y situaciones complicadas, el cuidador evaluará en un rango de “no he estado haciendo esto en lo absoluto” (valor 0) a “he estado haciendo esto mucho” (valor 3), en 14 dimensiones: afrontamiento activo, auto-distracción, negación, uso de sustancias, uso de apoyo emocional, uso de apoyo instrumental, retirada de comportamiento, desahogo, replanteamiento positiva, planificación, humor, aceptación, religión, y culpa de sí mismo. De acuerdo con Ramírez y Ontaneda (2019) la estrategia más utilizada será el resultado ordenado de la sumatoria total de los valores, además mencionan que las propiedades psicométricas de la escala son adecuadas con alfa de Cronbach de 0,50 y 0,80 para cada estrategia.

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

La Escala Breve de Resiliencia (BRS) fue desarrollada por Smith, Dalen, Wiggings, Tooley, Christopher y Bernard en 2008, la versión original fue redactada en inglés, para esta investigación se utilizará la versión adaptada al español de Rodríguez-Rey *et ál.* (2016). El objetivo de la escala es medir la capacidad del individuo para recuperarse ante la adversidad. Consta de 6 ítems redactados de tal forma que las personas evalúen el grado

resiliencia o su capacidad de adaptarse al estrés y a situaciones adversas, las respuestas son de tipo likert que van en el rango de “muy en desacuerdo” (valor 1) a “muy de acuerdo” (valor 5). Según Hidalgo-Rasmussen y González-Betanzos (2018) la puntuación máxima será 30 donde “la mayor puntuación significa mayor grado de resiliencia” (p. 27). Finalmente, señalan que las propiedades psicométricas de la escala muestran buena consistencia interna, con un valor alfa de Cronbach que va de 0,80 a 0,91 lo que le brinda validez convergente y discriminante.

## Capítulo tres

### Análisis de resultados

#### 3.1 Resultados

Uno de los objetivos específicos de esta investigación es identificar las características sociodemográficas y laborales de la muestra, los resultados se muestran a continuación.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de la muestra*

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	10	25
Mujer	30	75
<b>Etnia</b>		
Mestizo	38	95
Blanco		0
Indígena		2,5
Afrodescendiente		2,5
<b>Estado civil</b>		
Casado	15	37,5
Soltero	16	42,5
Viudo		5
Divorciado		7,5
Unión libre		10
<b>Edad</b>		
Media	36,43	
Desviación típica	13,02	
Máxima	66	
Mínima	17	
<b>Hijos</b>		
Media	1,32	
Desviación típica	1,14	
Máxima	4	
Mínima	0	

Nota: Los datos se recogieron mediante el Cuestionario Sociodemográfico Ad-Hoc.

De los datos procesados se pueden observar que la prevalencia del 75% de mujeres en actividades relacionadas con el cuidado de adultos mayores, mientras que los hombres

representan apenas el 25%. En cuanto a la etnia, se observa un marcado predominio de la mestiza con el 95%, frente a un 2,5% en dos casos puntuales (afrodescendiente e indígena). La edad promedio de la muestra es de 36.2 años, lo que empata con el estándar nacional de población económicamente activa. Ahora bien, sobre el estado civil de la muestra investigada indican que el 42,5% es soltera, el 37,5% son casadas, 10% mantiene unión libre, el 7,5% son divorciados 7,5% y viudos con tan solo el 5%. La media de hijos es del 1,32.

**Tabla 2**

*Características laborales*

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ingresos mensuales</b>		
0 a 1000	40	100
<b>Tipo de trabajo</b>		
Tiempo completo	31	77,5
Tiempo parcial	9	22,5
<b>Tipo de contrato</b>		
Eventual	3	7,5
Ocasional	6	15
Plazo fijo	1	2,5
Contrato indefinido	21	52,5
Ninguno	9	22,5
<b>Turnos</b>		
Si	20	50
No	20	50
<b>Recursos Institucionales</b>		
Totalmente	17	42,5
Medianamente	21	52,5
Poco	2	5
<b>Horas de trabajo al día</b>		
Media	8,02	
Desviación típica	1,42	
Máxima	13	
Mínima	4	
<b>Experiencia profesional</b>		
Media	8,92	
Desviación típica	10,34	
Máxima	50	
Mínima	1	

Nota: Los datos se recogieron mediante el Cuestionario Sociodemográfico Ad-Hoc.

Respecto a las características laborales se evidencia que la muestra gana menos de mil dólares al mes, el 77% de los cuidadores trabaja a tiempo completo, donde solo el 52% trabaja bajo relación de dependencia con un contrato indefinido y el 50% trabaja en turnos. El 52,5% afirma que su institución le provee medianamente los recursos necesarios para ejercer su labor. La muestra evidencia que trabaja hasta 8,02 horas al día, y posee una experiencia media de 8,92 años.

**Tabla 3**

*Dimensiones del estrés laboral crónico o burnout*

<b>Dimensiones del burnout</b>	<b>Niveles</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Agotamiento emocional	Alto	13	32,5
	Medio	10	25
	Bajo	17	42,5
Despersonalización	Alto	22	55
	Medio	5	12,5
	Bajo	13	32,5
Realización personal	Alto	18	45
	Medio	5	12,5
	Bajo	17	42,5

Nota: Los datos se recogieron mediante el Cuestionario de MBI (inventario de BURNOUT).

En cuanto a las dimensiones del estrés laboral crónico los datos señalan que el 32,5% de la muestra presenta alto nivel de agotamiento emocional, mientras que el 55% presenta alto nivel de despersonalización, y 42,5% presenta bajo nivel de realización personal, lo que indica la existencia del síndrome de *burnout* en un grupo de cuidadores.

**Tabla 4**

*Casos de Burnout*

<b>Burnout</b>	<b>Cuidadores</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Nivel alto o presenta	14	35
Nivel medio	26	65

Nota: Los datos se recogieron mediante el Cuestionario de MBI (inventario de BURNOUT).

En relación a casos de *Burnout* se confirma la presencia del síndrome en los cuidadores de la muestra, ya que el 35% de la muestra presenta un alto nivel de burnout, mientras que el 65% se encuentra en un nivel medio.

**Tabla 5**

*Resultados de carga en los cuidadores*

		<b>N</b>	<b>%</b>
Carga cuidadores	No hay sobrecarga	10	25
	Sobrecarga leve	9	22,5
	Sobrecarga intensa	21	52,5

Nota: Los datos se recogieron mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI).

Respecto a la carga que reciben los cuidadores, los datos revelan que el 52,5% de los cuidadores que atienden a los adultos mayores experimenta una sobrecarga intensa, el 22, % percibe que recibe una carga leve y el 25% señala que no presentan sobrecarga.

**Tabla 6**

*Satisfacción vital en la muestra de adultos mayores*

	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy insatisfecho	1	2,5
Insatisfecho	2	5
Ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital	6	15
Ligeramente satisfecho	8	20
Satisfecho	16	40
Altamente satisfecho	7	17,5

Nota: Los datos se recogieron mediante Escala de satisfacción vital (ESV).

De los datos sobre satisfacción vital procesados se pueden observar que la muestra ofrece un conjunto de datos que permiten realizar apreciaciones acerca de la calidad de vida,



el 40% afirma sentirse satisfecho junto al 17,5% que se percibe altamente satisfecho. Por otro lado, el 5% se siente insatisfechos, y solo el 2,5% se siente muy insatisfecho lo que indica potencialmente el padecimiento de *burnout*. Finalmente, el 35% de la muestra se encuentran en una escala intermedia de satisfacción.

**Tabla 7**  
*Estrategias de Afrontamiento en cuidadores*

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Max.</i>	<i>Min.</i>
Auto distracción	2,7	1,7	6	0
Afrontamiento activo	3,3	1,9	6	0
Negación	1,5	1,7	6	0
Uso de sustancias	1,1	1,7	5	0
Apoyo emocional	1,8	1,7	5	0
Apoyo instrumental	2,3	1,9	6	0
Retirada de comportamiento	1,7	1,7	5	0
Desahogo	1,8	1,8	6	0
Replanteamiento positivo	2,9	1,8	6	0
Planificación	2,8	1,9	6	0
Humor	2	1,7	6	0
Aceptación	2,4	1,8	6	0
Religión	3	1,8	6	0
Culpa de sí mismo	2,2	1,9	6	0

Nota: Los datos se recogieron mediante el Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE).

Los resultados muestran las estrategias de afrontamiento más usadas por la muestra de cuidadores de adultos mayores para hacerle frente a las demandas de su trabajo, y predisponer su organismo para los desafíos del cuidado, en los cuidadores de la muestra priman las estrategias encaminadas al afrontamiento activo, la religión, el replanteamiento positivo, la planificación, la autodistracción, la aceptación y el humor. Otro dato importante es que la estrategia menos usada es el consumo de sustancias.

**Tabla 8***Apoyo social en cuidadores*

	<i><b>M</b></i>	<i><b>DT</b></i>	<i><b>Min</b></i>	<i><b>Max</b></i>
Apoyo emocional	27,7	7,37	9	40
Apoyo instrumental	13,7	3,76	6	20
Relaciones sociales	14,4	4	4	20
Amor y cariño	12	3,05	7	15

Nota: Los datos se recogieron mediante el Cuestionario de Apoyo Social MOS.

En lo que se refiere al apoyo social en cuidadores, se observa que 27,7 cuidadores reciben principalmente apoyo emocional, mientras que 14,4 cuidadores reciben apoyo de relaciones sociales, de cerca encontramos que 13,7 cuidadores acuden a apoyo instrumental, y solo 12 cuidadores reciben amor y cariño.

Para finalizar con la obtención de datos planteados en los objetivos de esta investigación se evaluó la escala de resiliencia en la muestra, es decir, la capacidad de los cuidadores para adaptarse al estrés y situaciones adversas.

**Tabla 9***Resiliencia en cuidadores*

	<b>Cuidadores</b>	
	<i><b>N</b></i>	<i><b>%</b></i>
Alto	8	20
Normal	25	62,5
Bajo	7	17,5

Nota: Los datos se recogieron mediante el Brief Resilience Scale (BRS).

Los resultados obtenidos muestran que el 20% de cuidadores del adulto mayor posee fortalezas altamente desarrolladas de resiliencia, el 62,5% presentan habilidades en nivel normal de resiliencia, mientras que el 17,5% señala baja resiliencia.

### 3.2 Discusión de resultados

Las características sociodemográficas evidencian que el sexo mayoritario, en el ejercicio del rol de cuidado de adultos mayores es el femenino con el 75% de la muestra. Del total, el 95% se autoidentifica como mestiza, la edad promedio es de 36,2 años y la media de hijos es del 1,32. Estos datos son similares al estudio de Ramírez *et ál.* (2020) donde se concluyó que en el caso de las auxiliares de enfermería que realizaban labores de cuidado en la zona 9, predominaba el sexo femenino con 76% sobre el masculino con 24%. En cuanto a las características laborales son precarias porque toda la muestra gana menos de mil dólares al mes, el 77,% trabaja a tiempo completo, solo el 52% posee un contrato indefinido, con una media de trabajo diario de hasta 8,02 horas, el 50% trabaja en turnos, posee una experiencia media de 8,92 años, pero lamentablemente solo 52,5% afirma que su institución le provee medianamente los recursos necesarios para ejercer su labor, esto confirma la investigación de Addati *et ál.* (2018) quienes señalaron que los empleos de cuidadores son de mala calidad, lo que actúa en detrimento del bienestar de quienes reciben los cuidados, de quienes los prestan.

Sobre al estado civil, los resultados son diversos e indican que el 42,5% es soltera, mientras que las casadas alcanzan el 37,5%, le siguen quienes mantiene uniones libres con el 10%, divorciados 7,5% y viudos con tan solo el 5%. Es decir, los datos son disímiles en comparación con el censo poblacional de 2010, puesto que en la población de Pichincha el 40,1% era casado, soltero 36,9%, en unión libre 13,1%, divorciados 2,9%, viudo 3,2% (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos [INEC], 2018). El estado civil podría significar una puerta para la incidencia del *burnout*, toda vez que puede producirse en personas solteras jóvenes que no tienen suficiente apoyo familiar.

Respecto a la prevalencia del síndrome de burnout, la investigación reportó que el 35% de cuidadores presenta un alto nivel de *burnout*, esto guarda relación con las

investigaciones de Ramírez (2015) que demostró que existe un 36,4% de prevalencia de *burnout* en los profesionales de salud del Ecuador, tanto médicos como enfermeras.

Respecto a identificar cuál de las tres dimensiones del *burnout* prevalece en los cuidadores, los datos son poco alentadores, porque el 32,5% presenta alto nivel de agotamiento emocional, el 55% posee alto nivel de despersonalización, y el 42,5% posee un nivel bajo de realización personal. La prevalencia del *burnout* en cuidadores es similar a la que sufre el personal sanitario, puesto que en la investigación de Ramírez et al. (2019) se determinó que los médicos presentan 40% de agotamiento emocional, 20% despersonalización y 60% baja realización personal. Esto da cuenta que la labor de cuidado es una tarea extenuante y sometida a largas jornadas de estrés crónico, lo que deriva en que los cuidadores presenten *burnout*, se sientan exhaustos emocionalmente, reconozcan que sus actitudes a muchas veces son de frialdad y distanciamiento, con una percepción baja de realización o logro personal.

Los resultados obtenidos en sobrecarga apuntan que el 52,5% de los cuidadores experimenta una sobrecarga intensa, y el 22,5% presenta sobre carga leve, estos datos son similares a los expuestos por Arias y Muñoz (2019) quienes verificaron que el 48,1% de los profesionales dedicados a labores de cuidado experimentan sobrecarga intensa.

Los datos en satisfacción vital permiten realizar apreciaciones acerca de la calidad de vida, el 57.5% de la muestra afirma sentirse satisfecho y altamente satisfecho, esto quiere decir que poseen un menor número de enfermedades físicas y mentales, y una mayor felicidad percibida. Por otro lado, solo un cuidador se siente muy insatisfecho (2,5%) convirtiéndose en un potencial caso de *burnout*. Esto guarda armonía con lo expresado por Arias y Muñoz (2019) quienes verificaron que la calidad de vida en las dimensiones de dolor corporal y salud general son estadísticamente bajas para los cuidadores, excepto en el caso de los cuidadores (padres) con hijos con retos múltiples quienes sufren mayor malestar físico y de salud.

Los resultados determinan que las estrategias de afrontamiento más usadas son afrontamiento activo, la religión, el replanteamiento positivo y la planificación esto coincide con la investigación de Ramírez y Ontaneda (2019) que, además de los indicados, detectaron que el personal de salud utiliza estrategias como la aceptación y uso de apoyo instrumental. Esto es importante por cuanto el afrontamiento activo previene el *burnout*.

De los resultados obtenidos para resiliencia, se observa que la muestra posee habilidades normales de resiliencia (62,5%) a partir de las cuales, el comportamiento del cuidador se dirige a resolver problemas y reponerse óptimamente de momentos críticos de su profesión, con la garantía de que no vuelvan a ocurrir. De acuerdo con Gil-Monte (2006) el cuidador que hacer frente a situaciones de estrés, con habilidades propias o entrenadas, adquiere un funcionamiento óptimo, que aumenta su satisfacción, controla y previene el *burnout*.

Esta investigación cumplió sus objetivos, ahora pretende contribuir al análisis de un problema silencioso y que en contextos económicos-sociales limitados, con parámetros unicamente basados en la eficiencia, pasa desapercibido; puesto que no se plantean los problemas asociados al trabajo, sino lo que importa es tener un lugar de trabajo. La retribución económica por trabajar, no es aliciente ni justificativo del desequilibrio, que se ocasiona en otras esferas de la vida de los trabajadores, quienes desbordados, agotados, frustrados pueden convertir a las bondades del derecho al trabajo, en una fuente de enfermedades y desilusiones, que son prácticamente aceptadas en una sociedad desigual que explota y presiona por excelencia a los más débiles, los trabajadores.

## Conclusiones

1. De la muestra investigada se pueden concluir que las actividades de cuidado de adultos mayores principalmente la realizan mujeres, mestizas, con un promedio de 36,2 años, solteras y poseen una media de 1,32 de hijos.
2. Las características laborales evidencian que la remuneración de la muestra es menor de mil dólares al mes, el 77% trabaja a tiempo completo, solo el 52% posee un contrato indefinido, el 50% hace turnos, el horario de trabajo es hasta 8,02 horas al día, la muestra evidencia una experiencia media de 8,92 años.
3. Se presentó una prevalencia del 35% de cuidadores formales e informales del adulto mayor.
4. El 32,5% de los cuidadores de adultos mayores presenta alto nivel de agotamiento emocional, el 55% posee alto nivel de despersonalización, y el 42,5% posee un nivel bajo de realización personal.
5. El 52,5% de los cuidadores que atienden a los adultos mayores experimenta una sobrecarga intensa, la intensidad percibida por los cuidadores varía según el tipo de pacientes y el cuidado que estos necesitan.
6. El 57,5% de la muestra afirma sentirse satisfecho y altamente satisfecho, esto quiere decir que su apreciación de la calidad de vida es alta, poseen un menor número de enfermedades físicas y mentales, y una mayor felicidad percibida. Sin embargo, se identificó un caso potencial caso de burnout, pues un cuidador afirmó sentirse muy insatisfecho (2,5%).
7. Las estrategias de afrontamiento más usadas son el afrontamiento activo, la religión, el replanteamiento positivo y la planificación. Mientras que la menos usada es el consumo de sustancias.

8. Los cuidadores del adulto mayor poseen habilidades de resiliencia (62,5%), su comportamiento tiende a resolver problemas y reponerse óptimamente de momentos críticos de su profesión, con la garantía de que no vuelvan a ocurrir.

### Recomendaciones

1. Puesto que de la investigación se observa la prevalencia del síndrome de *Burnout* entre los cuidadores formales e informales de adultos mayores es necesario tomar medidas de contención y promoción de salud en el ámbito laboral.
2. Sobre los cuidadores formales, la organización debe implementar un plan de atención primaria, para dar a conocer las particularidades del síndrome y las medidas de autoprotección, la evidencia nos dice que se puede prevenir y controlar el síndrome, en cualquier fase de su desarrollo.
3. Además, se deberá identificar los casos específicos que presentan una notable prevalencia del síndrome de Burnout, abordarlos y prevenir el desgaste en las relaciones interpersonales y familiares.
4. Las autoridades del centro de atención deben brindar el apoyo y atención integral a los cuidadores que presentan el síndrome para evitar el desgaste en las actividades laborales y tampoco disminuir la calidad del servicio que prestan a sus pacientes.
5. Se deben desarrollar protocolos de identificación y atención al personal de cuidadores con el fin de prevenir el desgaste del personal que día a día ofrece su contingente para la atención a adultos mayores vulnerables.
6. Respecto a los cuidadores informales es importante desarrollar programas de apoyo, que reconozcan el esfuerzo que realizan, y que brinden competencias y entrenamiento en las dinámicas del cuidado, para lograr aliviar la carga que asumieron.
7. Se debería consolidar las investigaciones de este tipo, para que las organizaciones estatales refuercen las políticas públicas de bienestar laboral, y establezcan planes y programas de carácter general y obligatorio sobre la prevención y atención del Burnout, a fin de que a las empresas, organizaciones y demás empleadores, no solo sean contra prestadores de dinero por el trabajo, sino que sean fuentes de trabajo de calidad.



## Referencias

- Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V. y Valarino, I. (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. International Labour Organization.
- Agudelo, C., Castaño, J., Arango, C., Durango, L., Muñoz, V., Ospina, A. Ramírez J., Salazar, N., Serna, J. y Taborda, J. (2013). Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en Instituciones de la ciudad de Manizales y la Virginia. *Archivos de Medicina*, 11 (2), 91-100. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.11.2.817.2011>
- Arnold, J. y Randall, R. (eds.). (2012). *Psicología del Trabajo* (5.ª ed.). Pearson Educación.
- Arias, C. y Muñoz, T. (2019). Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores de escolares con discapacidad intelectual. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36 (1), 257–272. <https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.1.17>.
- American Psychological Association (2019). Stress in America: Stress and Current Events. Stress in America™ Survey.
- Aamodt, M. (2010). *Psicología industrial/organizacional*. Cengage Learning Editores.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de investigación en Psicología*, 19 (1), 177-190. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452>

- Bosqued, M. (2008). *Quemados: el síndrome del burnout: qué es y cómo superarlo*. Paidós Ibérica.
- Buunk, B. & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-73). Taylor & Francis.
- Camacho, C. C. (2018). Estrés-desgaste ocupacional. Salud- Bienestar ocupacional. En Z. H. Littlewood y P. J. Uribe. (eds.), *Psicología organizacional en Latinoamérica* (pp. 109-130). Editorial El Manual Moderno.
- Campos, M., Durán, E., Rivera, R., Páez, A. y Carrillo, G. (2019). Sobrecarga y apoyos en el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. *Revista Cuidarte*, 10 (3), 1-9. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.649>.
- Carlin, M. (2014). *El síndrome de burnout: Comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro*. Wanceulen editorial deportiva, s.l.
- Cerquera, A. y Pabón, D. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25 (1), 33-46. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.44558>
- Coduti, P., Gattás, Y., Sarmiento, S. y Schmind, R. (2013). *Enfermedades laborales: cómo afectan el entorno organizacional*. Universidad Nacional de Cuyo.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135–149). Taylor & Francis.

- Cooper, C., Sloan, S. & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator*. NFER-Nelson.
- Cólica, P. (2017). *Neurociencias y psicobiología del estrés laboral: El burnout en docentes y personal de salud, y hostigamiento "mobbing"*. Editorial Brujas.
- Crespo, M. y Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797–830.
- Crespo, M. y López, M. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar*. Ediciones Pirámide.
- Del Hoyo, M. (2001). *Estrés Laboral*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Deutsche Welle. (2018, 14 de agosto). *Burnout bekämpfen* [video]. Youtube. [https://youtu.be/g\\_Ybnsahkdw](https://youtu.be/g_Ybnsahkdw)
- Félix, R., García, C. y Mercado, S. (2018). El estrés en el entorno laboral: Revisión genérica desde la teoría. *Cultura Científica y Tecnológica*, 15 (64), 31–42. <https://doi.org/10.20983/culcyt.2018.3.4>
- Freudenberger, H. & Richelson, G. (1981). *Burn-out: the high cost of high achievement*. Bantam Books.
- Frías, P. (2014). *Compromiso y satisfacción laboral como factores de permanencia de la generación Y* [Tesis de maestría no publicada, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117629>
- Garrido, M., Fernández, M., Villalba, E., Pérez, P. y Fernández, M. (2010). Evidencias de validez de la adaptación al español de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

- en una muestra de estudiantes universitarios. *Metodología de Encuestas*, 12 (1), 45-62. <https://doi.org/10.29365/rpcc.20181207-70>
- Gil-Monte, P. y Peiró J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722002000100003>
- Gil-Monte, P. (2006). *El síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481. <https://doi.org/10.1177/002188638301900408>
- González, M. (2006). *Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género*. Universitat de València.
- Gorvett, Z. (12 de junio de 2019). Síndrome burnout: cómo saber si el trabajo está a punto de dejarte "fundido" *BBC Capital*. <https://www.bbc.com/mundo/vert-cap-48609313>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw-Hill.
- Hidalgo-Rasmussen, C. & González-Betanzos, F. (2018). The Treatment of Acquiescence and the Factorial Structure of the Brief Resilience Scale (BRS) in Mexican and Chilean University Students. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35 (1), 26-32. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.297781>

- Hobfoll, S. E. & Fredy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). Taylor & Francis.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2020, enero). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo* (Boletín Técnico n.º 01-2020-ENEMDU). INEC. <https://url2.cl/UPpT7>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2010). *Censo de Población y Vivienda en Ecuador (Fascículo Provincial Pichincha)*. INEC. <https://url2.cl/MBMw2>
- Interconsulting Bureau S.L. (2012). *Intervención psicológica en estrés laboral, mobbing y síndrome de burnout*. ICB editores.
- Jirón, J. (2017). *Síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con rasgos de personalidad en una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017* [Tesis de pregrado no publicada, Universidad Técnica Particular de Loja]. Repositorio Institucional.
- Kavafis, K. (2016). Ítaca (R. Irigoyen, trad.). Debolsillo (Original publicado en 1948).
- Leka, S. (2004). *La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales*. OMS.
- Levi, L. (1972). *Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli: Laboratory and Real-life studies on sympatho-adrenomedullary and related reactions*. Pergamon Press Ltd.

- Levi, L. (2002). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?*. Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.
- Malandar, N. (2019) Prevalencia de Burnout en docentes de nivel secundario. *Revista de Psicología*, 15 (29), 84-99.
- Mansilla, F. (2012). *Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: Teoría y Práctica*. Editorial académica española.
- Martínez, L., Grau, Y. y Rodríguez, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20 (2), 139–148.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1440>
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. En C. L. Cooper (ed.), *Theories of organization stress* (pp. 68-85). Oxford University Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, 12, 59-62.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Ministerio del Trabajo del Ecuador. (2018, 14 de junio). *Norma técnica para medición de clima laboral y cultura organizacional del servicio público*. Acuerdo Ministerial No. 2018-0138. <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/MDT-2018-0138.pdf>
- Moreno, S. (2016). *Actitudes hacia la muerte y salud biopsicosocial en cuidadores profesionales de personas mayores dependientes* [Tesis de pregrado no publicada, Universidad de Salamanca]. Repositorio Institucional.

[https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/130232/TFG\\_MorSanS\\_Actitudes.pdf;jsessionid=457452182EFA274AB55D9E9B5C3EEA05?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/130232/TFG_MorSanS_Actitudes.pdf;jsessionid=457452182EFA274AB55D9E9B5C3EEA05?sequence=1)

Muñoz, P., Vázquez-Barquero, J., Rodríguez, F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D. P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Centro Internacional de Formación de la OIT.

Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (ed.). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Free Press.

Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. En W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-51). Taylor & Francis.

Peiró, J. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Ediciones Pirámide.

Pereira, W., Dantas, F., Gouveia, V., Dornelas, A., Pontes, J. y André, B. (2019). Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Revista Cuidarte*, 10 (2), 1–11. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>

Pereira, J. (2010). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria): memoria para optar al grado de doctor*. Universidad de Huelva.

Ramírez, M. y Ontaneda, M. (2019). Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el afrontamiento en profesionales de la salud de la zona 7. *European Journal Of Health Research*, 5 (2), 75-84. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v5i2.175>

- Ramírez, M., Ocampo, K., Ortega, D. y Erazo, N. (2020). Identificación de la carga laboral y su relación con la percepción de salud en cuidadores de la zona 9 del Ecuador. *Revista Psicología UNEMI*, 4 (6), 64-74.
- Ramírez, M., Ontaneda, M. y Ortega, D. (2019). Burnout y su relación con rasgos de personalidad en una muestra de médicos del sur del Ecuador. *Revista INFAD de Psicología*, 1 (2), 261-270. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v1.1695>
- Ramírez, M., Ontaneda, M. y Vivanco, M. (2019). Relación entre Síndrome de Burnout y la salud en enfermeras. Ciudad Quito. *Revista Cubana de Educación Superior*, 38 (4).
- Ramírez, M. (2015). *Burnout en Profesionales de la Salud del Ecuador* [Tesis doctoral no publicada, Universidad de Santiago de Compostela ]. Repositorio Institucional.
- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Revista Medicina de Familia*, 6, 10-18.
- Revuelta, F. (2005). *Adaptación al español de la Escala de Satisfacción Vital (ESV)*. Documento no publicado.
- Revuelta, F. y Andújar, R. (2005). *Entrevista de carga del Cuidador de Zarit, Orr & Zarit (1985)*. Documento no publicado.
- Rivera, M. (2013). *Variables de riesgo asociadas al Burnout entre cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en el Oeste de Puerto Rico* [Tesis doctoral no publicada, Universidad de León]. Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/10612/2880>
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J. & Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28(5), e101-e110. <https://doi.org/10.1037/pas0000191>



- Rubio, J. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria* [Tesis doctoral no publicada, Universidad de Extremadura]. Repositorio Institucional.
- Ruiz, P., Medina, Y., Zayas, A. y Gómez, R. (2018). Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista INFAD de Psicología*, 2 (1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1170>
- Smith, B., Dalen, J., Wiggings, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Salazar, F. (2013). *El estrés laboral en la relación de dependencia: La Prevalencia del Estrés Laboral en Profesores de la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador* [Tesis de maestría no publicada, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2620>
- Savage, M. & Derrier, B. (2019, 31 de julio). *Burnout in the land of work-life balance* [Video]. BBC. <https://url2.cl/3ap1J>
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Ediciones TEA.
- Thompson, M., Page, S. & Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's selfcontrol model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235. <https://doi.org/10.1002/smi.2460090405>
- Toro, D. (2014). *Nivel de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales* [Tesis de maestría

no publicada, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional.  
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/49575>

Vidal, V. (2019). *El estrés laboral: análisis y prevención*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp. 151-162. Taylor & Francis.

## Apéndice 1: Solicitud para aplicar instrumentos

Quito D.M., 24 de enero de 2018

Sor.

Cecilia Vargas

**Directora del Hogar del Adulto Mayor "Santa Catalina Labouré"**

En su Despacho.-

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un atento y cordial saludo, mi nombre es Cristian Raúl Caiza Asitimbay, con C.I. 0603998543, de profesión abogado y actual estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Técnica Particular de Loja.

El motivo de la presente tiene por objeto solicitar respetuosamente su autorización para aplicar un conjunto de test psicológicos a los cuidadores/as que laboran en su prestigiosa Institución, en el marco de la investigación de tesis titulada "Estrés laboral en cuidadores en el Ecuador".

Los tests psicológicos que se aplicarán son: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de satisfacción vital (ESV), Cuestionario (GHQ-28), Cuestionario BRIEF-COPE, Cuestionario DE AS, Brief Resilience Scale (BRS). Estos tests tienen por objetivo detectar y medir la existencia de Burnout, que es una sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral. Es una respuesta a un estrés emocional crónico que produce sentimiento de inadecuación para las tareas, pérdida de motivación y suele progresar hacia sentimientos de fracaso que hace a las personas menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante.

Esta actividad y los datos que se recogerán serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, salvaguardando la identidad de los profesionales que participarán.

Por la favorable atención que se digne prestar a la presente, le reitero mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

**Cristian Raúl Caiza Asitimbay**

**C.I. 0603998543**

**Correo: cristianco209@gmail.com**

**Celular: 0987081076**