



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Estrés laboral crónico en cuidadores durante el año 2017-2018

TRABAJO DE TITULACIÓN

Autora: Bunay Fabara, Andrea Michael.

Directora: Matute Piedra, Amapola, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL QUITO

2018



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

2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora

Matute Piedra, Amapola, Mgtr.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Estrés laboral crónico en cuidadores durante el año 2017-2018 realizado por Andrea Michael Bunay Fabara ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Septiembre de 2018

Firma

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Andrea Michael Bunay Fabara declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Estrés laboral crónico en cuidadores durante el año 2017-2018 de la Titulación de Psicología, siendo Matute Piedra Amapola directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

Andrea Michael Bunay Fabara
1719953034

DEDICATORIA

A:

Mi Padre Celestial, por darme la oportunidad de cada día poder aprovechar cada una de las circunstancias, por ser mi mayor inspiración y mi roca, gracias Dios por iluminar mi mente y acompañarme en el transcurso de mis días.

Mis Padres, por creer en mí y facilitarme la oportunidad de seguir preparándome en este largo camino que he emprendido. Han sido el pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo a través de la carrera.

Mi esposo, Geovanny Pineda, por darme el impulso para continuar juntos en esta lucha y estar apoyándome en el transcurso de la misma.

Mi hija, Sophia Pineda por ser el soporte y mi fortaleza para culminar mi carrera, gracias por ser mis fuerzas.

Mis familiares y amigos por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

Finalmente a mi Directora, Amapola Matute y tutora Mercy Ontaneda, ya que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario y me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de mi trabajo de titulación.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a todos y cada uno de ellos.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios por ser quien ha permitido todo este proceso, el cual me ha llevado a crecer a nivel académico y personal. Agradezco a mis profesores, quienes por su vasta sabiduría y experiencia se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el cual me encuentro. En especial, la Mg. Amapola Matute que en su calidad de tutora en forma generosa, con ejemplar profesionalismo, con su alto conocimiento científico en el campo de la Psicología supo dirigir acertadamente, destaco también que el que tiene un amigo ciertamente tiene un tesoro.

Gracias a mis familiares y amigos por estar presente durante el transcurso de la misma. Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes.

Esta ha sido una de las más gratas experiencias para mi futura vida profesional y será un obligado anecdótico que debo transmitir a la sociedad, a los amigos y a las personas más queridas por mí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|------|
| APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN..... | ii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS..... | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | viii |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | ix |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| CAPÍTULO I..... | 5 |
| MARCO TEÓRICO | 5 |
| 1. Definiciones de estrés laboral crónico en cuidadores | 6 |
| 1.1 Definiciones de la década de 1980..... | 6 |
| 1.2 Definiciones de la década de 1990..... | 8 |
| 1.3 Definiciones de la década del 2000..... | 9 |
| 1.4 Definiciones de la década de 2010 hasta la actualidad..... | 10 |
| 1.5 Consecuencias del estrés laboral crónico..... | 11 |
| 1.5.1 Consecuencias en la salud de los cuidadores | 11 |
| 1.5.2 Consecuencias en el trabajo de los cuidadores..... | 12 |
| 1.6 Modelos explicativos del estrés laboral crónico | 12 |
| 1.6.1 Modelos basados desde la Teoría Sociocognitiva..... | 13 |
| 1.6.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social..... | 15 |
| 1.7 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional..... | 16 |
| 1.8 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo..... | 19 |
| 1.9 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte..... | 21 |
| 1.10 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores | 22 |
| 1.11 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores..... | 22 |
| 1.11.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial..... | 23 |
| 1.11.2 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica..... | 23 |
| 1.11.3 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional..... | 23 |
| 1.12 Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores..... | 24 |
| 1.12.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.... | 24 |
| 1.12.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores..... | 24 |

| | |
|---|----|
| 1.12.3 Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores..... | 25 |
| 1.12.4 Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores..... | 26 |
| CAPÍTULO II..... | 28 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 28 |
| 2.1 Objetivo general..... | 29 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 29 |
| 2.3 Preguntas de investigación..... | 29 |
| 2.4 Contexto de la investigación | 29 |
| 2.5 Diseño de la investigación | 30 |
| 2.6 Población y muestra | 30 |
| 2.7 Criterios de inclusión y exclusión | 31 |
| 2.8 Procedimientos y métodos..... | 31 |
| 2.9 Instrumentos..... | 32 |
| CAPÍTULO III..... | 36 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 36 |
| 3.1 Características sociodemográficas | 37 |
| 3.2 Dimensiones del estrés laboral crónico..... | 42 |
| 3.3 Escala de sobrecarga para cuidadores formales (Reuelta y Asdrújar, 2005) | 43 |
| 3.4 Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) | 44 |
| 3.5 Cuestionario de Salud General (<i>General Health Questionnaire</i> [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979) | 45 |
| 3.6 Afrontamiento. Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997)..... | 46 |
| 3.7 Cuestionario de Apoyo Social MOS (<i>MOS Social Support Survey</i> ; Sherbourne y Steward, 1991)..... | 48 |
| 3.8 Resiliencia. <i>Brief Resilience Scale</i> (BRS) | 49 |
| 3.9 Discusión..... | 50 |
| CONCLUSIONES | 57 |
| RECOMENDACIONES..... | 58 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 59 |
| ANEXOS..... | 68 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Supuestos del modelo de Winnbust | 18 |
| Tabla 2 Etapas del Síndrome de Burnout, según Edelwich y Brodsky | 20 |
| Tabla 3 Características sociodemográficas y laborales de la población | 37 |
| Tabla 4 Dimensiones del estrés laboral crónico | 42 |
| Tabla 5 Sobrecarga para cuidadores formales..... | 43 |
| Tabla 6 Satisfacción vital | 44 |
| Tabla 7 Cuestionario de salud general..... | 45 |
| Tabla 8 Afrontamiento..... | 46 |
| Tabla 9 Apoyo Social | 48 |
| Tabla 10 Resiliencia | 49 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 Características sociodemográficas..... | 29 |
| Figura 2 Rango de salario..... | 30 |
| Figura 3 Profesión..... | 30 |
| Figura 4 Relación laboral..... | 31 |
| Figura 5 Realiza turnos rotativos..... | 31 |
| Figura 6 Recursos necesarios para realizar su trabajo..... | 32 |
| Figura 7 Dimensiones del estrés laboral crónico..... | 33 |
| Figura 8 Grado de Sobrecarga..... | 34 |
| Figura 9 Grado de satisfacción vital..... | 36 |
| Figura 10 Cuestionario de salud general. Casos positivos..... | 37 |
| Figura 11 Histograma correspondiente al inventario de afrontamiento COPE-28..... | 38 |
| Figura 12 Apoyo social..... | 40 |
| Figura 13 Escala de resiliencia..... | 41 |

RESUMEN

El estrés laboral ha sido explicado como el resultado del desequilibrio entre las demandas del puesto de trabajo y la capacidad del trabajador para responderlas. Objetivo: Identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores el año 2017-2018. Materiales y Métodos: se realizó un estudio no experimental, transversal, exploratorio, descriptivo y cuantitativo. Población y muestra: 40 cuidadores profesionales (auxiliares de enfermería y enfermeros/as), pertenecientes a la Provincia de Orellana, en el Coca. Resultados: predominaron las mujeres (n=28; 70%), promedio de edad: 35 años, etnia mestiza (n=34; 85%), solteros (n=15; 37,5%), promedio de experiencia laboral: 8 años. Prevalencia de Burnout: 17,5%, agotamiento emocional (n=5; 12,5%), despersonalización (n=5; 12,5%), falta de satisfacción personal (n=7; 17,5%). Sobrecarga intensa (n=8; 20%); satisfacción vital alta (n=19; 47,5%); síntomas somáticos (n=18; 45%); ansiedad (n=20; 50%), depresión (n=4; 10%); estrategias de afrontamiento más frecuentes (autodistracción y afrontamiento directo); apoyo social (instrumental), nivel de resiliencia (medio). Conclusiones: la prevalencia de *Burnout* fue baja en estos cuidadores.

Palabras clave: Estrés laboral crónico, resiliencia, afrontamiento, cuidadores formales.

ABSTRACT

Workplace stress has been explained as the result of the imbalance between job demands and the worker's ability to respond. Objective: To identify the prevalence of chronic work stress and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low personal fulfillment) in caregivers in 2017-2018. Materials and Methods: A non-experimental, transversal, exploratory, descriptive and quantitative study was carried out. Population and sample: 40 professional caregivers (nursing auxiliaries and nurses), belonging to the Province of Orellana, in the Coca. Results: women (n = 28, 70%), mean age 35 years, mestizo ethnicity (n = 34, 85%), single (n = 15, 37.5%), years. Prevalence of Burnout: 17.5%, emotional exhaustion (n = 5, 12.5%), depersonalization (n = 5, 12.5%), lack of personal satisfaction (n = 7, 17.5%). Severe overload (n = 8; 20%); high life satisfaction (n = 19; 47.5%); somatic symptoms (n = 18; 45%); anxiety (n = 20; 50%), depression (n = 4; 10%); more frequent coping strategies (self-coping and direct coping); social support (instrumental), level of resilience (medium). Conclusions: Burnout prevalence was low in these caregivers.

Key words: Chronic work stress, resilience, coping, formal caregivers.

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral es un fenómeno que apareció con la vida moderna, asociado a los altos niveles de exigencia y competitividad en el mercado laboral actual. Es un fenómeno que comenzó describiéndose en los profesionales que brindan servicio de cuidado a otras personas, especialmente en enfermeras/as, cuidadores y médicos. Es un síndrome que se presenta como resultado de la interacción de varios factores, relacionados con el paciente, con el medio laboral y con su entorno social.

Se han identificado claramente tres dimensiones del síndrome de estrés laboral crónico: agotamiento emocional, despersonalización y falta de satisfacción el trabajo. La combinación de estas tres dimensiones definen la presencia de Burnout, que de no ser identificado y tratado precozmente, puede tener serias implicaciones en la salud física y mental del cuidador, así como en la calidad de su trabajo y lo que es peor, en el bienestar de sus pacientes.

El tema desarrollado en este trabajo es el estrés laboral en cuidadores formales, para esto, se analizaron cuarenta cuidadores formales, que pertenecen a un hospital de la provincia de Orellana, se les aplicaron varios instrumentos, con el propósito de Identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal).

El trabajo está organizado en tres capítulos, en el primero de ellos, se hace una revisión de la literatura exponiendo las principales teorías que se conocen sobre el estrés laboral en cuidadores formales. En el segundo capítulo se describe la metodología y los instrumentos utilizados. En el tercer capítulo se muestran y analizan los resultados obtenidos, mediante tablas y gráficos, la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones del estudio.

La importancia de este trabajo radica en que aporta evidencia sobre el comportamiento del estrés laboral crónico en un grupo de 40 cuidadores formales de una institución de salud, además de proveer información actualizada sobre el tema, lo que contribuirá a entender y enfrentar de mejor manera este problema. Se respondió el problema de investigación mediante la aplicación de los instrumentos con que se identificó el grado de estrés laboral crónico en estos cuidadores.

Todos los objetivos propuestos fueron cumplidos, se identificaron las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores, se determinaron las dimensiones del estrés laboral crónico, se identificó el grado de bienestar general de los cuidadores analizados, se conocieron los métodos de afrontamiento más utilizados por estos cuidadores, además, se

identificaron el apoyo social, el grado de satisfacción vital, y de resiliencia de estos cuidadores; para cada uno de estos se utilizó un instrumento, que posteriormente permitió identificar el grado de estrés laboral crónico y sus dimensiones, en esta población.

Se empleó una metodología descriptiva. Primeramente se les explicó a los cuidadores en qué consistía el estudio, en un segundo momento se les aplicaron los instrumentos, los datos fueron analizados de forma estadística con ayuda del programa SPSS 22.0, con el que se elaboraron las tablas de frecuencias y porcentajes y los gráficos de barra e histogramas.

Durante el desarrollo de este trabajo no se tuvieron inconvenientes. Las principales limitaciones del estudio se relacionan con el escaso número de la muestra y con que fue un estudio meramente descriptivo, en el que no se realizó ninguna intervención para mejorar el estrés laboral crónico en estos cuidadores.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. Definiciones de estrés laboral crónico en cuidadores

A continuación se realiza una revisión de las principales definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores y la evolución que ha tenido este concepto desde los años ochenta hasta la actualidad, desarrollando el tema en la línea evolutiva que ha experimentado desde su surgimiento. Se mencionan los principales autores en cada periodo de tiempo.

1.1 Definiciones de la década de 1980.

El estrés laboral en cuidadores, es un concepto ampliamente analizado, desde hace varios años. Desde finales de la década de los años 70 y principios de los ochenta. Este término surgió en lengua anglosajona, y se describió como Burnout, haciendo alusión a una modalidad de estrés que surge en relación o a causa del trabajo que realizan las personas encargadas de cuidar a otros (generalmente trabajadores de la salud o la psicología). Inicialmente, esta concepción se originó a partir del análisis de la forma en la que los cuidadores son capaces de mantener sus “propios estadios profesionales” frente a circunstancias de crisis (Atace, 1997).

Karasek (1979) menciona que el estrés en el trabajo tiene lugar cuando no es posible responder (por el motivo que sea) a las elevadas exigencias o requerimientos del trabajo, por lo que describe diferentes contextos en los que se combinan diferentes grados de exigencias y control por parte de la administración, afirmando que los puestos que más estrés laboral son capaces de causar son los que se encuentran con una elevada demanda y un bajo control (lo que impide que el trabajador pueda satisfacer tales exigencias por el bajo nivel de control), siendo menos estresantes los trabajos en los que exista más control a los empleados, independientemente del grado de exigencias.

Fredeunberger (1974), comenzó con el estudio de este síndrome, aunque fue unos años más tarde, con Maslach y Jackson (1981) que este tema alcanzó mayor desarrollo. Estas investigadoras definieron el Burnout como un síndrome caracterizado por cansancio emocional, falta de realización en el trabajo y un grado variable de despersonalización, que generalmente tiene lugar en una persona que pasa un tiempo importante de su vida cuidando a los demás. Se trata de una reacción de los cuidadores a la sobrecarga de trabajo, que se manifiesta por una combinación de cinismo, con un aumento de la sensación de desgaste o agotamiento emocional.

Fredeunberger (1974) describió este estrés laboral sostenido inicialmente en persona que brindaban su servicio sin recibir remuneración en una clínica de Nueva York, que realizaban un gran esfuerzo por brindar un servicio de excelencia sin recibir ningún tipo de compensación

económica, por lo que con el paso de los años, comenzaron a desarrollar acciones que reflejaban su cansancio y molestia al atender a los pacientes de la clínica, además, su comportamiento era cínico y descuidado, lo que difería sustancialmente de su comportamiento al inicio de su trabajo voluntario. Es por esto que en sus inicios, se describieron estas manifestaciones exclusivamente en trabajadores que brindaban cuidado y atención a personas dependientes, estableciendo el concepto de que afectaba principalmente a cuidadores, enfermeras, médicos, psicólogos, o docentes.

En la década de los 80 comenzó a manejarse el criterio de que como los cuidadores se sentían invadidos por esta sensación de agotamiento, ponían en dudas sus capacidades para salir de este estado, y recuperar su autoconfianza en sus capacidades profesionales. En este momento, también comenzaron a agregarse a la definición de Burnout las actitudes negativas hacia los pacientes que estaban al cuidado de estos profesionales, que se han justificado estas reacciones negativas como una consecuencia de la aparición de agotamiento emocional de sus cuidadores (Reed, 1981).

Por esta época se definieron las etapas que acompañan a la respuesta negativa al estrés laboral en cuidadores, comenzando en un primer momento por un incremento del entusiasmo y las expectativas al iniciar su desempeño en este tipo de trabajo (brindando atención y cuidado a personas necesitadas), en esta primera fase, al crearse grandes expectativas y no poder cumplirlas, el trabajador comienza a sentir que no avanza y a experimentar la frustración, lo que da paso al comportamiento apático y la falta de entusiasmo, lo que a largo plazo se relaciona con una constelación de acciones cada vez menos relacionadas con su inicial involucramiento y compromiso con el trabajo (Reed, 1981).

Pero Cherniss (1981) afirma que el resultado del desequilibrio entre el entorno laboral estresante y el trabajador (que está sometido a este estrés durante mucho tiempo), es el Burnout, del que describe la existencia de tres estadios anteriores, que comienzan por el estrés laboral, que de no resolverse adecuadamente evoluciona hacia el cansancio desmesurado y en un tercer momento, reflejando la gravedad de la situación, el trabajador comienza a defenderse de estas situaciones agresoras, mediante el comportamiento cínico y negativo hacia el trabajo y sus pacientes.

McCarthy, (1985) había mencionado que esta visión deshumanizada del trato con los pacientes les daba a los trabajadores la convicción de que estos eran merecedores de ese maltrato, y que además, eran los responsables por sus sentimientos de agotamiento y malestar

con su trabajo. Otra de las características de este síndrome, que ha sido descrita desde la década de los ochenta, es la tendencia de los trabajadores que lo padecen de autocalificarse negativamente; especialmente en cuanto a su desempeño como prestadores de un servicio de cuidado hacia los demás. Esto provoca que los trabajadores se sientan infelices con ellos mismos, y con su desempeño profesional.

Otra definición fue la de Burke (1987), quien justifica el Burnout como el resultado de una adaptación inadecuada al estrés en el centro de trabajo y lo describe como una combinación de agotamiento, indiferencia hacia el trabajo o los pacientes y la sensación de disgusto con el propio desempeño profesional. En este momento, se concebía que este síndrome afectaba únicamente a los trabajadores que cuidaban de otras personas, especialmente médicos, enfermeras, cuidadores, psicólogos y profesores.

En la década de los 80 se comenzó a estudiar este síndrome. La mayoría de las teorías expuestas en esta época se basaban en la influencia del ambiente y de la sobrecarga laboral sobre el trabajador, responsabilizando a la falta de adaptación a las exigencias de una sociedad en desarrollo, como el origen de la sensación de agotamiento y despersonalización que caracteriza a las personas con síndrome de Burnout.

1.2 Definiciones de la década de 1990.

Hacia comienzos de los noventa, el estrés laboral se concebía como el resultado de la interacción de un número variable de condiciones a las que se les ha llamado “estresores”, las que pueden ser propias del individuo (o personales) o pueden estar relacionadas con el medio en el que se desarrolla el trabajo. Dicho de otra manera, se trata de la forma en que cada trabajador es capaz de responder ante una serie de situaciones adversas en su lugar de trabajo, en las que influyen las condiciones ambientales (ruido, temperatura, humedad e iluminación), las particularidades de su trabajo (sobrecarga de trabajo, multifuncionalidad, desconocimiento del contenido o las funciones de trabajo, canales de comunicación insuficientes, poca disponibilidad de tiempo libre) (Mingote, 1998).

La habilidad de cada persona para lidiar con las situaciones estresoras, y la disponibilidad de una red de apoyo adecuada, que permita solventar adecuadamente los inconvenientes de la vida laboral cotidiana, sería un factor protector, que impide o minimiza la aparición del Burnout, o sea, el resultado de la exposición a los factores estresores en el centro de trabajo, estará sujeto

a los mecanismos que haya logrado desarrollar este trabajador para enfrentar estas situaciones. (Mingote, 1998).

Hacia el año 1993, comienza a verse una ampliación del concepto de Burnout hacia otras profesiones llamadas “no asistenciales”, impulsada por Maslach, (1993), quien comenzó a entenderlo como un problema de salud laboral, en el que predominan las manifestaciones psicológicas antes que las físicas (aunque estas pueden estar presentes), y que aparecen preferentemente en trabajadores que no tenían antecedentes de alteración psicopatológica alguna; manifestándose por síntomas que muestran alteraciones en su estado de ánimo y una gran pérdida del interés por el trabajo.

Hacia 1998, se ampliaba el significado del Burnout, no quedando exclusivamente relegado a la presencia de estrés laboral crónico, sino que se ponían en tela de juicio las habilidades de este trabajador para enfrentar al estrés laboral. En este punto, también cobran gran importancia lo que representa para esta persona su trabajo, que en ocasiones se asocia con una excesiva implicación con sus funciones, lo que, de no resolverse adecuadamente, puede finalizar con un deterioro de la calidad del servicio prestado y el abandono del trabajo (Mingote, 1998).

En la década de los 90 se introducen conceptos importantes que complementarían el cuerpo de conocimientos sobre el síndrome de Burnout, como es la influencia de los estresores y la capacidad del trabajador para lidiar con estos. En esta década, también se dio a conocer al mundo que el Burnout no solamente afectaría a trabajadores no asistenciales, sino que puede presentarse en cualquier trabajador que esté sometido a grandes exigencias y no haya podido desarrollar mecanismos para sobrellevarlas adecuadamente.

1.3 Definiciones de la década del 2000

En los años 2000, el concepto de *Burnout* como consecuencia de la exposición sostenida a estrés laboral, comenzó a verse como algo común en gran parte de los empleos, ya que se relacionó con el incremento de la competitividad que se experimentaba en ese momento y que se mantiene hasta la actualidad. Autores como Farber (2000) lo explican como lo que se obtiene por la tendencia a ser cada vez más productivo empleando menos tiempo y recursos (materiales y personales). Es en este año en el que se introduce las cuatro variables que condicionarían la aparición del Burnout. Estas son el incremento del esfuerzo para cumplir con las exigencias de otras personas, el incremento de la competitividad entre colegas, la motivación de incrementar los ingresos económicos y por último, todo esto se ve empeorado por la sensación que tienen

los trabajadores de estar recibiendo una remuneración que no es proporcional al esfuerzo que han realizado.

En esta década, Admiral, Korthagen y Wubbies (2000) mencionan la importancia que tiene el desarrollo de las estrategias de afrontamiento, desde edades tempranas, para evitar el Burnout en la vida adulta. De igual manera, Rubio (2003) coincide con estos planteamiento, esbozando ya, con un poco más de rigor académico, la hipótesis de que la mejor forma de prevenir la aparición del Burnout, es el desarrollo de estrategias de autocuidado y afrontamiento eficientes, que es un proceso que debe comenzar desde la infancia, en lo cual, los profesores y padres tienen un lugar primordial.

1.4 Definiciones de la década de 2010 hasta la actualidad.

El estrés laboral ha sido explicado recientemente como el resultado del desequilibrio entre las demandas del puesto de trabajo y su capacidad para responderlas; o que implica que este trabajador, sea totalmente capaz de percibir que al no poder cumplir con todas las exigencias de su trabajo, quedan sin satisfacer sus expectativas y las de los empleadores, lo que implica le generación de más estrés. (Tejero, González y Delgado, 2013).

Más recientemente, se acepta que el síndrome de Burnout no es más que una forma de reaccionar de los trabajadores ante un estrés laboral crónico y mantenido en el tiempo. Descrito especialmente en los trabajadores que se encargan de cuidas a otras personas.

Este estrés laboral provoca en los trabajadores reacciones poco positivas hacia sus pacientes y hacia su propio entorno laboral. Las dimensiones del Burnout en la actualidad se mantienen igual a las descritas en los inicios de las investigaciones sobre este tema. Siendo este síndrome el conjunto de manifestaciones resultantes de la despersonalización o cinismo, el cansancio emocional y la poca satisfacción con su desempeño laboral (Tejero, González y Delgado, 2013).

Actualmente se considera una de las formas de riesgo psicosocial más relevantes en cualquier trabajador, no solamente los que se dedican a cuidar a los demás (médicos, enfermeras, psicólogos, cuidadores de forma general), sino que se ha ampliado su acción hacia todo tipo de empleo y hasta personas que no tienen un trabajo formal, como los estudiantes, y las amas de casa. Se acepta que es el resultado de la exposición prolongada a situaciones que son capaces de provocar estrés en el ámbito laboral, frente a la cual, el individuo no es capaz de reaccionar satisfactoriamente (Tejero, González y Delgado, 2013).

Esto se traduce en que los trabajadores, con su objetivo de ser idóneos en su puesto de trabajo y así asegurar su permanencia en este, en ocasiones realizan esfuerzos exagerados, que al ser sostenidos en el tiempo, terminan por causar daños importantes en su bienestar psicológico y físico, además de disminuir su productividad, lo que resulta exactamente en lo opuesto a las intenciones del trabajador, que es cumplir con todas las demandas de la empresa (Tejero, González y Delgado, 2013).

En esta década, no se hacen grandes aportes a los conocimientos ya existentes sobre el estrés laboral crónico, sino que se fortalecen las hipótesis conocidas, haciendo especial énfasis en la reacción de los trabajadores frente a las exigencias de una sociedad cada vez más competitiva, en la que no es permitido el fracaso profesional, y en la que los trabajadores son cada vez más fácilmente reemplazables.

1.5 Consecuencias del estrés laboral crónico

Las consecuencias del estrés laboral crónico son varias, afectan no solamente la salud y el bienestar de los trabajadores que lo padecen, sino que puede tener serias implicaciones en su desempeño profesional, afectando tanto a la institución a la que pertenecen como a los pacientes y compañeros de trabajo que interactúan diariamente con ellos. Desde el punto de vista de la salud del trabajador, es capaz de causarle afectaciones funcionales y orgánicas, además de las psicológicas. A continuación se describen las principales consecuencias del estrés laboral crónico para los trabajadores. Tanto para su salud física y mental, como para su trabajo.

1.5.1 Consecuencias en la salud de los cuidadores

También se ha descrito la relación del estrés laboral con un aumento de los autorreportes de estrés en el plano personal, en los que se incluyen el cansancio permanente, la dificultad para conciliar el sueño reparador y un incremento del riesgo de consumo patológico de alcohol, tabaco o drogas. Las personas que están expuestas a estrés laboral crónico, se quejan frecuentemente de dolores de cabeza, a veces con las características de una cefalea tensional o vascular (Flores y Ruíz, 2018).

La predisposición al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se incrementa también como consecuencia de la exposición prolongada al estrés laboral crónico, muchas veces, esto forma parte de las estrategias de evasión de los pacientes, haciéndolos muy vulnerables al

consumo de sustancias, además, también se acepta que puede incrementar la frecuencia de consumo de estas sustancias en personas que lo hacían anteriormente pero de forma muy imitada (Flores y Ruíz, 2018).

Las afectaciones a nivel físico son diversas, pueden afectar el sistema nervioso, causando insomnio, alteraciones del estado de ánimo, cambios en los patrones alimentarios, el sistema digestivo, con náuseas, vómitos, incluso, se ha descrito que pueden desarrollar un síndrome del intestino irritable, con diarreas y cólicos frecuentes. En el plano psicológico, los trabajadores sometidos a estrés laboral crónico, se muestran irritables, a veces distraídos. Se describe que las relaciones sociales y de pareja dejan de ser satisfactorias, lo que su vez, empeora el estrés, ya que dejan de contar con la red de apoyo social y familiar con que contaban anteriormente (Flores y Ruíz, 2018).

1.5.2 Consecuencias en el trabajo de los cuidadores.

Las consecuencias del estrés laboral en el trabajo de los cuidadores no son menores que las consecuencias para su salud. La presencia de este síndrome puede contribuir al deterioro de la calidad del cuidado que brindan a sus pacientes. Se menciona que puede ser un factor que disminuye la permanencia en el puesto de trabajo, que incrementa las ausencias (justificadas o no) de los trabajadores a su lugar de trabajo y afecta también la eficiencia del trabajador (Flores y Ruíz, 2018).

1.6 Modelos explicativos del estrés laboral crónico

Existen varios modelos que han intentado explicar cómo y por qué se produce el estrés laboral crónico. En esta investigación, se describen los modelos basados en la teoría sociocognitiva, el modelo de autocontrol, modelos que se basan en las teorías de intercambio social, otros que parten de la teoría organizacional, estructural y modelos que explican el proceso a partir del concepto de estarse quemando en el trabajo. De cada una de estas teorías o modelos, se resumen los aspectos fundamentales a continuación.

1.6.1 Modelos basados desde la Teoría Sociocognitiva.

La teoría sociocognitiva intenta explicar el comportamiento humano como algo aprendido, a través del desarrollo de su vida, el ser humano aprende conductas y estrategias primeramente, de sus padres, en el seno familiar y después, a medida que comienza a interactuar con otros factores, como sus profesores y compañeros de estudio, continúa el proceso de aprendizaje, en el que intervienen, de forma interactiva, las condiciones del medio en que se desarrolla el individuo y las características propias de su personalidad. Esta teoría esgrime también la idea de que el nivel de seguridad que un individuo tenga en sus capacidades y posibilidades, será el factor que module los esfuerzos que este realice para alcanzar sus metas (Caro, 2013).

a) Modelo de competencia social de Harrison

Este modelo, propuesto desde el año 1983, parte del supuesto de que toda persona que comienza en un puesto asistencial, llega a este con un nivel bastante alto de motivaciones para desarrollar su trabajo; pero que, después de un tiempo de estar ejerciendo sus funciones, puede encontrarse con elementos que le estimulen o lo detengan (el autor mencionado les llamó “factores de ayuda” y “factores de barrera”); de forma tal que mientras más fácil sea para este trabajador desarrollar su trabajo (disponibilidad de recursos, posibilidad de tomar decisiones, apoyo por parte de la administración), más satisfecho se verá con su desempeño, y menos estresado de verá en su trabajo.

Por otra parte, si lo que encuentra en su puesto de trabajo son situaciones que frenen su desarrollo (a pesar de tener gran motivación), este sentirá que disminuye su eficacia y un menor grado de satisfacción, lo que implica la aparición de estrés en el trabajo (Harrison, 1983).

b) Modelo de autoeficacia de Cherniss

Este modelo se desarrolló diez años más tarde que el anterior, en el año 1993, y se sustenta en la hipótesis de que si una persona es capaz de alcanzar sus propósitos profesionales, sentirá un elevado grado de satisfacción personal, y será menos propenso a sufrir de estrés laboral. Este autor sitúa a la incapacidad de conseguir las metas (por condiciones ambientales, organizacionales o propias del trabajador), como la causa fundamental del surgimiento del estrés laboral y del Burnout. En este modelo explicativo se menciona por primera vez a la “autoeficacia percibida”, como un elemento protector frente a la aparición del *Burnout*,

sugiriendo que mientras más elevado sea el grado de desafío, la capacidad de tomar decisiones, y la retroalimentación con la directiva, mayor será el grado de satisfacción con sus logros y por ende, menor el estrés laboral (Cherniss, 1993).

c) Modelo de Pines

Esta forma de explicación del surgimiento del Burnout se centra en la “autoeficacia”, lo que de otra manera puede decirse como que las personas con un elevado grado de motivación hacia su trabajo y que lo convierten en algo demasiado personal, al no obtener los resultados esperados (altas expectativas), son más propensos a quemarse en el trabajo o experimentar un grado demasiado elevado de estrés laboral, que termina en el síndrome de Burnout. Esta teoría afirma que cuando el trabajo se convierte en el sentido de la vida del trabajador, si este no logra satisfacer sus expectativas, aparece esta sensación de agotamiento, despersonalización e insatisfacción con su desempeño, que definen el síndrome de Burnout (Pines, 1983).

d) Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper

Estos investigadores se basaron en las ideas de Carver y Scheier, descritas en 1988, para crear una explicación al surgimiento del estrés. Este modelo centra las causas del estrés en cuatro factores, que serían el “nivel de autoconciencia, discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza” (Miravalles, 2014).

Para este modelo, la autoconciencia se define como las habilidades que desarrolla el trabajador para controlar el estrés que provoca el desarrollo de sus funciones en el trabajo. Así, estos investigadores sugieren que las personas que tienen mayor conciencia de las situaciones adversas que se presentan durante su trabajo, son más proclives a desarrollar estrés. Por otra parte, cuando este trabajador percibe las discrepancias entre la disponibilidad de recursos y las exigencias laborales, esto incrementa su autoconciencia, produciendo mayor frustración, al no tener forma de solucionar el problema, perpetuando el estrés.

Esta teoría incluye la presencia de estrategias de alejamiento de estas situaciones frustrantes (no poder conseguir las metas trazadas), lo que sería la despersonalización, que es uno de los indicadores más importantes de Burnout (Thompson, Page y Coope, 1993).

Dentro de este grupo de modelos, parecen más pertinentes los que hacen alusión a la autoeficacia, como fuente del estrés, aduciendo que, mientras un trabajador sea capaz de

obtener logros en su vida profesional y personal, será menos propenso a desarrollar estrés laboral crónico, siendo los logros profesionales una especie de factor protector frente al Burnout.

1.6.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

a) Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli

Este modelo fue creado para dar una respuesta a la presencia de manifestaciones de estrés laboral en el personal de enfermería; para lo que utilizan dos causas principales: por una parte, las formas de relación social con los enfermos, y por otra, las comparaciones entre colegas. Las relaciones con los pacientes, constituyen factores causales de estrés laboral por tres mecanismos distintos; conformados por la duda frente a la manera correcta de actuar ante una situación con un paciente (esto es, la incertidumbre), la forma de percibir un equilibrio entre el servicio que prestan y los beneficios que reciben (percepción de equidad) y la imposibilidad de predecir o controlar el resultado de sus acciones en el trabajo.

En los enfermeros/as, se genera una elevada incertidumbre, que muchas veces se acompaña de poca recompensa (espiritual o material), por lo que este empleo es un terreno fértil para el surgimiento de estrés laboral (Buunk y Schaufeli, 1993). Otro elemento que favorece la aparición de estrés laboral en los profesionales de la enfermería es la falta de apoyo de sus colegas cuando están expuestos a una situación estresante. Los investigadores citados mencionan que la solicitud de apoyo es baja entre los/as enfermeros/as, por temor a recibir críticas de sus colegas; lo que en fin de cuentas, también favorece la aparición de estrés laboral (Buunk y Schaufeli, 1993).

b) Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy

Este modelo explicativo toma como esencia de sus planteamientos que cuando una persona siente que la causa de sus motivaciones está en peligro. Esta teoría explica que cuando el trabajador siente que no es capaz de enfrentar las dificultades del medio para realizar su trabajo (fuente de motivación), surge el estrés. Para este modelo teórico, las relaciones de los trabajadores con otras personas (colegas, administrativos), son de gran importancia al momento de percibir éxito o fracaso en su labor. Para estos investigadores, perder los recursos para realizar el trabajo es la etiología fundamental del Burnout, por otra parte, afirman que cuando

ingresan continuamente estos recursos, al no perderlos, disminuye la posibilidad de desarrollar Burnout (Hobfoll y Freddy, 1993).

De acuerdo con esta teoría, la manera más efectiva de enfrentar el Burnout, es la inserción de recursos adicionales, lo que disminuye los síntomas. De forma tal que si los trabajadores son capaces de conservar los recursos necesarios para trabajar e incluso, incrementarlos, evitarán la aparición de Burnout (Hobfoll y Freddy, 1993).

Los modelos que se basan en la comparación social pudieran ser los más representativos en este grupo, ya que explican la aparición del Burnout como consecuencia de las relaciones sociales, del trabajador con sus pacientes o con sus compañeros de trabajo, en lo que tiene gran importancia la competitividad y la falta de solidaridad y comunicación efectiva entre colegas.

1.7 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.

La teoría organizacional toma como objeto de estudio a las organizaciones, su estructura y funcionamiento, esta teoría “comprende el análisis comparativo entre la teoría clásica, la escuela estructuralista, el enfoque de sistemas y el de contingencias” (Morejón, 2016). La teoría organizacional analiza íntegramente todas las corrientes que intervienen en el desarrollo y funcionamiento de una organización. Al intentar explicar el estrés laboral crónico, desde el punto de vista organizacional, se basa en la influencia que tiene el lugar de trabajo, como organización, en el desarrollo del Burnout.

Los modelos que a continuación se relacionan identifican como causas de este síndrome el mal funcionamiento de los roles, la organización y el ambiente organizacional. La particularidad de estos modelos es que hacen énfasis en el papel que tienen los estresores del medio y las propias estrategias de afrontamiento para que aparezca o no el estrés laboral crónico (Gil y Peiró, 1999).

a) Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Este modelo interpreta la pérdida del compromiso que experimentan muchos profesionales con su trabajo, como respuesta a la presencia de situaciones generadoras de estrés laboral. Este es causado cuando existe una excesiva demanda en el puesto de trabajo, con una baja estimulación, lo que es llamada “pobreza de rol” por estos autores. Cuando alguna de estas dos

situaciones se hace presente en el centro de trabajo, los empleados comienzan a sentir un deterioro de sus capacidades y de su rendimiento laboral, por lo que reaccionan con manifestaciones de cinismo y distanciamiento, con irritabilidad en algunos casos.

Esta separación del trabajador (distanciamiento) de las situaciones estresoras, puede tener resultados positivos (cuando no cambia su actitud hacia los pacientes) o negativos (cuando el trato con los pacientes se vuelve distante, frío y desinteresado). Cuando tiene lugar este tipo de distanciamiento con cinismo, se trata de la existencia de un Síndrome de Burnout (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983).

Otra forma de explicar esta teoría, es partiendo de que cuando las situaciones estresoras se prolongan el tiempo, inicialmente, el trabajador intenta resolverlas de forma positiva, pero si se mantienen la sobrecarga de demandas y la pobreza de rol, se convierte en algo negativo, comienza a mostrar evidencias de despersonalización. Estos investigadores sugieren que la aparición del Burnout puede ser gradual o súbita y que para poder trazar estrategias efectivas para su enfrentamiento, deben analizarse la forma de instauración y las posibles causas, ya que no es uniforme en todos los casos (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983).

b) Modelo de Winnubst

Este es uno de los autores que sostiene que el Burnout puede aparecer en cualquier profesión, no solamente en los que brindan cuidado a otras personas. Esta teoría parte de las relaciones entre las cuestiones organizacionales y psicosociales, como fuente de aparición del Burnout (Winnubst, 1993).

Este modelo le da gran importancia a la estructura organizacional y al apoyo que recibe el trabajador de la institución y de su propia red de amigos, colegas y familiares. Así, este autor señala que en estructuras organizacionales como la “burocracia mecánica”, las causas de aparición del Burnout son la constante exposición a la rutina y la forma monótona de gestionar los problemas; mientras que en los modelos de “burocracia profesionalizadas”, el enfrentamiento continuo entre los integrantes de la organización, causan problemas de comunicación y afectan el clima empresarial, lo que causa el Síndrome de Burnout (Winnubst, 1993).

La influencia del apoyo social es muy valorada en este modelo explicativo; reconociendo que existe un estrecha relación entre el modelo organizacional de la empresa y la calidad de la red de apoyo social dentro de esta. El apoyo social es superior en las estructuras

organizacionales profesionalizadas, con un estilo de comunicación horizontal, que en otros sistemas con formas no horizontales de comunicación. En este sentido, la percepción que tengan los trabajadores sobre el apoyo que reciben en la institución, pudiera modular su percepción sobre los esquemas de comunicación y el clima organizacional, lo que influye en la aparición del estrés laboral y el Burnout (Winnubst, 1993).

Este modelo está sustentado en los siguientes supuestos, que se resumen en la tabla 1.

Tabla 1 Supuestos del modelo de Winnubst

- ✓ En cada centro de trabajo existe un modelo de apoyo social, que guarda relación al diseño estructural organizacional (Winnubst, 1993).
- ✓ Las estructuras de apoyo social están diseñadas en dependencia del clima organizacional, con el que guardan una relación estrecha (Winnubst, 1993).
- ✓ La estructura y el clima organizacional pudieran llegar a predecir hasta qué punto la empresa pudiera generar estrés laboral y *Burnout* en sus empleados (Winnubst, 1993).
- ✓ El apoyo social se ha reconocido como un aspecto medular en la aparición con el Síndrome de Burnout (Winnubst, 1993).

Fuente: Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 11-19). London : Taylor y Francis.

Elaborado por Winnubst,J. (1993)

c) Modelo de Cox, Kuk y Leiter

Para estos investigadores, el Burnout tiene lugar cuando las estrategias de enfrentamiento a los factores generadores de estrés no son óptimas. En esta teoría se reconocen como variables de gran importancia el agotamiento emocional y la presencia de ansiedad. Esta teoría le otorga un papel preponderante en la aparición del Burnout, a la sensación de desgaste emocional; lo que para estos autores, es la esencia del síndrome (Cox, Kuk y Leiter, 1993).

De acuerdo con esta visión, la aparición del cinismo (o despersonalización), no es otra cosa que una respuesta del individuo ante el agotamiento emocional que experimenta. Mientras que la sensación de baja realización profesional guarda una relación con el grado de significación que tenga el trabajo para el profesional, y la importancia que este le dé a su desempeño. En este sentido, los factores psicosociales del trabajador (red de apoyo, familiares, amigos, colegas), tendrán un efecto protector frente a la sensación de desgaste emocional, y a su vez, podrá

mejorar la sensación de insatisfacción con su desempeño (Cox, Kuk, y Leiter, 1993; Cruz y Abellán, 2015).

Desde la teoría organizacional, parece muy importante el rol de la administración y el clima laboral en el surgimiento del Burnout, como un causante directo de malestar en el trabajo, dificultad para alcanzar las metas profesionales y personales; cuando no resulta adecuada la relación de la administración con los trabajadores, ni entre estos.

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

Estos modelos asumen el Burnout como la consecuencia de la exposición al estrés laboral crónico, lo analizan desde todas las dimensiones que conforman el síndrome, el agotamiento emocional, la despersonalización y el grado de realización personal. Todas estas variables, en mayor o menor medida, dan como resultado un síndrome de quemarse en el trabajo, con las consecuencias que esto trae para el trabajador y la empresa (Gil y Peiró, 1999).

a) Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)

Este es uno de los modelos más ampliamente aceptados en la actualidad. Cuenta con un instrumento de medición, que es el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Aranda, Pando y Guadalupe, 2016). De acuerdo con este modelo explicativo, el Burnout no es más que “una experiencia individual y crónica de estrés” que guarda relación con el medio en el que se desarrolla el trabajador.

Este modelo, como indica su nombre, está conformado por tres dimensiones, que son “la experiencia del estrés, la evaluación de los otros y la evaluación de uno mismo”. Se trata de un síndrome que parte del desgaste emocional (que impide al individuo obtener nuevos recursos para enfrentar las situaciones estresantes). La despersonalización es también un elemento indispensable en este modelo, ya que se relaciona con una gama de sentimientos que son contrarios a las buenas prácticas de interacción con los pacientes, y están liderados por acciones cínicas y distantes del trabajador hacia sus pacientes o su trabajo en forma general (Olivares, 2017).

Por último, después de haberse instaurado el desgaste emocional y la actitud de despersonalización, es inevitable que el trabajador sienta que su desempeño en el trabajo no es

lo que siempre imaginó, se siente frustrado, poniendo en tela de juicio sus aptitudes profesionales, lo que incrementa la sensación de estar insatisfecho en el trabajo, lo que sería la tercera dimensión que conforma este modelo explicativo de Burnout (Olivares, 2017).

b) Modelo de Edelwich y Brodsky

Este modelo interpreta el Burnout como el resultado de todo un proceso de pérdida del entusiasmo que existía al inicio del ejercicio profesional (en personas que trabajan brindando asistencia a otros). Estos trabajadores son presa de una desilusión gradual y progresiva, que se relaciona con una gran desmotivación hacia su trabajo (Díaz y Gómez, 2016). Estos autores justifican esta pérdida de la motivación hacia el trabajo por la interacción de dificultades en el desempeño de su trabajo, de condiciones adversas, que frenan su desarrollo y limitan su desempeño (Rosales y Rosales, 2014).

Este modelo puede aparecer varias veces en la vida profesional de los trabajadores afectados, tiene un comportamiento cíclico y está sustentado en cuatro etapas, que se describen a continuación (Edelwich y Brodsky, 1980).

Tabla 2 Etapas del Síndrome de Burnout, según Edelwich y Brodsky

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Expectativas difíciles de cumplir por parte del profesional.✓ Al no poder cumplir con las expectativas trazadas, el trabajador experimenta una disminución progresiva del entusiasmo hacia su labor.✓ Después de que el entusiasmo se pierde totalmente, aparecen en todas sus manifestaciones el síndrome de Burnout.✓ Se manifiesta abiertamente la despersonalización del trabajador, con indicios de frialdad en el trato hacia los pacientes y colegas, además de mantener una actitud distante hacia el trabajo. |
|---|

Fuente: Edelwich, J; Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of desillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press. p. 56-69.

Elaborado por Edelwich, J; Brodsky, A. (1980).

c) Modelo de Price y Murphy

Este modelo explica la aparición de estrés laboral crónico y Burnout a partir de seis etapas, con manifestaciones diferentes: En primer lugar, ocurre una pérdida de la orientación (el trabajador pierde el sentido de su trabajo), esto se acompaña de cambios frecuentes en el estado de ánimo. Este cuidador, generalmente al perder la orientación o el sentido de su trabajo,

comienza a perder eficacia, lo que suele acompañarse de un sentimiento de insatisfacción con su desempeño.

Esto da paso a la cuarta etapa, que se caracteriza por aislamiento social y tristeza que cuando logra ser superada, da lugar a la siguiente etapa, en la que el trabajador afectado solicita apoyo de colegas o familiares, luego de lo cual, alcanza un equilibrio en su trabajo, lo que le permite lidiar exitosamente con las situaciones estresantes (Díaz y Gómez, 2016).

1.9 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.

Este modelo fue estructurado utilizando las causas, el proceso y las implicaciones de la aparición del síndrome de Burnout. Estos investigadores analizan el Burnout como una forma de responder a la presencia crónica de estrés en el trabajo. Este síndrome surge posteriormente a un “proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no son efectivas para reducir ese estrés laboral percibido” (Rubio, 2003).

Esta teoría asume que para que se desarrolle el Burnout, debe darse una interacción conjunta de las dimensiones que lo conforman (poca realización en el trabajo y agotamiento emocional), que dan paso, un poco después, a la aparición de acciones de cinismo, (que son consideradas como una estrategia de respuesta al estrés laboral sostenido) (Rubio, 2003).

De acuerdo con los autores citados, para que aparezca Burnout, deben estar presentes factores como las “cogniciones y emociones”, y que tienen una función de mediadoras en este proceso. Este modelo le da un papel igualmente importante en la aparición del Burnout a los factores propios de la personalidad del trabajador, como a las demandas del trabajo (Rubio, 2003).

En este grupo de modelos explicativos, el modelo tridimensional de Maslach y Jackson, es el que ha alcanzado mayor notoriedad en este grupo, ya que es ampliamente aceptado que el Burnout se basa en la interacción de tres dimensiones, como el desgaste emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, lo que forma parte de la definición actual del síndrome.

1.10 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores

Se considera un cuidador formal a aquel trabajador que cuida a un paciente durante al menos tres meses, y recibe una remuneración económica por esto. Debe prestar asistencia en las “actividades básicas de la vida diaria”, que son aquellas que se encargan de las medidas de higiene y cuidado de la persona, el traslado de un lugar a otro dentro del hogar, los movimientos frecuentes (sentarse, acostarse o ir al baño). Los cuidadores formales se encargan de al menos un 20% de estas actividades (Viale y González, 2016).

Los cuidadores tienen un riesgo elevado de padecer estrés laboral crónico, debido a las características de las funciones que desempeñan, en contacto con personas que dependen a tiempo completo de su atención y su cuidado. Este tipo de trabajo es especialmente estresante, porque están expuestos a una gran demanda de trabajo, que generalmente se realiza bajo presión (Akbarbegloo y Valizadeh, 2011). Generalmente tienen que realizar turnos de noche, están expuestos a la ansiedad de los familiares de los pacientes a los que cuidan, en ocasiones, a manifestaciones violentas o poco amigables. Además, sufren de trastornos del sueño, aun estando de vacaciones. Al estar en contacto permanentemente con personas que necesitan de su cuidado, muchas veces en condiciones de gravedad, estos profesionales necesitan de una red de apoyo robusta, que funcione adecuadamente, para disminuir el impacto del estrés laboral crónico sobre su salud y su desempeño profesional (Eslami, Elahi y Falhiah, 2016).

Partiendo de la predisposición que tienen los cuidadores a padecer estrés laboral crónico, la identificación de este su enfrentamiento cobran gran importancia, ya que de no ser adecuadamente gestionado este problema, pudiera tener afectaciones severas en la salud física y mental de estos trabajadores, además de dañar seriamente su desempeño laboral, y su motivación hacia el trabajo que realizan (Eslami, Elahi y Falhiah, 2016).

1.11 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores

La prevalencia de estrés laboral crónico es variable, de acuerdo al tipo de trabajador que se investigue, a las condiciones en las que trabaja y a las características del medio en que se desarrolla, existe consenso en que el Burnout es un factor de riesgo laboral, más frecuente en sociedades industrializadas (Barragán y otros, 2015). A continuación se describe la prevalencia de este síndrome a nivel mundial, local y nacional.

1.11.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

La prevalencia del estrés laboral difiere de acuerdo al estatus laboral que tenga el trabajador, por ejemplo, Ray, Keningmberg, y Pana, (2017) obtuvieron que es mayor en cuidadores no formalmente contratados, en Norteamérica. En estos cuidadores, se reportó una prevalencia de estrés laboral crónico del 21%.

En una investigación realizada por Bianchi, y Brisson (2017), reportan una prevalencia en Europa de 38%, más importante en mujeres (67%) que en hombres (46.4%). Estos autores mencionan como algo llamativo que en menos de la mitad de los cuidadores afectados, estos relacionan la presencia de estrés con su trabajo. Estos investigadores mencionan también que en muchos casos (39%), existe un solapamiento del estrés laboral crónico con síntomas depresivos, por lo que resulta importante su diferenciación.

En España, Fernández, González, Iribar y Peinado, (2017) obtuvieron que cuidadores noveles, el estrés laboral puede llegar a establecerse hasta en el 45% de los casos, con un predominio de la despersonalización al aplicar el inventario de Burnout de Maslach. Por otra parte, Rodríguez y otros, (2017) reportan una prevalencia algo superior, en otra serie de casos de cuidadores españoles, de 61,9%.

1.11.2 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

En Chile, se reporta una prevalencia de estrés laboral crónico en cuidadores del 45%, afectando con más intensidad a los no profesionales (69,2%) (García, Spröhnle y Sapag, 2008). Por otra parte, Toscano (2016), describe una prevalencia en Guatemala de estrés laboral crónico, en cuidadores, especialmente de agotamiento severo y prolongado en el 33% de los cuidadores. Describe además la presencia de efectos nocivos para la salud física y mental del cuidador hasta en el 28% de los casos, mientras que el 27% sufre una retirada de la vida social y laboral que tenía anteriormente (esto en el caso de cuidadores no profesionales o informales). En Colombia, Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo (2013) describen una prevalencia del 18.8% en cuidadores de entre 65 y 74 años, mientras que en el grupo de entre 25 a 34 años, es menor (13%).

1.11.3 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

En el Ecuador, Quinche y Ríos (2017) reporta una prevalencia de 74,6% de estrés laboral crónico en cuidadores Lojanos, de los cuales el 64,7% sufre de una intensa sobrecarga de

funciones y describe además que hasta el 80% de los cuidadores sufren de síntomas depresivos, y ansiosos, lo que interfiere seriamente en su calidad de vida.

1.12 Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

Las variables que se relacionan con el desarrollo del estrés laboral crónico son varias, a continuación se describen las de tipo sociodemográfico, las relacionadas con el centro de trabajo, las que se relacionan con el compromiso y la satisfacción vital de los trabajadores y las llamadas variables moduladoras, como el apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral.

1.12.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

De acuerdo a los planteamientos de Edelwich y Brodsky (1980), la base de la aparición de Burnout en cuidadores de personas, es la insatisfacción de su deseo de marcar una posición de poder frente al otro. Ser un trabajador joven, de poca experiencia, ha demostrado ser un factor que predispone a la aparición de estrés laboral crónico. Es más frecuente en trabajadores que tienen no hijos a su cargo, esto se ha explicado porque cuando una persona tiene que cuidar de sus hijos (familiares en general), desarrolla mejores estrategias de enfrentamiento a las situaciones estresantes (Puhl, Izcurdia, Osteiza y Escayol, 2016).

En cuanto a la distribución por género, se acepta que es más probable que afecte a las mujeres, algunos investigadores han justificado esto por las condiciones más desfavorables que muchas veces tienen las mujeres en sus trabajos, (menos remunerados, poca capacidad de decisión), además de que en el sexo femenino, es frecuente que tengan otras personas a su cargo, además de una doble jornada laboral (Martínez A, 2010).

1.12.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012), las variables laborales que se relacionan con la aparición de estrés crónico en el trabajo son la organización inadecuada del trabajo, con una definición imprecisa de los puestos y las funciones de cada trabajador. Las presiones excesivas y las demandas sin el tiempo

necesario para cumplirlas, o el medio laboral inadecuado, como por ejemplo, la temperatura inadecuada, iluminación deficiente o ruido excesivo, contribuyen al malestar del trabajador. De forma tal que la mayoría de los casos de estrés laboral crónico, guardan una estrecha relación con la manera en que se organiza el trabajo y la forma de gestión de la administración.

Cuando el trabajador no dispone de los conocimientos o experiencia suficientes para el desarrollo de sus funciones, o no conoce con certeza las responsabilidades que tiene, puede desarrollar estrés laboral, siendo menor la probabilidad de desarrollarlo cuando más se relacionen sus competencias con las exigencias de la administración. En este apartado se mencionan variables como el no contar con el apoyo institucional necesario, ni con los recursos indispensables para realizar su trabajo. El contar con poca experiencia y no tener un puesto fijo, son también variables productoras de estrés en cuidadores. El apoyo recibido por la administración o por colegas de trabajo es un factor protector frente a la aparición de estrés laboral (Barrera, 2013).

Otros factores protectores serían la autonomía del trabajador sobre sus funciones y la capacidad para tomar decisiones. En algunos casos se ha visto que cuando el trabajador percibe positivamente el incremento de las exigencias, esto puede ser un estímulo para su superación profesional, obviamente, esto debe estar acompañado de un clima organizacional amigable, con adecuada comunicación y un sistema de recompensas que estimule al trabajador a continuar su esfuerzo. Por otra parte, cuando el incremento de las demandas profesionales se relacionan con un mal clima laboral, y con poca o ninguna recompensa, el trabajador comienza a experimentar un descenso en su motivación hacia el trabajo, lo que unido al cansancio físico y emocional que experimentan (por el incremento de las exigencias), perpetúan el estrés laboral, con consecuencias desfavorables para su salud (Barrera, 2013).

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

Generalmente se trata de personas con una elevada expectativa frente a su tarea de cuidador, que a su vez, se acompaña de una recompensa económica insuficiente para suplir sus necesidades. En cuanto a la calidad de vida de los cuidadores, en un trabajo publicado por Pinzón y Carrillo (2016) se obtuvo que esta es inversamente proporcional al estrés laboral crónico y estos lo reconocen abiertamente. Dentro de los indicadores de calidad de vida, los cuidadores señalan que los más afectados son las relaciones sociales y la solvencia económica,

aunque en algunos casos se obtuvo un deterioro importante del estado físico y síntomas de depresión. Sin embargo, la dimensión espiritual de la calidad de vida, resultó elevada en estos cuidadores, a pesar de experimentar grados elevados de estrés laboral crónico.

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

Una variable que tiene gran importancia en la aparición del estrés laboral crónico es el tipo de personalidad del trabajador. Se conoce la clásica “personalidad resistente”, de Kobassa (Maxime, Egido, Le Moine y Gueben, 2016), quien plantea que se caracteriza por las diferentes maneras de reaccionar y actuar ante eventos diversos y el grado de compromiso con sus acciones, de forma tal que la llamada personalidad tiene tres características, que son el “compromiso, el control y el reto” (Maxime, y otros, 2016). Por su parte, Midori, Oliveira y Hadad, (2017) determinaron que las características de la personalidad como la asertividad y la resiliencia tienen una relación inversa con la aparición de estrés laboral en enfermeras.

La capacidad de liderazgo y los rasgos personalidad tipo B son de cierta forma factores protectores frente a los estresores laborales. El grado de compromiso interesa a la intensidad con la que el trabajador se involucra con sus responsabilidades, que lo hace conocer que su accionar causará algún efecto en la persona con la que trabaja (en este caso, su paciente), ya que es un trabajador que está consciente de su valor como profesional y de la calidad de su desempeño. Estos trabajadores (con personalidad resistente) tienen la capacidad de interpretar las dificultades u obstáculos en la realización de su trabajo como oportunidades para crecer personal y profesionalmente. Otro elemento importante en este tipo de personas, es que tienen por lo general habilidades útiles para enfrentar las situaciones estresantes y convertirlas en oportunidad de crecimiento (Midori, y otros, 2017).

Sobre las características de la personalidad relacionadas con la aparición de estrés laboral en cuidadores, Salazar y Huarca (2016) mencionan que es más frecuente en trabajadores con personalidad esquizoide o anancástica; además en los trastornos de personalidad histriónico. Los cuidadores con mayor grado de resiliencia tienen menos posibilidades de sentir frustración, ya que por regla general, muestran un elevado grado de satisfacción personal, lo que se comporta como un factor protector frente al estrés laboral (Lusilla y Castellano, 2012).

El desarrollo de la resiliencia en los cuidadores además de ser importante para fortalecer su salud mental, sino para combatir exitosamente las posibles repercusiones de la exposición

prolongada a situaciones generadoras de estrés laboral, por lo que también este autor considera la resiliencia como un factor protector frente al estrés laboral (Arrogante, 2014).

Otra de las variables que parece tener una influencia directa en la aparición del estrés laboral crónico en cuidadores es la sobrecarga de labores, que les deja poco tiempo para su autocuidado e implica un incremento de la demanda de energía, por lo que, los cuidadores que están expuestos a un exceso de responsabilidades, pueden llegar a sentir con frecuencia que están agotados, sin fuerza para realizar su labor, por lo que usualmente desencadena frustración con el trabajo y poca realización personal (Pinzón y Carrillo, 2016).

También Puerto (2015) ha estudiado la influencia de la calidad de vida de los cuidadores en la aparición de estrés laboral crónico y Burnout. Este autor manifiesta que en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal, en la mayoría de los casos estos no son capaces de reconocer que su vida ha perdido calidad, ya que han experimentado un aislamiento social, y han dejado de trabajar, por lo que ha disminuido su capacidad de generar ingresos.

Es frecuente entre estos cuidadores experimentar agotamiento físico, e incluso, reacciones negativas frente a su paciente. A pesar de esto, los cuidadores de este tipo de pacientes no se perciben como víctimas del estrés, lo que es una situación peligrosa desde cierto punto de vista, porque no suelen tomar acciones para combatirlo ni solicitar ayuda, lo que termina por llegar a un estado crónico y sostenido de estrés.

Además, Flores, y otros (2014) analizaron la diferencia de la calidad de vida entre cuidadores profesionales y familiares de los enfermos, determinando que entre los familiares, la sobrecarga de trabajo y el desgaste emocional es superior a la observada en cuidadores profesionales, quienes tienen a su favor la preparación que han recibido como profesionales. A pesar de esto, los investigadores mencionados señalan que en los familiares, existe una suerte de compromiso con el cuidado, dado por el afecto filial, lo que de cierta forma, puede tener un rol protector para el estrés; mientras que los cuidadores profesionales, o formales, al estar expuestos a la sobrecarga de trabajo, y la escasa remuneración que reciben, pueden sentir más fácilmente la despersonalización hacia el paciente, especialmente si son cuidadores jóvenes, con poca experiencia y con un elevado nivel de expectativas al comenzar su vida profesional.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo general

Analizar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores el año 2017-2018.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores.
- Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico en la muestra investigada.
- Identificar el bienestar general de la muestra investigada.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores.
- Distinguir el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores.
- Detallar la satisfacción vital y la resiliencia de la población investigada.

2.3 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico es la que presenta un alto nivel?
- ¿Cuál es el grado de bienestar general de los cuidadores analizados?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social?
- ¿Cuánto apoyo social proveniente de vínculos informales y del lugar de trabajo reciben estos trabajadores?
- ¿Qué grado de satisfacción vital y resiliencia tienen estos cuidadores?

2.4 Contexto de la investigación

Esta investigación se realizó con Auxiliares de Enfermería y Enfermeros/as de la Provincia de Orellana, en el Coca; estos cuidadores pertenecen a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud. Su centro de trabajo es un Centro De Salud de esta provincia. Sus edades oscilan entre los 23 y los 53 años. La mayoría de ellos con títulos de segundo y tercer nivel. Con un nivel socioeconómico medio, y nativos del oriente del país.

2.5 Diseño de la investigación

No experimental: es un tipo de investigación en la que no se realiza ninguna intervención sobre las variables analizadas, sin alterar de ninguna forma el fenómeno u objeto que se estudia. Este diseño implica la observación y análisis del objeto de estudio en su propio contexto (Sampieri, Fernández y Baptista, 2016).

Transversal: es una investigación transversal porque los datos fueron obtenidos en un momento único, sin hacer seguimiento a su comportamiento en un tiempo definido. Se midió la prevalencia del estrés laboral crónico en estos cuidadores en un momento dado, sin valorar la evolución del mismo (Sampieri, *et al.*, 2016).

Exploratoria: responde a este diseño porque aborda un tema que ha sido poco estudiado en este medio y sirve para conocer un fenómeno del cual se tiene poca información (Sampieri, *et al.*, 2016).

Descriptiva: el alcance descriptivo intenta especificar las características, propiedades y comportamiento del fenómeno u objeto de estudio. Se trata de describir la relación entre las variables analizadas. Se trata de medir las dimensiones del estrés laboral crónico en estos cuidadores para posteriormente analizarlas y describir lo obtenido (Sampieri, *et al.*, 2016).

Cuantitativa: porque incluye una serie de procesos, con un orden establecidos, que tienen como fin probar o rechazar una hipótesis. Son investigaciones que deben seguir un orden muy estricto, en la que no deben violarse o alterarse la secuencia de los pasos a seguir. En este caso, se midió la magnitud del fenómeno estudiado (estrés laboral crónico), partiendo de los objetivos y las preguntas trazados, para comprobar la hipótesis de investigación (Sampieri, *et al.*, 2016).

2.6 Población y muestra

En esta investigación se trabajó con una población de 40 cuidadores profesionales (auxiliares de enfermería y enfermeros/as), pertenecientes a la Provincia de Orellana, en el Coca.

La muestra se seleccionó por un método de muestreo no probabilístico, de accesibilidad, de forma accidental. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra de la investigación quedó conformada por 40 casos.

Para la selección de los participantes se respetaron los principios de la bioética, cuidando de no causar daño físico o psicológico a ninguno de los participantes. Se guardó estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos en el consentimiento informado y en la investigación.

Para seleccionar a los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

2.7 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- a) Ser cuidador en el momento de la recolección de los datos, (situación laboral activa).
- b) Tener como mínimo un año de experiencia en ese trabajo.
- c) Acceder a participar en la investigación, mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- a) Negarse a participar en la investigación.
- b) No encontrarse trabajando activamente por motivos de vacaciones, maternidad o enfermedad.

2.8 Procedimientos y métodos

Para obtener el permiso de la institución de salud, se preparó un documento explicativo y de solicitud del mismo. Se propició un encuentro con las autoridades de la Institución de Salud, en el que se les explicó ampliamente en qué consistía la investigación y se solicitó la autorización por escrito para realizarla.

Una vez obtenida la autorización para realizar la investigación, se fijó el horario para aplicar los instrumentos, después de lo cual, se dio paso a la interacción con los cuidadores, explicando el propósito del estudio, solicitando su consentimiento para participar en los casos en que accedieron a participar. Después de esto, se les explicó detalladamente como debían contestar las preguntas de los instrumentos de recolección de información, para evitar los errores en su llenado.

Después de obtenida la información, se procedió a tabular la información obtenida, descartando los cuestionarios incompletos. El procesamiento de datos se realizó a través del software Excel. Como se trata de una investigación descriptiva, se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Se tuvieron en cuenta los siguientes métodos para el desarrollo de este trabajo:

Método descriptivo: Como indica su nombre, se describió de forma narrativa y con la ayuda de tablas y gráficos, las características de la muestra estudiada, la prevalencia del estrés laboral crónico y el comportamiento de sus diferentes indicadores en estos cuidadores. Se partió de la observación directa de la autora y de la interpretación de los resultados obtenidos en los instrumentos utilizados (Abreu, 2014).

Método analítico – sintético: este método se puso en práctica, al analizar el síndrome de estrés laboral crónico, partiendo de los conocimientos generales sobre el tema, pero en el contexto de esta población, con sus particularidades (Abreu, 2014).

Método inductivo y deductivo: se partió del análisis del estrés laboral crónico, en sus aspectos particulares, hasta generalizar en esta población, logrando establecer las leyes que rigen el comportamiento de este síndrome en el grupo de cuidadores analizados. Permite generalizar partiendo de las particularidades aisladas (Abreu, 2014).

Método estadístico organiza la información alcanzada con la aplicación de la batería de instrumentos propuestos en esta investigación (Abreu, 2014).

2.9 Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc: se trata de un instrumento diseñado para esta investigación, con el que se obtienen datos generales del participantes, especialmente orientado hacia sus particularidades sociodemográficas (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

Inventario de estrés laboral crónico de Maslach MBI: es un instrumento diseñado para medir las tres dimensiones del síndrome de estrés laboral crónico (Burnout), estas son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la satisfacción personal. Está compuesto por 22 ítems, que se dividen en tres subescalas. La forma de contestar las preguntas es de acuerdo a la frecuencia con la que ocurren tales sentimientos en el cuidador, se trata de una escala de siete puntos, en la que el cero equivale a “nunca” y el seis equivale a “todos los días”.

En la primera se evalúa el grado de agotamiento emocional de los cuidadores (la sensación de estar emocionalmente agotado por el trabajo), para lo cual se destinan nueve ítems, el máximo puntaje que se puede alcanzar en esta subescala es de 54 puntos, que corresponden a las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. A mayor puntuación obtenida en esta subescala, puede interpretarse como mayor grado de agotamiento emocional (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

La segunda subescala es la que mide la despersonalización, cuenta con cinco ítems, que son los 5, 10, 11, 15 y 22; la puntuación superior que se puede alcanzar con esta subescala es de 30 puntos; que miden la respuesta fría e impersonal que brindan los cuidadores a sus “pacientes”, que algunos autores también han llamado cinismo; de igual manera, la cantidad de puntos obtenidos se relaciona directamente con el grado de despersonalización que sufre el cuidador.

La tercera subescala mide realización personal, está compuesta por ocho ítems, que miden la sensación de autoeficacia y la medida en que el trabajador se siente realizado con la labor que realiza. Incluye las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, que el máximo que pueden alcanzar es de 48 puntos. Esta subescala, a diferencia de las anteriores, tiene una relación negativa con el grado de estrés laboral crónico, o sea, a mayor puntuación, menor grado de Burnout presenta el cuidador. Al sumar los resultados obtenidos, se puede establecer una clasificación del grado de estrés laboral crónico en bajo (1-33 puntos), medio (34-66 puntos) o alto (67-99 puntos) (Maslach, *et al.*, 1996).

Instrumento de carga para cuidadores formales (Reuelta y Andújar, 2005): se trata de una adaptación de un instrumento creado por Zarit, Reeve y Bach (1980), enfocado en los cuidadores profesionales, es un instrumento que ofrece cinco opciones de respuestas (en la que el cero significa “nunca” y el cinco “casi siempre”, consta de 22 ítems, que indagan sobre la presencia de “agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado” (Torres, 2010).

Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985): con este instrumento se puede medir la satisfacción de los cuidadores con sus vidas, siendo este uno de los aspectos más importantes del bienestar en las personas. Se trata de un test con un elevado grado de consistencia interna, por lo que ha sido ampliamente validado. Consta de cinco ítems, que van desde la categoría “muy en desacuerdo”, que equivale a un punto, hasta “muy de acuerdo”, que alcanza un valor de siete puntos (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979): es un instrumento que se diseñó con el propósito de medir el grado de salud mental en la población general, aunque también se utiliza en cuidadores profesionales. Es un instrumento que está constituido por 28 ítems, que se han dividido en cuatro subescalas, la primera evalúa la presencia de síntomas somáticos (subescala A), la segunda indaga sobre la presencia de ansiedad e insomnio (subescala B); la tercera, sobre la disfunción social (subescala C) y la última, se enfoca hacia la presencia de depresión grave (subescala D).

Puede ser utilizado para identificar problemas de reciente aparición, para lo cual se asignan los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de cada pregunta, con un punto de corte de 5/6. Si se pretenden identificar problemas de larga evolución, se asignan los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas (Goldberg y Hillier, 1979).

Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997): es una versión breve de un instrumento que mide afrontamiento, está compuesto por 28 ítems, que sirven para medir las diferentes estrategias de afrontamiento (activo y pasivo) de los cuidadores. Tiene 12 subescalas, que están conformada por dos ítems en cada caso, lo que da un resultado con el que pueden calificarse las respuestas de afrontamiento como “adaptativas” o “desadaptativas”. Las subescalas se agrupan en tres categorías principales, que son el “afrontamiento focalizado en el problema”, en la que se encuentran el “afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, supresión de actividades distractoras, aceptación, y refrenar el afrontamiento” (Carver, 1997).

La segunda subescala se enfoca en la parte emocional de las medidas de afrontamiento, que implica la “utilización de apoyo instrumental y emocional, y enfocarse y expresar las propias emociones” (Admiraal, Korthagen, y Wubbies, 2000) y la tercera subescala evalúa el afrontamiento por evitación, que aborda el alejamiento mental de la situación estresante, su negación o el uso del sentido del humor para enfrentarla (Holahan, Holahan, Moos, y Schutte, 2005).

Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991): se trata de un cuestionario con 20 preguntas con un diseño de respuestas que van desde “nunca”, que equivale a un punto, hasta “siempre”, que equivale a cinco puntos. El máximo de puntos alcanzables es 100, siendo este puntaje directamente proporcional al grado de apoyo social con que cuenta el cuidador.

El cuestionario aborda cuatro dimensiones del apoyo social (en 19 ítems, reservando el primero para indagar sobre el tamaño de la red social del cuidador). Las dimensiones que se abordan con este cuestionario son “apoyo emocional” (con un punto de corte de 24, en la que se incluyen los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), “apoyo instrumental” (con un punto de corte de 12, en la que se miden los ítems 2, 5, 12 y 15), la “interacción social positiva” (con un corte en los 9 puntos, en la que se incluyen los ítems 7, 11, 14 y 18) y el “apoyo afectivo” (con un punto de corte en los 9 puntos igualmente, valorando los ítems 6, 10 y 20) (Londoño, *et al.*, 2012).

Brief Resilience Scale (BRS): se trata de una escala que incluye solamente seis ítems, que están diseñados para cuantificar el grado de adaptación o resiliencia de los cuidadores a las circunstancias adversas. Los ítems 1, 3 y 5 están redactados de forma positiva; mientras que los ítems 2, 4 y 6 tienen un enfoque negativo. La forma de contestar tiene un diseño tipo Likert, en la que 1 significa “muy en desacuerdo” y 5 significa “muy de acuerdo”. El máximo número de puntos posibles de alcanzar es de 30; con mayor resiliencia a mayor puntaje (Smith, *et al.*, 2008).

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características sociodemográficas

Tabla 3 Características sociodemográficas y laborales de la población

| | | Cuidadores | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|----------------|
| | | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
| Sexo | Hombre | 12 | 30,0 |
| | Mujer | 28 | 70,0 |
| Etnia | Mestizo | 34 | 85,0 |
| | Blanco | 4 | 10,0 |
| | Indígena | 2 | 5,0 |
| Ciudad | El Coca | 6 | 15,0 |
| | Orellana | 34 | 85,0 |
| | Soltero | 15 | 37,5 |
| Estado civil | Casado | 15 | 37,5 |
| | Unión libre | 6 | 15,0 |
| | Viudo | 2 | 5,0 |
| Recibe salario | Divorciado | 2 | 5,0 |
| | Sí | 40 | 100 |
| | 0-1000 | 14 | 35,0 |
| Rango de salario | 1001-2000 | 23 | 57,5 |
| | 2001-3000 | 3 | 7,5 |
| | Auxiliar de enfermería | 14 | 35,0 |
| Profesión | Enfermero/a | 24 | 60,0 |
| | Licenciado/a en enfermería | 2 | 5,0 |
| | Tiempo completo | 38 | 95,0 |
| Tipo de contrato | Tiempo parcial | 2 | 5,0 |
| | Eventual | 4 | 10,0 |
| | Ocasional | 14 | 35,0 |
| | Plazo fijo | 5 | 12,5 |
| Relación laboral | Indefinido | 8 | 20,0 |
| | Servicios profesionales | 8 | 20,0 |
| | Ninguno | 1 | 2,5 |
| | Sí | 16 | 40,0 |
| Turnos rotativos | No | 24 | 60,0 |
| | Totalmente | 11 | 27,5 |
| Cuenta con los recursos necesarios para hacer su trabajo | Medianamente | 23 | 57,5 |
| | Poco | 5 | 12,5 |
| | Nada | 1 | 2,5 |
| | Edad | M=35,1; SD=9,21; Min=23; Máx=53. | |
| Número de hijos | M=0,9; SD=0,9; Min=0,0; Max=3,0 | | |
| Horas de trabajo | M=8,9; SD=2,52; Min=4,0; Máx=19,0 | | |
| Años de experiencia | M= 8,0; SD=7,5; Min=1,0; Máx=30,0 | | |

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc
Elaborado por Bunay, (2018).

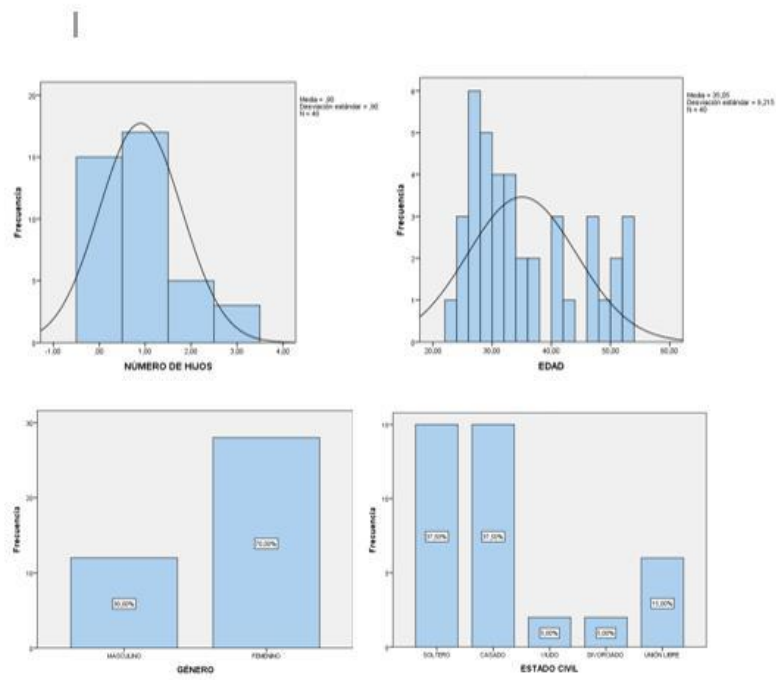


Figura 1 Características sociodemográficas
Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc
Elaborado por: Bunay, (2018).

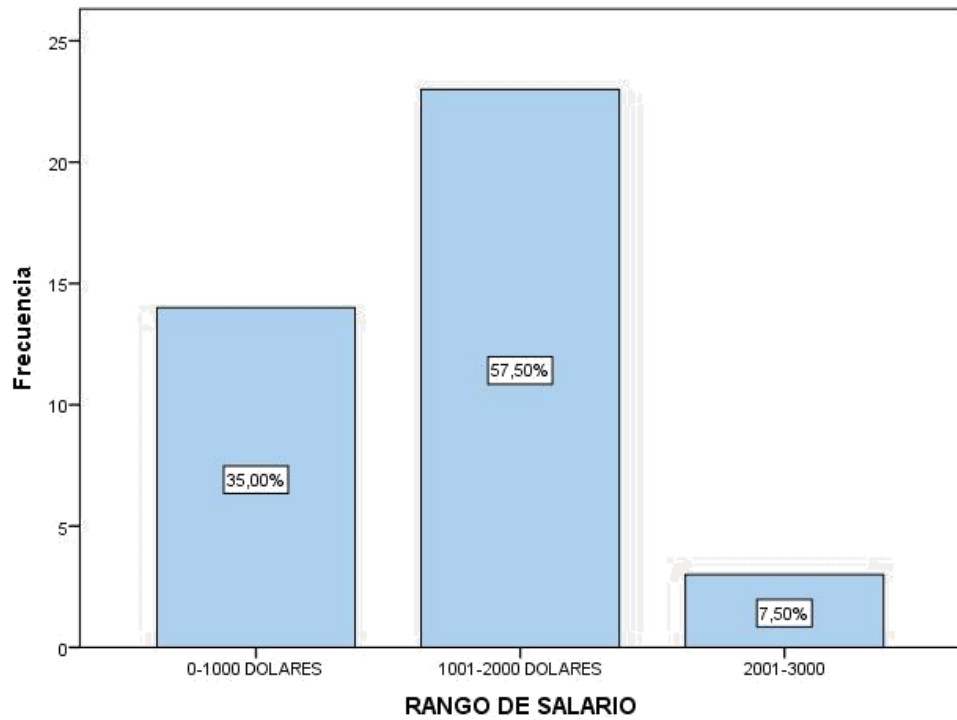


Figura 2 Rango de salario
 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc
 Elaborado por Bunay, (2018).

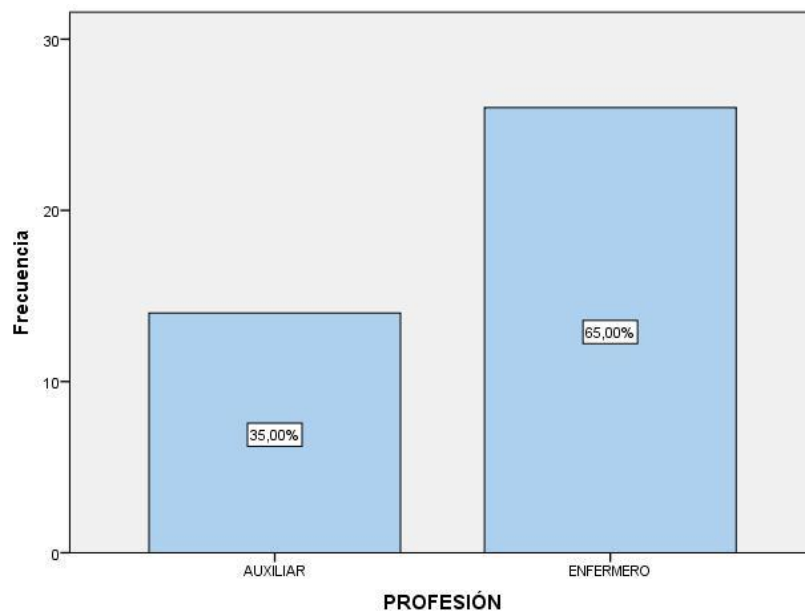


Figura 3 Profesión
 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc
 Elaborado por Bunay, (2018).

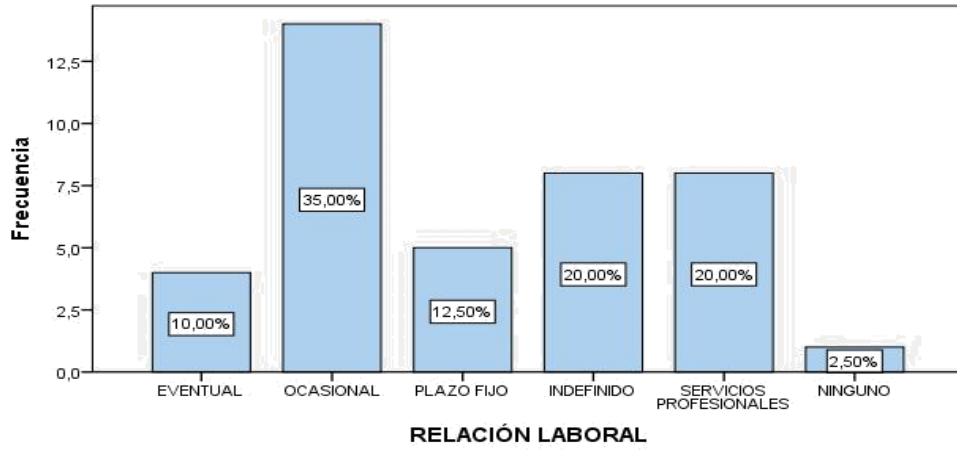


Figura 3 Relación laboral
 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc
 Elaborado por Bunay, (2018).

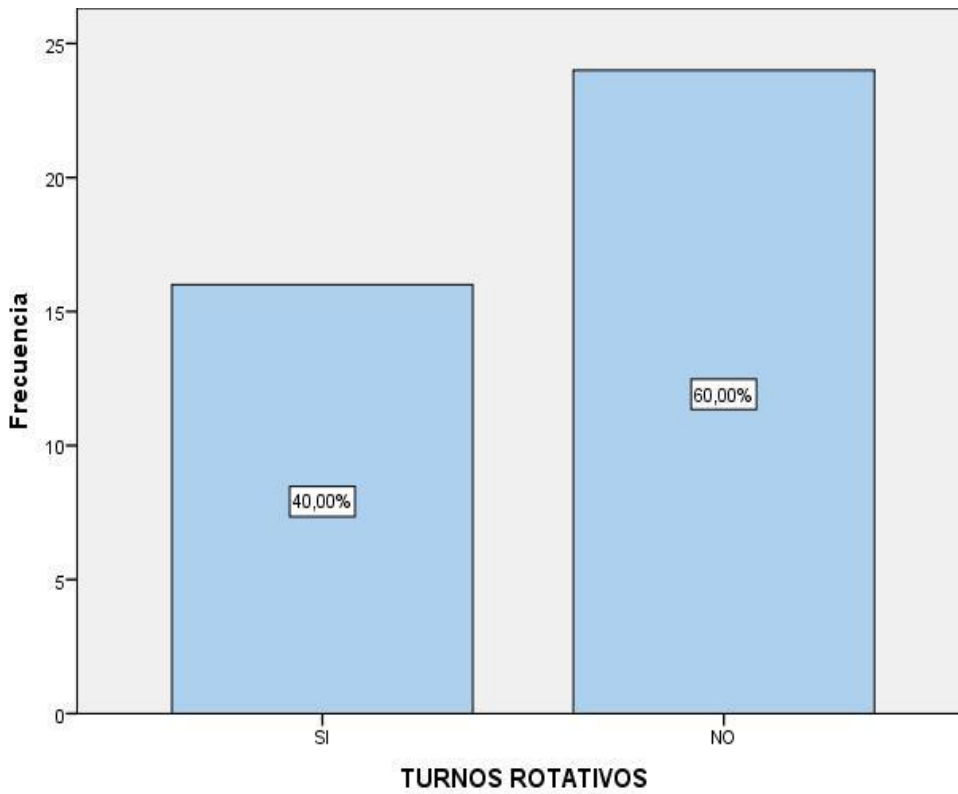


Figura 4 Realiza turnos rotativos
 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc
 Elaborado por Bunay, (2018).

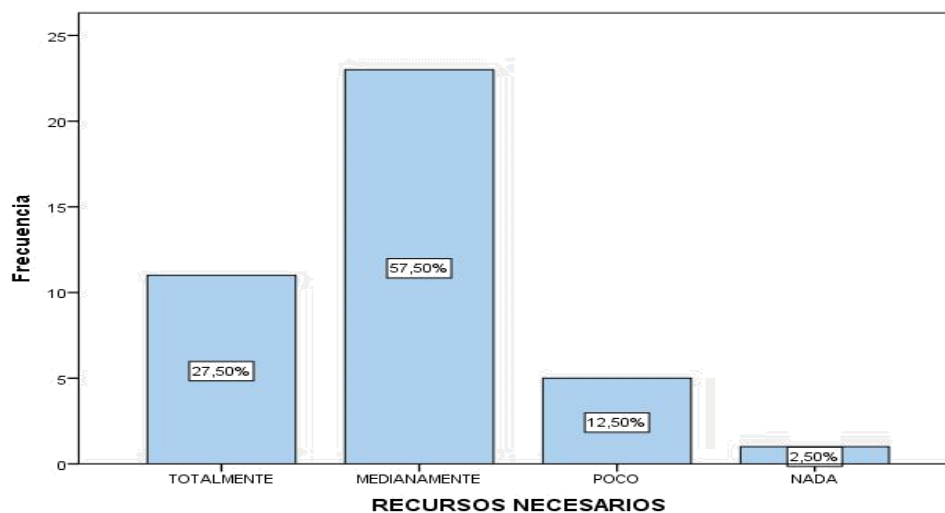


Figura 5 Recursos necesarios para realizar su trabajo
Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc
Elaborado por Bunay, (2018).

En esta investigación se analizaron 40 cuidadores formales, que pertenecen al Centro de salud Hambi Huasi. Se obtuvo que las mujeres conformaron el 70% de la muestra (n=28). El 85% de los cuidadores se autodefinió como de etnia mestiza (n=34). La mayoría de ellos viven en la provincia de Orellana (n=34; 85%). En cuanto al estado civil, se obtuvo igual porcentaje de casados y solteros (37,5%; n=15). El promedio de edad de los cuidadores fue de 35,1 años; la edad mínima fue 23 años y la máxima 53. El promedio de hijos en esta población fue de 0,9; con un máximo de tres hijos.

Todos los cuidadores formales recibían un salario por su trabajo (100%; n=40). El rango de salario estuvo entre los 1000 y 2000 dólares en el 57,5% de estos trabajadores (n=23). La mayoría de los cuidadores eran enfermeros/as (60%; n=24) y tenían un contrato a tiempo completo (95%; n=38). Los años de experiencia fueron como promedio 8,9; con un mínimo de 1 año y un máximo de 30 años. En cuanto a la relación laboral, se obtuvo que predominó la relación ocasional (35%; n=14). El promedio de horas de trabajo fue de 8,9, con un mínimo de 4 horas y un máximo de 19 horas. Solamente el 40% de los encuestados realizaba turnos rotativos (n=16) y al indagar sobre la disponibilidad de recursos para realizar su trabajo, el 57,5% (n=23) dijo que contaba medianamente con los recursos necesarios para trabajar. Ver tabla 1.

3.2 Dimensiones del estrés laboral crónico

Tabla 4 Dimensiones del estrés laboral crónico

| Dimensiones | Bajo | Medio | Alto |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Agotamiento emocional | 29(72,5) | 6(15,0) | 5(12,5) |
| Despersonalización | 29(72,5) | 6(15,0) | 5(12,5) |
| Realización personal | 7(17,5) | 6(15,0) | 27(67,5) |
| MBI total | | 33(82,5) | 7(17,5) |

Fuente: Inventario de estrés laboral crónico de Maslach MBI
Elaborado por: Bunay, (2018).

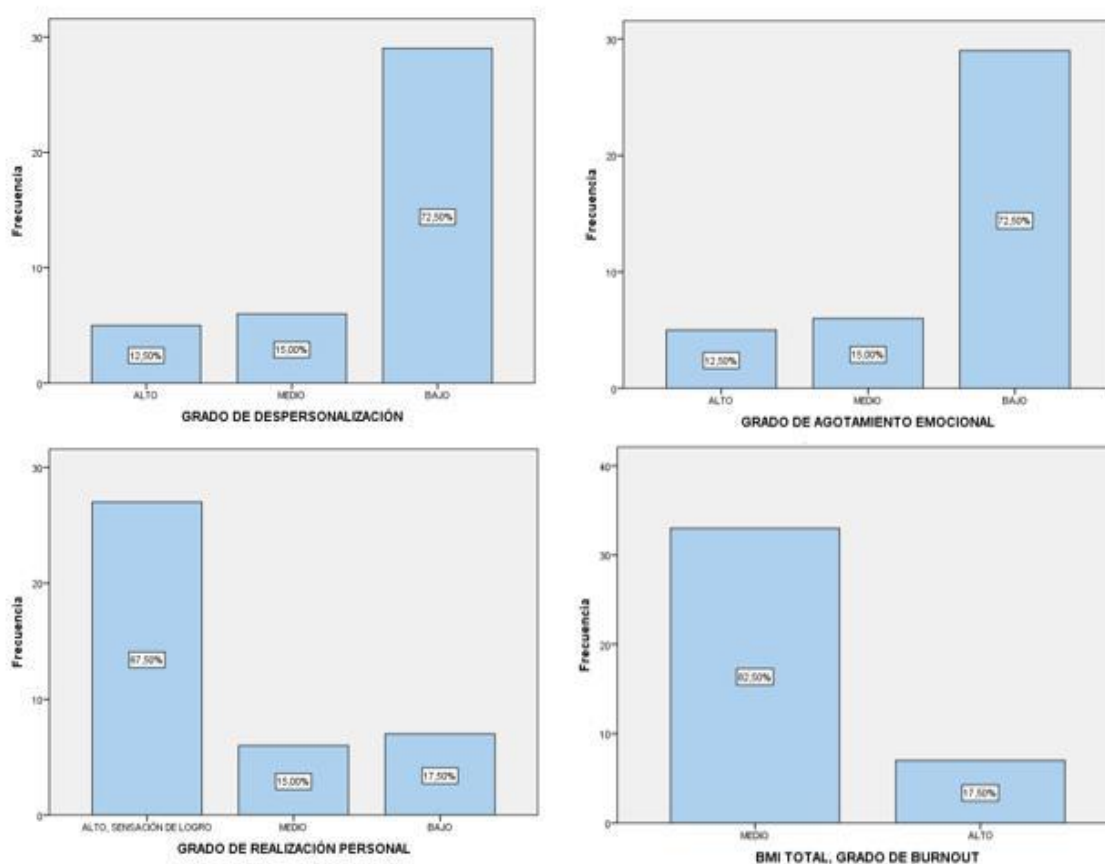


Figura 6 Dimensiones del estrés laboral crónico
Fuente: Inventario de estrés laboral crónico de Maslach MBI
Elaborado por: Bunay, (2018).

Se evaluaron las dimensiones del estrés laboral crónico en estos cuidadores. El agotamiento emocional, fue catalogado como bajo en la mayoría de ellos (n=29; 72,5%), de igual manera sucedió con la despersonalización. En cuanto al grado de realización personal, el 67,5% de los encuestados experimentaba sensación de logro, con alto grado de realización personal (n=27).

Al analizar la puntuación total del inventario de Burnout de Maslach (BMI), se obtuvo que la mayoría tuvo un estrés laboral crónico de magnitud media (n=33; 82,5%), mientras que solamente al 17,5% se le detectó un alto grado de estrés laboral crónico. Ver tabla 2, figura 7.

3.3 Escala de sobrecarga para cuidadores formales (Revuelta y Asdrújar, 2005)

Tabla 5 Sobrecarga para cuidadores formales

| Sobrecarga | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|--------------------|----------------|----------------|
| No sobrecarga | 27 | 67,5 |
| Sobrecarga leve | 5 | 12,5 |
| Sobrecarga intensa | 8 | 20,0 |

Fuente: Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2005):
Elaborado por: Bunay, (2018).

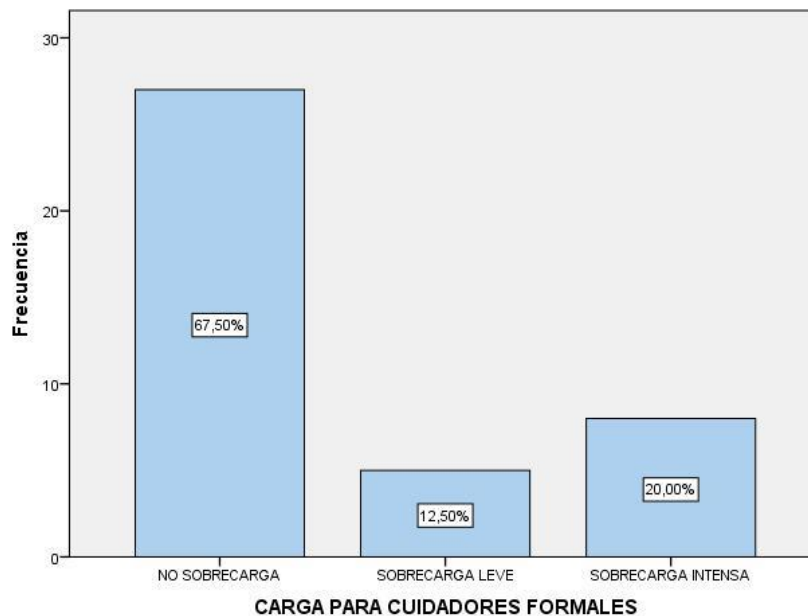


Figura 7 Grado de Sobrecarga

Fuente: Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2005):
Elaborado por: Bunay, (2018).

Según el cuestionario de sobrecarga para cuidadores formales, el 67,5% de los encuestados no tenía ningún grado de esta (n=27; 67,5%), mientras que el 20% de ellos resultó tener un grado de sobrecarga intenso (n=8). Ver tabla 3, figura 8.

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

Tabla 6 Satisfacción vital

| Satisfacción vital | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|--|----------------|----------------|
| Muy insatisfecho | | |
| Insatisfecho | | |
| Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital | 3 | 7,5 |
| Ligeramente satisfecho | 4 | 10,0 |
| Satisfecho | 14 | 35,0 |
| Altamente satisfecho | 19 | 47,5 |

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

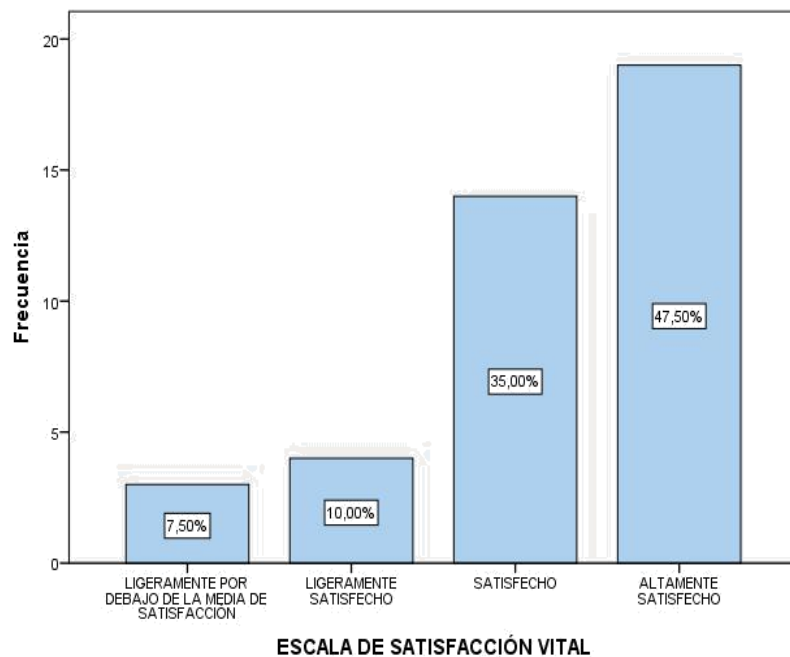


Figura 8 Grado de satisfacción vital

Fuente: Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985):
Elaborado por: Bunay, (2018).

La mayoría de los cuidadores profesionales encuestados mostró un elevado grado de satisfacción vital (n=19; 47,5%) y ninguno de ellos se mostró insatisfecho con su vida (n=0). Esto complementa lo expuesto para la dimensión de satisfacción personal evaluada en el Maslach Burnout Inventory (MBI), en el que se obtuvo un elevado nivel de satisfacción personal entre los cuidadores analizados. Ver tabla 4, figura 9.

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

Tabla 7 Cuestionario de salud general

| Cuestionario de Salud General | No caso n(%) | Caso n(%) |
|-------------------------------|--------------|-----------|
| Síntomas somáticos | 22(55,0) | 18(45,0) |
| Síntomas de ansiedad | 20(50,0) | 20(50,0) |
| Síntomas de disfunción social | 40(100,0) | |
| Síntomas de depresión | 36(90,0) | 4(10,0) |

Fuente: Cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire* [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Bunay, (2018).

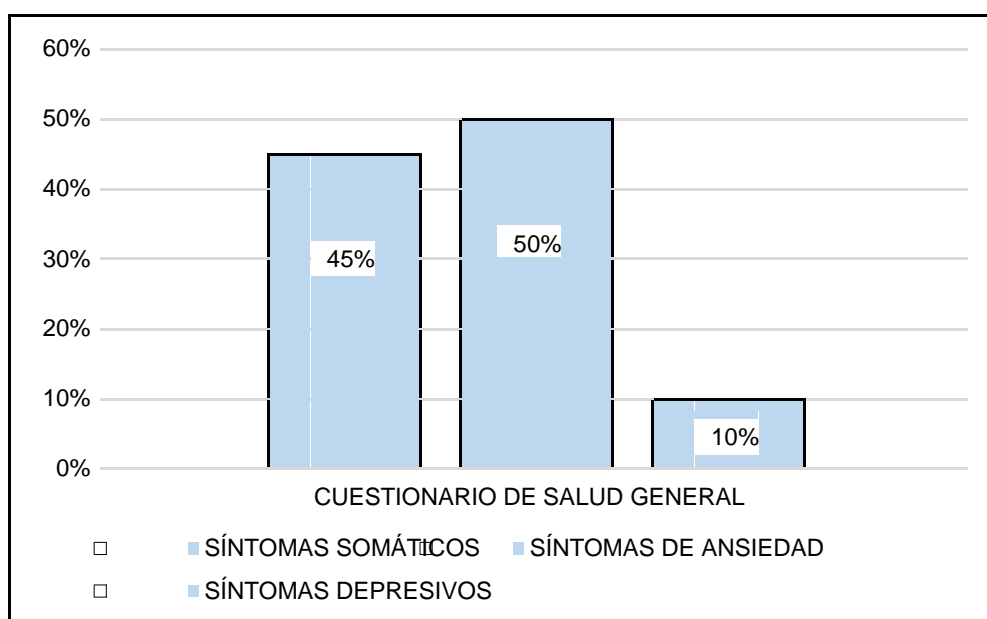


Figura 9 Cuestionario de salud general. Casos positivos

Fuente: Cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire* [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Bunay, (2018).

Los síntomas somáticos estuvieron presentes en el 45% de los cuidadores (n=18), mientras que la mayoría de ellos resultó no tener ningún síntoma de este tipo. En cuanto a la ansiedad, en la mitad de la población estudiada se determinó la presencia de estos síntomas sugestivos (n=20; 50%). En ninguno de los casos se constataron indicios de disfunción a nivel social, sin embargo, en cuatro casos, se obtuvieron síntomas compatibles con la presencia de depresión (10%). Basado en lo anterior, puede afirmarse que la salud, de forma general, en esta población, es buena, ya que en todas las categorías que evalúa la escala, los no casos superaron a los casos positivos, a excepción de la ansiedad, que mostró síntomas en la mitad de los encuestados. Ver tabla 5, figura 10.

3.6 Afrontamiento. Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997)

Tabla 8 Afrontamiento

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación Estándar |
|----------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------------------|
| Autodistracción | 0,00 | 6,00 | 2,1500 | 1,84738 |
| Afrontamiento Activo | 0,00 | 6,00 | 2,4500 | 2,09945 |
| Negación | 0,00 | 5,00 | 0,7750 | 1,45862 |
| Uso de sustancias | 0,00 | 4,00 | 0,7500 | 1,21423 |
| Apoyo emocional | 0,00 | 5,00 | 1,2750 | 1,56872 |
| Apoyo instrumental | 0,00 | 5,00 | 1,4750 | 1,48475 |
| Comportamiento de retirada | 0,00 | 3,00 | 0,8000 | 1,11401 |
| Desahogo | 0,00 | 5,00 | 1,3250 | 1,40306 |
| Replanteamiento positivo | 0,00 | 6,00 | 1,8750 | 1,85621 |
| Planificación | 0,00 | 6,00 | 1,9500 | 1,75339 |
| Humor | 0,00 | 6,00 | 1,2000 | 1,52248 |
| Aceptación | 0,00 | 6,00 | 1,8750 | 1,77139 |
| Religión | 0,00 | 6,00 | 1,3250 | 1,49164 |
| Culpa | 0,00 | 5,00 | 1,0250 | 1,36790 |

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

Elaborado por: Bunay, (2018).

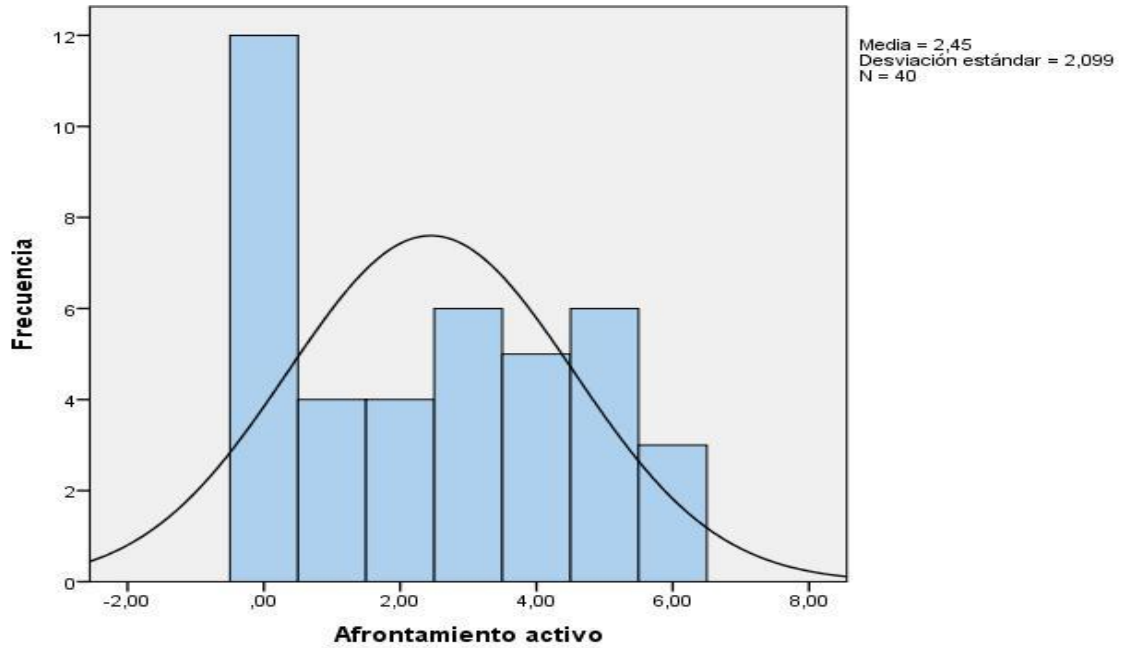


Figura 10 Histograma correspondiente al inventario de afrontamiento COPE-28

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997):
Elaborado por: Bunay, (2018).

Al analizar las diferentes estrategias de afrontamiento en estos cuidadores, se obtuvo que la más empleada es el afrontamiento activo (Media=2,45; Máx=6; Min=0; SD=2,09), seguida por la autodistracción (Media=2,15; Máx=6; Min=0; SD=1,84). Esto se sustenta además porque las prácticas menos frecuentes fueron el consumo de sustancias (Media=0,75; Máx=4; Min=0; SD=1,21) y la negación (Media=0,77; Máx=1,45; Min=0; SD=1,46). Ver tabla 6.

En la figura 11 se observa que la mayoría de los casos tiene niveles de afrontamiento que pueden catalogarse como normales.

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

Tabla 9 Apoyo Social

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|---------------------|--------|--------|---------|---------------------|
| Apoyo emocional | 12,00 | 40,00 | 32,9000 | 7,46204 |
| Apoyo instrumental | 11,00 | 45,00 | 19,7250 | 5,44901 |
| Relaciones sociales | 7,00 | 20,00 | 17,2750 | 3,49349 |
| Amor y cariño | 7,00 | 20,00 | 17,1250 | 3,36031 |

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey: Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Bunay, (2018).

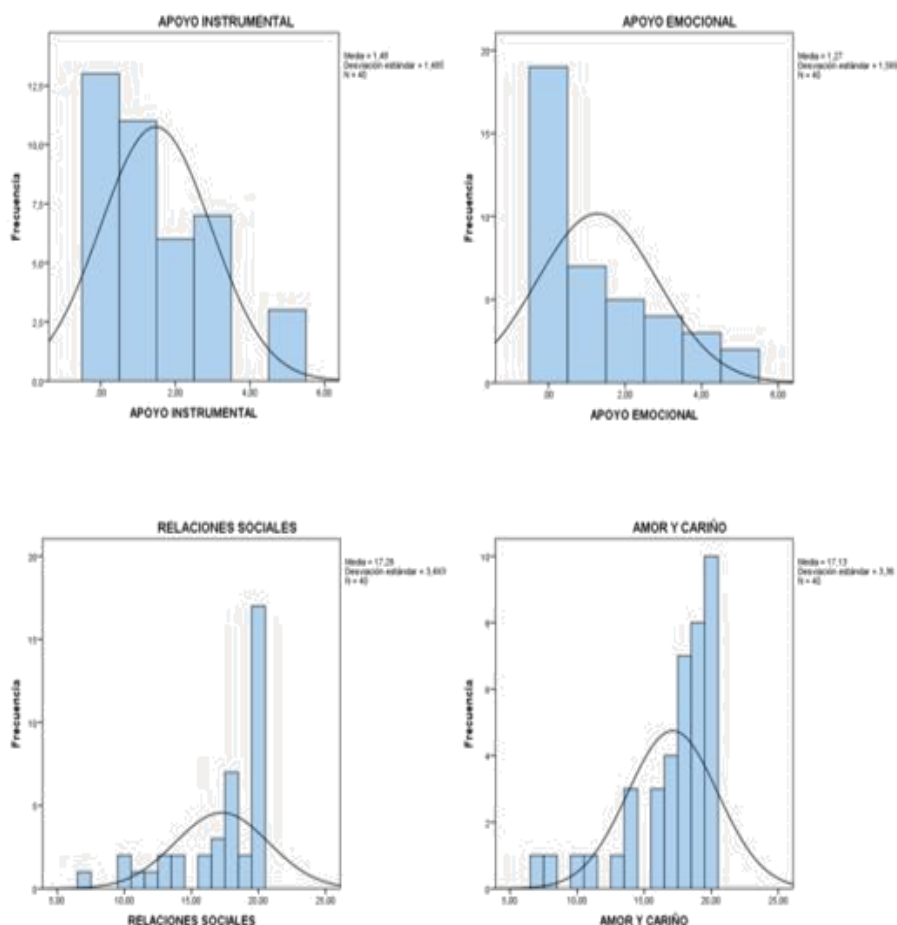


Figura 11 Apoyo social

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey: Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Bunay, (2018).

En cuanto al apoyo social, la dimensión que mayor puntaje alcanzó fue el apoyo emocional (Media=32,9; Máx=40; Min=12; SD=7,76) y el menos frecuente en esta población fue el de amor y cariño (Media=17,12; Máx=20; Min=7,0; SD=3,36). Ver tabla 7.

En la figura 12 se muestran los histogramas para cada una de las subescalas del test de apoyo social, observándose que, la mayoría de los cuidadores se encuentran dentro del rango de la normalidad.

3.8 Resiliencia. *Brief Resilience Scale (BRS)*

Tabla 10 Resiliencia

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|-------------|--------|--------|---------|---------------------|
| Resiliencia | 10,00 | 28,00 | 18,6500 | 3,41603 |

Fuente: Brief Resilience Scale (BRS)
Elaborado por: Bunay, (2018).

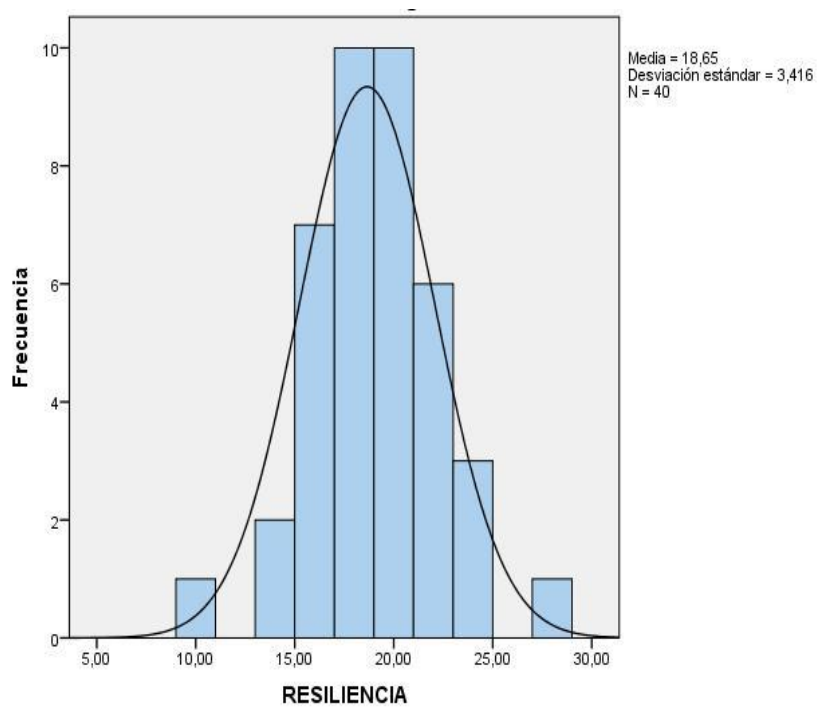


Figura 12 Escala de resiliencia
Fuente: Brief Resilience Scale (BRS)
Elaborado por: Bunay, (2018).

El promedio alcanzado en la escala de resiliencia fue de 18,65; con un mínimo de 10 puntos y un máximo de 28 puntos; la desviación estándar fue de 3,42. Si se tiene en cuenta que el punto de corte para esta escala es hasta 30 puntos, puede afirmarse que en promedio, el grado de resiliencia en estos cuidadores, si bien no es bajo, pudiera ser más elevado; además, en ninguno de los cuidadores se obtuvo el máximo puntaje en esta escala, lo que corrobora lo anterior. Ver tabla 8, figura 13.

3.9 Discusión

El cuidador formal, por lo general, tiene un perfil bien conocido, se trata por lo general de mujeres, mayores, generalmente casadas, con varios hijos, con doble jornada laboral, deben encargarse de sus pacientes y de los miembros de su hogar. En la mayoría de las sociedades actuales, la mujer tiene un rol protector, se encarga del cuidado de la familia y de las personas más necesitadas a su alrededor, por lo que no resulta raro el hallazgo del predominio de las mujeres en este grupo de cuidadores formales. Los resultados obtenidos coinciden con varias investigaciones, en los que se justifica esto por el condicionamiento de género al que se ha visto sometida la profesión de enfermería (Celma y Acuña, 2009). Varias investigaciones consultadas también apoyan esto (Bermejo, Villacieros, y Hassoum, 2017; Vargas y Quintero, 2016).

El promedio de edad de estos cuidadores fue de 35 años, y el número máximo de hijos que tenían fue 3, el promedio de hijos, fue de 0,9. Estos resultados también coinciden con las estadísticas sobre el perfil del cuidador formal, en el que generalmente encuadran personas adultos mayores de 30 años. Este promedio de edad, no coincide con el reportado por Menezes, *et al.*, (2006), quienes obtuvieron una edad promedio de 40,1 años en una cohorte de 265 cuidadores formales.

Hubo igual número de cuidadores solteros y casados (n=15; 37,5%); en tercer lugar, estuvo el grupo que declaró tener una unión libre (n=6; 15%). Si bien es cierto que existe una tendencia a disminuir el número de matrimonios formales en los últimos años, en el Ecuador y en el mundo, la cifra de divorcios y de uniones libres están en franca competencia con la cifra de matrimonios, en este punto, debe considerarse que se trata de una población relativamente joven, con un promedio de edad de 35 años, (ver figura 1) lo que pudiera explicar esto.

El estado civil ha sido relacionado con mayores cifras de cansancio emocional y despersonalización en trabajadores sanitarios, siendo más frecuente esto en los que son solteros o divorciados, lo que indica que las personas que no tienen pareja estable, no gozan de una red

de apoyo emocional segura, como sería en caso de los que son casados o viven en unión de hecho, en todo caso, el solo hecho de vivir en pareja no asegura el apoyo o la sensación de amor y cariño, sino que debería tratarse de una pareja funcional, para que ejerza su efecto protector sobre los miembros de la misma (Cañadas, 2010).

En cuanto al número de hijos, fue variable entre los cuidadores, coincide también con las cifras de la población ecuatoriana. Es válido señalar en este punto, que hasta el 37,5% de los cuidadores no tenía hijos (n=15); mientras que el 42,5% del total, tenía solamente un hijo (n=17). Los participantes en este trabajo fueron en su totalidad de procedencia urbana, lo que corresponde con la tendencia descrita para las poblaciones urbanas a retrasar la decisión de tener hijos, de cualquier manera, no debe perderse de vista que se trata de una población joven en su mayoría, por lo que esto pudiera variar. Ver gráfico 1.

El rol del número de hijos en la generación de estrés laboral crónico ha sido ampliamente discutido, existen opiniones divididas, algunos investigadores mencionan que tener varios hijos desarrolla en el cuidador la tolerancia, y la resiliencia, además, de que, al tener a varias personas bajo su responsabilidad, desarrollan con mayor frecuencia actividades de autocuidado, con el propósito de “estar bien para poder cuidar a sus hijos” (Werner, 2010), (este criterio coincide con el de esta autora).

Por otra parte, existen opiniones de que a mayor número de hijos, se incrementan las responsabilidades del cuidador, que esto incide negativamente en su bienestar y en la capacidad para enfrentar los problemas de la vida laboral. Sin embargo, el grado de funcionamiento familiar y la red de apoyo social con la que cuente el cuidador, serán definitivos para evitar que aparezca sobrecarga y agotamiento emocional (Espín, 2012).

Sobre la definición étnica, coincide también con los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INEC), que afirma que la mayoría de la población ecuatoriana se autodefine como mestiza.

Relacionado a las características profesionales de estos cuidadores, se obtuvo que todos eran cuidadores formales, lo que indica que reciben un salario por su trabajo. El rango de salario percibido en la mayoría de los casos estuvo entre los 1001 y los 2000 dólares, lo que indica que no son salarios bajos, si se tiene en cuenta que el salario básico en el Ecuador es de menos de 400 dólares.

El incentivo económico es uno de los factores que se ha descrito como protector frente al estrés laboral crónico, si bien estos salarios no son los ideales, si se trata de personas que trabajan por turnos rotativos, que se dedican a cuidar a pacientes que son totalmente dependientes de ellos, tampoco son demasiado bajos, por lo que el aspecto económico no debería influir en la aparición del estrés laboral en estos cuidadores. Además, hasta el 95% de los participantes tenían un contrato a tiempo completo, por lo que gozaban de todos los beneficios legales que esto representa, lo que también pudiera ser un factor protector frente a la aparición de estrés laboral crónico.

En cuanto a la profesión, se obtuvo que predominaron los/as enfermeros/as (n=24; 60%) y auxiliares de enfermería (n=14; 35%), lo que es lógico si se trata de cuidadores profesionales, son personas que han recibido un entrenamiento para cuidar de forma remunerada o profesional a personas enfermas o discapacitadas.

La relación laboral fue ocasional en el 35% de los casos (n=14), lo que indica que estos cuidadores no estaban vinculados a tiempo completo con esta institución de salud, además, solo el 40% de ellos hacía turnos rotativos (n=16), al menos con esta institución. El promedio de tiempo de trabajo diario, fue 8,9 horas. Al analizar estos datos, se puede afirmar que los cuidadores no estaban expuestos a una carga excesiva de trabajo, además, en su mayoría, eran cuidadores con gran experiencia, el promedio de años de trabajo como cuidadores fue 8 años, lo que se suma a los factores que actuarían de forma protectora frente al estrés laboral crónico.

Se acepta que, a medida que un trabajador gana en experiencia, disminuye la posibilidad de que desarrolle agotamiento emocional, esto se explica porque, en los profesionales jóvenes, se describe un incremento brusco de las responsabilidades, unido al ambiente competitivo y a que la mayoría busca mejorar el salario percibido, con mayor esfuerzo en el trabajo, a esto se suma que, como se trata de trabajadores con poca experiencia, no se han desarrollado aun las estrategias de autocuidado, para poder lidiar con las situaciones estresantes (Barragán, y otros, 2015). Lo anterior responde a la primera pregunta de investigación.

Respondiendo la segunda pregunta de investigación; puede decirse que en análisis de las dimensiones del estrés laboral crónico, se obtuvo que la mayoría de los cuidadores experimentaban un grado bajo de agotamiento emocional, esto puede explicarse, como se ha mencionado anteriormente, porque casi todos ellos trabajaban como promedio 8 horas, sin hacer turnos rotativos, con una relación laboral ocasional, con un salario que triplica el básico del país, además, tenían como promedio más de ocho años de experiencia, por lo que puede afirmarse,

que el factor laboral en estos casos, no fue muy llamativo, aunque no se tuvieron en cuenta, por las características del estudio, aspectos como el clima laboral, que se relacionan con la presencia de malestar y desgaste (Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente y García, 2014).

Lo obtenido en cuanto a cansancio emocional, no difiere de lo descrito en otras investigaciones, para Martínez, *et al.*, (2014), afecta a menos del 20% de los trabajadores, y no se relaciona con el estilo de vida, sino más bien con los aspectos relacionados con el trabajo, aunque no dejan de reconocer que un ambiente familiar y social desfavorable u hostil, incrementa la sensación de agotamiento en el trabajador.

La despersonalización, o cinismo, es algo que afecta bastante a relación del cuidador con su paciente, se manifiesta por una disminución en la tolerancia al mismo y van apareciendo de forma gradual, diferentes manifestaciones de maltrato, que pueden acabar por afectar seriamente el bienestar del paciente. En esta investigación, esta dimensión del estrés laboral fue bastante baja, aunque no puede pasarse por alto que un 12,5% de los encuestados alcanzó un nivel alto en esta dimensión.

Cuando aparece la despersonalización, es evidente que se trata de una fase más avanzada del síndrome de estrés laboral crónico, generalmente se ha relacionado con las horas de trabajo muy prolongadas, con el hecho de no haber tomado vacaciones hace largo tiempo o con la baja recompensa económica, de acuerdo a la percepción del trabajador, en todos los casos, el desarrollo de estrategias de autocuidado, de resiliencia y el contar con una red de apoyo social y familiar adecuadas, contribuirían a mejorar la situación (Cantera y Cantera, 2014).

La tercera dimensión del síndrome de estrés laboral crónico, que tiene una relación inversa con este, es el grado de satisfacción personal, que fue catalogado como sensación de logro en el 67,5% de los cuidadores. El hecho de que la mayoría de los trabajadores analizados sienta un alto grado de satisfacción personal indica que el clima laboral no es desfavorable y que además, la remuneración que reciben es adecuada para sus expectativas, además de que se sienten satisfechos con su desempeño, que a su vez se traduce en bienestar durante la jornada laboral, y un mayor esfuerzo por alcanzar las metas propuestas, ya sea en el plano económico o profesional.

De forma general, el Burnout en esta población se calificó como medio, esto, debido fundamentalmente al alto grado de satisfacción personal que mostraron los cuidadores, la sensación de logro se confirmó en la mayoría de ellos, lo que indica que están satisfechos con lo que han logrado, en el plano laboral. Los factores más podrían influir en que se incrementara el nivel de estrés

laboral crónico, serían un elevado nivel de agotamiento emocional y de despersonalización, pero, en ambos casos, predominaron los niveles bajos, lo que unido al alto grado de satisfacción personal que se obtuvo, confirman que los niveles de estrés laboral crónico no sean elevados en esta población.

Por otra parte, Flores, *et al.*, (2014) afirman que el Burnout es el resultado de la interacción de múltiples factores, de tipo psicológicos (inherentes al paciente), de tipo laborales, relacionados con la organización del trabajo y el ambiente laboral de forma general y también factores sociales, entre los que tienen un papel preponderante la red de apoyo y la estructura familiar del trabajador.

Para autores como Leiter y Maslach (2016), el grado de realización personal es uno de los aspectos más importantes a considerar la presencia de estrés laboral crónico, en cualquier trabajador, especialmente en los que brindan cuidados a otras personas. Cuando un cuidador no logra sentirse satisfecho con su vida profesional, se incrementa la sensación de estar desgastado y además, empeoran las manifestaciones de despersonalización, por lo que su trabajo pierde calidad, la relación con los pacientes se vuelve impersonal, fría y en el peor de los casos, deshumanizada; es en este momento que el trabajador comienza a ser poco eficaz en su desempeño.

Respondiendo a la tercera pregunta de investigación, se obtuvo que el bienestar general que incluye el alto grado de satisfacción personal, fue elevado en estos cuidadores, lo que pudiera justificar que no fuera elevado el grado de estrés laboral crónico, ya que se comporta como un factor protector.

Son cuidadores que, a pesar de no sentir angustia de ningún tipo, pierden el nivel de compromiso con que trabajaban al inicio; que algunos investigadores han llamado “desesperación tranquila”, que indica que el cuidador no ha logrado obtener la realización personal con su trabajo, por lo que su estado de ánimo es neutro, demostrando apatía frente a los nuevos retos de la vida cotidiana en su centro de trabajo (Baldwin, *et al.*, 2011).

Como se observa, la sobrecarga es algo que está presente en el 20% de los cuidadores, lo que es una minoría, pero, no deja de ser importante. Para autores como Navarro, *et al.*, (2017), la sobrecarga es menos frecuente en los cuidadores profesionales, debido a que tienen por lo general, horas de trabajo y funciones bien delimitadas. En algunos casos, se suma a su contenido de trabajo, las cuestiones familiares, (de ahí la importancia de mantener una buena red de apoyo).

Los resultados de esta investigación son similares a los descritos por los autores mencionados, que obtuvieron que hasta el 60% de los cuidadores no experimentaban ningún tipo de sobrecarga. Las causas que se relacionan con la sobrecarga en cuidadores es no tener un trabajo fijo, sin planificaciones horarias.

Otra de las causas que se asocia con un incremento de la sobrecarga en cuidadores, es el bajo grado de resiliencia, que en esta investigación, fue elevada en la mayoría de los cuidadores (ver tabla 8 y figura 13), lo que sustenta lo anteriormente planteado, de que en la mayoría de estos cuidadores, no existe sobrecarga. Cuando su trabajo consiste en cuidar a personas con extrema dependencia de ellos para realizar todo tipo de funciones vitales o sociales, pudiera incrementarse la sobrecarga de los cuidadores, pero, en el caso de esta investigación, al tratarse de cuidadores formales, tienen un horario determinado, con descansos programados, por lo que es poco probable que se sienta sobrecargado (Sánchez y Fontalba, 2017).

La sobrecarga se relaciona con síntomas somáticos, como son los dolores osteoarticulares, el dolor de cabeza, la falta de ánimo, sensación de cansancio permanente, alteraciones del sueño, además se ha descrito que los trabajadores que experimentan sobrecarga, tienen un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Al evaluar el estado de salud general de estos cuidadores, se obtuvo, por norma general, que es bueno, la presencia de síntomas somáticos y de ansiedad estuvieron presentes en el 45% y 50% respectivamente, mientras que los síntomas de origen depresivo se constataron en el 10% de ellos, lo que confirma lo anteriormente expuesto, al no existir un alto grado de sobrecarga en los cuidadores, su salud, de forma general, se mantiene conservada.

Respondiendo a la cuarta pregunta de investigación; se acepta que, tal como se conoce en la actualidad, el afrontamiento es un recurso psicológico, que permite al individuo enfrentar exitosamente cualquier situación desfavorable, o simplemente, difícil. Desarrollar las diferentes capacidades de afrontamiento, es, junto a los niveles de resiliencia y las estrategias de autocuidado, uno de los pilares fundamentales para evitar el estrés laboral crónico en cuidadores. En esta población, las más utilizadas fueron la auto distracción y en enfrentamiento activo de la situación estresante.

Como se observa en la figura 11, la mayoría de los cuidadores estaban dentro de la curva de normalidad, lo que indica que saben enfrentar de forma eficiente las situaciones adversas en su vida personal y profesional, lo que se justifica porque cuentan con una red de apoyo social

adecuada, tanto en el ámbito familia como fuera de este, lo que responde a la quinta pregunta de la investigación.

Estos resultados coinciden con los de Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, (2013), quienes plantean que el personal de la salud, prefiere utilizar estrategias paliativas o evitativas (desconexión), más que de afrontamiento directo, además, es frecuente entre estos el apoyo en redes sociales y familiares, así como el consumo de sustancias, aunque también se describen los momentos de catarsis cuando están entre amigos o familiares,

Autores como Macías, *et al.*, (2013), aseguran que el desarrollo de estrategias de afrontamiento disminuye el estrés ante situaciones poco amigables. La mayor o menor medida en que se desarrollen estas estrategias, estarán en dependencia del grado de exposición del individuo a las situaciones estresantes, y a los rasgos propios de su personalidad, además, es un factor que se ha relacionado ampliamente con la calidad de vida y la satisfacción vital.

En relación con el síndrome de estrés laboral crónico, se comportan las estrategias de afrontamiento como un factor protector. En el caso de este trabajo, en el que el afrontamiento activo fue una de las estrategias más empleadas, es válido señalar que esta estrategia tiene lugar cuando el individuo percibe a la situación estresante como susceptible de ser cambiada, se siente en total capacidad de modificar la situación, para que deje de representar un problema para este. En el ámbito laboral, el afrontamiento activo se relaciona con una actitud más proactiva y asertiva en el trabajo, lo que se contrapone a la actitud que asume un cuidador que se sienta desgastado o despersonalizado.

Respondiendo a la sexta pregunta de investigación, la resiliencia, es un constructo que ha surgido a partir de la psicología positiva, debido a las diferencias con las que las personas son capaces de “adaptarse” a los cambios y sobreponerse a las situaciones estresantes que estos cambios constituyen. En el ámbito profesional, la resiliencia constituye una herramienta invaluable, para sortear los diferentes obstáculos que supone el desempeño laboral. Se acepta que los trabajadores con mayores niveles de resiliencia son más efectivos y felices, alcanzando mayores niveles de satisfacción vital y de rendimiento profesional.

La resiliencia puede considerarse también como un factor protector frente al estrés laboral crónico, está conformada por cinco rasgos fundamentalmente, que son la “competencia personal, la confianza en los propios instintos, tolerancia a la adversidad, aceptación positiva del cambio y el control espiritual” (Soler, Meseguer y García, 2016, p. 162).

CONCLUSIONES

Los cuidadores analizados se caracterizan por un predominio femenino, de la etnia mestiza, con un promedio de edad de 35 años, con igual porcentaje de solteros y casados. Laboralmente, todos recibían un salario por su trabajo. La modalidad de trabajo que predominó fue a tiempo completo, con una relación laboral ocasional. La minoría de ellos hacía turnos rotativos.

De las dimensiones de estrés laboral crónico, el agotamiento emocional y la despersonalización fueron bajos; mientras que se obtuvo un alto grado de satisfacción personal. La prevalencia de estrés laboral crónico fue media.

Los niveles de bienestar general y satisfacción vital fueron elevados en estos cuidadores, la mayoría afirmó sentirse altamente satisfecho y muy satisfecho. Ninguno de ellos se mostró insatisfecho.

El afrontamiento activo y la autodistracción fueron los más utilizados en estos cuidadores, mientras que el consumo de sustancias y la negación fueron muy poco utilizados.

En cuanto a la red de apoyo social, la dimensión que mayor puntaje alcanzó fue el apoyo emocional y el menos frecuente fue el de amor y cariño.

La resiliencia no fue máxima en ninguno de los casos, en la mayoría de ellos se constataron niveles medios de resiliencia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los directivos del hospital en el que se realizó esta investigación, desarrollar acciones que contribuyan a disminuir el estrés laboral crónico, como el diseño de actividades al aire libre entre los trabajadores; organizar la jornada laboral de los cuidadores, garantizando su descanso programado y favorecer el desarrollo profesional de los mismos.

Es recomendable profundizar en el estudio del estrés laboral crónico, buscando estrategias que permitan elevar el grado de satisfacción personal, ya que ha demostrado ser un factor con una relación inversa en la aparición de Burnout.

Se propone a los a los directivos del hospital en el que se realizó esta investigación, crear un ambiente laboral adecuado, para que los trabajadores mantengan elevada la sensación de bienestar general.

Se propone capacitar a los cuidadores, sobre los diferentes modos de afrontamiento de situaciones estresantes en su trabajo.

Fortalecer las redes de apoyo social, creando espacios de interacción entre los cuidadores fuera del trabajo.

Favorecer la satisfacción vital de los cuidadores, creando un espacio en el que puedan canalizar sus inquietudes y problemas en el trabajo y ofrecer un espacio de intercambio en la consulta de psicología organizacional, ofreciéndole herramientas para fortalecer su capacidad de resiliencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2014). El Método de la Investigación. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 9(3), 195-204. Recuperado de: [http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9\(3\)195-204.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9(3)195-204.pdf).
- Admiraal, W, Korthagen, F y Wubbies, T. (2000). Effects of student teachers' coping behaviour. *Br J Educ Psychol*, 70(1), 33-52. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10765565>.
- Akbarbegloo, M.y Valizadeh, L. (2011). Occupational tension and coping strategies in nurses in psychological ward of Tabriz Razi hospital. *Modern Care*, 8(1), 54-51. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954913/>.
- Aranda, C, Pando, M. y Guadalupe, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte*, 32(2), 23-36. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522016000200005&script=sci_arttext&lng=es.
- Arrogante, O. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería . *Enfermería Clínica*, 283-289. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-epub-S1130862114000862>.
- Atace, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout, en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 14-23. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008.
- Baldwin, K; et al., (2011). *Burnout Syndrome in Licensed Mental Health Counselors and Registered Mental Health Counselor Interns: A Pilot Study*. New Orleans: American Counseling Association Conference. Recuperado de: http://www.counseling.org/resources/library/VISTAS/2012_Vol_1_67-104/2_2012-ACA-PDFs/Article_79.pdf
- Barragán, A, Martos, A, Cardila, F., Molero, M, Pérez, M, y Gázquez, J. (2015). Variables relacionadas y prevalencia del Burnout en profesionales sanitarios. *European Journal of Health Research*, 1(1), 5-14. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6152062>
- Barrera, L. (2013). *Principales causas de estrés laboral, según percepción de un grupo de propietarios del comercio informal que trabajan en un mercado de la capital*. Guatemala.

Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Barrera-Luisa.pdf>: Universidad Rafeal Landívar .

Bermejo, J., Villaceros, M., y Hassoum, H. (2017). Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. *Gerokomos*, 28(3), 116-120. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00116.pdf>

Blanchi, R, y Brisson, R. (2017). Burnout and depression: Causal attributions and construct overlap. *Journal of Health Psychology*, 25-39. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105317740415>.

Burke, R. (1987). Burnout in Police Work. *Group y Organization Management*, 6(2), 487-502. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/105960118701200205>.

Buunk, R, y Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 25-38). London : Taylor y Francis.

Cantera, L, y Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13(2), 88-97. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v13n2/art09.pdf>

Cañadas, G. L. (2010). Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del Burnout en profesionales sanitarios. *Escritos de Psicología*, 3(4), 11-16. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000300004.

Cardona, D, Segura, A, Berbesí, D, y Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 36-45. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/12411/20779694>.

Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*, 4(1), 92-100. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16250744>.

Celma, M., y Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la Enfermería en subdesarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, 9(9), 119-167. Recuperado de: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1984>.

- Cherniss, C. (1981). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services (Sage studies in community mental health)*. New York: SAGE Publications, Inc; 1 edition.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 135-149). Philadelphia: Taylor y Francis.
- Cox, T, Kuk, G, y Leiter, T. (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 26-39). London : Taylor y Francis.
- Cruz, P, y Abellán, P. (2015). Professional Burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(3), 543-552. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26155012>.
- Díaz, F, y Gómez, C. (2016). La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en América Latina entre 2000 y 2010. *Psicol. caribe*, 33(1), 74-85. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2016000100009&script=sci_arttext&lng=en.
- Diener, E, Emmons, R, Larsen, R, y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 15-26. Recuperado de: https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Emmons-Larsen-Griffin_1985.pdf.
- Edelwich, J, y Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. *New York: Human Sciences Press*, 56-69. Recuperado de: <https://archive.org/details/burnoutstagesofd00edel>
- Eslami, R, Elahi, N, y Falhahi, M. (2016). What Strategies Do the Nurses Apply to Cope With Job Stress?: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 55-65. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954913/>.
- Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300006
- Farber, B. (2000). Treatment strategies for different types of teacher Burnout. *J Clin Psychol*, 56(5), 675-689. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852153>.

- Fernández, M, González, J, Iribar, C, y Peinado, J. (2017). Psychosocial risks and stress as predictors of burnout in junior doctors performing emergency guards. *Gac Med Mex*, 153(4), 452-460. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28991274>.
- Flores, N, Jenaro, C, Moro, L, y Tomsa, T. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health*, 4(2), 79-88. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/european-journal-cuidadores-03-2015.pdf>.
- Freudenberger, M. (1974). Staff Burn-out. *J Soc Issues*, 30(1), 159-166. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4969803&pid=S1135-5727199700030000800002&lng=es.
- García, D, Spröhnle, C, y Sapag, J. (2008). Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud. *Rev Méd Chile*, 136(6), 809-811. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000600019.
- Goldberg, D, y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9(1), 139-145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/424481>.
- Golembiewski, R, Munzenrider, R, y Carter, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. *ournal of Applied Behavioral Science*, 19(3), 461-481. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002188638301900408>
- Harrison, W. (1983). A social competence model of Burnout. En B. Farber, *Stress and Burnout in the human services professions* (págs. 29-39). New York: Pergamon Press .
- Hobfoll, S, y Freddy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 56-70). London : Taylor y Francis. Recuperado de: <https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781351854740>
- Holahan, C, Holahan, C, Moos, R, y Schutte, K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/7589759_Stress_Generation_Avoidance_Coping_and_Depressive_Symptoms_A_10-Year_Model.

- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. Recuperado de: <https://eric.ed.gov/?id=EJ201358>.
- Leiter, M, y Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89-100. doi:<https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058615300188>
- Londoño, N, Rogers, H, Castilla, J, Posada, S, Ochoa, N, Jaramillo, M., . . . Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. Recuperado de: <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web>.
- Lusilla, P, y Castellano, C. (2012). *Resiliencia y Burnout: ¿Dos caras de la misma moneda en profesionales sanitarios?* Barcelona. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/posters/2014/132904/CSM14_pilarlusilla.pdf: Vall d'Hebron Institut de Recerca .
- Macías, A, Madariaga, C, Valle, M, y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 56-62. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 25(112), 12-48. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>.
- Martínez, J, Méndez, I, Secanilla, E, Benavente, A, y García, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 41-53. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/261569207_Burnout_en_cuidadores_profesionales_y_calidad_de_vida_en_residentes_de_centros_institucionalizados
- Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. En W. Schaufeli, *Professional Burnout* (Vol. 52, págs. 397-422. Recuperado de: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>). Washington: Taylor y Francis .
- Maslach, C, y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2(1), 99-113. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/epdf>.

- Maslach, C, Jackson, S, y Leiter, M. (1996). The Maslach Burnout Inventory (3rd ed). *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press*, 15-26. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/1997-09146-011>.
- Maxime, P, Egido, A, Le Moine, A, y Gueben, L. (2016). *Personalidad resistente y estrés en los bomberos : vínculos entre las dificultades psicosociales presentes en la actividad y la salud psicológica*. Buenos Aires : Pontificia Universidad Católica de Argentina. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=Revistas&d=personalidad-resistente-estres-bomberos>
- McCarthy, P. (1985). Burnout in psychiatric nursing. *JAN*, 10(4), 305-310. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1985.tb00823.x/full>.
- Menezes, V, Fernández, B, Hernández, L, Ramos, F, y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3310.pdf>
- Midori, F, Oliveira, T, y Hadad, M. (2017). Hardiness and occupational stress in nurses managers of hospital institutions . *Revista de Enfermagem UFPE* , 4199-4205. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=125911460&h=EtU3GELTaR3oYhD3YSY4r6ZQ0mOJDwH02s51ru10U1%2fnzgyD6WrUbLmALJqpiqtA%2bikVbJ3h8ymVRTcJkvfxEQ%3d%3d&crl=c&resultN>.
- Mingote, A. (1998). Síndrome Burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 5(8), 493-503. Recuperado de: <http://www.fmc.es/es/sindrome-burnout-o-sindrome-desgaste/articulo/4767/>.
- Miravalles, J. (2014). *Estrés. Modelos explicativos* .San Juan de la Cruz. Recuperado de: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.pdf>: Gabinete Psicológico.
- Navarro, Y, López, M, Climent, J, y Gómez, J. (2017). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gac Sanit.*, 26(5), 5-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>.
- Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab*, 19(58), 58-60. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492017000100059&script=sci_arttext&tlng=pt.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). La organización del trabajo y el estrés laboral 56-96. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3s_p.pdf?ua=1.
- Pines, A. (1983). On burnout and the buffering effects of social support. En B. Faber, *Stress and burnout in the human services professions* (págs. 23-39). New York: Pergamon Press. Recuperado de: <http://www.worldcat.org/title/stress-and-burnout-in-the-human-service-professions/oclc/8728907>
- Pinzón, E, y Carrillo, E. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*(34), 56-68. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a08.pdf>.
- Puerto, H. (2015). Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Rev Cuid* , 1029-1040. Recuperado de: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/154/462>.
- Puhl, S, Izcurdia, M, Osteyza, G, y Escayol, M. (2016). Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. *Anuario de Investigaciones Psicológicas*, 8(2), 229-236. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696023.pdf>.
- Quinche, A, y Ríos, A. (2017). Síndrome del Cuidador', una patología poco conocida en el país. *Redacción Médica*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/-s-ndrome-del-cuidador-afecta-al-74-de-los-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-89398>.
- Ray, T, Keningmberg, T, y Pana, R. (2017). Employment arrangement, job stress, and health-related quality of life. *Safety Science*, 100(1), 46-65. Recuperado de: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0925753517308172?via%3Dihub>.
- Reed, T. (1981). Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. By Jerry Edelwhich and Archie Brodsky. New York: Human Sciences Press, 1980. *NASSP Bulletin*, 65(445), 106-109. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/019263658106544520>.
- Rodríguez, A, Rodríguez, E, Duarte, A, Díaz, E, Barbosa, A, y Clavería, A. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-

165. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-observacional-transversal-sobrecarga-cuidadoras-S0212656716301962>.
- Rosales, Y, y Rosales, R. (2014). Hacia un estudio bidimensional del Síndrome de Burnout en estudiantes universitarios. *Ciência & Saúde Coletiva*,, 19(2), 4767-4775. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/630/63032604017/>.
- Rubio, J. (2003). Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria . *Tesis* . Universidad de Extremadura . Recuperado de: <http://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238164.pdf>
- Salazar, P, y Huarca, L. (2016). *Rasgos de personalidad y síndrome de burnout en personal de salud del servicio de ginecología del Hospital III Yanahuara*. Lima. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3476?show=full>: Universidad Nacional de San Agustín.
- Sampieri, R, Fernández, C, y Baptista, P. (2016). *Metodología de la Investigación*. Bogotá: McGrawHill. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Sánchez, J, y Fontalba, M. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), 119-126. Recuperado de: <https://formacionasunivep.com/ejhr/index.php/journal/article/view/61>
- Smith, B, Dalen, J, Wiggins, K, Tooley, E, Christopher, P, y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(1), 194-200. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.580.533&rep=rep1&type=pdf>.
- Soler, I, Meseguer, M, y García, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 159-166. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>.
- Tejero, R, González, D, y Delgado, S. (2013). El Burnout como forma de estrés laboral y su dimensión forense. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 14(1), 51-66. Recuperado de : http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol14_1_13/rst08113.pdf.

- Thompson, M, Page, S, y Coope, L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9(2), 221-235. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.2460090405>
- Torres, 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*. Huelva. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/bitstream/handle/10272/2645/b15236699.pdf?sequence=1>
- Toscano, A. (2016). *Prevalencia de secuelas biopsicosociales en 50 cuidadores primarios informales de pacientes adultos mayores en la ciudad de Guatemala*. Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/594/1/2016_T-mgg-002_toscan_torres_arnoldo_md.pdf: Universidad Galileo .
- Vargas, M y Quintero, B. (2016). Síndrome de Burnout en la práctica fonoaudiológica. *Rev. Signos Fónicos*, 1(3), 190-194. Recuperado de: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/1534
- Viale, M, González, F, Cáceres, M, Provust, M, Miranda, A, y Rimoldi, M. (2016). Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 8(1), 35-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4395/439545619004/>.
- Werner, D. (2010). "Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile. *Memoria para optar al Título de Psicóloga*. Santiago de Chile. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 11-19). London : Taylor y Francis. Recuperado de: <https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781351854740>
- Zarit, S, Reever, K, y Bach, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. Recuperado de: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/20/6/649/629680?redirectedFrom=fulltext>.

ANEXOS

