



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Estrés laboral en cuidadores en el Ecuador.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Morales Morales, Lady Alexandra

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth, Mgtr

CENTRO UNIVERSITARIO AMBATO

2019



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>

2019

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Elizabeth Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación **Estrés laboral en cuidadores en el Ecuador**, realizado por Morales Morales Lady Alexandra ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril de 2019

f)

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

“Yo, Morales Morales Lady Alexandra declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Estrés laboral en cuidadores en el Ecuador. Estudio realizado a personas cuidadoras con discapacidad del cantón Pelileo provincia de Tungurahua”, de la Titulación de Psicología, siendo la Mgtr. María Elizabeth Vivanco Vivanco 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”

f.

Autor: Morales Morales Lady Alexandra

Cédula: 1003785480

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación quiero dedicárselo a mi esposo Luis Centeno, mi hija Lía Centeno, mi tía Fabiola Morales y a toda mi familia quienes, gracias a su más sincero apoyo sin condiciones, su amor, su confianza y sus enseñanzas en que una persona puede hacer la diferencia, pero que en conjunto podemos cambiar la sociedad, hicieron posible el logro de una meta muy importante para mi vida.

AGRADECIMIENTO

Quiero dar mi gran sincero agradecimiento a la UNIVERSIDADE TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA porque gracias a su programa de becas, logre culminar con mi titulación y ser una profesional, ya que fue una gran ayuda debido a mi condición económico y la posibilidad de estudiar y trabajar simultáneamente.

A mis estimados tutores Mgtr. María Elizabeth Vivanco Vivanco, directora de tesis y Lic. Karina Elizabeth Ocampo Vásquez que hicieron posible con su paciencia, apoyo y orientación la culminación de este trabajo.

Sin olvidar a mis docentes que me acompañaron en toda la carrera e instituciones que permitieron que realizara mis prácticas y trabajo investigativo.

ÍNDICE

CONTENIDO

TRABAJO DE TITULACIÓN	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE.....	VI
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	4
MARCO TEÓRICO.....	4
1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores	5
1.1. Conceptualización.....	5
1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico.	11
1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.....	13
1.4. Definición de Cuidador.....	21
1.5. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.....	22
1.6. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.	23
1.7. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....	25
CAPITULO II.....	28
METODOLOGÍA.....	28
2.1. Objetivos.	29
2.2 Preguntas de investigación.....	29
2.3. Contexto de la investigación.....	29
2.4. Diseño de experimentación.....	30
2.5. Población y muestra.	30
2.6. Procedimiento.....	31
2.7. Instrumentos.	32
2.8. Recursos	36
CAPITULO III.....	37
ANÁLISIS DE DATOS.....	37
CAPÍTULO IV	45
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45

CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	58

RESUMEN

El síndrome de Burnout o estrés laboral crónico, es el deterioro de la salud física y psicológica como resultado de la elevada intensidad de carga laboral por un período prolongado en cuidadores. El objetivo del estudio es identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones en cuidadores informales de personas con discapacidad del Comité “Bendición de Dios”, ubicado en el cantón Pelileo, provincia de Tungurahua.

En la investigación se determinan las características sociodemográficas y laborales, las dimensiones de estrés laboral crónico, modos de afrontamiento, apoyo social procedente de la red social, la satisfacción vital y la resiliencia de la población investigada a través de análisis descriptivo y cuantitativo.

Se concluye que existe prevalencia del síndrome de Burnout en un nivel alto relacionado al 60% de participantes, la mitad perciben tener sobrecarga intensa, tiene mayor incidencia en el género femenino que asume el rol de cuidador en el núcleo familiar, la carga familiar es determinante para el desarrollo del síndrome, presentan agotamiento emocional y ansiedad, desconocen sobre cuidados paliativos y los ingresos económicos, experiencia y número de hijos permiten el avance del síndrome

PALABRAS CLAVE: Síndrome – Burnout – Cuidadores informales – Prevalencia – Despersonalización – Estrés – Crónico – Test

ABSTRACT

Burnout syndrome or chronic labor stress is the deterioration of physical and psychological health as a result of the high intensity of labor load for a prolonged period in caregivers. The objective of the study is to identify the prevalence of Burnout syndrome and its three dimensions in informal caregivers of people with disabilities of the Committee "Blessing of God", located in the canton Pelileo, province of Tungurahua. The research determines the sociodemographic and labor characteristics, the dimensions of chronic labor stress, coping modes, social support from the social network, the vital satisfaction and resilience of the population investigated to Through descriptive and quantitative analysis. It is concluded that there is prevalence of Burnout syndrome at a high level related to 60% of participants, half perceive to have intense overload, has greater incidence in the female gender that assumes the role of caregiver in the family nucleus, the family load is Determinant for the development of the syndrome, they present emotional exhaustion and anxiety, they do not know about palliative care and the economic income, experience and number of children allow the advancement of the syndrome.

KEYWORDS

Syndrome – Burnout – Informal caregivers – prevalence – depersonalization – stress – chronic

INTRODUCCIÓN

Gil-Monte y Peiró (1997) defienden el síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un aspecto negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017) “se calcula que hay 47 millones de personas con demencia en el mundo, y se prevé que esta cifra aumentará a 75 millones de aquí a 2030 y que el número de casos de demencia prácticamente se triplicará para 2050.

En Ecuador se dirigen investigaciones orientadas desde la academia para profundizar y recabar datos sobre la prevalencia del síndrome en cuidadores en la provincia de Loja un estudio publicado en el portal *Redacción Médica*, efectuado por Quinche y Ríos (2017) ha determinado que: “el ‘**Síndrome del Cuidador**’ afecta al 74,6 % de las personas que se desempeñan como cuidadores de personas con discapacidad grave y muy grave, además que necesitan una atención integral para mejorar su calidad de vida”.

Existe una variedad de tipologías de cuidadores, hay autores que solo establecen dos clases de cuidadores: cuidador formal y cuidador informal que también es conocido como cuidador principal, cuidador familiar o cuidador crucial. Viera Qusipe & Yugcha Pulloquina, (2016). El estudio se dirige a cuidadores informales de personas con discapacidad del Comité “Bendición de Dios”, ubicado en el cantón Pelileo, provincia de Tungurahua.

La investigación cuenta con la participación de 40 cuidadores informales, se aplican los siguientes instrumentos para el análisis descriptivo y cuantitativo: variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, Inventario de Burnout de Maslach (**Maslach burnout Inventory**) [**MBI-HSS**], la Entrevista de Carga para Cuidadores Formales, Escala de satisfacción vital (ESV), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Cuestionario MOS de apoyo social, Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) y Brief Resilience Scale (BRS).

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores

1.1. Conceptualización.

El estrés laboral crónico en cuidadores conocido también como síndrome de Burnout, síndrome del quemado, síndrome del aniquilamiento y otras denominaciones es una respuesta del ser humano ante la sobre carga laboral por un periodo prolongado de tiempo, es decir cuando las exigencias de la actividad realizada sobrepasan las capacidades, recursos y necesidades del individuo que realiza determinada actividad Hermosilla (2011). La mente y el cuerpo del ser humano atraviesa un proceso de agotamiento personal, baja de energía, despersonalización o cinismo y reducción de satisfacción personal. Las consecuencias de este estrés son negativas (lo que lo diferencia del estrés general) en distintas áreas de la persona, individualmente y en su lugar de trabajo sea este profesional, organizacional, voluntario o doméstico y está relacionado directamente en la atención a usuarios o personas con gran dependencia por motivo de enfermedad, responsabilidad social, voluntariado, etc.

1.1.1. Definiciones de las décadas de 1980.

La Palabra burnout se desprende del inglés y se traduce en español como estar quemado según Hernandez, Terán, Navarrete y León, (2007). Roa (2013) en su tesis, prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud del área de urgencias en el Hospital General de Chalco, señala: "H.B. Bradley, después de una investigación, menciona por primera vez el término "Staff Burnout" en un artículo acerca de la libertad condicional en oficiales de policía que dirigían un tratamiento basado en la comunidad para los menores delincuentes"(p. 12). La investigación centra su estudio en el comportamiento que presentan los oficiales después de extensas jornadas de trabajo.

El psiquiatra Herbert J. Freudenberg de descendencia alemana y estadounidense establece en 1974, las primeras nociones de la enfermedad como argumenta Morales e Hidalgo (2015) "a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo"(p.2). Esto se produjo por la interacción que tienen los voluntarios psicólogos recién egresados con los pacientes al buscar resolver sus problemas en un corto plazo y luego de un tiempo no encontrar cambios trascendentales.

Posteriormente la Psicóloga Cristina Maslach da a conocer el síndrome ante la Asociación Estadounidense de Psicología, pero fue en la década de los ochentas, 1982 que Maslach y el Psicólogo Michael P. de la Universidad de Acadia Scotia crearon el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, convirtiéndose en el instrumento más utilizado hasta nuestros tiempos.

Maslach y Jackson (1986) definen el síndrome en tres perspectivas que son: Agotamiento emocional que se caracteriza por el cansancio, fatiga física, emocional o psíquica y falta de energía para seguir con las actividades diarias. Despersonalización conocida también como cinismo entendido por el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, frías y distantes hacia las personas con las que la persona labora, de quienes debe cuidar o dependen por motivo de enfermedad u otra razón del individuo. La pérdida de motivación e irritabilidad se incrementan a tal punto de frustrarse, caer en el cinismo ante sus pacientes o usuarios, luego se produce niveles de ansiedad o depresión y gran descenso de rendimiento laboral. La última característica es el sentimiento de bajo logro o realización profesional o personal y surge cuando las demandas de las actividades del individuo sobrepasan sus capacidades y recursos. Revela sentimientos negativos hacia sí mismo y el trabajo, evita relaciones personales, baja autoestima, incapacidad para soportar la presión y frustración.

Machlowitz (1980), citado por Yuri & Rosales (2013) manifiesta: “es un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito, que provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva”. Son grandes las expectativas e ilusiones que se forman en la mente del individuo de ahí su motivación, dedicación y entrega a esa determinada actividad o profesión, de esa forma se espera que la retribución económica y/o emocional sea de la misma proporción y cuando esto no ocurre y por un prolongado tiempo inicia la aversión al trabajo y sus derivados.

Pines et al., (1981) “burnout es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”. Lazarus, (1984) define: “el estrés crónico en una relación particular que se establece entre el sujeto y el entorno que es evaluada por éste como amenazante y desbordante”.

Los distintos autores coinciden al manifestar que este estado se presenta con respuestas negativas ante los estresores, es decir, que las personas pasan de ver su lugar de trabajo de gran expectativa a un ambiente amenazante y desbordante, en ese momento el individuo procede a utilizar mecanismos de afrontamiento ante estas situaciones, pero, al mantenerse los estresores por un periodo de tiempo largo se inicia la disminución de habilidades no solo

de afrontamiento si no en la ejecución de tareas provocando sentido de minusvalía, sentimientos y actitudes de quemeimportismo ante sus compañeros y usuarios.

Brodsky (1980) establece: “el estrés laboral crónico como un proceso, a diferencia de los otros autores que lo presentan como un estado, este se desarrolla de cuatro fases por las cuales pasa un individuo propenso a este síndrome: 1. Entusiasmo, energía desbordante y carencia de la noción del peligro. 2. Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración. 3. Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Y 4. Apatía, que se constituye el mecanismo de defensa ante la frustración”.

1.1.2. Definiciones de las décadas de 1990.

A partir de esta década es cuando se logran acuerdos entre los distintos personajes sobre una conceptualización más consolidada del Síndrome, así como el análisis, técnicas, metodologías y herramientas más sofisticadas; y mayor conciencia en programas de prevención. De esa forma el estudio va más allá de profesiones u ocupaciones en servicios sociales, humanitarios, el análisis se extiende a las organizaciones, oficinas, empresas de distinto tamaño, por ejemplo: el servicio militar, programas especiales de reclutamiento laboral, etc.

Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) lo definen como: “un tipo de estrés laboral que se da particularmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo. Leiter (1992) lo asemeja a una crisis de autoeficacia. Garcés de Los Fayos (1994) señala que puede ser similar al estrés laboral o consecuencia de éste. Schaufeli y Buunk (1996) interpretan el Burnout en términos de comportamiento negativo en la organización, que afectaría no solamente al individuo, sino también a ésta. Gil-Monte y Peiró (1997) defienden el síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un aspecto negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Mingote Adán (1998) realiza una síntesis de los factores comunes en el estrés laboral crónico o Burnout, pero añade que se trata de un síndrome clínico-laboral debido a la inadecuada adaptación al trabajo, que en conjunto con los síntomas físicos como el agotamiento, cansancio y malestar general van las técnicas paliativas reductoras del estrés que se

convierten en conductas adictivas que median en el deterioro de la calidad de vida y sus presumibles consecuencias.

La mejor definición del estrés laboral crónico en el campo laboral es el principal mérito de esta década, la extensión en otras profesiones y la visión multilateral que se da, el interés mayor de distintos autores consigue pulir de mejor forma la conceptualización, pero con énfasis en los factores que lo originan y los síntomas precisos que ocasionan el detrimento de la vida del ser humano. Esto también se da en respuesta a la gran preocupación de la pérdida de productividad de las empresas y organizaciones frente a un mundo competitivo y globalizado.

1.1.3. Definiciones de las décadas del 2000.

En este año fue cuando la Organización Mundial de la Salud declara el Síndrome de Burnout o estrés laboral crónico como un factor de riesgo laboral en la capacidad de afectar y poner en riesgo significativamente la vida del individuo.

Antunes (2000) afirma: “estos cambios tienen implicaciones en la subjetividad de los trabajadores, repercuten en la vida psíquica de la persona, dando lugar, entre otros, a problemáticas como el síndrome del burnout, el cual se ha convertido en un fenómeno de interés general en la sociedad moderna”. En la actualidad el desarrollo de las fuerzas productivas y la industria en general, ha implicado la diversificación de las funciones de la clase obrera; misma que al buscar elevar el nivel y calidad de la producción, establecen formas precarias de explotación laboral como la flexibilización laboral, paro forzoso y otros que afectan la subjetividad de los trabajadores.

Peris (2002) citado por Maico (2014), enfatiza en un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado: “Síndrome de Burnout”, “estar quemado” o “desgaste psíquico”. Recientemente, el Burnout se ha descrito como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La actividad que realizan los trabajadores sociales a través de programas de protección y cuidado infantil a largo plazo, involucran períodos de evaluación de objetivos cada dos años, misma que se ve afectada por

las coyunturas económicas que mantienen índices de infantes vulnerados; es aquí donde se enfrenta la visión de cambio que choca con la realidad.

En esta década de desencadena una discusión sobre si los términos y definiciones del estrés laboral crónico y Burnout son iguales, diferentes o deben ser analizados como un mecanismo de defensa que se presenta en los individuos. Diversos autores afirman que el estrés crónico perturba e inicio un proceso de desgaste en la persona, estos estresores afectaran de distinta forma y en distintos niveles a los individuos; y el burnout se establece como un síndrome de desadaptación de la persona al ambiente de trabajo. A pesar de esa discusión no se puede negar que en los dos casos la consecuencia de estos estresores por un periodo de tiempo constante desencadena el síndrome o el estrés laboral crónico, donde las determinantes son las expectativas versus demandad del trabajo y la interacción de trabajador-cliente por un periodo prolongado. De esa forma la existe similitudes que no se pueden descartar.

Algo que se puede añadir es que las personas que están mayor predisuestas a desarrollar el estrés crónico laboral presumiblemente serian aquellas que poseen disminuidos mecanismos o técnicas de afrontamiento, a eso le sumamos las condiciones del ambiente, las relaciones inter personales y a nivel tener umbrales de estrés altos.

De esta manera, Gil-Monte, R, Rojas, y Ocaña (2009):

“distinguen dos perfiles en el proceso del Síndrome de Quemarse por el Trabajo: el perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.” p. (205-214)

De esa forma podemos presumir que existen individuos que por distintos factores biológicos, psicológicos, psicosociales y ante similares estresores en el ambiente laboral desarrollaran más y otros menos el estrés laboral crónico, pero a pesar de ello si se mantienen características de trabajo como la sobrecarga laboral, falta de participación y apoyo social, negligencia por parte de colaboradores y usuarios, habrá mayor propensión a desarrollar el síndrome porque el individuo responderá de forma negativa.

Aquí el meollo del asunto, en el hecho de buscar mejorar las condiciones o el clima del lugar donde la persona labora, buscar que el individuo se encuentre lo más cómodo posible y una redefinición de políticas dentro y fuera de la organización, así como del estado o país. De esa forma se ayudará no solamente al trabajador sino a la propia institución en la que labora, existirá mejor productividad y rendimiento; y el estado reducirá costos en atención a la salud.

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

En la última década la definición del estrés crónico se establece como un proceso de continuo desgaste psicológico y físico del individuo debido a la exposición prolongada a situaciones que conllevan el contacto directo con personas, que por diversa índole le producen estrés generando el desgaste emocional, cinismo y disminución de la realización personal.

Se establece que el síndrome es: “una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente”. Pines, Aronson (2011). Existe mayor énfasis en la relación directa individuo-usuario en las relaciones interpersonales.

Bosquet,(2010) “El burnout, o síndrome del trabajador quemado, es una enfermedad laboral cuya incidencia entre la población activa es cada vez mayor, sobre todo en aquellos sectores que exigen un trato continuo con el público, como la docencia o la sanidad”. (p.31)

A partir de esta década los distintos autores coinciden en la definición del estrés laboral crónico como con un síndrome presente en los profesionales directamente relacionados a interacciones con usuarios como profesionales de la salud, psicólogos, enfermeras, cuidadores etc; que se caracteriza como lo señala Bambula y Gómez (2015) por: “agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal”. (p. 1). Actualmente los esfuerzos tienen como objetivos el ampliar el conocimiento sobre la prevalencia de este síndrome en los distintos países, y si el síndrome afectaría más a hombres o mujeres, la edad, nivel socioeconómico y otros parámetros.

Se origina de igual manera la necesidad de la concientización en tomar medidas para disminuir la prevalencia con la intervención y prevención oportuna, mejora del clima laboral, brindar mejores condiciones laborales, diseño de políticas y tareas que involucren la participación y la toma de decisiones, mejorar la supervisión, delimitación de roles, sistemas de incentivos, apoyo y autonomía.

1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico.

1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores.

Varios estudios identifican muchas son las consecuencias en la salud, principalmente en la salud física como alteraciones inmunológicas, en el sistema nervioso, problemas hormonales, problemas respiratorios cardiacos, sexuales y otros. (González, Lacasta, & Ordoñez, 2008)

Buendía y Ramos, (2001) "...las múltiples referencias posibles no han resuelto la ambigüedad de diferencias lo que es un síntoma de burnout y lo que es una consecuencia del mismo (...) las consecuencias que se han expuesto del burnout exceden del centenar" (p. 2)

Las consecuencias del estrés laboral crónico en cuidadores a pesar de ser variadas, se manifiestan a nivel físico y psicológico, varían según el individuo pero de forma general se pueden detallar las siguientes.

1.2.1.1. A nivel físico tenemos.

Alteraciones inmunológicas: provocado por la disminución de la resistencia del organismo frente a agentes patógenos generando mayor frecuencia de alergias, infecciones, fatiga crónica y malestar general.

Alteraciones dermatológicas: Caída del cabello (alopecia), dermatitis y Urticaria.

Alteraciones en el sistema nervioso: cefaleas, mareos, tensiones, trastornos de sueño y sensaciones de vértigo.

Alteraciones digestivas: En el gastrointestinales, úlceras, náuseas, diarrea, anorexias, dolores de estómago, estreñimiento.

Alteraciones respiratorias: catarros frecuentes, crisis de taquipnea, asma.

Alteraciones cardíacas: Dolor precordial, palpitaciones, hipertensión arterial, enfermedades coronarias y arritmias

Alteraciones hormonales: hipertiroidismo e hipotiroidismo, alteración menstrual e imposibilidad de concebir.

Problemas osteomusculares: incremento de riesgo de lesiones musculotendinosas, contracturas musculares, dolores de espalda, dolores cervicales, empeora patologías en artritis, mayor tendencia a sufrir de calambres.

Problemas sexuales: impotencia, ausencia de eyaculación, frigidez, vaginismo, dispareunia y anorgasmia.

1.2.1.2. A nivel psicológico tenemos.

Emocionales: Depresión, indefensión, irritación, hostilidad, falta de tolerancia, supresión de sentimientos.

Cognitivos: Deterioro genitivo, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación del autoconcepto, cinismo.

Conductuales: evitación de responsabilidades, absentismo (en lo laboral), inadaptación, desorganización, sobre implicación, aumento de conductas perjudiciales para la salud como tabaquismo o alcoholismo.

Sin embargo, cada síntoma sea este físico o psicológico desencadenará y acumulará una serie de consecuencias, se asemeja a una bola de nieve que cae desde lo alto de una montaña a una persona, el síntoma podrá ser distinto pero la acumulación es lo que deteriora significativamente la vida del individuo.

1.2.2. Consecuencias en el trabajo en los cuidadores

Las consecuencias en el trabajo son negativas, ocasionan daños a la institución disminuyendo la productiva, aumentando el absentismo, la rotación de personal, pérdida de recursos económicos y personales, aumento de accidentes de tipo laboral y aumento de trabajadores que solicitan la baja médica por enfermedad.

Otra de las consecuencias es la disminución de competitividad de la empresa por la falta de relaciones laborales adecuadas y cordiales, falta de colaboración para trabajar en equipo, falta de iniciativa y creatividad. La conducta proactiva disminuye, la persona pierde la capacidad de planificar, proyectar, organizar, dirigir, planear metas y objetivos, realiza las tareas de manera formal produciéndose los despidos, lo que genera malestar e incrementa la problemática del individuo y en el caso de la empresa genera gastos económico y pérdida del

recurso humano que ya estaba preparado y capacitado para el puesto o responsabilidad que cumplía.

1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.

1.3.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva del Yo.

Inspirados en los postulados del Albert Bandura sobre como los elementos psicológicos intervienen en las acciones de la persona, es decir como las cogniciones del individuo intervienen en la percepción de los que le rodea y eso, a su vez, modifica los efectos de las acciones, así como de acciones observadas por el individuo. La variable YO tiene el papel central en el desarrollo del problema, cuando existe posible amenaza a la autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto el organismo reacciona ante la amenaza, pero esa respuesta no es siempre la mejor generando problemas en el individuo.

1.3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983).

Según Harrinson (1983), citado por Ortega y López (2003) “la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso”. La competencia y eficacia son resultado de la motivación que el individuo posee, desde esta perspectiva la persona inicia su actividad con grandes perspectivas, sintiéndose motivado para determinado trabajo, generando el gasto de recursos físicos y mentales para mejorar sus competencias, es así como la persona espera ser retribuida, pero cuando a su vez existen las denominadas “barreras” como la sobre carga laboral, falta de delimitaciones de roles, ausencia de recursos, falta de retribución emocional o económicas, falta de factores de ayuda, capacitación, retroalimentación y más, disminuye los sentimientos de autoeficacia y comienza el menosprecio hacia sí mismo y el desarrollo patológico del estrés crónico.

1.3.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993).

Lo crucial de este modelo es la idea de la autoeficacia que es percibida en el individuo como éxito o fracaso de las acciones o el desempeño que realiza, en función de las metas conseguidas. Estas a su vez se convierten en el medidor del nivel de autoeficacia y si las metas que el individuo estableció no son conseguidas, existe la disminución de la autoeficacia por el fracaso percibido, lo que predispone a desarrollar sentimientos de baja autoestima, desmotivación, insatisfacción y consecuencias en la implicación laboral.

El estrés laboral crónico desencadena según Andrade, (2017) “en un proceso de acomodación psicológico entre un trabajador estresado y un trabajo estresante y distingue tres fases: estrés,

agotamiento y agotamiento defensivo” (p. 27) de esa forma es como el síndrome de burnout se desarrolla.

Cabe mencionar que un instrumento para contrarrestar los efectos del síndrome es desarrollar la autoestima y autoeficacia para valorar la realidad y cumplir metas, ante las distintas situaciones amenazante permitiendo que su Yo no sea dañado.

1.3.1.3. Modelo de Pines (1993).

Pines (1993) establece que: “Las personas idealistas trabajan duro porque esperan que el trabajo haga que sus vidas tengan sentido a largo plazo y aporte significado a su existencia” (p. 8)

Como lo menciona el autor las personas buscan el sentido existencial de la vida en el trabajo, en las actividades y tareas laborales que tengan relación altruista. Parecido al modelo de Harrison en el hecho de que en el subjetivo de estas personas poseen alta motivación con altas expectativas, pero que el fracaso de estas actividades produce el estrés, tristeza, depresión, desencadenando el síndrome. Porque el sentido existencial el Yo de la persona estaría nuevamente en el limbo, por no tener una dirección y dar una contribución o valor significativo a la vida.

1.3.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993).

Según Roa (2013) “la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo es la variable que determina el desarrollo del síndrome” (p. 23). El autor del modelo de autocontrol define cuatro variables en el origen del síndrome, 1. Que son las discrepancias entre demandas y los recursos del trabajador; 2. El nivel de autoconciencia; 3. Las expectativas de éxito y 4. Sentimientos de autoconfianza.

El nivel de autoconciencia se define en la capacidad para autorregular los niveles de estrés percibidos durante el desarrollo de una tarea. Los individuos con alta autoconciencia tienden a estresarse más. Las discrepancias que se generan en el ambiente laboral intensifican el nivel de autoconciencia afectando el estado de ánimo, lo que en consecuencia afecta las expectativas de éxito por reiterados fracasos vistos desde la subjetividad del individuo, menoscabando los sentimientos de autoconfianza y disminuyen la realización personal en el trabajo.

1.3.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

Desde esta perspectiva se consideran los principios teóricos de la teoría de la equidad, conservación de recursos y seguridad. Plantea que los seres humanos, al ser un ser social y generar relaciones interpersonales tienen la tendencia a la comparación e inicia un proceso de comparación social; en ese proceso es cuando al existir cierta discrepancia se produce percepciones de falta de equidad o justicia. Los esfuerzos por auto confortarse, adaptarse y auto consolarse consumen recursos cognitivos y emocionales que por la duración de estos agentes estresores ocasionan el riesgo de aumentar el estrés laboral crónico.

1.3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

Según varios autores este modelo fue estructurado para explicar el estrés crónico laboral en enfermeras, diferenciándose dos tipos de etiologías: uno trata de explicar los procesos de intercambio social con los pacientes y la segunda comparación con los colaboradores de trabajo.

Buunk & Schaufeli, (1993) asumen “que la falta de reciprocidad o una relación de ayuda no equilibrada, consume los recursos emocionales del profesional y eventualmente conduce al agotamiento emocional” (p.15). Es así como se establecen tres fuentes estresores en los procesos de intercambio social: 1. La incertidumbre por no tener lo que uno piensa, siente y cómo actuar: 2. La falta de control en la posibilidad de controlar los resultados de las acciones de su trabajo y 3 la percepción de equidad, es decir, un equilibrio sobre lo que se da y se espera recibir en similares proporciones. Muchos individuos evitan interiorizar o dedican un tiempo bastante disminuido para la introspección que permita una exploración y conocimiento de cómo uno piensa, se siente y debería actuar, el individuo al no permitirse analizar su propio ser, no conoce cuáles son sus mecanismos y técnicas para enfrentar las distintas situaciones de la vida; si adicionamos la impotencia para modificar situaciones y por la necesidad de la comparación social la no búsqueda de ayuda o formación de redes sociales entre colaboradores con mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros o colaboradores no buscan apoyo en sus compañeros en situaciones de estrés por miedo a ser criticados y sentirse menos profesionales o incompetentes generan una mayor probabilidad de que el estrés se convierta en crónico y afecte la salud. Recordemos que los factores emocionales se relacionan con el agotamiento, el factor aptitudinal se relaciona con sentimientos de despersonalización y baja realización.

1.3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993).

Desde esta perspectiva el individuo le atribuye gran valor a los recursos personales, familiares y laborales, si el ambiente laboral amenaza estos recursos se generará el factor estresante. Recordemos que los recursos son capacidades del individuo que permiten tener seguridad y son motivadores que proveen a la persona de satisfacción y la percepción de tener éxito en determinada acción o situación. Para reducir los niveles de estrés se deberá aumentar los recursos de los empleados, las relaciones interpersonales con compañeros y supervisores. La teoría explica que las estrategias que se deberían aplicar a los trabajadores son de carácter activo porque son vistos como ganancias de recursos o estrategias de afrontamiento disminuyendo los estresores y por consecuencia la disminución del agotamiento emocional y físico en el trabajador.

De esa forma la necesidad de aumentar los recursos que al mismo tiempo se convierten en activadores motivaciones para el trabajador permitiéndole el desarrollo y disminuyendo los estresores. Para finalizar, Hatinen, Kinnunen, Pekkonen y Aro, (2004) "la teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física".

1.3.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.

Describen a los estresores del contexto de la organización versus los mecanismos de afrontamiento que posee y son utilizados por el trabajador. Las variables del contexto serán múltiples como la estructura, el clima laboral, la cultura, las relaciones y el apoyo, a esto le sumamos las situaciones estresantes por un prologando periodo de tiempo originando el síndrome.

1.3.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).

El síndrome tiene tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Este modelo va diferenciándose en ciertos aspectos de los otros porque se caracteriza y define como un proceso, donde el individuo tiene pérdida de autonomía y control debido a la sobrecarga laboral y pobreza de rol, dañando la autoimagen y produciendo sentimientos de irritabilidad y fatiga; seguido de poner en práctica las estrategias de afrontamiento que posee el individuo que generalmente pasa por un distanciamiento del estresor o situación estresante. El distanciamiento puede ser productivo por no meterse en el problema, pero puede causar una indiferencia emocional lo que origina la despersonalización generando una experiencia de baja realización personal y a largo plazo agotamiento emocional.

Finalmente, Golembiewski, Hilles y Daly (1987), establecen que “Cuando el síndrome de burnout se encuentra en etapas más avanzadas los trabajadores disminuyen la satisfacción que estaba implícita inicialmente, pues ya no se vinculan directamente en las actividades, por consiguiente, es una pérdida para la organización”. (p.56)

1.3.3.2. *Modelo de Winnubst (1993).*

El autor se enfoca en el cómo el estrés laboral crónico no solo afecta a profesionales de áreas de salud, servicios sociales o cuidadores, sino que afecta a distintos trabajos sean o no profesionales. Establece que el síndrome, es resultado principalmente por la estructura de la organización, cultura y clima organizacional y el apoyo social, de allí las fuentes de estrés y el desarrollo como tal del síndrome.

Las estructuras organizacionales de cada institución, organización o empresa tienen sistemas de apoyo social íntimamente relacionado con el clima laboral, cultura y criterios éticos, los cuales dependiendo de las necesidades de dichas instituciones se pueden modificar en función de los objetivos previamente establecidos. Cuando los objetivos o los valores están en pugna con la estructura de la organización se inicia la lucha interna en el individuo, predisponiéndole al síndrome.

El modelo de Winnubst se basa en los siguientes supuestos:

- Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
- Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.

Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de quemarse por el trabajo.

1.3.3.3. *Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).*

Desde esta perspectiva, los autores consideran que el Síndrome de Burnout se desarrolla en estadios particulares dentro de los profesionales de servicios humanos. La despersonalización se manifiesta como estrategia de afrontamiento en respuesta al agotamiento emocional, pero, al no ser eficaz inicia el proceso de burnout. La disminución en la autoestima es producto de

altos niveles de estrés que enfrenta la persona. Y aumentan variables como el sentirse cansado, sentirse, presionado y tenso.

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

Estos son considerados como modelos de procesos en comparaciones a los anteriores mencionados que eran modelos explicativos. Se caracterizan por que las emociones, conductas, pensamientos y cogniciones se encuentran en constante lucha contra los diferentes estresores que se encuentran en los contextos laborales, es decir, se considera el estrés crónico como la interacción entre las variables del entorno laboral y personal, provocando el síndrome de quemarse en el trabajo, denominación que se estableció desde los años 70. A pesar de que este síndrome se analizó originalmente en profesionales de la salud, servicios humanos y sociales, se ha extendido a varias profesiones.

1.3.4.1. Modelo Tridimensional de MBI- HSS; Maslach y Jackson (1981).

El concepto de Burnout de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981 como lo describe Quiceno y Vinaccia (2007): “luego de varios años de estudios empíricos, lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia”. (p. 119).

Este modelo es el más aceptado por varios autores y comunidad científica, debido a la instrumentación diseñada por Maslach, el Maslach Burnout Inventor (MBI), que define el estrés laboral crónico como una experiencia individual relacionada con varios elementos del contexto social. La interacción es la que delimita que variables son más o menos importantes, según la situación y el individuo concreto. Se establece las tres dimensiones características del síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización.

El agotamiento emocional se entiende por estrés individual producto de factores como: fatiga crónica y debilidad física o combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo, constituye la primera fase del proceso en la pérdida progresiva de energía. La despersonalización o cinismo es entendida como el conjunto de comportamientos negativos y resilientes en sus relaciones intra e interpersonales. Es utilizada como mecanismo de estrategia de afrontamiento distanciándose de las personas y de sus compañeros; el trato despectivo hacia las demás personas es una característica en esta dimensión. El sentimiento de baja realización o logro personal es resultado de la discrepancia entre las demandas laborales, la sobre carga laboral y los recursos y capacidades del individuo para atenderlas. En consecuencia, respuestas y sentimientos negativos a sí mismo y el trabajo evitación en las

relaciones laboral baja, productiva etc. Como se puede analizar, la interacción entre variables emocionales, cognitivas y sociales generan el síndrome.

1.3.4.2. *Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).*

El estrés laboral crónico es visto como resultado de un proceso de desilusión o desencanto por la actividad laboral, los autores establecen cuatro etapas: En la primera, entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo, el individuo posee grandes ilusiones y expectativas que hasta cierto punto son irreales, apostándole la mayor cantidad de energía, involucramiento excesivo con los usuarios y sobrecarga de trabajo voluntario. En la segunda, el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas, el individuo enfrenta la realidad del tipo de trabajo que posee, las condiciones que este le brinda y que el nivel de esfuerzo del individuo no es compensando recíprocamente. En la tercera etapa aparece la frustración, en esta etapa es donde se desencadena a profundidad en síndrome, debido al surgimiento de problemas emocionales, físicos y conductuales. En la cuarta etapa se genera apatía hacia la actividad que produce y hacia las personas con las que labora llegando a un punto de preferir la evitación o necesidad de cambio de la acción. la apatía que implica sentimientos de distanciamiento y des implicación laboral, con conductas de evitación e inhibición de la actividad laboral.

1.3.4.3. *Modelo de Price y Murphy (1985).*

Es considerado como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, la variable culpa aparece como consecuencia de la labilidad emocional producida por la desorientación, que a su vez causa sentimientos de soledad y tristeza manifestándose en pérdida de ilusión a nivel personal, pérdida de beneficios a nivel interpersonal y pérdida del componente trabajos a nivel social dentro de la empresa. Después de las fases de culpa y soledad, si se recupera el individuo, puede solicitar ayuda y mantener cierto nivel de equilibrio.

El modelo consta de seis fases:

- a. *Desorientación:* el individuo no tiene una dirección o meta concreta hacia donde enviar sus conocimientos, capacidades y recursos.
- b. *Labilidad emocional:* al no existir una correcta descarga emocional, impide el apoyo emocional y social lo que genera que el individuo utilice el distanciamiento como estrategia de afrontamiento.
- c. *Culpa:* distintos acontecimientos son atribuidos como fracasos por parte del individuo, que le causa culpa a sí mismo, y esto es seguido de sentimientos negativos.

- d. *Soledad y Tristeza*: fases en donde se marca una diferencia porque llegado a este punto el proceso se supera o caso contrario se perpetua
- e. *Solicitud de ayuda*: si existe la diferencia de la anterior fase, el individuo decide solicitar apoyo emocional y social lo cual requiere mucha confianza y predisposición.
- f. *Equilibrio emocional*: el apoyo social, la predisposición y decisión del individuo genera un nivel de confianza en el individuo para que inicie el proceso de equilibrio.

1.3.5. Modelo de la Teoría Estructural.

Estos autores diseñan un modelo estructural bastante amplio que conlleva la etiología, proceso y consecuencias del síndrome, los factores que se toman en cuenta de forma armónica y dinámica son los personales, interpersonales y los característicos de la organización. Se basan en modelos transaccionales. Las interacciones entre todos los factores estresantes generan una imagen mental en el individuo de falta de equilibrio sobre las demandas y la capacidad de respuesta en el trabajo.

1.3.5.1. Modelo de Gil Monte (1997).

Gil-Monte y Peiró (2000) citado por Roa (2013) “desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de Burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja emocional) y actitudinales (despersonalización)” (p.18). Es decir, para entender el burnout se deberá considerar variables como los recursos personales que posee el individuo, sentimientos de competencia, autoeficacia, estrategias de afrontamiento; procesos de interacción social, consecuencias para los profesionales y relaciones equitativas; y variables que se encuentran en la organización como el clima organizacional entre otras. Es así como el síndrome es una respuesta a la ineficacia de responder adecuadamente a los estresores que se consideran amenazantes (conflictos de rol), cabe mencionar que la respuesta también es vista como mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, falta de salud, baja satisfacción laboral e intención de abandonar la organización.

Los autores Gil-Monte y Noyola, (2011) también distinguen dos perfiles en el proceso del SQT:

“Perfil 1. Que se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2. Constituye con frecuencia un

problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT.”

1.4. Definición de Cuidador.

Rivera (2001) (Citado por Tena, 2016) define al cuidador como el individuo que presta atención a personas con algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente. El cuidado es un concepto mixto porque el cuidador ejerce tareas de apoyo físico y emocional y está relacionado a vínculos sociales, familiares de manera permanente y comprometida, generalmente por un parentesco existiendo diferentes factores que influyen en la satisfacción y la calidad de vida del cuidador. Cañizares, (2016).

Según IMSERSO (2005) el cuidador presta atención emocional, escucha y compañía, por lo tanto, es el individuo (familiar o no) que proporciona apoyo diario y asistencia, que le permite vivir en un entorno confortable y seguro a la persona totalmente dependiente o que presente algún tipo de discapacidad, usando distintas destrezas y habilidades. La asistencia es variada como la ayuda en tareas domésticas como limpiar, planchar, cocinar; actividades cotidianas salir a comprar, visitas al médico, salir a pasear, y en cuidados personales como comer, asearse, vestirse.

1.4.1 Tipo de Cuidadores.

- a. *Cuidador formal:* persona profesionalmente capacitada, con conocimientos teóricos y prácticos para brindar atención asistencial, preventiva y educativa a la persona dependiente y a su núcleo familiar. Este es remunerado económicamente por esta labor y su trabajo en hospitales, el hogar, clubes, centros de jubilados.
- b. *Cuidador principal:* generalmente es un miembro familiar o una persona encargada la mayor parte del tiempo del cuidado del individuo, suele vivir en el mismo domicilio y está relacionado con la familia muy cercana, puede tomar decisiones por la persona dependiente, no recibe compensación económica.
- c. *Cuidador informal:* no posee una capacitación profesional, aunque posee remuneración económica, varía significativamente en comparación a la contribución de un cuidador formal. Se caracteriza por realizar una atención sin horarios y no pertenece a ninguna institución sanitaria ni social.

- d. *Cuidador ocasional*: con las mismas características del cuidador informal, pero a diferencia de este, no tiene la responsabilidad principal del cuidado, no es remunerado económicamente.

Existe una variedad de tipologías de cuidadores, hay autores que solo establecen dos clases de cuidadores: cuidador formal y cuidador informal que también es conocido como cuidador principal, cuidador familiar o cuidador crucial. Viera Qusipe & Yugcha Pulloquina, (2016).

1.5. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.

La importancia radica en tres aristas: la primera se refiere a la salud del individuo que cumple las funciones de cuidador; la segunda, referente a la persona que es dependiente del cuidador, ya que de las condiciones físicas y psicológicas del cuidador dependerá la calidad de asistencia; y la pertenencia o afiliación a una institución por los costos y beneficios que el cuidador puede generar.

En el trabajo de los cuidadores sea o no remunerado significa la entrega de todos los recursos emocionales, cognitivos, conductuales, físico e incluso económicos, que con el desgaste progresivo termina generándose el estrés crónico. Según Pinto & Sanchez, (s/f) “El sentimiento de impotencia tan común en quienes cuidan a personas en situación crónica de enfermedad es tan devastador que se hace necesario comprenderlo para poderlo manejar” (p.172). Este será uno de los muchos sentimientos que el cuidador deberá afrontar con sus capacidades y técnicas de afrontamiento. Otras de las repercusiones negativas que pueden afectar la prevalencia del burnout está determinada por la falta de ocio y tiempo libre, afectar actividades de la vida familiar y profesional, entre otras.

Los cuidadores como todo ser humano debe estar en equilibrio entre las fuerzas y los recursos que posee con las responsabilidades que tiene, de esa forma podrá brindar un servicio en las mejores condiciones, óptimo y agradable. Permitiendo tanto al cliente como al cuidador poder llevar un estilo de vida dignos y sin mayores complicaciones.

Como se puede analizar anteriormente el ser cuidador establece cambios y consecuencias en varios ámbitos de su vida. De manera especial, los cuidadores de adultos mayores, tanto por el tiempo y la energía que dedican a su labor, como por ser el personal más numeroso en los centros de atención y hospitalarios, ejercen una profesión que favorece las condiciones para el desarrollo del estrés ocupacional y el desgaste profesional o burnout (Hernandez & Ehrenzweig, 2008). Por eso la importancia del estudio del estrés laboral crónico en relación con los factores organizaciones. Es así que Peiró (1992) Brera, (2014) en su libro establece

cuatro categorías a tomar en cuenta: 1. Ambiente potenciador y funciones del puesto; 2. Desempeño de funciones, relaciones interpersonales, carrera laboral, estímulos y ascensos; 3. Nuevas tecnológicas y otros aspectos organizativos; y 4. Fuentes extra organizacionales, permitirán el desarrollo o no del síndrome.

De esa forma el estrés crónico laboral en cuidadores es un fenómeno que nos lleva a la preocupación por el tratamiento y la necesidad de la prevención. Las altas demandas emocionales que exigen el trabajo en la atención a personas con enfermedades crónicas o terminales, adultos mayores y otro tipo de usuarios hace necesario la implementación de cambios organizacionales y actividades efectivas dirigidas al personal para manejo de estrés fomentar los sentimientos y valores de la paciencia y solidaridad no como solo responsabilidades del trabajo si no como una cualidad que todo ser humano debe tener; permitiendo normalizar estas buenas prácticas.

1.6. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.

1.6.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año 2005 estimó que, a nivel mundial, entre el 5% y el 10% de los trabajadores en los países desarrollados padecen estrés laboral, mientras que en los países industrializados sería el 20% y el 50% los trabajadores afectados por dicha enfermedad.

Según Mac Donald 2009 (citado por Vera, 2017) los países europeos son afectados por diversas presiones laborales, llegando a la conclusión de que la actividad en el trabajo es el disparador del estrés. En Europa las cifras más altas son en Suiza con un 68% seguido de Noruega y Suecia con un 31%, seguido de Alemania con un 28%, manteniendo a Holanda en el menor porcentaje de estrés laboral.

Los datos mencionados anteriormente permiten tener una referencia de como el estrés afecta a nivel mundial. Pero, según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017) “se calcula que hay 47 millones de personas con demencia en el mundo, y se prevé que esta cifra aumentará a 75 millones de aquí a 2030 y que el número de casos de demencia prácticamente se triplicará para 2050”. Estos datos nos muestran como la necesidad de nuevos cuidadores podría aumentar por el aumento de personas que necesitaran algún tipo de asistencia. De esa forma la prevalencia del síndrome podría ser mayor en futuros años si no se toman medidas adecuadas.

Por ejemplo, en España aproximadamente 600.000 individuos cuidan a personas con algún grado de dependencia de manera permanente, correspondiendo el 84% a la mujer como cuidadora principal Cañizares, (2016). Considerando que Europa es el continente más longevo.

En Estados Unidos el 29% de la población cuida a personas adultas dependiente o personas con discapacidad, el 66% son mujeres con una edad media de 48 años.

El estrés laboral crónico en cuidadores a pesar de ser un tema de suma importancia a nivel mundial son pocos los estudios que arrojen datos significativos en la actualidad. Esto podría deberse a que los principales cuidadores son los de tipología no formales o primarios. La mayoría de estudios se han centrado en el estrés crónico laboral desde en profesionales de la salud u otras profesiones, pero los datos mencionados anteriormente permiten tener una visión sobre la posible prevalencia a nivel mundial y la necesidad de ampliar su investigación.

1.6.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

En un estudio publicado en México por Domínguez Sosa y Colen, 2008 (citado por Viera & Yugcha, 2016), observaron que el Síndrome de cuidador cansado en cuidadores de adultos mayores tuvo una prevalencia del 15 %, de los cuales, el 80% representaron sobrecarga leve a moderada, y el 20% fueron casos de sobrecarga intensa; otro estudio realizado por De Valle-Alonso, M.J. & Colen, 2014 encontraron una prevalencia de 58% que padece sobrecarga (25% carga leve y 33% cargan tensa) en cuidadores informales del adulto mayor.

En Brasil, Baptista et al, (2012) (Citado por Beltrán 2016), realizaron una revisión sistemática de 27 artículos, encontrando una prevalencia del síndrome de sobrecarga en cuidadores, del 62,96%. En Perú, Romero y Cuba (2013) en su estudio, con 93 cuidadores, encontraron que el 90,3% sufría algún grado de sobrecarga (75,2%, intensa y 15,1%, ligera) la prevalencia de sobrecarga en el cuidador; en la ciudad de Medellín, fue del 12,17%, con una edad promedio de 56,5; mientras en la Revista Facultad de Salud, Segura, Berbesí y Agudelo (2013) señalan: “con estudios de secundaria o incompleta 39,5 y menor porcentaje de sobrecarga fue en cuidadores que estaban o habían terminado estudios universitarios” En Chile y Argentina el 58% y en Colombia los estudios demuestran un porcentaje del 47%. (Vega, Gallegos, Xequé, & Perea, 2014) En todos los casos las mujeres se ocupan con mayor frecuencia del cuidado de otros, cuyo parentesco con el paciente corresponde a madres y esposas con una media de edad de 44,26 años. Vasquez, (2012)

1.6.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

A nivel nacional se ha iniciado toda una investigación desde distintas universidades e instituciones sobre la prevalencia del estrés crónico laboral en cuidadores. Es así como en la provincia de Loja un estudio publicado en el portal *Redacción Médica*, efectuado por Quinche y Ríos (2017) ha determinado que: “el ‘**Síndrome del Cuidador**’ afecta al 74,6 % de las personas que se desempeñan como cuidadores de personas con discapacidad grave y muy grave, además que necesitan una atención integral para mejorar su calidad de vida”.

En la ciudad de Quito encontramos que el 55% de los cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga 19% leve y 36% intensa. Silva & Perez,(2015). Otro estudio en la parroquia de Molletero, ciudad de Cuenca el síndrome se encuentra en un 60% de las personas cuidadores, el 86% corresponde al sexo femenino y una edad promedio de 50.22 años, con una instrucción elemental en el 78%. (Campoverde, 2016). En la parroquia de Gualaceo la prevalencia del síndrome fue de 7.95% con una media de edad de los cuidadores de 46.19 años, coincidiendo en que el sexo femenino es encargado de la asistencia a los adultos (85.77%); en una investigación de Salazar y Torres,2015 (Citado por Beltran, 2016) el centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con 222 cuidadores, la prevalencia de síndrome de sobrecarga fue del 33%.

En una visión general sobre los distintos estudios se puede observar que existe un nivel significativo de prevalencia en varios lugares del país, esto podría reflejar la necesidad de ampliar los estudios a ciudades más pobladas y con características particulares para manejar mejores datos estadísticos. Indirectamente de los resultados queda un precedente de que el Ecuador no está al margen del Síndrome Burnout o síndrome del cuidador y si se quiere prevenir daños en la población y al estado se deberá tomar medidas.

1.7. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

1.7.1. Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

En las variables tenemos el sexo, edad, estado civil, tipo de personalidad, nivel de ingresos y nivel de instrucción. Entre el sexo femenino o masculino del cuidador los datos arrojan que las mujeres son las que enfrentan de forma positiva los problemas generados en el ejercicio laboral, mientras los hombres sufren altos niveles de estrés que los enajena de sí mismos y el ambiente que lo rodea, Brera (2014).

En el caso de la edad, los datos son variados, unos autores establecen que la edad de 25 a 40 años es dónde se encuentran mayores índices de burnout, otros a los 30. Presumiendo que la falta de experiencia o por el inicio de la carrera como cuidador formal o no, con grandes expectativas por parte de los jóvenes es lo que genera el estrés. Según Roa (2013) “En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor; sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad” (p.25).

Las investigaciones coinciden que el nivel socioeconómico bajo y con niveles de escolaridad menores a la superior presentan más probabilidades de desarrollar el síndrome. Tello et al. (2002) citado por Ortega y Lopes (2004) advierte: “Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout”; pero se señala que los grupos de separados y divorciados están en relación a la baja, en realización personal. En el caso de trabajadores con núcleos familiares estables, son más resistente al síndrome por el nivel de madurez alcanzado.

La cuestión de la personalidad menciona Ortega y López (2004) “el problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas Torrado et al., (1996); también a psicopatologías con morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión Aluja, (1997). Además, se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y conducta tipo A (PCTA)” (p. 143).

1.7.2. Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Según Ortega y López (2004):

“Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados son el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. Cuando más positivo en el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, menor será el estrés”. (p. 143).

En otras variables como el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, antigüedad de trabajo. Varios autores manifiestan que las personas que trabajan de 9 a más horas tienen más predisposición a desarrollar del síndrome que las personas que trabajan 4 horas. En la antigüedad del trabajo se establecen que aquellos cuidadores que tenían 6 o más años en el cuidado del adulto mayor no mostraban mayor riesgo de desarrollar sobrecarga.

Aunque Atance, 1997 (Citado por López, s/f) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia.

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

Compromiso vital: en el caso de esta variable se señala que, a mayor compromiso vital, que significa mayor relación, valoración o recompensas de la persona desde la organización, institución y profesión, menor desarrollo del síndrome.

Satisfacción vital: definida como una sensación de bienestar, un estado de felicidad, donde el individuo siente que sus necesidades objetivas y subjetivas se encuentra satisfechas, se relacionan con la calidad de vida y la salud mental. A menor satisfacción vital más agotamiento emocional y propensión al síndrome.

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

Apoyo social: es la vinculación del entorno social inmediato como familia y amigos que brindan soporte para enfrentar los problemas laborales. Para Freedy y Hobfoll (1994) Citado por Ortega y López (2004) recuerda: “entienden a menor apoyo social más posibilidades de padecer el síndrome” (p.143). Las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona cierta inmunidad a padecerlo. El escaso apoyo social en el trabajo se constituye en una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el burnout.

Estrategias de afrontamiento: La aplicación de forma repetitiva de las mismas estrategias de afrontamiento que no son eficaces predisponen el desarrollo del síndrome, ejemplo de esas estrategias tenemos las evitativas, de escape, centradas en la emoción. Pero si por el contrario el individuo aprende distintas estrategias de afrontamiento, las adapta y utiliza con flexibilidad ante los estresores mediante diversas estrategias de afrontamiento permite amortiguar el síndrome hasta prevenirlo.

Resiliencia: conocida como la capacidad de adaptarse y superar situaciones amenazadoras y adversas. Entre mayor nivel de resiliencia del cuidador ante la situación del paciente o usuario menor será el riesgo de estrés crónico.

CAPITULO II
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo general.

Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores de personas con discapacidad del Comité “Bendición de Dios”, ubicado en el cantón de Pelileo, provincia de Tungurahua, en el año 2018.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Identificar 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.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de la población investigada.

2.2 Preguntas de investigación.

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

2.3. Contexto de la investigación.

La presente investigación evaluó a cuidadores informales de personas con discapacidad física, intelectual y psicosocial severa y con enfermedades catastróficas o raras, beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara. Este bono es parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social, entidad pública que tiene como misión definir y ejecutar políticas, estrategias, planes, proyectos y servicios de calidad para la inclusión económica y social, con énfasis en los grupos

de atención prioritaria y la población que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad, promoviendo el desarrollo y cuidado durante el ciclo de vida, la movilidad social ascendente y fortaleciendo a la economía popular y solidaria.

Los cuidadores del Comité “Bendición de Dios”, ubicados en el cantón de Pelileo, provincia de Tungurahua, Zona 3, son familiares de las personas, reciben el bono, pero no cuentan con un sueldo fijo, el bono es aprovechado particularmente para el cuidado, medicación y alimentación de la persona con cuidados. Los cuidadores no poseen una instrucción profesional sobre cuidados paliativos, la mayoría al ser familiares buscan los mayores y mejores recursos físicos e intelectuales que poseen para aliviar y sobrellevar una calidad de vida para la persona cuidada.

2.4. Diseño de experimentación.

La investigación posee un enfoque **cuantitativo** que utiliza la recolección de datos y se fundamenta en la medición, con procedimientos estandarizados y estrategias que incluyen actividades que nos permiten encontrar las respuestas a las preguntas de investigación que encajan en el conocimiento existente, en un procedimientos cuidadoso y específico.

El estudio posee varios alcances, el primero es el alcance **exploratorio**, que pretende una exploración inicial de un tema poco estudiado o nuevo, permite familiarizarnos con el fenómeno desconocido. El segundo alcance **descriptivo** tiene por objetivo el especificar propiedades, características y perfiles de personas grupos, comunidades o cualquier fenómeno; pretende medir y recoger información de forma independiente. El Tercer alcance es el **correlacional** este pretende conocer algún grado de asociación o vínculos entre dos o más variables.

El diseño de investigación es **no experimental** donde no se manipulan intencionalmente las variables y su observación se la realiza en el ambiente real o natural donde el fenómeno se manifiesta. El tipo de diseño es transeccional o transversal pues se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único.

2.5. Población y muestra.

En la investigación se utilizó un muestreo casual-accidental, no probabilístico, es decir los participantes no fueron elegidos al azar, sino que fueron elegidos bajo criterios de inclusión,

exclusión y accesibilidad. Las personas seleccionadas para la recolección de información fueron 40 cuidadores informales del cantón Pelileo, de la provincia de Tungurahua.

La investigación se adecuó a las normas éticas establecidas y no presentó riesgo alguno para los participantes, garantizando la absoluta confidencialidad de los datos personales tanto del encuestado otorgados en el consentimiento informado que fue firmado voluntariamente por cada uno de los participantes.

Los criterios considerados para la selección de los participantes fueron:

Criterios de inclusión

- a. Encontrarse en situación activa.
- b. Firmar el consentimiento informado.
- c. Tener como mínimo 1 año de experiencia.

Criterios de exclusión

- a. No aceptar la participación dentro de este estudio.
- b. No encontrarse en la institución (maternidad o enfermedad).

2.6. Procedimiento.

Para el desarrollo de la investigación se inició con la solicitud del permiso respectivo dirigido a la autoridad correspondiente de la institución pública, mediante oficio enviado desde la universidad. No se pudo realizar un acercamiento directo a la autoridad de la institución, el oficio fue recibido en secretaría a quien se le explicó a detalle el motivo, objetivos y procedimientos a desarrollar de la investigación.

Posteriormente a una semana se obtuvo la autorización correspondiente y se trasladó la información de la investigación con el departamento encargado de la organización de los comités de cuidadores. Con la autoridad encargada se procedió a la explicación de la investigación, de los instrumentos a aplicarse en los cuidadores, así como los criterios de inclusión y exclusión que son necesarios; también se informa sobre el consentimiento informado de los participantes y que toda información obtenida es confidencial y para usos netamente investigativos, para finalizar se establecieron lugar, fecha y horarios para la aplicación de los instrumentos.

Previamente a la aplicación de los instrumentos se realizaba una breve explicación a los participantes para evitar errores y problemas en la ejecución de los instrumentos, quienes de

forma voluntaria participaron y firmaron el consentimiento informado. Además de brindar opiniones positivas sobre la investigación.

Para depurar y procesar la información obtenida se realizó el procesamiento de datos a través del software Excel donde se realizó cuadros descriptivos y matrices correlacionales.

2.7. Instrumentos.

Para la investigación fueron utilizados siete test psicológicos y un cuestionario sociodemográfico, que permitieron cumplir con los objetivos previamente establecidos.

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

Enfocado en obtener información sociodemográfica en criterios como: 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. De fácil aplicación.

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

El inventario de *burnout* de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa la intensidad y frecuencia. Se encuentra compuesto por 22 ítems divididos en tres dimensiones: a) agotamiento emocional que indica el nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo, con los ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); b) despersonalización que se caracteriza por niveles de distanciamiento laboral, falta de empatía y frialdad, está conformado por cinco ítems (5,10,11,15,22) y c) realización personal, compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) que se caracteriza por niveles de satisfacción en el trabajo, este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

Las puntuaciones máximas son: en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del *burnout* se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997). En

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

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

La Entrevista de Carga para Cuidadores Formales (Revuelta y Andújar, 2005) es una adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador, pensada para cuidadores informales, desarrollada por Zarit et al. En el original se ha informado de una consistencia interna entre .76 y .95.

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

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

Esta escala, de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), es una medida de la satisfacción vital global, uno de los componentes del bienestar subjetivo. Ha mostrado unas aceptables propiedades psicométricas, incluyendo una alta consistencia interna, así como una buena estabilidad en la fiabilidad test-retest. Tiene cinco ítems, que han de puntuarse de 1 (*muy en desacuerdo*), 2 (*en desacuerdo*), 3 (*algo en desacuerdo*), 4 (*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*), 5 (*algo de acuerdo*), 6 (*de acuerdo*) y 7 (*muy de acuerdo*). La versión que se utilizará es de Revuelta y Andújar (2005).

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

Este es un cuestionario autoadministrado que evalúa el grado de malestar emocional y que diferencia los probables casos de salud mental de aquello que no lo son. Está compuesto por 28 ítems que contiene cuatro subescalas A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (difusión social) y D (depresión grave); utilizados para comprobar la existencia de problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de

un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro subescalas:

- **Síntomas somáticos:** Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- **Ansiedad:** Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- **Disfunción social:** Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- **Depresión:** Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

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

- **Apoyo social emocional:** Alguien que preste guía y consejo. Consta de 24 ítems.
- **Apoyo instrumental:** Alguien que presta ayuda en casa. Consta de 12 ítems.
- **Interacción social positiva y apoyo afectivo:** Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto. Consta de 9 ítems.

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

Esta escala multidimensional, está compuesto por 28 ítems, tiene como objetivo conocer las diferentes respuestas o estrategias de afrontamiento pasivo o activo de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas.

- **Afrontamiento activo:** Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- **Auto-distracción:** Centrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- **Negación:** Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- **Uso de sustancias:** Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.
- **Uso de apoyo emocional:** Buscar en terceros afecto y apoyo.
- **Uso de apoyo instrumental:** Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- **Retirada de comportamiento:** Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- **Desahogo:** Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- **Replanteamiento positivo:** Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- **Planificación:** Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- **Humor:** Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- **Aceptación:** Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- **Religión:** Refugio en espiritualidad.
- **Culpa de sí mismo:** Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

2.7.8. Brief Resilience Scale (BRS).

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

2.8. Recursos

La investigación necesitó de los siguientes recursos:

- **Institucionales:** Oficio de la Universidad Técnica Particular de Loja, página web, Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES-Zona 3, Tungurahua.
- **Humanos:** 40 participantes en funciones de cuidadores, Autoridades de la institución pública del MIES, personal para administración de test, directora de investigación y estudiante investigador.
- **Materiales:** computadora, material bibliográfico, impresiones de test y cuestionarios.

Tabla 1. Egresos para desarrollo de la investigación.

Materiales	Detalle	Valor
Material bibliográfico	Computadora, internet e impresiones y anillados	\$50
Material de Oficina	Esferos gráficos, hojas de papel bond, grapadora, grapas.	\$15
Transporte	Gasolina	\$20
Total		\$ 85

CAPITULO III
ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra

	Cuidadores	
	N	%
Sexo		
Hombre	6	15,0
Mujer	34	85,0
Etnia		
Mestizo/a	38	95,0
Blanco/a	0	-
Afroecuatoriano/a	0	-
Indígena/	2	5,0
Estado civil		
Casado/a	25	62,5
Soltero/a	5	12,5
Viudo/a	2	5,0
Divorciado/a	6	15,0
Union Libre	2	5,0
Edad		
Media	49,6	
Desviación Típica	14,8	
Máximo	75	
Mínimo	22	
Número de hijos/as		
Media	4,6	
Desviación Típica	3,2	
Máximo	14	
Mínimo	1	
Zona		
Urbana	22	55,0
Rural	18	45,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC
 Elaborado por: Morales L. (2018)

Los resultados de la tabla 2 determinan que un 85% de los cuidadores son de género femenino en contrasta a un 15% masculino; un 95% se autoidentifica como mestizo frente a un 5 % como indígena. La edad media de los cuidadores se encuentra en 49.6 años de edad, con cuidadores informales que tienen hasta 75 años y el cuidador más joven 22 años de edad. La mayoría están casados con un 62,5% y, en segundo lugar, con un 15% quienes están divorciados; de los participantes todos tienen hijos con una media de 4,55 con un mínimo de 1 y un máximo de 4 hijos. En el caso de la zona en la que viven no existe mayor contraste de un 55% correspondiente a la zona urbana frente a un 45% en la zona rural.

Tabla 3. Características laborales de los cuidadores

Salario	N	%
0 y 1000	40	100,0
1001 y 2000	0	-
2001 y 3000	0	-
3001 y 4000	0	-
4001 y 5000	0	-
5001 y 6000	0	-
Profesión		
Agricultor/a	7	17,5
Ama de casa	29	75,5
Cuidador/a	1	2,5
Profesor/a	1	2,5
No responde	2	5,0
Experiencia		
Media	21,4	
Desviación estandar	17,3	
Maximo	60	
Minimo	1	
Tipo de contrato		
Eventual	0	-
Ocasional	4	10,0
Plazo fijo	0	-
Indefinido (nombramiento)	0	-
Servicios profesionales	1	2,5
Ninguno	35	87,5
Tipo de trabajo		
Completo	27	67,5
Parcial	13	32,5
Horas de trabajo		
Media	11,9	
Desviación estandar	7,6	
Maximo	24	
Minimo	2	
Trabaja en turnos vespertinos		
Si	0	-
No	40	100,0
Recursos Necesarios		
Totalmente	3	7,5
Medianamente	13	32,5
Poco	23	57,5
Nada	1	2,5

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Morales L. (2018)

En la tabla 3, tenemos que el salario va entre 0 a 1000 para todos los cuidadores informales, quienes tienen como profesión ser amas de casa en un 75%, seguido de agricultores con un 17%. Con la experiencia se evidencia una media de 21,4, un máximo de 60 años y un mínimo de 1 año. El 87,5% de los cuidadores manifiesta no poseer ningún contrato, el 10% ocasional y solo un 2.5% por servicios profesionales. Ninguno trabaja en turnos vespertinos; se determina que existe una media de 11,9 de horas de trabajo, con un mínimo de 2 y un máximo de 24. En el caso de los recursos necesarios el 57,5% consideran que son pocos, a continuación 32,5% manifiesta que son medianamente y un 7,5% totalmente.

Tabla 4. Dimensiones del Síndrome de Burnout

Agotamiento Emocional		N	%
Alto		21	52,5
Medio		5	12,5
Bajo		14	35,0
Despersonalización			
Alto		14	35,0
Medio		10	25,0
Bajo		16	40,0
Realización Personal			
Alto		11	27,5
Medio		13	32,5
Bajo		16	40,0

Fuente: Inventario de Burnout Maslach (Maslach Burnout Inventory; Maslach y Jackson, 1986)

Elaborado por: Morales L. (2018)

Respecto a la tabla 4 se evidencia en la dimensión de agotamiento emocional un 52.5% en el rango de alto, frente a un 35% en bajo y un 12,5% en el rango medio. En despersonalización tenemos un 40% en el rango bajo, seguido de un 32,5% en medio y un 27,5 de alto. Para la dimensión de realización personal se muestra un 40% que poseen un bajo nivel, seguido de un 32,5% en medio y un 27,5% con un alto grado de realización personal.

Tabla 5. Presencia del Síndrome de Burnout

	N	%
Alto	24	60,0
Medio	13	32,5
Bajo	3	7,5

Fuente: Inventario de Burnout Maslach (Maslach Burnout Inventory; Maslach y Jackson, 1986)

Elaborado por: Morales L. (2018)

En el caso de concreto de la presencia síndrome de Burnout en la tabla 5, los resultados evidencian que el 60% de los cuidadores informales tiene un alto burnout, seguido de un 32,5% en medio y solo un 7.5% en bajo.

Tabla 6 Entrevista de carga para cuidadores

	N	%
No hay sobrecarga	10	25,0
Sobrecarga Leve	9	22,5
Sobrecarga Intensa	21	52,5

Fuente: Entrevista de Carga para Cuidadores. Revuelta & Andújar, (2005)
Elaborado por: Morales L. (2018)

En la carga de los cuidadores tabla 6, el 52,5% considera que tiene una sobrecarga intensa (un parámetro que posiblemente explicaría los altos porcentajes de burnout), frente a un 25% que considera que no hay sobrecarga y un 22,5% que manifiesta una sobrecarga leve.

Tabla 7. Escala de Satisfacción Vital

	N	%
Altamente Satisfecho	9	22,5
Satisfecho	5	12,5
Ligeramente Satisfecho	11	27,5
Ligeramente por debajo de la media satisfecho	10	25,0
Insatisfecho	4	10,0
Muy insatisfecho	1	2,5

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

La escala de satisfacción vital un factor protector de síndrome de Burnout tabla 7, muestra que existe un 27,5% de cuidadores informales se encuentran ligeramente satisfechos, seguido de un 25% ligeramente por debajo de la media y un 22,5% altamente satisfecho.

Tabla 8. Cuestionario de Salud Mental

	N	%
Síntomas somáticos		
Caso	24	60,0
No caso	16	40,0
Ansiedad		
Caso	25	62,5
No caso	15	37,5
Disfunción social		
Caso	2	5,0
No caso	38	95,0
Depresión		
Caso	3	7,5
No caso	37	92,5

Fuente: Cuestionario de Salud General (GHQ);Goldberg y Hillier, (1979)
Elaborado por: Morales L. (2018)

En la tabla 8 cuestionario de salud mental tenemos que existe un 60% que manifiesta padecer de síntomas somáticos frente a un 40% registrado como no caso. Resultados similares con quienes se muestra como caso para ansiedad a un 62.5% de los cuidadores, frente a un 37,5% como no caso. En los parámetros de disfunción social se registra un 95% como no caso frente a 5% que sí tendría este problema. Y por consecuencia tenemos un 92,5% en no caso de depresión y solo un 7,5% como caso.

Tabla 9. Escala multidimensional de estilos de afrontamiento

	Media	Desviación Estandar	Maximo	Minimo
Autodistracción	2,6	2,0	6	0
Afrontamiento Activo	4,0	1,4	6	1
Negación	1,7	1,3	4	0
Uso de sustancias	0,4	9,2	4	0
Uso de soporte emocional	3,2	9,2	6	0
Uso de soporte instrumental	3,5	8,4	6	0
Desconexión Conductual	1,8	8,3	6	0
Expresion de Emociones	2,0	8,3	5	0
Reinterpretación Positiva	3,8	8,3	6	1
Planificación	3,7	8,3	6	0
Humor	1,3	8,3	6	0
Aceptación	4,0	8,3	6	0
Religión	3,9	8,3	6	0
Autoculpabilización	1,5	8,3	5	0

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

En los estilos de afrontamiento de la tabla 9 tenemos que la mayoría de los participantes aplican o poseen estilos de afrontamientos basados en el problema o buscan soluciones, con una media de 4,0 en afrontamiento activo; seguido de 4,0 en aceptación; 3,8 reinterpretación; 3,7 en planificación; 3,5 uso de soporte instrumental y un 3,2 en uso de soporte emocional; frente a una media de 2,6 en auto distracción; 2,0 en expresión de emociones; 1,8 desconexión conductual; 1,7 negación; 1,5 auto culpabilización; 1,3 humor y un uso de sustancias en 0,4.

Tabla 10. Cuestionario MOS de apoyo social

	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Relaciones Sociales	Amor y Cariño
Media	28,5	14,6	14,3	11,9
Desviación Estandar	8,9	4,6	5,1	3,5
Maximo	40	20	20	15
Minimo	12	5	4	4

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

En la tabla 10, Cuestionario de apoyo social tenemos que existe una media de 28,5 en apoyo emocional; 14,5 en apoyo instrumental; un 14,5 en relaciones sociales y un 11,9 en amor y

cariño, es decir poseen niveles significativos en apoyo social que funciona como factor protector contra en síndrome de Burnout.

Tabla 11. Bief Resilience Scale

Resultado total	N	%
Entre 1 a 10 Bajo	2	5,0
Entre 11 a 20 Medio	29	72,5
Entre 21 a 30 Alta	9	22,5

Fuente: Bief Resilience Scale
Elaborado por: Morales L. (2018)

En el caso de la tabla 11, para mayor expresión del objetivo del test, se muestra que un 72,5% de los participantes tiene un nivel medio de resiliencia, frente a solo un 5% con un nivel de resiliencia bajo.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Síndrome de Burnout o estrés laboral crónico es un problema actual, pocos son los estudios que se han realizado en el Ecuador, y los que existen en el caso de cuidadores formales u otro tipo de profesionales en cuidados paliativos, muestran que se está convirtiendo un tema de atención para las autoridades de salud por su incidencia. Datos de investigaciones como la realizada por Quinche y Ríos (2017) ha determinado que: “el **‘Síndrome del Cuidador’** afecta al 74,6 % de las personas que se desempeñan como cuidadores de personas con discapacidad grave” en la provincia de Loja.

En el caso de la muestra investigada con 40 personas, que cumplen con las características de un cuidador informal por no poseer una capacitación profesional, poseer una ayuda económica mas no un salario por dicha actividad, la cual se realiza sin horarios y no pertenecen a ninguna institución sanitaria, en el cantón de Pelileo; determinan como resultados: la mayor parte de personas encuestadas son de género femenino y cumplen el papel de cuidadores, se autoidentifican en un 95% con la etnia mestiza y no existe mayor relevancia entre zona rural o urbana.

Un factor que llama la atención en los resultados de la ficha sociodemográfica es la edad. En cuidadores formales por lo regular, en edades comprendidas entre los 30 a 45 años, presentan altos niveles de burnout (presumiblemente por la falta de experticia o experiencia que el joven tenía en el área, mas no por falta de conocimientos recibidos en su profesión) y conforme va aumentando los años de edad los niveles de burnout disminuyen. Sin embargo, la presente investigación, en el caso de esta muestra, la edad no es determinante para un alto nivel de prevalencia de burnout, la edad promedio está en 49.6 años de edad, donde el cuidador de mayor edad tiene 75 años y el de menor 22 y los niveles de burnout no varían significativamente.

Otro aspecto interesante es el estado civil de los participantes, quienes en su mayoría se encuentran casados y en un porcentaje menor se encuentran solteros, en este caso no se observa mayor contradicción en la prevalencia o niveles del burnout en comparación a otras investigaciones donde se advierte que “el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout” Tello et al. (2002) citado por Ortega y Lopes (2004). Los datos muestran que independientemente del estado civil en el que se encuentre el participante, la diferencia radica en los que poseen mayor carga familiar. Es decir, en la muestra existen solteros o casados con un bajo nivel de burnout, pero, cuando el número de hijos aumenta por ejemplo un soltero con 4 hijos, el nivel de burnout aumenta, de esa misma forma sucede con quienes están

cansados o divorciados. Quienes poseen bajo nivel de burnout tiene menor carga familiar (1 o 2 hijos).

En el caso de los datos laborales muestran que la mayoría tienen como profesión ser ama de casa, seguido de agricultores, docentes, entre otras profesiones; ninguno de los participantes con conocimientos precisos para el cuidado de personas o con conocimientos en cuidados paliativos.

El 100% de los participantes manifiesta tener un salario de entre 0 a 1000, cabe recordar que en el caso de la muestra son personas de escasos recursos que reciben el bono, por esa razón la ayuda del estado a través de esa política, se convierte en ayuda para los cuidados de la persona, mas no es un salario para el cuidador. Este es un factor a prestar atención, porque los recursos económicos son parte de las necesidades básicas objetivas que deben ser cubiertas en el ser humano y en lo posible deben estar satisfechas, para mantener un nivel de satisfacción en la vida (Hombrados M., 2013). De esa razón se podría responder que un 57,5 % de los participantes sostiene que los recursos necesarios son insuficientes para el mantenimiento de la calidad de vida de las personas cuidadas.

Un factor importante es la experiencia que media en 21,4 años, experiencia obtenida de manera rudimentaria por cuenta propia de los cuidadores con sus familiares, no experiencia profesional; este parámetro sumado al de los recursos económicos pueden ser determinantes del porque existe altos niveles de burnout, se podría presumir que, al no tener experiencia ni recursos económicos, mayores son los niveles de estrés y, como consecuencia menor satisfacción vital que da como resultado el síndrome. Adicionalmente se observa que los participantes trabajan la jornada completa y en otros casos aumenta con una media de 11.9 horas al día, sin ningún tipo de contrato.

Respecto a las dimensiones del síndrome de Burnout se observa que de los participantes, el 52,5% tiene altos niveles de agotamiento emocional, dimensión que se presenta con mayor nivel de las tres (podría deberse a la carga laboral), que se caracteriza por el cansancio, fatiga física, emocional o psíquica y falta de energía para seguir con las actividades diarias, Maslach y Jackson (1986); en el caso de la dimensión de despersonalización entendida por el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, frías y distantes, tenemos en un 40 % con niveles bajos, por ser familiares directos y más cercanos emocionalmente evitando de cierta manera la aparición de sentimientos o actitudes frías o distantes; aunque esto no es un parámetro general debido a que un 35% tiene despersonalización en niveles alto. En el

factor protector, la dimensión de realización personal los participantes tienen 40% en el nivel bajo.

Estos resultados muestran: el agotamiento emocional (dimensión con mayores niveles) sumado a la baja realización personal, generan altos niveles de Burnout, en la muestra se visualiza con un 60% en nivel alto, frente a un 7% con nivel bajo. Resultados que coinciden con la conceptualización del estrés laboral crónico el cual es definido como una respuesta del ser humano ante la sobre carga laboral por un periodo prolongado de tiempo, es decir cuando las exigencias de la actividad realizada sobrepasan las capacidades, recursos y necesidades del individuo que realiza determinada actividad.

La definición antes mencionada coincide con los postulados del modelo tridimensional de MBI-HSS; Maslach y Jackson (1981), donde el síndrome se manifiesta con aquellas personas que dan una atención intensa y prolongada a personas en situaciones de necesidad o de dependencia, en el caso de a muestra personas con discapacidad grave, ancianos y otros. El origen para el desarrollo del síndrome depende de varios factores como emocionales, cognitivos y sociales.

Consiguiente al modelo tridimensional, la dimensión agotamiento emocional visto como fatiga crónica y debilidad muscular o combinación de ambos, se evidencian en el cuestionario de la salud mental de los participantes, presentan valores significativos, pues el 60% sufren de síntomas somáticos, así como el 62,5% presentan ansiedad, que puede venir acompañada de culpa, irritabilidad, sentimientos de impotencia, desesperación y baja autorrealización. Este es un aspecto a tomarse en cuenta por las consecuencias en la salud de los cuidadores a nivel psicológico y físico producidos por el estrés laboral y, estas consecuencias pueden complicarse a largo plazo lo que significa a su vez, un problema para el individuo y para el estado al convertirse en un problema de salud pública.

Adicionalmente en el cuestionario de salud mental, presenta un aspecto positivo, el 92% no tiene disfunción social, lo que se convierte como un aspecto protector para no caer en depresión, que en la muestra está en un 7,5% como caso.

En la dimensión de despersonalización, anteriormente se menciona que los resultados determinan que el 40% de los encuestados tienen niveles bajos de despersonalización, esto se evidencia en el cuestionario de técnicas de afrontamientos que muestra que los participantes aplican estilos de afrontamiento basados en el problema o activos al momento

de tratar el problema que se les presente y no de distanciamiento o evasivos. No buscan el uso de sustancias o estilos evasivos; pesar de este factor positivo y protector, no disminuyen los niveles de burnout, talvez esta cualidad de los participantes será un parámetro amortiguador, que evita mayores dificultades o problemas y parte de la resiliencia de los participantes. Los datos también muestran que en un 35% de los participantes tienen niveles altos de despersonalización, evidencian que la aplicación de forma repetitiva de las mismas estrategias de afrontamiento que no son eficaces, predispone el desarrollo del síndrome.

En la dimensión el sentimiento de baja realización o logro personal es resultado de la discrepancia entre: demandas laborales, sobrecarga laboral, recursos frente a las capacidades del individuo para atenderlas; en consecuencia, respuestas y sentimientos negativos a sí mismo y el trabajo, evitan mantener relaciones laborales, baja productividad etc. Esto se evidencia en el cuestionario de sobrecarga para cuidadores donde se muestra que los cuidadores en un 52,5 manifiestan tener una sobrecarga intensa, vista como carga intensa a la falta de experiencia, falta de conocimientos, las horas de trabajo y carga familiar en el caso de la muestra.

En consecuencia, el 27% de los participantes se encuentra ligeramente satisfecho y un 25% por debajo de la media, frente a un 22% altamente satisfecho. Existe una correlación de variables entre satisfacción y carga, ya que quienes no perciben sobrecarga se sienten altamente satisfechos.

En el caso del Apoyo Social tenemos un valor significativo, en el parámetro de Apoyo Emocional esta con una media de 28.5, lo que permite visualizar que los participantes poseen una significativa red social que les permite tener a alguien que les preste ayuda guía y consejo. Los otros parámetros permiten presumir que debido al tiempo que emplean para el cuidado de sus familiares no cuentan con mucho tiempo para ocio o distracción. Hay que recordar lo citado por Ortega y López (2004) : “entienden a menor apoyo social más posibilidades de padecer el síndrome” (p.143). Las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona cierta inmunidad a padecerlo. El escaso apoyo social en el trabajo se constituye en una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el burnout.

Como se puede analizar en la investigación de la muestra y la recopilación teórica es que existen varios factores que se interrelacionan y que interactúan para el desarrollo de síndrome de Burnout, pero existe un parámetro independiente que debe tomarse en cuenta para

determinar el grado o nivel del burnout y este es el de la resiliencia entendida como la capacidad de las personas para hacer frente a las adversidades y la capacidad para superar dichas adversidades. Es así, como en la muestra el 72.5% de los participantes tiene un nivel de resiliencia medio, lo que permite suponer que estas personas a pesar de sus diferentes carencias, de distinta índole buscan las formas de hacerle frente a su problemática; el administrar o proporcionar mecanismos para aumentar las estrategias y recursos que aumenten la resiliencia podría ser un gran factor protector para disminuir el desarrollo de burnout.

CONCLUSIONES

Se identifica que, si existe prevalencia del síndrome en los cuidadores con un promedio de 60% que se encuentran en burnout nivel alto, seguido de un 32.5% de burnout en nivel medio. Sobre todo, en la dimensión de agotamiento emocional es aquella con mayor nivel de las tres dimensiones con un 52.5%, despersonalización en un 35% en nivel alto y realización personal en un 40% en nivel bajo.

El 85% de los cuidadores encuestados pertenecen al género femenino, autoidentificándose como mestizos; la mayoría se encuentran casados y no existe relevancia entre, si los cuidadores provienen de zonas rurales o urbanas. La edad promedio entre los 22 a 75 años de edad, lo que permite concluir que la edad no es variable determinante en el desarrollo del síndrome. En el caso del número de hijos existe una media de 4.6, de los cual se sintetiza que la carga familiar es determinante para el desarrollo del síndrome, sin importar el estado civil del encuestado o su edad. Entre mayor es el número de hijos, mayor es la carga familiar y mayor predisposición a que se desarrolle el síndrome

En aspectos sobre los datos laborales, todos los encuestados son de escasos recursos económicos, no poseen un salario básico, los recursos que poseen son por medio de un bono asistencial del estado, que no cubre con el costo de la canasta familiar básica que se ubica en \$ 712,66 según el INEC (2018). La profesión de los cuidadores no es en cuidados paliativos o relacionadas; la experiencia que poseen fue adquirida por cuenta propia de forma rudimentaria y adicionalmente trabajan en jornada completa con una media de 11.9 horas al día, sin ningún tipo de contrato.

Las variables sociodemográficas recursos económicos, experiencia y número de hijos en el caso de la investigación son características que permiten predecir el nivel de burnout de los cuidadores. El 52,5% de los encuestados perciben estas variables como sobrecarga intensa y disminuyen los niveles de satisfacción vital con el 27% de los cuidadores que se encuentra ligeramente satisfechos, seguido de un 25% que se encuentra ligeramente por debajo de la media satisfecha.

El bienestar general de los encuestados como consecuencia de la dimensión de agotamiento emocional, el 60% de los encuestados sufren de síntomas somáticos y el 62% presentan ansiedad. Lo que permite concluir que los encuestados padecen niveles de malestar emocional, al momento no presentan casos probables de salud mental, debido a que el 92% de los encuestados no padecen disfunción social, que actúa como factor protector. Adicionalmente, el apoyo social que poseen una media de 28,5 que provienen de una red social con vínculos informales. El 72.5% de los participantes tienen un nivel de resiliencia

medio. Los modos de afrontamiento que los cuidadores utilizan se basan en el problema o activos al momento de resolver la dificultad, los mayormente aplicados son el afrontamiento activo, la aceptación, reinterpretación, la planificación, entre otros.

El factor de apoyo social, el nivel de resiliencia y las técnicas de afrontamiento, son factores protectores que en la investigación realizada se puede concluir que actúan como factores amortiguadores, que le permiten al encuestado sobrellevar el síndrome.

RECOMENDACIONES

Iniciar un programa desde el MIES, la universidad u otras instituciones que permita recabar información sobre cuidadores informales a nivel nacional para determinar el nivel de prevalencia del síndrome y planificar posibles intervenciones.

Desarrollar talleres de capacitación sobre cuidados paliativos, primero auxilios y normas básicas de cuidado para personas con problemas especiales, personas con discapacidad y demás dificultades. Que permitan aumentar los conocimientos de los cuidadores dotándoles de herramientas necesarias para evitar la frustración y prevenir el estrés.

Planificar un proyecto de intervención comunitaria que permita brindar información sobre los mecanismos de afrontamiento, técnicas de relajación y cursos prácticos. Así como potenciar los recursos personales que los cuidadores poseen, haciendo énfasis además en el ocio, la recreación y a su vez la ampliación de redes de apoyo social.

Se recomienda a la institución pertinente, revisar el criterio para la asignación del bono que se entrega, en la actualidad es según el nivel y número de personas discapacitadas; se propone que sea en función del nivel de discapacidad y la composición del grupo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrade, Y. C. (julio de 2017). Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización per. *Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización per.* Loja, Loja, Ecuador. Recuperado el 1 de mayo de 2018, de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/20.500.11962/21032/1/Cubillos%20Andrade%2C%20Yolanda.pdf>
- Antunes, R. (2000). La centralidad del trabajo hoy. *Papeles de la Población*, 84-96.
- Aranda, C., M, P., Torres, T., SaLazar, J., & Aldrete, G. (2006). *Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para trabajadores del estado*. Psicología y Salud. Recuperado el 5 de mayo de 2018
- Beltran, J. (2016). Síndrome de sobrecarga del adulto mayor y su relación con factores asociados. Gualaceo, 2016. Cuenca, Ecuador.
- Bosquet, M. (2010). *Quemados*. Barcelona: Paidós.
- Brera, S. (2014). *Importancia en la preparación psicológica en trabajadores humanitarios: prevención del Bournet mediante la práctica mindfulness*. Madrid. Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/599-2016-11-23-V%20Premio%20Luis%20Miguel%20Puerto.pdf>
- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid, España: Pirámide. Recuperado el 2 de mayo de 2018, de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Buunk, & Schaufeli. (2005). *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 15-35. Recuperado el 2 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/home.oa>
- Cabrera, L. I. (2012). Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el subcentro de Celica y centro de salud N° 8 de Catacocha. Celica.
- Campoverde, J. A. (2016). Síndrome del cuidador quemado y factores relacionados en cuidadores de personas con discapacidad en Molleturo. *Síndrome del cuidador quemado y factores relacionados en cuidadores de personas con discapacidad en Molleturo.*, 1-37. Cuenca, Ecuador. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6430/1/12569.pdf>
- Cañizares, V. (2016). *Funcionalidad Familiar y Sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chibuleo, periodo de marzo a octubre de 2016*. Investigativo-Especialista Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad Central del Ecuador, Quito. Recuperado el 7 de mayo de 2018
- Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). Desempleo y Síndrome de Burnout. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, X(1). doi:<http://www.redalyc.org/html/264/26410110/>
- Cordova, D., Segura, A., Berbesí, D., & Agudelo, M. (25 de febrero de 2013). Prevalencia y Factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad*

- Nacional de Salud Pública*, 31(1), 20-39. Recuperado el 6 de mayo de 2018, de Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/12411/20779694>
- Cristina Ortega Ruiz, F. L. (2003). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*, 144.
- Doris Cardona, A. S. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 1.
- García, W. (2017). *Identificación del síndrome de burnout y su relación con el liderazgo en docentes en la Unidad Educativa ubicada en la Parroquia el Batán de la ciudad de Quito, durante el año 2017*. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 2 de mayo de 2018, de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/20.500.11962/21143/1/Garc%C3%ADa%20Cobos%20Wilson%20Patricio%20TESIS%20.pdf>
- Gil-Monte, P., & Noyola, V. (Enero de 2011). Estructura Factorial del Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en maestros mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 75-84. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/2430/243029630007/>
- Gil-Monte, R. P., Rojas, U., & Ocaña, J. I. (mayo-junio de 2009). Validez Factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en una muestra de maestros mexicanos. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (REDALYC.ORG)*, 32(3), 205-214. Recuperado el 2 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212279004.pdf>
- Golembiewski, H., & Daly. (1987). *Some Affects of multiple OD intervention on Burnout And Workside Features*. New York.
- Gómez, F. B. (2015). La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología Desde El Caribe*, 1.
- González, B., Lacasta, R., & Ordoñez, G. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Madrid: Medica Panamericana. Recuperado el 2 de mayo de 2018, de <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/3990/El>
- Hatinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., & Aro, A. (2004). "Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health ". *Journal Of Occupational Health Psychology*, 9, 220-237. Recuperado el 3 de Mayo de 2018
- Hernández, T., Terán, O., Navarrete, D., & León, A. (2007). EL Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia la contextualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. En O. T. Tirso Hernández, *EL Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia la contextualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*. (págs. 50-67). Recuperado el 1 de mayo de 2018, de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>
- Hernández, Z., & Ehrenzweig, Y. (Enero-Junio de 2008). Percepción de Sobrecarga y nivel de Burnout en Cuidadores formales del Adulto Mayor Institucionalizado. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13(1), 127-142. Recuperado el 3 de mayo de 2018
- Lachinier Saborío Morales, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 2.

- Lazarus, R. y. (1984). *Stress, Apraisal, And Coping*. New York: Springer.
- Maicon, C. (2014). *EL síndrome de Burnout: comprensión dle pasado, analissi del presente y perspectivas del futuro*. Murcia: Wanceulen Editorial Deportiva, S.L. Recuperado el 1 de mayo de 2018, de [https://books.google.com.ec/books?id=s-cmCgAAQBAJ&pg=PA1901&lpg=PA1901&dq=Peris+\(2002\)+enfatisa+en+un+trastorno+caracterizado+por+la+sobrecarga,+y/o+desestructura+de+tareas+cognitivas+por+encima+del+%C3%ADmite+de+la+capacidad+humana.+Cuando+el+estr%C3%A9](https://books.google.com.ec/books?id=s-cmCgAAQBAJ&pg=PA1901&lpg=PA1901&dq=Peris+(2002)+enfatisa+en+un+trastorno+caracterizado+por+la+sobrecarga,+y/o+desestructura+de+tareas+cognitivas+por+encima+del+%C3%ADmite+de+la+capacidad+humana.+Cuando+el+estr%C3%A9)
- Maslach, C. J. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California.
- OMS. (Abril de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/es/>
- Ortega, C., & Lopes, F. (2004). EL burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revision y perspectivas. *International Journal of Clinical And health Psychology*, 4(1), 137-160. Recuperado el 8 de Mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/337/33740108/>
- Peinado, A., & Garces, E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con alzheimer: el sindorme del asistente desasistido. (U. d. Murcia-España, Ed.) *Anales de Psicología*, 14(1), 83-93. Recuperado el 04 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16714108.pdf>
- Pérez, A. M. (septiembre de 2010). El síndrome de Bournet. Evolución, Concepto y Estado Actual de la Cuestión. *Vivat Academia*(112), 1-40. Recuperado el 2 de mayo de 2018, de <http://webs.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Pines, A., & Aronso, E. (2011). *Burnout: de tedio al personal crecimiento*. New York: Free Press.
- Pinto, N., & Sanchez, B. (s/f). *El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad*. Colombia.
- Quiceno, M., & Alpi, S. (14 de Noviembre de 2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)" | *Red de Revistas Científicas de America Latina y el Caribe, España y POrtugal*(2), 117-125. Recuperado el 4 de Mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/798/79810212/>
- Ríos, Á. Q. (11 de enero de 2017). *Redacción médica*. Obtenido de Redacción médica: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/-s-ndrome-del-cuidador-afecta-al-74-de-los-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-89398>
- Roa, A. P. (2013). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del area de urgencias en el hospital general de Chalco. *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del area de urgencias en el hospital general de Chalco*, 1-75. Toluca, México, México. Recuperado el 1 de mayo de 2018, de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13814/412064.pdf?sequence=1>
- Saborio Lachiner, H. F. (1 de marzo de 2015). Revisión Bibliográfica. En M. L.-E. Virtual, *Síndrome de Burnout* (Vol. 32). Costa Rica, Costa Rica. Recuperado el 1 de mayo de 2018, de Revisión Bibliográfica- Síndrome de Burnout: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
- Salud, O. M. (Abril de 2017). *Organización Mundial de la salud*. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/es/>

- Silva, P., & Perez, V. (Octubre-Enero de 2015). *Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito N.1 de la Policía*. Quito, Ecuador.
- Tejeda, A. P. (2013). "PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO". Toluca, Mexico.
- Tena, C. (13 de mayo de 2016). *Estres en los cuidadores informales de gente mayor*.
- Vasquez, L. (Febrero de 2012). *Prevalencia de sobrecarga del cuidador, factores asociados y su asociación con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos en el proceso interdisciplinario de rehabilitación de la clínica-*.
- Vega, G., Gallegos, R., Xequé, A., & Perea, M. (21 de Agosto de 2014). *Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico especializado*. Obtenido de http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v7-n1/03Articulo.pdf
- Veletanga, J. (11 de enero de 2017). *Redacción Médica*. Obtenido de 'Síndrome del Cuidador', una patología poco conocida en el país: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/-s-ndrome-del-cuidador-afecta-al-74-de-los-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-89398>
- Vera, K. M. (2017). Prevalencia de estrés laboral y factores asociados en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias instituto de gestión de servicios de salud (SAMU-IGSS). 1-101. Lima, Lima, Perú. Recuperado el mayo 15 de 2018
- Viera Qusipe, D. B., & Yugcha Pulloquina, S. E. (2016). Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Quito, Ecuador.
- Villamar, M. (octubre- noviembre de 2013). Influencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería del Instituto de Neurociencia Hospital Psiquiatría Lorenzo Ponce del área de emergencia. *Influencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería del Instituto de Neurociencia Hospital Psiquiatría Lorenzo Ponce del área de emergencia*. Guayaquil, Guayas, Ecuador. Recuperado el 2 de mayo de 2018, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9271/1/TESIS%20SINDROME%20DE%20BORNOUT.pdf>
- Yuri, R., & Rosales, F. (Jul-Ago de 2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *SciElo*, 36(4).

ANEXOS

Documento de información para participantes y consentimiento informado

Proyecto de Investigación: "Estrés laboral crónico en cuidadores en el Ecuador".

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón.

Estudiante de la UTPL: Lady Alexandra Morales Morales.

Información General

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del estrés laboral crónico en los cuidadores en el Ecuador.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán los cuidadores que se encuentre vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de la edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de satisfacción vital (ESV), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, y Brief Resilience Scale (BRS).

Beneficios de su participación:

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el Departamento y Titulación de Psicología de la UTPL.

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

Riesgos y molestias:

Es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en este estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Participación voluntaria:

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 37014777ext. 2773

.....

NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto "Estrés laboral crónico en cuidadores del Ecuador" y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además, autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

NOMBRE:

.....

FIRMA



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Sexo Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión:

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja:

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja diariamente _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan las personas a quienes presto mis servicios							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							

14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunas de las personas que cuido o a las que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los que cuido.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los que cuido.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que las personas me culpan de algunos de sus problemas.							

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

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

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

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

1.	¿Cree que las personas a las que cuida le piden más ayuda de la que necesitan?	1	2	3	4	5
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas que cuida no tiene tiempo para Ud.?	1	2	3	4	5
3.	¿Se siente estresado por tener que cuidar a esas personas y por intentar, a la vez, satisfacer otras responsabilidades en su familia o trabajo?	1	2	3	4	5
4.	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
6.	¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?	1	2	3	4	5

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

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

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

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

1.	En la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal	1	2	3	4	5	6	7
2.	Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5	6	7

3.	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4.	Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quería en la vida	1	2	3	4	5	6	7
5.	Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría apenas nada	1	2	3	4	5	6	7