



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Departamento de Personalidad, Evaluación y**  
**Tratamiento psicológicos**

## **TESIS DOCTORAL**

***BURNOUT EN AMAS DE CASA: EL CUIDADO DE FAMILIARES***  
***ENFERMOS DE ALZHEIMER***

Presentada por:

***ALINA DE LAS MERCEDES CAMPOS PUENTE***

Dirigida por:

***Profa. Dra. Dña. MARÍA MERCEDES BORDA MAS***  
***Profa. Dra. Dña. MARÍA LUISA AVARGUES NAVARRO***

Sevilla, 2015





Facultad de Psicología  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

**D<sup>a</sup>. MARÍA MERCEDES BORDA MAS, PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD, Y D<sup>a</sup>. MARÍA LUISA AVARGUES NAVARRO, PROFESORA AYUDANTE DOCTOR, ADSCRITAS AL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS**

INFORMAN

Que D<sup>a</sup>. Alina de las Mercedes Campos Puentes ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada *BURNOUT EN AMAS DE CASA: EL CUIDADO DE FAMILIARES ENFERMOS DE ALZHEIMER* con la que se presenta para optar al título de Doctor en Psicología y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla, a 6 de octubre de 2015.

Fdo.: María Mercedes Borda Mas  
Directoras de tesis

Fdo.: María Luisa Avargues Navarro  
Directora de tesis

Fdo.: Alina de las Mercedes Campos Puentes  
Doctoranda



## **DEDICATORIA**

*A mi madre Sonia, que me inspira,  
A mi hermano Ernesto, que me cuida,  
A mis niñas Ali y Ale, que me dan vida,  
Y a mis tesoros Yanet y Pauly,  
que dan la armonía a nuestra familia.*



## **AGRADECIMIENTOS**

Es una oportunidad para agradecer a todos/as los que han hecho posible la realización de esta tesis, porque para mí siempre ha sido algo más que una investigación. En especial, ¡MUCHAS GRACIAS! a las directoras de este trabajo, la Dra. M<sup>ª</sup> Mercedes Borda Mas y a la Dra. M<sup>ª</sup> Luisa Avargues Navarro, por brindarme la posibilidad de aprender a su lado, transmitiéndome el rigor científico en la investigación, agradezco la comprensión en mis momentos difíciles y en particular, la dedicación y el tiempo invertido para apoyarme en esta dura última fase.

También quiero expresar mi agradecimiento a los integrantes del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico que de alguna manera han influido en mi formación postgraduada. Y agradezco a Valle y al personal de la secretaría por la orientación ayuda que durante estos años me han brindado.

Es de agradecer a la Dra. Ana López que en los inicios me mostró estadísticamente las posibilidades de alcance de este estudio, en esa misma línea agradezco a la Dra. Milagrosa Sánchez por el apoyo que me ha brindado.

Me gustaría agradecer al Dr. Antonio Cano-Vindel, por ser el primer profesional de la Psicología al que conocí a mi llegada a España y sus orientaciones me han sido útiles en este camino de la investigación.

Y ¡Gracias! a todas las mujeres que han participado en este estudio y a los centros que con tanta disposición permitieron acceder a ellas.

Durante estos largos años mis familiares y amigos me han brindado su incondicional apoyo, lo han manifestado de diferentes maneras, pero todas han estado colmadas del afecto, que saben es tan preciado por mí, algunos ya no están, pero siempre estarán en mis recuerdos. Aprovecho esta oportunidad tan especial para expresarles mi gratitud.





## Índice de Contenidos

### MARCO TEÓRICO

0. INTRODUCCIÓN.....	23
CAPÍTULO 1: LA MUJER AMA DE CASA .....	25
1.1. Importancia del estudio de la mujer en el ámbito laboral .....	25
1.2. La mujer como ama de casa.....	28
CAPÍTULO 2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	31
2.1. Características .....	31
2.2. La enfermedad de Alzheimer en la mujer.....	35
2.3. La mujer como cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer .....	36
2.4. Salud en la mujer ama de casa y cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer. ....	40
2.4.1. Influencia de la situación de dependencia de la población, en la salud de la mujer ama de casa y cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer.....	40
2.4.2. La salud ocupacional.....	44
CAPÍTULO 3: EL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....	49
3.1. Desarrollo histórico del concepto <i>burnout</i> .....	50
3.2. Diferencia conceptual entre síndrome de <i>burnout</i> y otros constructos.....	58
3.2.1. <i>Burnout</i> y estrés.....	59
3.2.2. <i>Burnout</i> y ansiedad.....	60
3.2.3. <i>Burnout</i> y depresión .....	61
3.2.4. <i>Burnout</i> e insatisfacción laboral .....	62
3.2.5. <i>Burnout</i> y otros conceptos relacionados.....	63
3.2.5.1. Aburrimiento.....	63
3.2.5.2. Fatiga.....	63
3.2.5.3. Alienación .....	64
3.2.5.4. Acontecimientos vitales.....	64

3.2.5.5. Fortalecimiento .....	65
3.3. Modelos explicativos del síndrome de <i>burnout</i> .....	66
3.3.1. Desarrollo del síndrome de <i>burnout</i> .....	66
3.3.1.1. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980) .....	66
3.3.1.2. Modelo de Cherniss (1980) .....	67
3.3.1.3. Modelo de Etzion (1984).....	68
3.3.1.4. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) ....	69
3.3.1.5. Modelo de Gold (1984) .....	71
3.3.1.6. Modelo de Leiter y Maslach (1988) .....	72
3.3.1.7. Modelo de Farber (1991) .....	73
3.3.1.8. Modelo de Leiter (1993).....	73
3.3.1.9. Modelo de Lee y Ashfortth (1993).....	75
3.3.1.10. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	76
3.3.2. Marco teórico de los modelos explicativos del síndrome de <i>burnout</i> .....	77
3.3.2.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983).....	78
3.3.2.2. Modelo de Pines (1993) .....	78
3.3.2.3. Modelo de Cherniss (1993) .....	79
3.3.2.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993) .....	79
3.3.2.5. Modelo de Buunk y Schaufeli (1993) .....	81
3.3.2.6. Modelo de Hobfoll y Fredy (1993) .....	82
3.3.2.7. Modelo de Golembiewski et al. (1983).....	83
3.3.2.8. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	84
3.3.2.9. Modelo de Winnubst (1993) .....	84
3.3.2.10. Modelo de Gil-Monte et al (1995) .....	85
3.4. Causas del <i>burnout</i> .....	86
3.4.1. Factores laborales que pueden generar síndrome de <i>burnout</i> ..	87
3.4.1.1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto .....	87

3.4.1.2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.....	88
3.4.1.3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales. ....	89
3.4.1.4. El clima organizacional.....	90
3.4.1.5. Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: las relaciones entre el trabajo y la familia .....	91
3.4.2. Factores personales que pueden facilitar el desarrollo del síndrome de <i>burnout</i> .....	91
3.4.2.1. Características sociodemográficas.....	92
3.4.2.2. Características personales .....	95
3.4.2.3. Otras características .....	96
3.5. Consecuencias del <i>burnout</i> .....	97
3.5.1. Consecuencias a nivel personal.....	98
3.5.2. Consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales .....	99
3.5.3. A nivel organizacional.....	100
3.6. Evaluación del síndrome de <i>burnout</i> .....	102
3.7. Prevención y tratamiento del síndrome de <i>burnout</i> .....	111
<b>CAPÍTULO 4: <i>BURNOUT</i> EN LA MUJER AMA DE CASA Y LA CUIDADORA DE FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER .....</b>	<b>117</b>
4.1. Prevalencia e incidencia del <i>burnout</i> en la mujer ama de casa y en la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer .....	120
4.2. Antecedentes de estudios sobre <i>burnout</i> y salud en amas de casa y en cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer .....	131
4.3. Factores que influyen en la aparición del <i>burnout</i> en la mujer ama de casa y en la cuidadora familiar de enfermos de Alzheimer .....	136
4.4. Consecuencias del <i>burnout</i> en la mujer ama de casa y en la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer .....	179
4.5. Estrategias preventivas de intervención en amas de casa. ....	200

CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO .....	209
--	-----

### ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 6: MÉTODO.....	223
6.1. Participantes .....	223
6.1.1. Características sociodemográficas de la muestra.....	225
6.2. Variables de estudio e instrumentos de evaluación .....	234
6.2.1. Variables sociodemográficas y laborales. Cuestionario de datos socio demográficos y laborales ( <i>ad hoc</i> ).....	234
6.2.2. Síndrome de <i>burnout</i> . Maslach <i>Burnout Inventory</i> (MBI) (Maslach y Jackson, 1986).....	234
6.2.3. Salud general. Cuestionario de Salud de Goldberg (General Health Questionnaire GHQ–28). (Goldberg e Hillier, 1979) .....	237
6.3. Procedimiento .....	240
6.4. Métodos estadísticos.....	242
CAPÍTULO 7. RESULTADOS .....	245
7.1. Prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> y problemas de salud.....	245
7.2. Relación entre las dimensiones del síndrome de <i>burnout</i> y las amas de casa. ....	251
7.3. Influencia de las variables sociodemográficas y variables asociadas a la actividad que desempeñan, en las dimensiones del síndrome de <i>burnout</i> . ....	259
7.3.1. Variables sociodemográficas .....	260
7.3.2. Variables asociadas a la actividad desempeñada .....	268
7.4. Manifestaciones más relevantes del síndrome del <i>burnout</i> presentes en las amas de casa .....	273
7.5. Influencia de la actividad desempeñada y el síndrome de <i>burnout</i> en el estado de salud y en alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). .....	289
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN.....	299
8.1. Contrastación de hipótesis de partida .....	320

8.2. Limitaciones.....	323
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	325
9.1. Conclusiones.....	325
9.2. Propuesta de intervención .....	327
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	337_Toc431751033
ANEXO 1. CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. TESTIMONIO CUIDADORA .....	377
ANEXO 2. CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. TESTIMONIO AMA DE CASA.....	378
ANEXO 3. ENTREVISTA A CUIDADORAS DE FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER.....	379
ANEXO 4. ENTREVISTA A MUJER AMA DE CASA.....	380
ANEXO 5. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y LABORALES .....	381
ANEXO 6. M.B.I. ....	383
ANEXO 7. G.H.Q.- 28 .....	385
ANEXO 8. INFORMACIÓN DEL ESTUDIO .....	388



## Índice de Tablas

---

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS FASES DE DETERIORO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	31
TABLA 2. TASA DE DEPENDENCIA DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS DURANTE LA DÉCADA 2004 -201.....	41
TABLA 3. ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL DESEMPEÑADA COMO CUIDADORES, QUE PUEDEN AFECTAR A MUJERES Y HOMBRES DE 16 A 64 AÑOS.....	46
TABLA 4. FASES DEL <i>BURNOUT</i> EN EL MODELO DE GOLEMBIEWSKI ET AL. (1983).....	71
TABLA 5. APORTACIONES DE LOS DIFERENTES MODELOS EN EL MARCO DE LA TEORÍA SOCIOCOGNITIVA DEL YO. ....	80
TABLA 6. APORTACIONES DE LOS DIFERENTES MODELOS EN EL MARCO DE LA TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL.....	83
TABLA 7. APORTACIONES DE LOS DIFERENTES MODELOS EN EL MARCO DE LA TEORÍA ORGANIZACIONAL.....	86
TABLA 8. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....	103
TABLA 9. ESTRUCTURA TEÓRICA DEL CBB. ....	111
TABLA 10. FACTORES LABORALES Y PERSONALES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DEL <i>BURNOUT</i> EN LA MUJER AMA DE CASA Y EN LA AMA DE CASA CUIDADORA FAMILIAR DE ENFERMO DE ALZHEIMER. ....	137
TABLA 11. FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> PARA LAS MUJERES AMAS DE CASA Y AMAS DE CASA CUIDADORAS FAMILIARES DE ENFERMO DE ALZHEIMER. ....	165
TABLA 12. CONSECUENCIAS DEL <i>BURNOUT</i> EN MUJERES AMAS DE CASA Y AMAS DE CASA CUIDADORAS FAMILIARES DE ENFERMO DE ALZHEIMER. ....	179
TABLA 13. ALGUNAS DE LAS CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> PARA AMAS DE CASA Y AMAS DE CASA CUIDADORAS DE FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER. ....	195

TABLA 14. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN LA MUESTRA DE ESTUDIO. ....	223
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA SOLICITADA POR LAS PARTICIPANTES Y LA FORMA EN QUE SE LE INDICÓ. ....	224
TABLA 16. LAS TRES DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN. ....	235
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN DEL GHQ-28 ÍTEM, POR EL MÉTODO GHQ. ...	239
TABLA 18. PRESENCIA DE SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN LA TOTALIDAD DE AMAS DE CASA (AC Y ACC). ....	246
TABLA 19. PRESENCIA O NO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS MUJERES PARTICIPANTES Y EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD DESEMPEÑADA. ....	247
TABLA 20. CANTIDAD DE ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE PADECEN EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD DESEMPEÑADA. ....	248
TABLA 21. PRESENCIA DE PATOLOGÍAS MÉDICAS EN LAS PARTICIPANTES. ....	249
TABLA 22. AFECTACIÓN EN LA SALUD GENERAL DE LAS PARTICIPANTES. ....	250
TABLA 23. PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS EN LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> . ....	253
TABLA 24. DISTRIBUCIÓN DE LAS PARTICIPANTES EN FUNCIÓN DE LA AFECTACIÓN EN LOS DIMENSIONES DEL <i>BURNOUT</i> EN LOS NIVELES BAJO, MEDIO Y ALTO. ....	255
TABLA 25. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES EN LA VARIABLE EDAD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL. ....	261
TABLA 26. DISTRIBUCIÓN DE LAS PARTICIPANTES EN LAS VARIABLES ESTADO CIVIL, SI TIENEN O NO PAREJA, HIJOS, NÚMERO DE HIJOS QUE CONVIVEN EN EL HOGAR, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL. ....	262
TABLA 27. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES PARTICIPANTES EN LA VARIABLE CANTIDAD DE HIJOS CON LOS QUE CONVIVE EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN EN LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL. ....	264
TABLA 28. COMPARACIÓN DE LAS PARTICIPANTES POR GRUPO EN LAS VARIABLES AÑOS DE CONVIVENCIA Y RELACIONADAS CON LOS HIJOS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL. ....	267



TABLA 29. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES DEL GRUPO ACC EN FUNCIÓN DE LAS HORAS DEDICADAS A SU ACTIVIDAD LABORAL EN LOS NIVELES BAJO, MEDIO, ALTO DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL. ....	269
TABLA 30. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES DEL GRUPO ACC EN FUNCIÓN DE LOS AÑOS DEDICADOS A SU ACTIVIDAD LABORAL EN LOS NIVELES BAJO, MEDIO, ALTO DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL. ....	270
TABLA 31. DISTRIBUCIÓN DE LOS ÍTEMS DEL M.B.I. EN CADA DIMENSIÓN DEL <i>BURNOUT</i> . ....	273
TABLA 32. MEDIANAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS PUNTUACIONES DE LOS ÍTEMS REFERIDOS AL AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN LA TOTALIDAD DE LAS AMAS DE CASA. ....	275
TABLA 33. MEDIANAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS PUNTUACIONES DE LOS ÍTEMS REFERIDOS A DESPERSONALIZACIÓN EN LA TOTALIDAD DE LAS AMAS DE CASA. ....	275
TABLA 34. MEDIANAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS PUNTUACIONES DE LOS ÍTEMS REFERIDOS A REALIZACIÓN PERSONAL EN LA TOTALIDAD DE LAS AMAS DE CASA. ....	275
TABLA 35. FRECUENCIA Y PORCENTAJES EN LOS ÍTEM DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....	280
TABLA 36. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS EN LAS SUBESCALAS DE SALUD GENERAL GHQ-28 .....	290
TABLA 37A. CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> Y LAS SUBESCALAS DE SALUD GENERAL EN EL GRUPO DE AC. ....	291
TABLA 37B. CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> Y LAS SUBESCALAS DE SALUD GENERAL EN EL GRUPO DE LAS ACC .....	292
TABLA 38. ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES <i>BURNOUT</i> Y ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SOBRE LA SALUD. ....	294
TABLA 39. ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES <i>BURNOUT</i> Y ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD .....	295
TABLA 40. ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES <i>BURNOUT</i> Y ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA. ....	296
TABLA 41. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DE PARTIDA. ....	320



## Índice de Gráficos

---

GRÁFICO 1. FASES DEL <i>BURNOUT</i> EN EL MODELO DE EDELWICH Y BRODKY (1980). .....	67
GRÁFICO 3. FASES DEL <i>BURNOUT</i> EN EL MODELO DE GOLD (1984). .....	72
GRÁFICO 5. ORDEN DE APARICIÓN DE LAS DIMENSIONES SEGÚN EL MODELO DE LEITER (1993). .....	75
GRÁFICO 6. ORDEN DE APARICIÓN DE LAS DIMENSIONES SEGÚN EL MODELO DE LEE Y ASHFORTH (1993). .....	75
GRÁFICO 7 ORDEN DE APARICIÓN DE LAS DIMENSIONES SEGÚN EL MODELO DE GIL-MONTE ET AL. (1995). .....	76
GRÁFICO 8A. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC POR RANGOS DE EDAD. ....	225
GRÁFICO 8B. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO AC POR RANGOS DE EDAD. ....	226
GRÁFICO 9A. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIO. ....	226
GRÁFICO 9B. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO AC SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIO. ....	227
GRÁFICO 10A. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC SEGÚN EL ESTADO CIVIL .....	227
GRÁFICO 10B. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO AC SEGÚN EL ESTADO CIVIL .....	228
GRÁFICO 11A. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC POR RANGOS DE AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA. ....	229
GRÁFICO 11B. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO AC POR RANGOS DE AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA. .....	229
GRÁFICO 12A. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC SEGÚN LA CANTIDAD DE HIJOS CON LOS QUE CONVIVE. ....	230
GRÁFICO 12B. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO AC SEGÚN LA CANTIDAD DE HIJOS CON LOS QUE CONVIVE. ....	230
GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC EN FUNCIÓN DEL PARENTESCO CON SU FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER. ....	231
GRÁFICO 14A. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC POR RANGOS DE CANTIDAD DE AÑOS DEDICADOS A LA LABOR QUE REALIZAN DENTRO DE SU ENTORNO FAMILIAR. ....	232
GRÁFICO 14B. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO AC POR RANGOS DE CANTIDAD DE AÑOS DEDICADOS A LA LABOR QUE REALIZAN DENTRO DE SU ENTORNO FAMILIAR. ....	232
GRÁFICO 15A. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ACC SEGÚN LA CANTIDAD DE HORAS DEDICADAS A LA LABOR QUE REALIZAN DENTRO DE SU ENTORNO FAMILIAR. ....	233

GRÁFICO 15B. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO AC SEGÚN LA CANTIDAD DE HORAS DEDICADAS A LA LABOR QUE REALIZAN DENTRO DE SU ENTORNO FAMILIAR. ....	234
GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES EN LOS DIFERENTES NIVELES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL QUE REALIZAN DENTRO DEL ÁMBITO FAMILIAR.....	257
GRAFICO 17. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN LA TOTALIDAD DE LAS AMAS DE CASA, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN. ....	276
GRAFICO 18. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN LA TOTALIDAD DE LAS AMAS DE CASA, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN. ....	277
GRAFICO 19. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN LA TOTALIDAD DE LAS AMAS DE CASA, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN. ....	277
GRAFICO 20. MEDIANAS EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> , POR GRUPOS, AC O ACC.....	282
GRAFICO 21. MEDIANAS EN LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> , POR GRUPOS, AC O ACC.....	283
GRAFICO 22. MEDIANAS EN LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> , POR GRUPOS, AC O ACC.....	283
GRAFICO 23. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN BAJO. ....	284
GRAFICO 24. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN MEDIO.....	285
GRAFICO 25. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EMOCIONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN ALTO. ....	285
GRAFICO 26. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN MEDIO.....	287
GRAFICO 27. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN ALTO. ....	287
GRAFICO 28. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN BAJO. ....	288
GRAFICO 29. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN MEDIO.....	288
GRAFICO 30. MEDIANA EN LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> POR GRUPOS AC O ACC, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE AFECTACIÓN ALTO. ....	289

# Marco teórico





## **0. INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, el síndrome de *burnout* es considerado una preocupación importante por los altos costes que deriva a la organización y al trabajador (Maslach, 2009), al ser reconocido como una respuesta al estrés laboral crónico que favorece la aparición de experiencias subjetivas negativas hacia el trabajo, hacia las personas y hacia el propio rol que se desempeña; lo que puede causar deterioro a la salud de los trabajadores (Gil-Monte, García-Juesas y Caro, 2008). Cualquier persona que desempeñe un trabajo en el que se implique para cumplir sus objetivos, en espera de resultados positivos en un determinado periodo de tiempo y dichas expectativas no se hagan efectivas, puede llevar a sentirse desmoralizada, con falta de ilusión, agotamiento e irritabilidad. De igual modo, puede presentar apatía que le lleve, con frecuencia, a ausentarse del trabajo y a que se produzca una disminución en su rendimiento profesional, llegando a una situación personal, laboral y social desajustada. Cuando esto ocurre, estaríamos ante un trabajador “quemado”. Las consecuencias psicosociales de este síndrome, así como su prevalencia creciente, han dado lugar a que en la última década, sea objeto de estudio de numerosas investigaciones (Ahola y Hakanen, 2007; Avargues y Borda, 2010; .Blom, 2012; Chiu, Stewart, Woo, Yatham, y Lam, 2015; Di Benedetto y Swadling, 2014).

En nuestro trabajo de investigación, nos centraremos en la población de mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del entorno familiar como amas de casa y, en especial, en las que además se desenvuelven en el rol de cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, enfermedad neurológica degenerativa, que deteriora las funciones

cognitivas, conductuales y funcionales. Esta situación propicia que esas mujeres sientan frustración, culpa, desaliento, aislamiento, entre otras emociones, al comprobar que a pesar de todo el esfuerzo y tiempo dedicado a su familiar durante cada etapa de la enfermedad, es irreversible la desestructuración de todas las funciones psíquicas que lo conduce a un estado vegetativo, si no fallece antes de algún proceso infeccioso (Pérez, 2010).



## **CAPÍTULO 1: LA MUJER AMA DE CASA**

Mujer, palabra que procede del latín *Mulier*, significa persona del sexo femenino. Sin embargo, más allá de la femineidad que la distingue, lo que trasciende es la fortaleza con que ha enfrentado a lo largo de la historia los diferentes roles que se le ha designado.

El hecho de pertenecer al género mujer, ha implicado un peso simbólico y físico, establecido por las relaciones y procesos históricos, sociales, económicos y culturalmente influenciados en sí misma, que funcionan en la vida cotidiana y que se va interiorizando desde que es una niña pequeña, a partir de la educación que reciben en su entorno familiar. Los procesos de socialización y los estilos en la educación familiar son diferentes para niños y niñas (Simón, 2002), así como la influencia de padres, maestros y compañeros en el comportamiento de las niñas desde la infancia, durante sus primeros cinco años de vida, se les enseña a expresar su estrés de forma diferente a los niños. A ellas se les induce a expresarlo con matices de ansiedad y depresión, como síntomas de internalización, mientras que a los niños se les promueve a manifestarse con conductas agresivas, como síntomas de externalización (Keenan y Shaw, 1997).

### **1.1. Importancia del estudio de la mujer en el ámbito laboral**

El rol social de la mujer ha ido cambiando a través de la historia. Durante siglos, la sociedad le designaba sólo los roles de madre, esposa y trabajo doméstico. En la actualidad, numerosas mujeres se desempeñan en

diferentes profesiones y muchas de ellas logran ocupar un lugar destacado realizando sus funciones, sin embargo, aún no se ha alcanzado la igualdad de género que merecen.

El 50.84% de la población española es mujer, con una edad media de 43.38 años (INE, 2015). Una cantidad importante de ellas, trabaja fuera del hogar, según datos de la Encuesta de Población Activa, del cuarto trimestre del 2014. Representan el 53.9 % de la población activa española, pero aún falta por reconocer socialmente el trabajo de gran parte de las mujeres que desempeñan su labor dentro del entorno familiar, sin remuneración, a las que hay que valorar, más aún, si además del rol de ama de casa desempeñan el papel de cuidado de carácter “informal” de algún miembro de la familia, coincidiendo con los planteamientos de autores como Johnson y Wiener (2006).

El nivel de participación de la mujer en el mercado laboral, fundamentalmente, se ha centrado en determinados sectores como sanidad, educación y actividades comerciales a nivel de base, al por menor, mientras que los hombres ocupan la mayoría de los puestos de alta dirección en dichos sectores. Es una de las marcadas desigualdades de género que también influye en la diferencia de los salarios, en el reparto de responsabilidades familiares y actividades domésticas.

Según los resultados de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en cuanto a la frecuencia del trabajo a tiempo parcial, para los hombres, es escasa, sólo afecta al 5.3%, mientras que para las mujeres es el tipo de relación laboral más común, una de cada cinco, lo que representa el 22.8%.

Los puestos de trabajo ocupados por los hombres y las mujeres se diferencian no sólo en su segregación ocupacional sino también en la jerárquica, en los que las mujeres en posiciones directivas sólo representan el 3.3%, que es la mitad del porcentaje ocupado por hombres (6.5%). Al referir los puestos de nivel intermedio, la mujer representa el 8.9%, mientras que los hombres el 15.7% (INE, 2011).

Resumiendo, las mujeres que trabajan fuera de casa, generalmente realizan también trabajo no remunerado en el hogar, antes y después del trabajo profesional a que se dediquen, por lo que su tiempo es más fragmentado que el de los hombres (Messing y Östlin, 2006). Estudios realizados en mujeres de profesión contable, muestran que la primera razón por lo que ellas abandonan su puesto laboral es para obtener más flexibilidad, pautas de trabajo y progreso en su vida laboral, independientemente del tipo de empleo (Gammie y Whiting, 2013). Y en los casos de los trabajos no remunerados que realizan las mujeres, por ser autoempleo o hacerse en la economía informal, no existen registros de las enfermedades o daños relacionados con el trabajo que desempeñan (Goenka et al., 2007).

Estudios realizados por el Departamento de Género, Mujer y Salud (2004) de la Organización Mundial de la Salud plantean que las investigaciones de género deben ser interdisciplinarias con componentes epidemiológicos, biológicos y sociales que permitan comprender las cuestiones de género en salud ocupacional, siendo fundamental incluir sistemáticamente los datos de trabajo de la economía informal y la esfera doméstica (WHO, 2004). Se impone, por tanto, realizar acciones que

permita mejorar las condiciones de trabajo y la salud ocupacional de las mujeres (Rickett, 2012).

## **1.2. La mujer como ama de casa**

La mujer “ama de casa” soporta la jornada laboral, desempeñando varios roles dentro de su entorno familiar, como cuidar de sus hijos/as o nietos/as, y/o de familiares ancianos, mientras se ocupa de realizar todas las tareas domésticas, sin contar con tiempo suficiente para dedicarse a sí misma. Esta actividad, desvalorizada socialmente, sin remuneración, hace que el desempeño del trabajo dentro del entorno familiar, sea un componente para favorecer el desarrollo de estrés.

De la mujer ama de casa se espera esté en plenitud de facultades, con recursos personales para estar siempre dispuesta a satisfacer las necesidades de todos, sin detenerse en muchas ocasiones ni a pensar en ella misma; es a quien se le exige demasiado y se le ofrece poco. Muchas veces no recibe el reconocimiento, el agradecimiento, ni gestos afectivos por estar ahí, para todo y para todos.

Coincidiendo con lo planteado por Juvel (2007), el acto de cuidar es estresante en menor o mayor medida, dependiendo de la actitud del cuidador, si lo vive como una carga o si lo percibe como una manera de estrechar relaciones familiares entre padres e hijos. Enfrentar ese difícil reto les fortalece. La responsabilidad de cuidar recae principalmente en la mujer, siendo la frecuencia y el tiempo dedicado al cuidado mucho mayor que en hombres, por lo que se ven más sobrecargadas de trabajo de forma prolongada en el tiempo (Larrañaga et al., 2008).

La incorporación de la mujer al mercado laboral ha ido en aumento, pero la mayoría de las mujeres que desempeñan su profesión fuera del entorno familiar, realizan doble jornada laboral, al tener que también realizar las tareas domésticas en su hogar. Esta situación se complica en los hogares en los que conviven con sus adultos mayores, por lo que, paralelamente, aumenta la necesidad de servicios de su cuidado personal, para los cuales los familiares optan por contratar a mujeres mayores interesadas en encontrar trabajo, para realizar esa labor (Butler, 2013). No son infrecuentes los casos en que mujeres ancianas son cuidadas por mujeres mayores de 46 años, que desempeñan ese trabajo remunerado con un bajo salario y sin beneficios sociales (Butler, Wardamasky y Brennan-Ing, 2012). Ante esta realidad actual, es necesario dedicar esfuerzos en estudiar multidisciplinariamente a la mujer, lo que permitirá ir superando las barreras históricas que aún quedan por resolver.

La literatura científica distingue entre dos tipos de cuidadores: el informal y el formal. El cuidador “informal”, es la persona miembro de la familia del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica, mientras que el cuidador “formal”, es la persona que no forma parte de la familia del receptor del cuidado, que puede estar capacitada o no para ejercer dicho rol y que, a cambio, reciben una remuneración económica (Rogero-García, 2009).

Los autores Cerquera y Galvis (2014) en su estudio encuentran una afectación con cambios en el ánimo en forma de eutimia estado en el 36% de los cuidadores informales y en un 21% de los cuidadores formales; en cuanto a la sobrecarga subjetiva presentan niveles elevados, los cuidadores

informales en un 58.5% y sólo el 33.9% de los cuidadores formales, además refieren diferencias significativas entre el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales e informales, pero no entre sus niveles de depresión. Mientras, otros estudios reflejan que los cuidadores informales no tienen mayor riesgo que los formales de padecer trastornos emocionales, pero sí enfatizan como factores que aumentan ese riesgo: el desempleo, vivir sin pareja y la falta de apoyo social (Tuithof, Ten Have, van Dorselaer y de Graaf, 2015).

Continuando con nuestra línea de estudio, veremos que cuando la mujer ama de casa, además, se dedica al cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer, los resultados son aún más complicados.

## **CAPÍTULO 2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

### **2.1. Características**

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad neurológica degenerativa e irreversible, que se caracteriza fundamentalmente por la pérdida de memoria, pero es trascendental valorar el deterioro funcional, a través de las alteraciones de la esfera emocional, comportamental y de la personalidad, aspectos neuropsiquiátricos que van a acompañar o a preceder al déficit cognitivo (Viñuela y Olarzarán, 2009). En este sentido, la Escala de Deterioro Global (GDS)( Reisberg, Ferris, de León, y Crook,1982) permite obtener un punto de referencia para determinar el nivel de demencia que padece el enfermo (ver Tabla 1)

***Tabla 1. Características de las Fases de Deterioro de la Enfermedad de Alzheimer.***

Grado de Deterioro	Estadio Clínico
GDS 1	Ausencia de alteración cognitiva. Normal.
GDS 2	Disminución cognitiva muy leve.
GDS 3	Defecto cognitivo leve (dificultad en la comunicación verbal, en el trabajo, incipiente déficit de memoria).
GDS 4	Demencia leve, déficit cognitivo moderado (déficit AIVD más complejas, disminución de la capacidad para viajar, llevar sus finanzas, recordar acontecimientos recientes, reconocer personas de su entorno).
GDS 5	Demencia moderada, déficit cognitivo moderado – grave (déficit en todas AVD, necesita ayuda para elegir sus ropas, desorientación en tiempo o espacio, no recuerda nombres de familiares, ni su dirección, ni teléfono).
GDS 6	Demencia moderada, déficit cognitivo grave (déficit ABVD, necesita supervisión para comer, asearse, desorientación en tiempo y espacio, posible incontinencia, sólo recuerda algunos segmentos de su vida).
GDS 7	Demencia avanzada, déficit cognitivo muy grave (déficit ABVD, afasia, apraxia, agnosia, pérdida de la capacidad verbal, incontinencia, rigidez motora).

La demencia en el estadio GDS 4 es la que corresponde a una enfermedad de Alzheimer en sus inicios, aunque cada fase aparece determinada por cambios patológicos en la conducta de cada persona, con alteraciones que no son constantes ni aisladas, sino que suelen emerger de forma combinada, solapando las diferentes fases de la enfermedad.

Las manifestaciones del deterioro cognitivo del enfermo de Alzheimer:

- Déficit de memoria, fundamentalmente la memoria inmediata.
- Repetición de la misma pregunta, frase, o palabra en reiteradas ocasiones.
- Disminución del lenguaje espontáneo, pierde la capacidad de comprender, de leer.
- Desorientación temporal/espacial, no reconoce el día, mes, año, ni la estación del año en que vive, ni reconoce sitios que frecuentaba, pudiendo llegar a perderse.
- Desorientación personal, olvida quién es y aspectos importantes de su historia personal.
- Agnosia, no reconoce objetos, ni personas conocidas o familiares. En fase avanzada es incapaz de reconocer su propia cara ante un espejo.
- Apraxia, incapaz de realizar movimientos para escribir, dibujar, hacer puzles. NO es capaz de realizar gestos voluntarios como saludar con la mano, peinarse, vestirse.



- Aproxia, incapacidad de mantener la atención, ni realizar actividades que antes de enfermar eran de su disfrute.
- Déficit de la función ejecutiva que limita a realizar tareas cotidianas como ir de compras, llevar sus cuentas de banco o elaborar comidas.
- Pérdida del control postural, con dificultad para caminar y la tendencia del cuerpo a inclinarse hacia delante o a hacia al lado.

Las manifestaciones del deterioro conductual y alteraciones psicológicas del enfermo de Alzheimer son las siguientes:

- Delirios: presentes en cualquier fase de la enfermedad. Los más frecuentes cuando creen que han sufrido robos o creen que está en un hogar distinto al suyo propio.
- Alucinaciones: pueden ser visuales, auditivas y el paciente puede responder con miedo o con alegría según lo falsamente percibido.
- Estado de ánimo depresivo: con manifestaciones de llanto, sentimientos de culpa, de inutilidad o de sentirse una carga familiar, aparece una pérdida considerable de peso y cambios en su regularidad de sueño, insomnio.
- Agresividad: reacciones exageradas de la angustia que padecen, y gritan, dan golpes, insultan, tiran objetos.

- **Ansiedad:** en los inicios de la enfermedad aparece por la sensación de pérdida de sus capacidades, pero después se muestra con un estado de agitación constante y se expresan con violencia y agresividad.
- **Deambulación sin rumbo ni objetivo** dentro de una habitación, o intentos de marcharse de donde esté, desorientación, se pierde.
- **Actos Repetitivos:** realización de una acción una y otra vez de manera incansable.

La enfermedad de Alzheimer es el tipo más frecuente de demencia, responsable de hasta el 70% de los casos de enfermedad neurodegenerativa, afectando aproximadamente al 8% de la población mayor de 65 años y al 30% de la población mayor de 80 años en los países con alta esperanza de vida (Llibre y Guerra, 2002). Según informa la organización Alzheimer's Disease International (2012), hacia el 2050 habría 646 millones de nuevos casos de enfermos de Alzheimer a nivel mundial, por lo que es uno de los trastornos neuropsiquiátricos en que se concentra la investigación básica y clínica, para identificar sus causas y aproximarse a tratamientos más eficaces.

El estudio realizado por Campos, Borda, Avargues, Sánchez y Asuero (2014a) en una muestra de 72 pacientes enfermos de Alzheimer, confirman que las alucinaciones, el aislamiento y las acciones repetitivas explican en un 26% el nivel de deterioro funcional que padece el enfermo. Sin embargo, a pesar de que el 78% de los pacientes padecen enfermedades crónicas cardiovasculares y endocrinas, consideradas de alto riesgo para la

salud (Bolandzadeh et al. 2015; Fillit, Nash, Rundek, Zuckerman, 2008; Grodstein, 2007), esto no influye en el deterioro cognitivo ni funcional de los enfermos de Alzheimer estudiados. Se enfatiza en lo imprescindible de la detección y diagnóstico precoz de la enfermedad, así como la concienciación de ésta por la familia, que podrá facilitar la atención al enfermo desde los primeros momentos en los Programas de Psicoestimulación, como tratamiento no farmacológico con el que se puede enlentecer la evolución del deterioro propio de dicha enfermedad.

Otros autores enfatizan la importancia de los rasgos de personalidad en el Alzheimer. En este sentido, Duberstein et al. (2011), estudian durante seis años en una muestra de 767 pacientes de 72 años de media, la relación existente entre los rasgos de personalidad y el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer, demostrando que el riesgo aumenta cuando el nivel de neuroticismo es alto, el nivel de escrupulosidad (ser concienzudo) es bajo y el nivel de apertura a la experiencia es bajo.

## **2.2. La enfermedad de Alzheimer en la mujer**

La enfermedad de Alzheimer no es sólo demoledora para quien la padece, también debilita a los miembros de la familia, por su gran alcance emocional y repercusión física (Santulli, 2011). El número de personas con Alzheimer va aumentando dramáticamente, y la incidencia es más alta en las mujeres que en los hombres (Johansson, 2014).

Posiblemente la enfermedad de Alzheimer afecta en mayor medida a la mujer, porque la sufre desde las dos vertientes: como cuidadora, rol que desempeña administrando cuidados al familiar enfermo de Alzheimer, y por otro lado, como enferma de Alzheimer, cuando necesita recibir esos

cuidados (Alberca, Montes, Gil, Mir y Lozano, 2002). Estos autores plantean que el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer es mayor en la mujer y representan la mayor parte de los enfermos que solicitan asistencia sanitaria. Esto puede estar derivado por ser el sector de la población con mayor esperanza de vida. Además, manifiestan que el sexo puede influir o modular otros factores de riesgo como los factores genéticos y/o biológicos, aunque prefieren dirigir su atención a otros factores como la influencia de la falta de escolarización en la mujer, al ser precisamente en las mujeres de edades avanzadas donde predomina los mayores índices de analfabetismo en nuestro país. Cuanto mayor sea el nivel educativo, mayor será el nivel de las estrategias de afrontamiento, lo que permitirá mejorar su salud física y emocional (Hallman, Thomsson, Burell, Lisspers y Setterlind, 2003).

### **2.3. La mujer como cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer**

Respecto al cuidado de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, no todos los miembros de la familia cercana asumen de la misma manera los cuidados que éste necesita (Espín, 2008). En la mayoría de las situaciones, es una mujer del entorno familiar quien se convierte en cuidador principal y se encarga de ayudar al paciente en la realización de sus actividades de la vida diaria que le sea imposible realizar con independencia, de proporcionarle los cuidados básicos que necesite tanto dentro como fuera del hogar. Además, asumen en mayor medida tareas de atención personalizada hacia el enfermo y se implican en actividades de acompañamiento y vigilancia, asumiendo los cuidados más difíciles, rutinarios, que exigen una mayor carga y dedicación (García-Calvente,

Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004; Fernández de Larrinoa et al., 2011).

El perfil sociodemográfico del cuidador familiar de enfermo de Alzheimer, por tradición generacional, generalmente es una mujer, que cuida sin remuneración, a un miembro de la familia que necesita atención por problemas físicos o mentales, habitualmente es la esposa o hija de la persona a cuidar, la que asume el papel de cuidadora principal (Crespo y López, 2008). Son mujeres que no tienen empleo, consideradas como amas de casa, con edades que superan los 40 años e incluso mayor de 65 años, responsables de las tareas domésticas, que cuentan con un bajo nivel educativo, pertenecen a las clases sociales menos privilegiadas (García-Calvente et al., 2004) y reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo (Feldberg et al., 2011).

La mujer cuidadora del familiar enfermo de Alzheimer asume el cuidado por cariño y obligación moral, a pesar de ser una situación no regulada en su ciclo de vida, que le altera sus planes de futuro. Estudios realizados reflejan que el 37.7% de las cuidadoras informales indican no tener un proyecto de vida definido más allá de la labor del cuidado (Cerquera y Galvis, 2014), realizando importantes cambios en su vida para centrarse en la atención de su familiar, mientras dejan de lado sus propios proyectos personales o profesionales (Espín, 2009). Fundamentalmente, las mujeres mayores que cuidan a su esposo con Alzheimer, lo asumen como su principal función (Paun, 2003). No obstante, la percepción que tienen de la experiencia de cuidar varía significativamente entre cuidadoras (Valentino y Bulmer, 2005).

El rol que desempeña la mujer cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer evoluciona con el tiempo. Se inicia con la asimilación del diagnóstico de la enfermedad; a continuación, con el doloroso acompañamiento por las diferentes etapas de la enfermedad, en las que es esencial la supervisión y la ayuda en las actividades instrumentales. Paralelamente, con la tolerancia ante la progresiva evolución de los trastornos de comportamiento del enfermo y la atención en las actividades básicas de la vida diaria de éste. De acuerdo al nivel de deterioro del enfermo que cuidan, los cambios en su estilo de vida son más grandes y mayor la limitación en su vida social, así como también se altera la relación interpersonal con su familiar enfermo (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003).

Autores como Durán (2002) y Julve (2007) refieren que el “coste invisible” de la enfermedad, lo sufre en mayor medida la mujer cuidadora, porque relaciona el cuidado a las lealtades de parentesco y las implicaciones personales, lo que la hace asumir una sobrecarga de trabajo, que le impide cuidarse y minimizar la importancia de su vida social.

El cuidado de una persona dependiente, como el enfermo de Alzheimer, ocasiona elevados niveles de estrés en la mujer cuidadora, que puede expandirse a diversas áreas de la vida, dando lugar a serias consecuencias para la salud. Algunos autores plantean que la calidad de las relaciones que mantenían anterior a la enfermedad con el familiar enfermo y la obligación que sienten de preocuparse, pronostican los resultados de la salud de estas mujeres (Hodgins, Wuest y Malcolm, 2011). En otro estudio se refieren que, a pesar de que los cuidadores informales proporcionan la mayor parte de la atención a largo plazo, el hecho en sí de cuidar a un

familiar enfermo no implica síntomas depresivos, problemas de salud o aislamiento social, sino que son los factores como los ingresos económicos insuficientes y las necesidades insatisfechas las que se relacionan con resultados negativos que hacen que muchos de los cuidadores informales necesiten de apoyos en educación y cuidado de su salud física y mental (Robinson, Fortinsky, Shurgrue y Porter, 2009).

Los lazos afectivos creados entre los miembros de la familia y la experiencia de vida de cada uno influye en su estrategia de intervención con el enfermo de Alzheimer, van cambiando los roles, la estructura familiar y las relaciones entre la familia del enfermo en la medida que evoluciona la enfermedad, por lo que es necesario desarrollar actividades psicológicas y socioeducativas que sirvan como mediador del estrés en la vida del cuidador y el paciente (Cachioni et al., 2011). No obstante, cuando aparece la enfermedad de Alzheimer en algún miembro de una pareja, constituida en segundo matrimonio, se ha comprobado que aumentan las tensiones familiares intergeneracionales por decisiones financieras, especialmente si su rol es el de cuidador/a (Sherman y Bauer, 2008).

Al margen de los diferentes puntos de vista, lo esencial se basa en los factores subjetivos que intervienen en la práctica de cuidar y de sus interrelaciones, principalmente en las autovaloraciones que haga la mujer cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer de las demandas que requiere el cuidado y su capacidad de afrontamiento ante las mismas.

## **2.4. Salud en la mujer ama de casa y cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer.**

La salud *“es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de afecciones o enfermedad”*, según define la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1948: p.1). Aunque dicha definición no ha estado exenta de críticas por su carácter subjetivo (San Martín y Pastor, 1989), por la generalización del uso del concepto bienestar a la población mundial independientemente de las condiciones reales del lugar donde se encuentren (Briceño, 2000), se le reconoce lo positivo que ha sido superar la línea biologicista y biomédica en el campo de la salud (Moreno, 2007), al ser la salud un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende la competencia médica, donde influye además la biología, la psicología y aspectos de la economía-política, considerándose un problema individual y colectivo (Alcántara, 2008).

### **2.4.1. Influencia de la situación de dependencia de la población, en la salud de la mujer ama de casa y cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer**

Es conocido el progresivo incremento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad en los países desarrollados, que ha propiciado un importante envejecimiento poblacional que a su vez deriva en un creciente desarrollo de enfermedades no transmisibles de tipo crónico propias de la vejez, entre ellas, la enfermedad de Alzheimer, explicada anteriormente. Le dedicaremos un epígrafe a este tema, por la influencia que a corto, medio y largo plazo tiene para la salud de la mujer.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 18.12% de la población española son mayores de 64 años y, de ellos, el 27.56 % son



personas dependientes (I.N.E., 2014), situación que se ha incrementado en los últimos diez años. A continuación, mostramos en la Tabla 2 los datos que lo confirman.

**Tabla 2. Tasa de dependencia de la población mayor de 64 años durante la década 2004 -201.**

<b>Año</b>	<b>Mayores de 64 años dependientes (%)</b>
2014	27,56
2013	26,66
2012	26,06
2011	25,55
2010	24,94
2009	24,46
2008	24,19
2007	24,36
2006	24,52
2005	24,37
2004	24,82

NOTA: Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas al cierre del año 2014

De mantenerse esa tendencia, en el caso de España, aumentaría el porcentaje de la población mayor de 64 años. En el año 2029 sería el 24.9% y en el 2064, el 38.7% (I.N.E., 2014). Otro dato de interés es en relación a la cantidad de hombres y mujeres. En la medida que avanza el tiempo esta proporción varía, ya que a partir de los 45 años decrece el número de hombres y aumenta el de mujeres, llegando a duplicarse este después de los 85 años de edad (I.N.E., 2010).

Estudios realizados en adultos mayores afirman que el bienestar psicológico es un recurso potencial para envejecer con mejor salud y protegerles del desarrollo de la fragilidad física. Cuanto mayor sea el estado de bienestar positivo, menor será el riesgo de fragilidad física, lo que redundará en disfrutar de una vida saludable más prolongada (Gale,

Cooper, Deary y Sayer, 2014). Otros autores se refieren además a la relación existente entre bienestar positivo y cognición, donde las variables depresión y ejercicios actúan como moderadoras, de esa manera, la depresión afecta el rendimiento cognitivo de los que poseen mayor nivel de bienestar, mientras que los ejercicios protegen el rendimiento cognitivo de los que poseen menor nivel de bienestar (Allerhand, Gale y Deary, 2014).

En este sentido, los hombres presentan frecuentemente menor malestar psicológico que las mujeres, las cuales suelen padecer más problemas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo y calidad de sueño, peor salud física y mayor sedentarismo (Crespo y López, 2008; Larrañaga et al., 2008). Estudios realizados afirman que las mujeres que se desempeñan en ocupaciones administrativas tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Gallo et al., 2003).

Tomando en cuenta que la mujer es la que, generalmente, sostiene la responsabilidad del cuidado a familiares, incluyendo a sus adultos mayores, independientemente que se desempeñe profesionalmente en puestos laborales fuera o dentro del entorno familiar, es crucial valorar algunos de los aspectos que les puede afectar al respecto.

Las mujeres adultas mayores, cuidadoras y no cuidadoras, perciben como positivo el afecto que reciben, lo que las protege del deterioro de su salud (Park-Lee, Ferdman, Hochberg y Faulkner, 2009). Las mujeres con trabajo remunerado poseen mayor nivel de salud percibida y menor nivel de depresión que las amas de casa (Arber y Cooper, 2000; Artazcoz, Moya, Vanaclocha y Pont, 2004; Landero y González, 2006), aunque tanto las que

se dedican al cuidado de carácter formal (retribuido) o informal (sin retribución) se les afecta la salud, en cuanto a la cantidad de dolencias que padecen (Sánchez-Herrero y Sánchez-López, 2011). La labor de cuidar a personas dependientes influye negativamente en la salud física y psíquica, tanto en cuidadores formales (personal de enfermería, auxiliar, etc.) como en cuidadores informales (familiares de la persona dependiente) (Pinquart y Sörensen, 2003).

En cuanto a la salud mental, existen estudios que confirman las relaciones existentes entre ansiedad y salud, puntualizando que son más significativas en las mujeres que en los hombres (Sánchez, López, Corbalán y Dresch, 2008); sin embargo, al estudiar los niveles de ansiedad en diferentes poblaciones de mujeres, se ha demostrado que las que trabajan fuera del hogar, padecen menor nivel de ansiedad que las amas de casa (McDonough, Walter y Strohschein, 2002). Así mismo, al valorarse a cuidadores informales, coinciden en afirmar que estos tienen mayor riesgo de padecer problemas emocionales como ansiedad y depresión (Crespo, López y Zarit, 2005; Ory et al, 2000).

Respecto a la depresión, investigaciones realizadas muestran que, tanto en los cuidadores formales como en los informales, se dan puntuaciones altas, principalmente, en las subescalas estado, lo cual indica que la afectación emocional que reportan es de carácter temporal y están asociadas a las condiciones específicas del contexto en el que se encuentren en ese momento (Cerquera y Galvis, 2014; Spielberger et al., 2008). Aunque no se puede afirmar que el cuidado sea la causa directa de las altas puntuaciones obtenidas de depresión, sí se puede plantear que el

mismo tiene una gran influencia, debido a todas las implicaciones que hacen de ésta, una labor altamente estresante (Vitaliano, Zhang y Scanlan, 2003; Fernández y Crespo, 2011). Los pensamientos relacionados con la depresión reflejan una percepción negativa de uno/a mismo/a, autculpa y desesperanza, sin embargo, los pensamientos de orientación positiva tienen un efecto mediador favorable para disminuir los síntomas de depresión. Existen estudios que lo indican y además justifican la presencia de mayores niveles de depresión en las mujeres (Calvete, 2005).

En un nivel más específico, los cuidadores informan de mayor presencia de cansancio, dolor de espalda, cefalea y algias musculares. Además de la presencia de problemas relacionados con la ansiedad y la depresión, se ha constatado la existencia de alteraciones del sueño, apatía e irritabilidad (Méndez, Giraldo, Aguirre y Lopera, 2010). Otros estudios profundizan en el riesgo de padecer ciertas enfermedades, al afectarse algunos sistemas fisiológicos, principalmente el sistema inmunológico, lo que ocasiona un deterioro importante en la salud del cuidador (Lovell y Wetherell, 2011).

#### **2.4.2. La salud ocupacional**

El trabajo doméstico que desempeñan las mujeres amas de casa y las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer requiere de tareas monótonas, posturas forzadas que les provoca, no en pocas ocasiones, desórdenes musculoesqueléticos-DMEs (dolores de espalda, lumbargia, etc.). Según la Organización Mundial de la Salud, las mujeres están más expuestas que los hombres a realizar movimientos altamente repetitivos, por lo que el riesgo de padecer DMEs es mucho mayor. Esta dolencia se

considera enfermedad ocupacional. Sin embargo, las enfermedades ocupacionales han sido subestimadas en cuanto a su coste, por ser frecuente la aparición de malestares después de un determinado tiempo, lo que dificulta se relacione con el espacio de trabajo que lo provocó (WHO, 2004).

En esa misma línea, la Organización Internacional del Trabajo refiere que los problemas de salud y de seguridad laboral de las mujeres se desconocen con frecuencia, o no se detallan en las investigaciones, por no existir suficiente información al respecto, dado a que muchos de los trabajos que realizan no son retribuidos, son de autoempleo o se dan en la economía informal, por lo que muchos accidentes laborales que ocurren no se registran (ILO, 2009).

En el informe sobre los problemas de salud y su relación con el empleo del Instituto Nacional de Estadística se compara el porcentaje de afectación de la salud por tipos de enfermedades relacionadas con el trabajo que desempeñan los hombres y las mujeres (INE, 2011). Tomando en cuenta las acciones repetitivas que deben realizar durante la labor de cuidar y las condiciones en las que trabajan tanto los cuidadores formales o informales, independientemente que sea hombre o mujer, a continuación, enumeramos las enfermedades que más se relacionan con ese tipo de actividad laboral (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Algunas de las enfermedades relacionadas con la actividad laboral desempeñada como cuidadores, que pueden afectar a mujeres y hombres de 16 a 64 años.**

Enfermedades que afectan	Mujer %	Hombre %
Brazos y /o manos	7,82	5,06
Piernas y/o pies	8,62	9,39
Espalda y/o cuello	29,23	23,85
Corazón, tensión arterial y/o circulación	6,66	10,72
Respiratorios (incluye asma y bronquitis)	6,94	8,59
Riñón, estómago, hígado, u otros problemas digestivos	4,75	6,15
Ansiedad crónica	3,58	2,16
Depresión	4,40	2,37
Diabetes	4,19	6,88
Enfermedades degenerativas como Alzheimer, esclerosis múltiples, Parkinson, entre otras.	1,47	1,03

NOTA: Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas en el año 2011.

La salud de los cuidadores se ve fuertemente comprometida por el hecho de proporcionar cuidados (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Palomino, González, Avilés y Blanco, 2008; Rogero, 2010). Los síntomas físicos como cansancio, dolor de espalda, cefalea y algias musculares aparecen en mayor proporción en los cuidadores (López-Gil et al.2009), presentando pluripatologías fundamentalmente de tipo osteoarticular (Seira, Aller y Gascón, 2002). Existen estudios que han descrito disfunciones a nivel neurocognitivo, además de alteraciones en la vitalidad, el dolor corporal, la salud mental y en general, en el estado de salud global del cuidador en comparación con la población general (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Savage y Bailey, 2004).

La buena salud del cuidador, en general, es fundamental, por lo que es importante promover estilos de vida saludables, aunque no siempre son equitativos en cuestión de géneros. Las mujeres en general, y en particular

las que desempeñan tareas de cuidado, desempeñan trabajos que tiene menor libertad de acción, por lo que les es más difícil compatibilizar el tiempo para realizar actividades dirigidas hacia su propio cuidado, como realizar ejercicio físico y realizar una dieta saludable (Marshall et al., 2006; Messing y Östlin, 2006).

En el presente trabajo de investigación, adoptamos un enfoque transaccional y entendemos que el estrés laboral puede ser concebido como una relación entre las personas y su ambiente, de tal modo que una persona experimentará estrés cuando perciba un desequilibrio sustancial entre las demandas que le plantea la situación y su capacidad para responder a la misma, en condiciones en las que fallar puede tener importantes consecuencias negativas (Lazarus y Folkman, 1986, Cit en Avargues, 2006:35). Las exigencias físicas y emocionales a las que las amas de casa cuidadoras de familiares enfermos de Alzheimer se enfrentan a diario y que pueden prolongarse durante mucho tiempo, unido al escaso control sobre las decisiones que puede tomar y acciones a realizar y, en la mayoría de los casos, a una falta de apoyo social en las tareas de cuidado, hacen de su ocupación una situación idónea para la aparición del estrés laboral, según el modelo de Karasek (1979) o el de Lazarus y Folkman (1984) y, por ende, para la aparición del síndrome de desgaste psíquico en el trabajo o síndrome de *burnout*.





### **CAPÍTULO 3: EL SÍNDROME DE *BURNOUT***

*Burnout* es un término de origen anglosajón, que al traducirlo al castellano significa “estar quemado”.

Fue utilizado por primera vez en Estados Unidos por el psiquiatra psicoanalista Freudenberger (1974) al detallar los síntomas que padecía el personal voluntario, con los que trabajaba en la Clínica para Toxicómanos en Nueva York, meses después de estar atendiendo a los pacientes diariamente, definiendo el *burnout* como un estado de agotamiento, apatía y desinterés por la actividad laboral que requiere del contacto con personas a las que brinda sus servicios; lo que se acentúa ante la inaccesibilidad de sus expectativas (Freudenberger, 1975).

No obstante, no es hasta el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, donde se utiliza el término públicamente por Maslach (1977) al describir el agotamiento que sufrían los trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para otras personas (Morian, 2006).

Los estudios sobre *burnout* se han desarrollado en dos líneas fundamentales de investigación: 1) orientada a la Psicología Clínica, que lo analiza como un estado, resultante del estrés laboral. Describen síntomas, sentimientos y conductas que etiquetan a la persona. Asumen que es un fenómeno estático; y 2) orientada a la Psicología Social, que lo estudia como un proceso, que evoluciona al influir las características personales y su entorno laboral. Admiten que es un mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo con sintomatología diferente (Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach y Schaufeli, 1993). Farber (1985) lo considera

un síndrome relacionado con el trabajo que aparece cuando se percibe una desigualdad entre el esfuerzo y la recompensa (los factores individuales, sociales y organizativos influyen en dicha percepción).

### **3.1. Desarrollo histórico del concepto *burnout***

Las primeras alusiones al concepto *burnout*, desde el enfoque clínico, se sitúan en la década de los setenta. Freudenberger (1974) lo describe como una sensación de fracaso y una existencia agotada resultante de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Pines y Kafry (1978) lo definen como un estado de agotamiento físico, emocional y mental. Dale (1979) lo identifica como una consecuencia del estrés laboral que puede variar en relación a la intensidad y duración del mismo.

En los años ochenta, Freudengerber precisa, sobre la definición del año 1974, que el *burnout* es un estado de fatiga o frustración, originada cuando la dedicación a otras personas o el fervor hacia una causa determinada, no revierte la recompensa que se esperaba con antelación (Freudengerber y Richelson, 1980). Chermis (1980), lo considera un proceso en el que las actitudes y conductas del trabajador cambian de manera negativa como respuesta al estrés laboral. Hace énfasis en la importancia del trabajo para que aparezca el *burnout*, definiéndolo como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con tareas frustrantes con excesivas demandas. Edelwich y Brodsky (1980) definen el *burnout* como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo.

En la misma línea, Brill (1984) se refiere a *burnout* como el estado disfuncional y disfórico en relación al trabajo que afecta las expectativas iniciales del trabajador respecto a su puesto laboral. Price y Murphy (1984) entienden el *burnout* como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, caracterizado por sentimientos de fallo, desgaste emocional, sentimientos de culpa por no lograr éxito profesional, distanciamiento emocional y aislamiento. Asimismo, Pines y Aronson (1988) especifican que es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por la implicación durante un periodo de tiempo prolongado en situaciones emocionalmente demandantes. A este cansancio, se le añaden sentimiento de desesperanza, desamparo, desilusión, inutilidad, baja autoestima, actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida en general.

Desde un enfoque psicosocial, Maslach y Jackson (1986) definen el síndrome de *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico, donde el hecho de encontrarse emocionalmente agotado hace que aparezcan sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja (despersonalización) y hacia el trabajo en sí (falta de realización profesional). El agotamiento emocional es considerado como una de las dimensiones que enmarca el significado central del síndrome de *burnout* (Lee y Asforth, 1996; Leiter y Maslach, 1988; Maslach, 2009; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Shirom, 1989).

De esta manera, Maslach y Jackson (1986) coinciden con Freudenberger y Richelson (1980) así como con Pines y Aronson (1988), quienes refieren que el *burnout* es un estado de agotamiento emocional resultante de un proceso de desilusión. No obstante, discrepan en cuanto a

la causa del *burnout*. Mientras que para Freudenberger y Richelson (1980) son las metas no logradas, para Pines y Aronson, (1988) es el mantenimiento durante un periodo de tiempo ante situaciones emocionalmente demandantes. Maslach y Jackson (1986) incorporan además el efecto de la carga emocional que existe entre profesional y cliente. Estas autoras en sus inicios, entendían el *burnout* como un estado, pero en la medida que se ampliaba el alcance de los trabajos a partir de su definición, se ha asentado la conceptualización como proceso.

En la década de los noventa, Gil-Monte y Peiró (1997) definen el síndrome de quemarse en el trabajo, como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia la persona con la que se trabaja y hacia el mismo rol que desempeña.

En resumen, el desarrollo histórico del concepto de *burnout*, denominado como “fase pionera” por Maslach y Schaufeli (1993) se apoya, en primer lugar, en descripciones clínicas del síndrome, derivado del análisis de estudio de casos que valora los síntomas que muestran las personas y, en segundo lugar, en la constatación no empírica de su relativa frecuencia, lo que apunta a señalar que trabajar con personas particularmente en una relación de cuidador o de proporcionar ayuda, es el aspecto crítico del *burnout* profesional (Maslach, 1993).

La nominada “fase empírica” (Maslach y Schaufeli, 1993) del desarrollo conceptual del *burnout*, se centra en la investigación sistemática y, muy particularmente, en la evaluación del fenómeno, lo que posibilita que se inicien los primeros intentos serios por identificar los principales factores de riesgo, generar modelos explicativos, desarrollar medidas

estandarizadas, sistematizar el estudio de sus consecuencias y proponer estrategias preventivas y de tratamiento del *burnout*.

Existe una diversidad de estudios sobre el *burnout* desde una perspectiva psicosocial (Edelwich y Brodsky, 1980; Gil-Monte y Peiró ,1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995; Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Leiter, 1993; León y Medina, 2003; Manzano y Ayala, 2013; Schaufeli y Van Dierendonck, 1993; entre otros). A pesar de ello, aún no hay consenso al enunciar su definición (Garcés de los Fayos, 1998), siendo el concepto más aceptado por la literatura científica el que sustentan Maslach y Jackson (1986) en base a las tres dimensiones que lo componen, argumentado empíricamente con la extendida utilización del instrumento, *Maslach Burnout Inventory* (MBI.), al que haremos referencia posteriormente. Caracterizan el *burnout* como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (Maslach y Jackson, 1981a).

Las tres dimensiones fueron categorizadas por Maslach y Leiter (1997):

- Agotamiento Emocional: Referido a los sentimientos de excesiva demanda física y emocional que resultan del contacto diario con las personas a las que brinda sus servicios, lo que implica un estado de extenuación que induce a un vacío de sus recursos personales.
- Despersonalización: Referente a las respuestas y actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia las personas a quien brinda sus servicios, surgiendo un desapego afectivo que puede derivar en un trato deshumanizado.

- Baja realización personal: Se refiere a los sentimientos de incompetencia, a la pérdida de confianza en sí mismo por la carencia de logros, que deriva en un negativo autoconcepto, que a su vez influye en su destreza para realizar su trabajo y el trato hacia los clientes.

Maslach y Jackson (1981, 1982, 1984, 1986) a partir de sus investigaciones, afirman que el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal son los componentes claves del *burnout*. Estas autoras, quienes consideran en un inicio la realización personal como un aspecto del agotamiento emocional y de la despersonalización, asumen que la realización personal es un componente independiente del *burnout*, que se relaciona mejor con el concepto de autoeficacia (Bandura, 1982) y de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

En la medida que el concepto se va fortaleciendo en E.E.U.U. y se desarrollan los principales instrumentos de medición, investigadores de diferentes países enfocan sus líneas de estudio hacia este tema celebrándose en Polonia, en el año 1990 como foro de expresión y divulgación, la I Conferencia Europea sobre *burnout* (Bresó, Salanova, Schayfeli y Nagareda, 2007).

Durante esta etapa, se trata de delimitar el fenómeno, pero el interés se centra en la búsqueda de soluciones prácticas que permitan conocer los posibles factores que lo propician. En este sentido, diversos estudios longitudinales realizados han demostrado que el *burnout* presenta una estabilidad temporal considerable (Nagy y Nagy, 1992; Poulin y Walter,

1993; Savicky y Cooley, 1994). Junto a esto, autores como Burisch (1993), Chermis (1980), Hallsten (1993), Leiter y Maslach (1988) y Pines y Aronson (1988) consideran importante la interacción de los factores individuales, organizacionales y sociales, así como la relevancia de sus consecuencias para el individuo (Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009; Schaufeli, Maslach y Marek, 1993), el *burnout* afecta tanto a personas individuales como a organizaciones (Abrahamson, Sutor y Pillemer, 2009).

Otra línea de investigación resalta que las consecuencias de *burnout* son potencialmente serias de la misma manera para el profesional y el cliente (Freudenberger, 1975; Maslach y Jackson, 1986). El *burnout* se le relaciona con una amplia lista de enfermedades físicas y problemas psicosomáticos como insomnio (Söderström, Jeding, Ekstedt, Perski y Akerstedt, 2012), taquicardia, dolor de espalda, entre otros (Golembiewski, Munzenreider y Stevenson, 1984; Melamed, 2009; Quick y Quick, 1984), depresión (Bianchi, Boffy, Hingray, Truchot y Lauren, 2013; Freudenberger, 1974) y ansiedad (Garcés de los Fayos, 1997; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990), entre otras. Estas manifestaciones, junto a otros síntomas como úlceras, cefaleas, trastornos gástricos, hacen que el individuo que padece *burnout* manifieste bajos índices de salud (Friedman, 1991).

Otros estudios enfatizan la incapacidad de la persona para llevar a cabo el trabajo adecuadamente (Freudenberger y Richelson, 1980), así como la falta de motivación general (Chermis, 1980). Se han encontrado relaciones significativas del *burnout* con (1) conductas organizacionales disfuncionales, como la rotación laboral (Pines et al., 1981), la intención de abandonar el trabajo, el absentismo, los retrasos y las largas pausas

durante el trabajo (Jones, 1980), la insatisfacción laboral y el bajo rendimiento (Burker, Shearer y Deszca, 1984), (2) malestar emocional ó síntomas depresivos (Ahola y Hakanen, 2007). Asimismo, se hace referencia al agotamiento emocional como indicador directo del rendimiento de trabajo, mientras que la despersonalización y el logro personal tienen un efecto emocional indirecto sobre el rendimiento de trabajo (Rutherford, Shepherd y Tashchina, 2015). De estos estudios se desprende que el *burnout* es una experiencia laboral negativa para el trabajador y también lo es para la organización, por incidir directamente en el servicio que prestan éstas, de ahí la importancia de identificar las situaciones de agotamiento que reflejan los trabajadores y disminuir sus efectos.

Maslach et al. (1973; 1979) afirman que los profesionales médicos que padecen *burnout*, desarrollan una actitud negativa hacia el paciente, llegando a mostrar un trato deshumanizado. Autores como Di Benedetto y Swadling (2014) plantean que el *burnout* es un riesgo inherente a los profesionales dedicados a la salud mental. En esa misma línea, diversos autores (Ahola et al., 2006; Farber, 1985 y 1991; Golembiewski et al., 1983; Leiter y Maslach, 1988; Pines y Aronson, 1988; Price y Murphy, 1984) afirman que el síndrome no sólo lo padece el sector de asistencia sanitaria o de ayuda, sino todo tipo de profesionales pueden ser vulnerables. Como señala Bährer-Kohler (2013), el trabajo genera estrés y cuando hay estrés laboral hay riesgo de padecer síndrome de *burnout*.

Por otro lado, Maslach y Leiter (1997) plantean que el *burnout* se ha extendido en la medida que otras profesiones se han vuelto más



orientadas al servicio del cliente. Chermis (1980) se refiere a la enseñanza y la seguridad pública como profesiones de riesgo. Avargues y Borda (2010) han confirmado la existencia de *burnout* en docentes universitarios.

Gil-Monte y Peiró (1997) refieren que aunque se da con mayor frecuencia en las organizaciones de servicios, no está restringida a ellas. En este sentido, diferentes estudios reflejan alto riesgo de *burnout* en empleados del sector de la banca (Amigo, Asensio, Menéndez, Redondo y Ledesma, 2014) y su incidencia en la salud general de estos profesionales (Campos y Rodríguez, 2002), en profesionales que atienden a familias en riesgo de exclusión social (Garrido, del Moral, González y López, 2009), en psicólogos de la salud en servicios hospitalarios (Otero, Grajeda, Canto, Venegas y Luque, 2013) y en intérpretes de lenguaje de signos (Schwenke, Ashby y Gnilka, 2014). Garcés de los Fayos (2004) y Maslach y Schaufeli (1993) han apuntado que el síndrome existe en profesiones como entrenadores y deportistas, en actividades políticas y en amas de casa, siendo estas últimas también estudiadas por Moral, González y Landero (2011) y Pascual (2001).

En resumen, las aportaciones realizadas durante estas décadas por diferentes autores, de tendencia clínica o psicosocial: 1) confirman la tridimensionalidad del *burnout* (Maslach, 1993), 2) se refieren al *burnout* como un proceso continuo que se desarrolla paulatinamente a través de la interacción intensa durante un periodo de tiempo, entre el proveedor (profesor, enfermera, abogado, etc.) y el que recibe (alumno, paciente, cliente, etc.), 3) comparten la opinión de que una de las características más notables del *burnout* es el desgaste emocional que provoca dicha

interacción en el proveedor (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1996; Schaufeli, 1990) y 4) hacen extensivo el ámbito de afectación del *burnout*, desde inicialmente en trabajos de cuidado y servicios humanos, hasta posteriormente un amplio rango de ocupaciones y contextos (Maslach, 2009), como directivos, entrenadores, deportistas, amas de casa (Garcés de los Fayos, 2004; Maslach y Schaufeli, 1993; Pascual, 2001), incluso a la familia, para valorar la relación padre-hijo (Procaccini y Kiefaber, 1983) y la relación en la pareja matrimonial (Pines, 1996).

Para desarrollar nuestro trabajo, asumimos la definición de Maslach y Jackson (1986) considerando el *burnout*, como se ha comentado con anterioridad, como un síndrome que se caracteriza por un marcado agotamiento emocional, despersonalización (hacia quien le brinda sus servicios) y una baja realización personal en la actividad laboral que desempeñe.

### **3.2. Diferencia conceptual entre síndrome de *burnout* y otros constructos**

Es un síndrome que aparece de manera paulatina, como respuesta al estrés laboral cuando fracasan las estrategias de afrontamiento. Cualquier profesional que trabaje al servicio de otras personas puede ser vulnerable a padecerlo, aunque es más frecuente su aparición en profesionales que se desempeñen en ocupaciones de cuidado y servicios humanos.

El *burnout* ha generado confusión con otros conceptos como estrés, ansiedad, depresión, insatisfacción laboral, tedio, fatiga, alienación, crisis

de la edad media de la vida, entre otros. Sin embargo Shirom (1989) refiere que el *burnout* no se enmascara con otros conceptos.

Entendemos que al estudiar el *burnout* como un proceso, no se solapa con otros conceptos porque su esencia hace que se interrelacione con variables emocionales (agotamiento emocional y despersonalización), variables cognitivas (baja realización profesional) y variables actitudinales (despersonalización y baja realización profesional), que se modulan entre sí con una concordancia de antecedentes y consecuencias, dentro del proceso de estrés laboral. Esta peculiaridad lo hace diferente de otros conceptos que son respuestas al estrés, concebidas como estados del individuo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

A continuación nos referimos a las argumentaciones de diferentes autores sobre la diferencia conceptual:

### **3.2.1. *Burnout* y estrés**

Seley (1956) considera que el estrés se origina como consecuencia del desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto.

El estrés es un proceso de adaptación a las demandas del entorno, sólo cuando la situación sobrepasa la capacidad de control de la persona es cuando se producen consecuencias negativas; pero en el síndrome de *burnout* siempre sus desenlaces serán negativos (Farber, 1984; D'Aurora y Fimian, 1988). Es importante señalar que el estrés laboral no necesariamente conduce al *burnout* (Pines, 1993).

Aunque ambos constructos comparten semejanzas, no podemos tratarlos como equivalentes. El estrés se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del *burnout* que es un síndrome exclusivo del contexto laboral (Pines y Kafry, 1978).

El estrés psicológico no siempre se identifica con el *burnout*, al concebirse este síndrome como una respuesta a fuentes de estrés de índole laboral y de carácter con tendencia a la cronicidad que se enlazan entre las relaciones sociales de los proveedores de los servicios y los receptores de estos (Gil-Monte y Moreno, 2007).

Maslach (2009) expone que a diferencia del estrés que se desarrolla como respuesta a acontecimientos críticos específicos de la vida del sujeto, el *burnout* es una reacción prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo, y tiende a ser más estable en el tiempo.

Gil-Monte y Peiró (1997) refieren que en relación al proceso de estrés, el síndrome de *burnout* queda limitado a un estadio del desarrollo de ese proceso, se promovería como respuesta a corto o mediano plazo, en relación a las consecuencias que a más largo plazo tiene el estrés crónico sobre las personas.

### **3.2.2. Burnout y ansiedad**

Cotton (1990) marca la diferencia entre ansiedad y *burnout* al expresar que este último es un concepto más amplio, definiendo que la ansiedad es un síndrome de aprehensión, tensión, malestar, o desasosiego que experimenta una persona al anticipar un peligro, especialmente cuando el origen de este es desconocido.

El síndrome de *burnout* es más amplio que el concepto de ansiedad. Ésta es una reacción emocional de alerta ante una amenaza, es la que aparece con mayor frecuencia en el proceso de adaptación que implica el estrés. Autores como Cano y Miguel (1999), consideran la ansiedad como una emoción negativa que se percibe con sensaciones desagradables de preocupación, tensión, aprensión, inseguridad, temor, además de pensamientos negativos sobre uno mismo y sus actos; todo ello acompañado por la percepción de fuertes reacciones fisiológicas no controlables .

Leiter (1990) se refiere a la diferencia entre el *burnout* y la ansiedad basándose en que el agotamiento emocional o físico ocurre cuando las exigencias de una situación sobrepasan las capacidades que una persona posee, mientras que la ansiedad es el resultado de que esa persona opine que no cuenta con las habilidades necesarias para enfrentar dicha situación.

### **3.2.3. *Burnout* y depresión**

Es evidente que la depresión ha sido uno de los conceptos que mas debate ha generado en cuanto al posible solapamiento con el *burnout*, por la similitud de sus síntomas, como cansancio, retraimiento social y sentimientos de fracaso, de ahí que aún existan estudios que no respaldan la diferencia existente entre *burnout* y depresión (Bianchi, Boffy, Hingray, Truchot y Lauren, 2013).

En cuanto a la sintomatología predominante, en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el *burnout* es el sentimiento de ira e irritación (Farber, 1985; Freudenberguer, 1981; Pines, 1993). En la

depresión, la sintomatología tiene una tendencia a manifestarse a través de las situaciones, sin embargo esto pudiera ocurrir en el *burnout* sólo si se prolonga en el tiempo, pero en menor grado de lo que ocurre en la depresión (Avargues, 2006).

La depresión puede aparecer en el síndrome de *burnout* en las etapas donde las pérdidas son mayores (Manassero, García-Buades, Ramis y Torrens, 2003) y se puede considerar como una consecuencia negativa del *burnout* (Cooper, Dewe y O'Driscoll, 2001).

Hallsten (1993) y Leiter y Durup (1994) señalan que a pesar de que ambos conceptos comparten algunas sintomatologías, los esquemas de desarrollo y etiología son diferentes, mostrando la depresión una correlación significativa con la dimensión agotamiento emocional del *burnout*.

#### **3.2.4. *Burnout* e insatisfacción laboral**

Firth y Britton (1989) se refieren a la diferencia entre insatisfacción laboral y *burnout*. A pesar de que ambos son experiencias psicológicas, internas y negativas, en el *burnout* se incluye agotamiento o pérdida de energía o falta de motivación por el trabajo, así como también implica una actitud de despersonalización. Esto no aparece en la insatisfacción laboral, donde uno de los componentes característicos es la falta de confort (Jayaratne y Chess, 1983).

Maslach y Jackson (1981), plantean que altos niveles de estrés y *burnout* pueden coexistir con niveles adecuados de satisfacción.

### **3.2.5. Burnout y otros conceptos relacionados**

#### **3.2.5.1. Aburrimiento**

El aburrimiento y el *burnout* son conceptos que comparten una sintomatología similar, pero su origen es diferente. El aburrimiento es considerado como uno de los síntomas del *burnout*. Cuando aumenta el agotamiento emocional aparece el aburrimiento y disminuye la satisfacción laboral.

Maslach y Jackson (1981a) asumen que ambos conceptos sólo se solapan cuando son consecuencia de la insatisfacción laboral, ya que el *burnout* aparece cuando la persona está expuesta a frecuentes presiones emocionales y el aburrimiento puede surgir ante cualquier tipo de presión o por falta de improvisación.

Pines y Aronson (1988) consideran que se debe utilizar el término *burnout* para aquellas profesiones de ayuda en las que las personas sea su objeto de trabajo y el término aburrimiento utilizarlo para las profesiones que trabajan en otras ocupaciones que no tienen características humanitarias.

#### **3.2.5.2. Fatiga**

La persona que se somete a un esfuerzo intenso y prolongado sufre un progresivo debilitamiento de la capacidad de resistencia que le lleva a la fatiga. De manera que un prolongado esfuerzo físico o mental provoca un cambio en el organismo que tiene como resultado el declive en el rendimiento y el sentimiento de fatiga.

La fatiga física se diferencia del *burnout* en el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988). La persona que sufre de fatiga física se recupera tras el descanso, lo hace de forma rápida, perciben sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, mientras que los que padecen *burnout* tienen una recuperación mucho más pausada, y eso lo vivencia como una experiencia negativa acompañada de un sentimiento de fracaso.

### **3.2.5.3. Alienación**

Alienación y *burnout* son constructos diferentes. En la alienación no existe la perspectiva inicial que da significado existencial al trabajo. Ocurre a las personas que no esperan nada del trabajo que realizan, sólo la retribución, mientras que el *burnout* ocurre en mayor frecuencia a las personas que, en principio, se preocupan más por las personas con quienes trabajan, que por la recompensa económica (Pines, 1993).

La alienación está influida por variables organizacionales y de la carrera de la persona, mientras que el síndrome de *burnout* es un fenómeno específico de una profesión que está influenciado por variables de tipo situacional (Gil-Monte, 1997).

### **3.2.5.4. Acontecimientos vitales**

Son aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos. Las investigaciones entre los *life events* o acontecimientos vitales y el *burnout* muestran que los sucesos negativos de la vida pueden promover o agravar una situación de sobrecarga que ya



existe. Los positivos por el contrario, amortiguarían las situaciones de presión.

#### **3.2.5.5. Fortalecimiento**

Maslach et al. 2001, definen el *engagement*, fortalecimiento o empoderamiento, como un estado persistente afectivo-emocional positivo de realización en los empleados que se caracteriza por el vigor, la dedicación y la absorción. Este término, aparentemente, es el opuesto a las dimensiones de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo). Los trabajadores con altas puntuaciones en *engagement* son más eficaces al afrontar las demandas laborales que se le exigen (Maslach y Leiter, 1997), no obstante, aunque se reconoce el *engagement* como un estado positivo, no necesariamente es el opuesto exacto de *burnout* (Maslach et al. 2001; Maslach 2009).

El hecho de que el objetivo del *engagement* sea fomentar actitudes positivas para desempeñarse mejor en el lugar de trabajo, pudiera tener un resultado motivante más eficaz en los trabajadores que si sólo el objetivo es el de reducir los factores individuales y organizacionales que inciden en los efectos negativos del puesto de trabajo. Sin embargo, intentar superar una situación negativa no significa lograr una alternativa positiva. Maslach (2009), argumenta que para obtener intervenciones efectivas para reducir el *burnout* se necesita además identificar un estado de meta deseable; en beneficio de las intervenciones para reducir los efectos del *burnout*, lo importante sería promover el bienestar y productividad en los trabajadores.

### **3.3. Modelos explicativos del síndrome de *burnout***

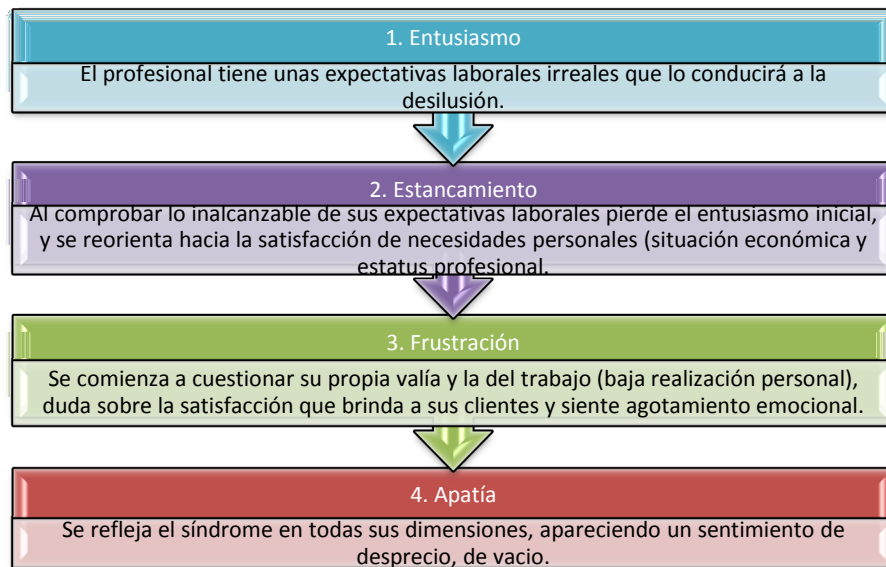
Desde su aparición, el síndrome de *burnout* ha sido inspiración de estudios en la literatura científica con el afán de profundizar en su acertada identificación. Destacados autores han desarrollado diferentes modelos explicativos, que se distinguen entre sí por la disposición en que ubican las dimensiones del *burnout* o en como argumentan la relación de los antecedentes y las consecuencias en sus etapas de desarrollo, aunque no se logren evidencias empíricas para las hipótesis que se planteaban. En este sentido, Gil-Montes y Peiró (1997) han realizado una exhaustiva revisión teórica al respecto.

A continuación, mostraremos los modelos teóricos más relevantes encontrados, relativos al desarrollo del síndrome de *burnout*.

#### **3.3.1. Desarrollo del síndrome de *burnout***

##### **3.3.1.1. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)**

Edelwich y Brodsky (1980) detallan el desarrollo del *burnout* como un proceso de paulatina desilusión, con pérdida de idealismo y de motivación experimentado por las personas que trabajan en profesiones de ayuda, como resultado de inadecuadas condiciones de trabajo en la actividad profesional. Las etapas de desarrollo del síndrome de este modelo son cuatro. A continuación pasamos a ilustrarlas en el Gráfico 1.



**Gráfico 1. Fases del burnout en el Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).**

Este modelo es cíclico, se puede repetir en diversas ocasiones, o suceder reiteradamente con cambios de trabajo. Es importante, para la prevención y su tratamiento, reconocer la etapa de desarrollo de *burnout* en que se encuentre el profesional.

### **3.3.1.2. Modelo de Cherniss (1980)**

Cherniss (1980) se refiere al *burnout* como un síndrome que se desarrolla de una manera continua y variable en el tiempo, siendo una de las posibles consecuencias del estrés laboral. Su modelo se basa en las interacciones de tres factores: marco laboral, características personales y cambio de actitudes.

Entiende el marco laboral como un agente potencial de estrés. Los factores que incluye el marco laboral son: la autonomía en el trabajo, la carga de trabajo, el estilo de dirección, la supervisión y la presencia de

aislamiento social. Paralelamente, estos factores interactúan con otras variables personales, que actuarían como factores potenciadores o inhibidores de estrés con los que cuenta la persona. Son la orientación profesional, el apoyo de los que dispone y las demandas que existen fuera del trabajo. Todo esto pueden ser fuentes de estrés (dudas acerca de su competencia personal, problemas con los clientes, falta de estimulación y realización) que desajustan a la persona, presionándole a cambiar de actitud. Las diferentes maneras de cambio están relacionadas con: las metas laborales, la responsabilidad personal de los resultados, la indiferencia emocional, los propios intereses. En la medida que el profesional afronte estos cambios de actitudes, la fuente de estrés disminuirá o crecerá; en este último caso se daría lugar a la aparición del síndrome de *burnout*.

En este modelo el proceso no es unidireccional, sino depende de las interacciones continuas presentes en la persona y el marco laboral a partir del cambio de actitudes que muestra el profesional ante las fuentes de estrés. Las estrategias de enfrentamiento son concluyentes en la aparición de *burnout*.

### **3.3.1.3. Modelo de Etzion (1984)**

Etzion (1984,1988) se refiere al *burnout* como un proceso que se desarrolla lentamente y aflora de repente como un destructivo agotamiento emocional, sin que se le relacione con alguna situación estresante en particular.

El *burnout* es la consecuencia de la discrepancia entre las expectativas y la realidad laboral; a diferencia de otros fenómenos

estresantes, los leves desajustes en el *burnout* no provocan desasosiego (Etzion, 1988). No obstante, pueden ser percibidos a nivel emocional por sus síntomas somáticos (palpitaciones, dolores, cansancio, etc.) o por su conducta en el trabajo (impaciencia, olvidos o crítica exagerada, entre otras).

El estilo de afrontamiento utilizado va a ser crucial para que se desarrolle o no el *burnout*. Etzion (1988) argumenta que aunque no hay una única estrategia específica válida, se ha comprobado que el estilo de afrontamiento de resolución del problema, es más adaptativo.

#### **3.3.1.4. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)**

Estos autores (Golembiewski et al., 1983; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1984 y 1986; Golembiewski y Munzenrider, 1988) desarrollan su modelo a partir de la propuesta de Maslach y Jackson (1981) en el denominado Inventario de *burnout* de Maslach (MBI, Maslach *Burnout Inventory*).

Exponen que el *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico derivado de situaciones de sobrecarga laboral y carencia de rol, por lo que el individuo tiene que trazar una estrategia de afrontamiento al estrés, que implica un distanciamiento y a su vez, la despersonalización. A continuación, se desarrolla una experiencia de baja realización personal en el trabajo, que va a inducir la aparición del agotamiento emocional. Resumiendo, la dimensión que mejor predice el síndrome de *burnout* es la despersonalización, seguida de la falta de realización personal, y por último aparecería el agotamiento emocional (ver Gráfico 2).



**Gráfico 2. Fases del burnout en el Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).**

Golembiewski et al. (1983) proponen que el *burnout* se desarrolla a través de ocho fases, a partir de la dicotomización que realizan de las puntuaciones obtenidas en el MBI (Inventario de *Burnout* de Maslach) y el orden secuencial que ellos le han dispuesto al síndrome. La combinación de la puntuación en las tres escalas (despersonalización, realización personal y agotamiento emocional) determina la fase a la que es asignada una persona. De esta manera, si una persona ha puntuado bajo en las tres escalas, está en la primera fase del síndrome, si puntúa alto en despersonalización, pero bajo en realización personal y agotamiento emocional se considera que está en la segunda fase y así sucesivamente según se muestra en la siguiente Tabla 4. No obstante, no es necesario pasar por todas las fases para desarrollar el síndrome, sino que se considera que una persona tiene un desarrollo agudo del síndrome, si pasa por las fases 1, 5 y 8, mientras que sería una instauración crónica si el pasa por las fases 1, 2, 4 y 8.

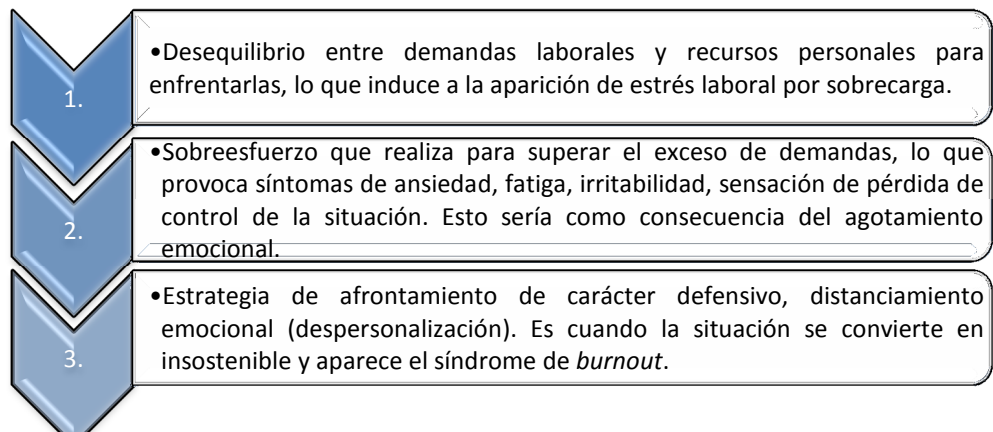
**Tabla 4. Fases del burnout en el Modelo de Golembiewski et al. (1983).**

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6	Fase 7	Fase 8
<b>Despersonalización</b>	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
<b>Realización personal en el trabajo</b>	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
<b>Agotamiento emocional</b>	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

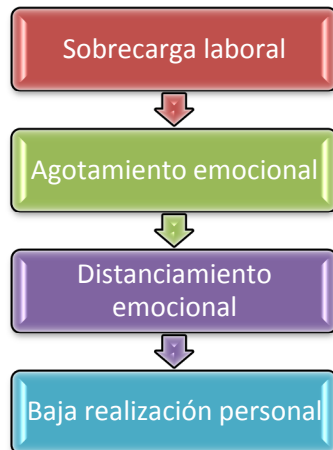
Recibieron críticas por la deficiencia metodológica de dicotomizar las puntuaciones de las tres dimensiones del Inventario de *Burnout* de Maslach (Leiter, 1993) y porque reduce el síndrome de *burnout* a la dimensión agotamiento emocional, excluyendo la despersonalización y la baja realización personal.

### 3.3.1.5. Modelo de Gold (1984)

Gold (1984) refiere que aunque es impreciso determinar el origen y la secuencia de las etapas del desarrollo de *burnout*, propone tres momentos:



En el Gráfico 3 se ilustran las fases de desarrollo del síndrome según este autor.

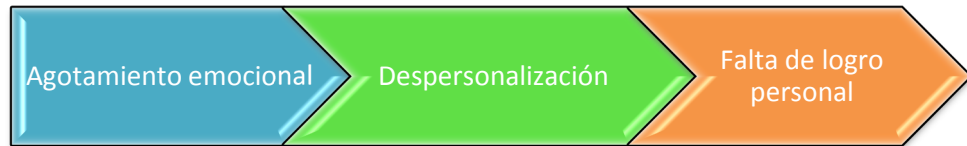


**Gráfico 3. Fases del burnout en el Modelo de Gold (1984).**

### **3.3.1.6. Modelo de Leiter y Maslach (1988)**

Leiter y Maslach (1988) consideran el estrés y la falta de satisfacción laboral elementos importantes en el desarrollo del síndrome de *burnout*. Plantean que cuando una persona percibe excesivas demandas laborales durante un determinado tiempo, emerge el agotamiento emocional, lo que provoca la aparición de sentimientos y actitudes propias de la despersonalización, lo que a su vez induce a que la persona abandone su compromiso e implicación en el trabajo originándose una sensación de falta de logro personal (ver Gráfico4). Estos autores también afirman que el agotamiento emocional es la dimensión central del síndrome.





**Gráfico 4. Fases del burnout en el Modelo de Leiter y Maslach (1988).**

### **3.3.1.7. Modelo de Farber (1991)**

Farber (1991) considera que el síndrome de *burnout* aparece cuando el profesional percibe una discrepancia entre esfuerzo y recompensa. En sus inicios, la persona se dedica con entusiasmo a su trabajo, pero esta situación va desapareciendo dada la influencia de los estresores laborales que hace que el trabajador no perciba recompensado su esfuerzo, emergiendo la sensación de ira y frustración. Esto hace que el estrés laboral se haga crónico y aparezca la falta de implicación en el trabajo, el agotamiento, la aparición de conductas de evitación o el abandono del puesto, entre otras consecuencias que accedería a la etapa final del síndrome.

### **3.3.1.8. Modelo de Leiter (1993)**

Leiter (1989) define el síndrome de *burnout* como un desajuste entre la persona y la organización en seis áreas específicas: sobrecarga de trabajo, falta de control, falta de reconocimiento, ruptura de la comunidad, falta de justicia y conflicto de valores entre el trabajador y la organización.

La influencia de cada dimensión del *burnout* es determinante en su desarrollo, no obstante, el agotamiento emocional es la dimensión que

provoca la falta de realización personal, y el proceso está influido por la despersonalización. El agotamiento emocional es lo que siente una persona que padece *burnout*, o sea, lo que desvela el síndrome, mientras que la falta de realización personal es lo que proporcionaría las consecuencias visibles del *burnout* (absentismo, rotación, abandono, entre otras), mediatizadas por la despersonalización.

Concluye que el agotamiento emocional aparece cuando dejan de ser efectivas las estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral. La despersonalización sería el mecanismo protector del agotamiento, mientras que la baja realización personal sería la consecuencia de la evaluación cognitiva de la persona sobre su experiencia de estrés.

Leiter (1993) reformuló su modelo original, señalando ahora que los sentimientos de despersonalización no median la relación entre agotamiento y logro personal en el trabajo. Por el contrario, en la reformulación del modelo considera que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de estresores laborales, como la falta de apoyo social y de oportunidades para el desarrollo personal, y aparecen al mismo tiempo que los sentimientos de agotamiento emocional, para manejar estos sentimientos el profesional desarrolla actitudes de despersonalización (ver Gráfico 5)



Gráfico 5. Orden de aparición de las dimensiones según el Modelo de Leiter (1993).

### 3.3.1.9. Modelo de Lee y Ashforth (1993)

Lee y Ashforth (1993) defienden que en el *burnout*, tanto la despersonalización como la falta de realización personal en el trabajo son consecuencias directas de los sentimientos de agotamiento emocional. Estos autores en desacuerdo con la consideración de Leiter y Maslach (1988), no ven la despersonalización como un intermediario entre el agotamiento emocional y la realización personal en el trabajo (ver Gráfico 6).



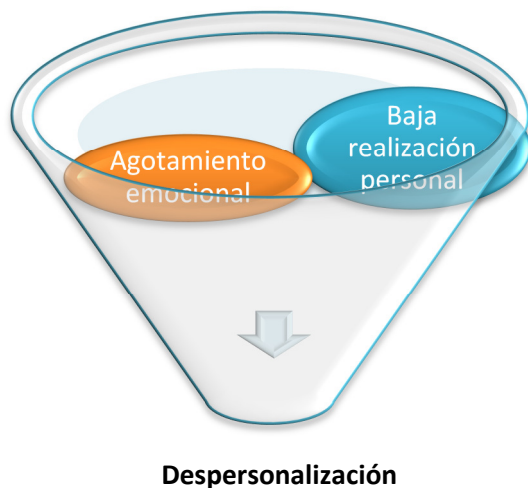
Gráfico 6. Orden de aparición de las dimensiones según el Modelo de Lee y Ashforth (1993).

### 3.3.1.10. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

Gil-Monte et al. (1995) reseñan el *burnout* como una respuesta al estrés laboral percibido que aparece después de un proceso de reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento no son efectivas en la disminución del estrés laboral percibido. Esta respuesta admite una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.

Refieren que el *burnout* se inicia con el desarrollo en paralelo de una baja realización personal en el trabajo y un alto sentimiento de agotamiento emocional. Posteriormente, aparece la despersonalización, a la que consideran una estrategia de afrontamiento (ver Gráfico 7).

Esta representación del *burnout*, integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Gil-Monte y Peiró, 1997).



**Gráfico 7** Orden de aparición de las dimensiones según el Modelo de Gil-Monte et al. (1995).

Tras la revisión de los modelos expuestos, concluimos que no todos cuentan con el suficiente apoyo empírico. No obstante, la mayoría de los modelos concuerdan en que la dimensión agotamiento emocional es la que con mayor frecuencia se considera la condición diagnóstica para que exista el síndrome, mientras que la despersonalización supone la respuesta al estrés laboral crónico.

Por otro lado, Gil-Monte y Peiró, (1997), muestran la importancia de los estudios que durante décadas han tratado de argumentar el síndrome, reconociendo sus antecedentes y consecuencias, mientras trataban de integrar en marcos teóricos que admitiesen profundizar en su etiología, lo que facilitó que se agruparan en teorías derivadas de la Psicología Social (teoría sociocognitiva del yo) y de la Psicología de las Organizaciones (teorías sobre el estrés laboral); en cambio, los modelos de Psicología Clínica con tendencia psicoanalítica (Fisher, 1983) no tuvieron continuidad, quedando sin validez.

### **3.3.2. Marco teórico de los modelos explicativos del síndrome de *burnout***

Los modelos en el marco de la teoría sociocognitiva del yo se desarrolla a partir de los estudios de Bandura (1987), que se orientan en dos vertientes:

1. Las cogniciones (pensamientos) de la persona influyen en lo que estos perciben, lo que hacen (acciones), y viceversa, o sea, lo que pensamos estipula las acciones que hacemos y a la vez esos pensamientos se transforman por los efectos de lo que hacemos.
2. La seguridad que tenga la persona en sus propias capacidades establecerá la perseverancia con que se dedicará a obtener sus

objetivos y la facilidad o no en conseguirlos, así como favorecerá ciertas reacciones emocionales, como depresión o estrés que acompaña a la acción.

A continuación, mostraremos los marcos teóricos de los modelos explicativos más relevantes del síndrome de *burnout*.

### **3.3.2.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983)**

El modelo de Harrison (1983), conocido como el modelo competencia social de Harrison, refiere que la competencia y eficacia percibida son factores importantes para el desarrollo del *burnout*. Destaca que las personas que trabajan en profesiones de ayuda poseen una elevada motivación para auxiliar a los demás y un eminente nivel de altruismo, puntualizando que la motivación puede predeterminar la eficacia de la persona, a mayor motivación mayor eficacia laboral. No obstante, las circunstancias laborales pueden representar factores de ayuda o barreras para la actividad que desempeña la persona. Cuando actúa como barrera, los sentimientos de eficacia se reducen y al mantenerse esa situación en el tiempo es cuando aparece el síndrome de *burnout*.

### **3.3.2.2. Modelo de Pines (1993)**

Pines (1993) propone un modelo semejante al de Harrison con la diferencia de que entiende que sólo padecerá *burnout* la persona que proporcione un sentido existencial a su trabajo, o sea, que su vida adquiere sentido porque lo que hace para ayudar a los demás, es útil. Para este autor, el síndrome de *burnout*, es el resultado de un proceso de desilusión

en personas altamente motivadas hacia su trabajo; sin embargo, en el caso de que la persona no se sienta suficientemente motivada experimentaría estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no el *burnout*.

### **3.3.2.3. Modelo de Cherniss (1993)**

Cherniss (1993) se basa en el modelo de Hall (1976) que describe cómo la motivación y la satisfacción laboral crecen cuando la persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito en el desempeño de una tarea. Y además añade la autoeficacia percibida de Bandura (1989) que considera las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer el control de las situaciones que les afectan.

Cherniss destaca el papel de la autoeficacia en el síndrome de *burnout*, confirmando la existencia de una relación entre la autoeficacia, el compromiso y la motivación. Al considerar el *burnout* como respuesta al estrés, la relación entre la autoeficacia y el estrés implica además una relación con el *burnout*.

### **3.3.2.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)**

El Modelo de Thompson et al. (1993) o Modelo de autocontrol, se basan en el modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1988) para argumentar el proceso de estrés y ajustan su consideración de etiología del *burnout* a cuatro variables: discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos de la persona, el nivel de autoconciencia de la persona, sus expectativas de éxito y sus sentimientos de autoconfianza (Thompson et al., 1993).

Este modelo plantea que la afirmación de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y los recursos puede acrecentar el nivel de autoconciencia en algunas personas, lo que influirá de manera negativa en su estado de ánimo (afecto), provocando una falta de confianza percibida para resolver esas diferencias y unos bajos sentimientos de realización personal en el trabajo. Destaca que los altos niveles de autoconciencia incrementan los sentimientos de desilusión, frustración o pérdida. Sin embargo, la predisposición de tener perspectivas optimistas de éxito para solucionar las diferencias, fortalecería la confianza de las personas en sus habilidades para controlar las diferencias existentes.

En resumen, las aportaciones de estos cuatro modelos en el marco de la teoría sociocognitiva del yo se sintetizan en la Tabla 5.

**Tabla 5. Aportaciones de los diferentes modelos en el marco de la teoría sociocognitiva del yo.**

Modelo de Harrison (1983)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La motivación social es importante en la aparición del <i>burnout</i>.</li><li>• La eficacia y competencia percibida, son significativas en el desarrollo del <i>burnout</i>.</li></ul>
Modelo de Pines (1993)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La motivación social, es fundamental en la aparición del <i>burnout</i>.</li><li>• El sentido existencial para la realización del trabajo, es trascendental para la aparición del <i>burnout</i>.</li></ul>
Modelo de Charniss (1993)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La autoeficacia, es significativa para la aparición del <i>burnout</i>.</li></ul>
Modelo de Thompson et al. (1993)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La autoconciencia y autoconfianza, son imprescindibles para la aparición del <i>burnout</i>.</li></ul>



Los modelos en el marco de las teorías del intercambio social, parten de la teoría de la equidad personalizado por el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) o por la teoría de la conservación de recursos, representado por el modelo de Hobfoll y Fredy (1993). Ambos presentan la etiología del *burnout* en las percepciones de falta de equidad o ganancia que desarrollan las personas que trabajan en servicios de ayuda, como consecuencia del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales o de intercambio (ayuda, reconocimiento y/o gratitud) con los destinatarios de su trabajo, con sus compañeros, con sus supervisores o con la organización. Destacan la importancia de la equidad o ganancia en estas relaciones. No obstante, si las personas aprecian que durante un tiempo aportan más de lo que reciben en cuanto a su implicación y esfuerzo, aparecería el síndrome de *burnout*.

#### **3.3.2.5. Modelo de Buunk y Schaufeli (1993)**

El modelo de Buunk y Schaufeli (1993), conocido como el modelo de comparación social, deriva del estudio en profesionales de enfermería. Identifican tres variables estresoras para el desarrollo del *burnout*: a) la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que se siente y se piensa sobre cómo debe actuar), b) la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben durante las relaciones) y c) la falta de control (la posibilidad de la persona de controlar los resultados de sus acciones laborales).

Estos autores, plantean que los antecedentes y los sentimientos de *burnout* pueden estar modificados por los sentimientos de autoestima, por

la intensidad de respuesta de la persona ante estímulos internos y externos, así como por la orientación en el intercambio (predisposición hacia la reciprocidad en un breve tiempo).

### **3.3.2.6. Modelo de Hobfoll y Fredy (1993)**

Hobfoll y Fredy (1993), en el modelo de conservación de recursos, afirman que el estrés surge cuando las personas perciben que lo que los motiva está amenazado o frustrado. Refieren que las personas se esfuerzan por protegerse de la pérdida de recursos, que lo consideran más importante que la ganancia en el desarrollo del *burnout* y enfatizan que la ganancia también es fundamental para disminuir la posibilidad de las pérdidas. Argumentan que el tipo de estrategia de afrontamiento que emplee la persona también influirá en el *burnout* y destacan que cuando la persona evita las pérdidas de recursos o aumentan los recursos que poseen, cambian sus percepciones y cogniciones a nivel positivo, lo que contribuirá a disminuir el nivel de estrés percibido y *burnout*.

En resumen, las aportaciones de estos dos modelos en el marco de la teoría del intercambio social se sintetizan en la Tabla 6.

**Tabla 6. Aportaciones de los diferentes modelos en el marco de la teoría del intercambio social.**

Modelo de Buunk y Schaufeli (1993)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La falta de equidad (aportar más de lo que se recibe), es importante en la aparición del <i>burnout</i>.</li></ul>
Modelo de Hobfoll y Fredey (1993)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Las estrategias de afrontamiento de carácter activo, implica una ganancia de recursos, lo que disminuirá las posibilidades de que aparezca el <i>burnout</i>.</li></ul>

Los modelos en el marco **de la teoría organizacional**, circunscriben el síndrome de *burnout* como una respuesta al estrés laboral, de ahí que enfatizan en lo significativo de los estresores del entorno de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante el *burnout*.

### **3.3.2.7. Modelo de Golembiewski et al. (1983)**

Golembiewski et al. (1983) asumen que el *burnout* es una respuesta al estrés laboral en tres dimensiones: a) despersonalización, b) baja realización personal en el trabajo y c) agotamiento emocional. Puntualizan que la persona dilapida el compromiso laboral inicial que sentía, como consecuencia del estrés laboral que sufre (por sobrecarga laboral y carencia de rol y/o poca estimulación) y la tensión que éste le genera. La persona desarrolla estrategias de afrontamiento que generalmente suponen un distanciamiento de la situación laboral, que se corresponden con actitudes de despersonalización. A continuación, la persona tenderá a sufrir una baja realización personal en el trabajo seguida de un agotamiento emocional, lo que propiciará la disminución de su

satisfacción, con la consecuente podría generar la pérdida de productividad.

Golembiewski et al (1983), plantean que el *burnout* es posible se desarrolle en todo tipo de profesionales, no solamente en los que trabajen en contacto directo con clientes.

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

Cox et al. (1993) entienden el *burnout* desde la perspectiva transaccional del estrés laboral, manteniendo el enfoque de Leiter y Maslach (1988) y Leiter (1989), donde se considera el *burnout* como respuesta al estrés laboral. Surge una vez que las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona no trascienden con efectividad para disminuir los efectos del estrés laboral.

Estos autores consideran: a) el agotamiento emocional como la dimensión central del *burnout*, b) la despersonalización como la estrategia de afrontamiento y c) la baja realización personal en el trabajo como la evaluación cognitiva de la persona sobre su experiencia de estrés relacionado con las expectativas laborales frustradas. Refieren, además, que la “salud de la organización” pudiera ser entendida como una variable moderadora de la relación estrés-*burnout*.

#### **3.3.2.9. Modelo de Winnubst (1993)**

Winnubst (1993) considera las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura/clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como antecedentes del *burnout*. Puntualiza que los diversos tipos de estructuras conllevan a culturas organizacionales diferentes, así como

que los antecedentes del *burnout* se transforman en dependencia del tipo de estructura organizacional y del apoyo social de la institución, destacando que los sistemas de apoyo social están estrechamente vinculados con la estructura organizacional; de ahí que el apoyo social en el trabajo determina la manera en que la persona perciba la estructura organizacional.

### **3.3.2.10. Modelo de Gil-Monte et al (1995)**

Gil-Monte et al. (1995) después de valorar las aportaciones realizadas por los diferentes modelos que no han logrado explicar por sí solas la etiología del *burnout*, elaboran un modelo estructural sobre los factores antecedentes y las consecuencias del síndrome de *burnout*, en el que integran las variables: a) organizacionales (la ambigüedad y el conflicto de rol y/o falta de apoyo social en el trabajo) y b) personales (autoconfianza) y las estrategias de afrontamiento (de carácter activo y evitativo), estudiadas con anterioridad, pero desde un enfoque transaccional. Tomando en cuenta la ausencia de estudios longitudinales que confirmen el modelo, han realizado modelos estructurales que permiten explicar las variables consideradas y su frecuencia para argumentar adecuadamente la etiología y proceso del síndrome de *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Estos autores, definen el síndrome de *burnout*, como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que aparece al reevaluar cognitivamente, cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona (activas o de evitación) no son efectivas para reducir el estrés laboral percibido. Dicha respuesta implica la existencia de

una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (la falta de salud, la baja satisfacción laboral o el intento de abandonar la organización, entre otras).

En resumen, las aportaciones de estos cuatro modelos en el marco de la teoría organizacional se sintetizan en la Tabla 7.

**Tabla 7. Aportaciones de los diferentes modelos en el marco de la teoría organizacional.**

Modelo de Golembiewski et al. (1983)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La sobrecarga laboral y la carencia de rol, influyen en el desarrollo del síndrome de <i>burnout</i>.</li></ul>
Modelo Cox et al. (1993)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La salud de la organización como variable moduladora del estrés - <i>burnout</i>.</li></ul>
Modelo de Winnubst (1993)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La estructura, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social como antecedentes del <i>burnout</i>.</li></ul>
Modelo de Gil-Monte et al. (1995)	<ul style="list-style-type: none"><li>• La integración de las variables organizacionales y personales.</li><li>• La implicación de variables mediadoras entre el estrés percibido y sus consecuencias.</li></ul>

### 3.4. Causas del *burnout*

El síndrome de *burnout* es considerado una respuesta al estrés laboral crónico, por lo que puede ser percibido como una experiencia que resulta de la coexistencia de estresores instaurados en el entorno laboral, en el entorno social y en la persona en sí misma.

Resumiendo, el síndrome de *burnout* puede ser admitido como la consecuencia de un proceso de interacción mediante el cual, el profesional

trata de adaptarse a su entorno laboral, donde los elementos ambientales (como el estrés de rol) se convierte en un desencadenante fundamental en la aparición del *burnout*, mientras que las variables personales, cumplen una función facilitadora o inhibidora del desarrollo de éste. Por lo que, la percepción que el profesional tenga de los estresores ambientales y de sus capacidades (autoconfianza) así como las estrategias de afrontamiento que emplee (de carácter activa o pasiva) ante el estrés, es lo que determinará si padece o no, síndrome de *burnout*.

### **3.4.1. Factores laborales que pueden generar síndrome de *burnout***

Los factores laborales que pueden generar o desencadenar la aparición del síndrome de *burnout* son los siguientes, que expondremos en cuatro categorías (Peiró, 1992):

#### **3.4.1.1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto**

1. Los elementos del ambiente físico de trabajo que constituyen una fuente significativa de estrés laboral (el nivel de ruido, las vibraciones, las características de la iluminación incluido el brillo y contraste, la temperatura y las condiciones higiénicas en las que hay que trabajar o la disponibilidad del espacio físico con que cuenta para realizar su trabajo) inciden en la aparición del *burnout* (González-Morales, Peiró, Rodríguez y Biliése, 2012; Maslach, 2003).
2. El confort físico percibido por el profesional en su lugar de trabajo es una importante predicción de *burnout*. Savicki y Cooley (1987) demostraron su nivel predictivo en la baja realización personal en el trabajo.

3. Las demandas estresantes del puesto (el trabajo nocturno, los turnos rotativos, la sobrecarga laboral o el trabajo arriesgado y peligroso). Estudios realizados han demostrado que cuando existen altas demandas en el puesto de trabajo aumenta el riesgo de *burnout* (Söderström, Jeding, Ekstedt, Perski y Akerstedt, 2012), de ahí la importancia de promover condiciones laborales seguras como factor protector del *burnout* (Hense, Lunsky y Dewa, 2015).
4. Los contenidos del puesto laboral como la oportunidad del profesional para utilizar las habilidades adquiridas, la diversidad de tareas que debe ejecutar, la retroinformación o feed-back recibido sobre su desempeño o la identificación con las tareas que realiza también se asocian con el *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1997; Ortega y López, 2004).

#### **3.4.1.2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera**

1. El desempeño de roles como estresores laborales (Cherniss, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1997; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000) es una importante fuente de estrés laboral. Se considera rol al conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan del profesional que ocupa una determinada posición en una organización laboral, mientras que el estrés de rol lo conformaría dos disfunciones de rol: a) ambigüedad de rol (grado de incertidumbre que tiene el profesional que desempeña un rol respecto al mismo) y b) conflicto de rol (no puede satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias).  
Gil-Monte y Peiró (1997) refieren que la ambigüedad y el conflicto de rol se relacionan significativamente de modo inverso con la realización



personal en el trabajo y se relacionan significativamente de modo directo con el agotamiento emocional y la despersonalización.

2. Las relaciones interpersonales, cualitativas o cuantitativas, que los profesionales establecen con sus compañeros, los supervisores, los subordinados y los usuarios o clientes a los que atienden, influyen en el *burnout*. Las relaciones interpersonales de “carácter formal”, por necesidades de la tarea, incrementan el agotamiento emocional y las de “carácter informal” incrementan la realización personal en el trabajo (Leiter, 1988), así como la falta de cohesión grupal (Savicki y Cooley, 1987).
3. El desarrollo de carrera y las posibilidades de promoción de los profesionales (Martínez, Marques, Salanova y López da Silva, 2002) cuando no existe o es deficiente es una fuente de estrés para los profesionales que ven limitadas sus expectativas de desarrollo profesional.

#### **3.4.1.3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.**

1. Las nuevas tecnologías pueden proporcionar beneficios o entorpecer la práctica de la actividad laboral del profesional, lo que se considera un importante factor desencadenante de *burnout* al implicar un cambio en sus habilidades, que puede influirle en alguna medida a nivel cognitivo y emocional (Burke y Greenglass, 2002; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997; Peiró, 1992).
2. Las nuevas tecnologías influyen en el desarrollo del *burnout*, esencialmente en la dimensión de agotamiento emocional, porque su utilización supone una sobrecarga laboral, la pérdida de control sobre

los resultados de la tarea y una disminución del apoyo social dada el distanciamiento en las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo (Keijsers y Schaufeli, 1993).

3. Las dimensiones estructurales de la organización que se consideran desencadenantes del *burnout* son: a) centralización (grado en que las decisiones son tomadas, por una persona o grupo pequeño que controla a la organización -estructura centralizada- o tomadas por miembros de la organización en distintos niveles jerárquicos -estructura descentralizada-), b) complejidad (multiplicidad de unidades estructurales en los que se agrupan los miembros de la organización, lo que induce a mayor división del trabajo, menor control de la tarea por parte del profesional, pudiendo generar *burnout*) y c) formalización (grado en que los roles, las normas y las instrucciones están definidos, mientras menos definido estén, existirá más posibilidad de *burnout*).

#### **3.4.1.4. El clima organizacional**

1. El grado de participación e implicación del profesional en la toma de decisiones. Cuando no hay participación en la toma de decisiones es una causa que se asocia al síndrome de *burnout*.
2. La autonomía permitida en la realización de sus tareas, sin necesidad de consultar a los superiores cada acción que sea necesario ejecutar.
3. La falta de apoyo social percibido desde el supervisor a los compañeros. Esta variable, puede mejorar o (en su ausencia) empeorar el agotamiento emocional y la salud de los profesionales, con independencia que varíen o no los niveles de estrés. El apoyo social en el trabajo tiene efectos significativos en las tres dimensiones del *burnout*: en el agotamiento emocional, se manifiestan cuando la

ausencia de apoyo social y carencia de relaciones laborales provocan tensión emocional en el profesional, en el caso de la despersonalización, se muestra cuando la ausencia de apoyo social influye en los sentimientos de responsabilidad social del profesional y en cuanto a la realización personal en el trabajo, se presenta en la medida en que las expectativas de rol sobre el profesional enviadas por sus compañeros y supervisores, sean apropiadas a las posibilidades profesionales de la persona, de esta manera, desarrollará sentimientos de realización personal en el trabajo y mejorará sus actitudes hacia su entorno profesional (Gil-Monte y Peiró, 1997).

#### ***3.4.1.5. Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: las relaciones entre el trabajo y la familia***

Las condiciones estresantes derivadas del entorno laboral afectan negativamente al entorno familiar de la persona, así como también, las situaciones estresantes que procedan del entorno familiar influyen de manera negativa en su entorno laboral. Los problemas familiares, las dificultades económicas, las crisis vitales (prejubilación o separación matrimonial, entre otras), la contradicción entre las opiniones personales y los intereses de la organización, el conflicto entre las demandas familiares y las exigencias de la organización son algunas de las tensiones que pueden ocurrir (Gil-Monte, 1997; Peiró, 1992). Cuando existen relaciones conflictivas entre familia-trabajo / trabajo-familia aumenta el riesgo de padecer síndrome de *burnout* (Dishon-Berkovits, 2014).

#### ***3.4.2. Factores personales que pueden facilitar el desarrollo del síndrome de burnout***

Estos factores aluden a variables personales que tienen la función de facilitar o inhibir la acción que los estresores ejercen sobre la persona, incrementando o disminuyendo el grado de estrés laboral percibido y que, posteriormente, influirá en el desarrollo del síndrome de *burnout*.

#### **3.4.2.1. Características sociodemográficas**

1. **Sexo:** Existen referencias en la literatura de que los hombres puntúan más alto que las mujeres en cuanto a la dimensión despersonalización, mientras que las mujeres puntúan más alto que los hombres en la dimensión agotamiento emocional (León, León y Cantero, 2013; Maslach et al., 2001; Purvanova y Muros, 2010). Estudios realizados han comprobado que existe la tendencia de que las mujeres padezcan en mayor proporción el síndrome de *burnout* que los hombres (Adil y Kamal, 2013; Avargues, 2006; Freudemberger y Nort, 1985; Maslach y Jackson, 1985; Walsh, 2013), posiblemente porque las mujeres tienen sobrecarga laboral y doméstica; no obstante, existen algunas discrepancias al respecto.

Tomando en cuenta las afirmaciones de Maslach (2009), la variable demográfica sexo no ha sido un predictor sólido en el *burnout*, dado los resultados obtenidos, en cuanto a su incidencia en la prevalencia de las dimensiones del *burnout*, donde han alcanzado indistintamente mayor puntuación los hombres. En otros estudios la mayor puntuación la lograron las mujeres, incluso hay algunos estudios donde no se obtienen diferencias significativas, lo que pudiera estar relacionado con los estereotipos de rol de género, incluso es posible que al valorarse se confundan las variables sexo y ocupación, pudiendo influir por ejemplo, que en la profesión de enfermería es más probable que las muestras

poblacionales sean de mujeres, mientras que en los oficiales de policía sean hombres.

2. *Edad*: Estudios diversos han comprobado que la variable edad es una de las de mayor consistencia en cuanto a su relación con el *burnout*. Los profesionales jóvenes obtienen niveles más altos de síndrome de *burnout* que los profesionales que tienen más de 30 o 40 años de edad (Maslach, 2009; Maslach et al., 2001). El hecho de que los jóvenes posean menos experiencias, los hace más vulnerables al estrés laboral, obteniéndose relaciones significativas de tipo curvilíneo entre las variables edad y *burnout*, por lo que los síntomas aumentarían con la edad y disminuyen a partir de determinado momento (Farber, 1984). Además, los profesionales a medida que tiene mayor edad desarrollan estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas de trabajo más reales (Zabel y Zabel, 1982).
3. *Estado Civil*: Coinciden diferentes autores en plantear que hay una relación significativa entre el estado civil y el *burnout*, refiriéndose a que los que no están casados parecen ser más vulnerables a padecer *burnout* que los que están casados (Gil-Monte y Peiró, 1997), incluso los solteros pueden experimentar niveles más altos de *burnout* que los que son divorciados (Maslach, 2009) y el hecho de ser soltero o viudo, puede ser un riesgo de *burnout* en los hombres (Ahola et al. 2006). No es el estado civil, visto como casado o no casado, lo que pudiera incidir en el *burnout*, sino el soporte emocional que le aporta la esposa o esposo durante la relación conyugal (Gil-Monte y Peiró, 1997), las personas solteras y sin hijos se involucran más en el trabajo, y con frecuencia reciben menos apoyos para afrontar situaciones cotidianas

amenazantes lo que los hace más susceptibles al *burnout* (Averages, 2006).

4. *Tener hijos vs no tener hijos*: A pesar de no existir resultados concluyentes por ser menor el porcentaje de estudios que muestren relaciones significativas entre el *burnout* y esta variable “tener o no tener hijos”, explica que las personas con hijos, generalmente tienen más edad, un estilo de vida más estable, por lo que tienden a preferir salario, otras bondades materiales y seguridad en el empleo, antes de arriesgar en otros factores del trabajo o en su satisfacción laboral. Sin embargo, las personas sin hijos, tendrán una tendencia a involucrarse desproporcionalmente en su actividad y entorno laboral, al significar también para ellos una fuente de vida social, eso los hace más vulnerables a padecer síndrome de *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1997).
5. *Antigüedad en el puesto y antigüedad en la profesión*: Se explica que la justificación para estas variables, es similar a la de la variable edad, por ser los profesionales más jóvenes, menos expertos, con carencias de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes y eso incide en el mayor riesgo para padecer *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1997).

### **3.4.2.2. Características personales**

1. *Patrón de Conducta Tipo A*: Las personas con patrón de conducta tipo A se caracterizan por ser impacientes, competitivos, agresivos, hostiles, con una baja tolerancia a la frustración, con tendencia a padecer enfermedades coronarias y alteraciones cardiovasculares (Gil-Monte y Peiró, 1997). Con frecuencia expanden sus acciones laborales que generan una sobrecarga de rol (estresores laborales) lo que no en pocas ocasiones, influye en que traten de manera despersonalizada al resto de sus compañeros (Aluja, 1997).
2. *Locus de Control*: Estudios han demostrado que los profesionales con locus de control externo son más vulnerables a padecer *burnout* que los profesionales con locus de control interno, destacándose esta afirmación en cuanto a la dimensión de realización personal (Capel, 1987). Los profesionales con locus de control externo no toman medidas para disminuir los efectos negativos de situaciones estresantes al pensar que siempre ocurrirá lo que esté destinado a ocurrir, por estar fuera de su alcance evitarlo (Ramos, 1999).
3. *Autoeficacia*: Se refiere a la evaluación que hace la persona de sus propias capacidades personales, por eso los que tengan mayor sentimiento de autoeficacia afrontarán con mejor efectividad el estrés y el riesgo de padecer *burnout* es menor (Aloe, Amo, Shanahan, 2014; Cherniss ,1993; Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano y Ramos, 2000; Ventura, Salanova y Llorens, 2015).
4. *Autoestima*: Se refiere a la evaluación que hace la persona de su propia estimación, de ahí que las personas que tengan niveles altos de autoestima sienten bajo agotamiento emocional, bajas actitudes de

despersonalización y altos sentimientos de realización personal en el trabajo (McMullen y Krantz, 1988).

5. *Personalidad resistente o hardiness*: Se refiere a las características de personalidad del sujeto que funcionan como una fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes. Estudios realizados plantean que la personalidad resistente es una variable que modula la relación entre estrés y sus consecuencias (Braunstein-Bercovitz, Frish-Burstein y Benjamin, 2012; Cañadas-de la Fuente et al., 2015; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). Estudios realizados por Nowack (1986) reflejaron que las personas con niveles bajos de estrés y mayor personalidad resistente, padecen con menos frecuencia síndrome de *burnout*, lo que sugiere que la personalidad resistente actúa como variable moduladora en la relación entre estrés y síndrome de *burnout*.

Maslach (2009) afirma que las personas que presentan una baja autoestima, un locus externo de control, bajos niveles de resistencia y un estilo de conducta tipo A, tienen tendencia a padecer altos niveles del síndrome de *burnout*.

#### **3.4.2.3. Otras características**

1. *Estrategias de afrontamiento*: Las estrategias de afrontamiento son una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo o conductual que inicia una persona ante una situación que considera amenazante (Cox y Ferguson, 1991). Estudios realizados demuestran que las personas que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, sufren menos síndrome de *burnout* que los que emplean estrategias de afrontamiento tipo evitación/escape o centrada en la emoción (Leiter, 1991). Esta tendencia responde a estos autores que consideran la



dimensión despersonalización como estrategia de afrontamiento para manipular la tensión emocional (Ramos, 1999; Ramos, 2002).

2. *Apoyo Social*: La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del entorno de trabajo que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el síndrome de *burnout*. Esta función facilitadora de falta de apoyo social en los efectos del estrés laboral sobre las dimensiones del síndrome de *burnout*, aparece fundamentalmente en la dimensión agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997). La falta de apoyo social hace que la persona se sienta más vulnerable al estrés y al deterioro de su salud (Aranda, Pando y Aldrete, 2004; Vinaccia y Alvaran, 2004).

### **3.5. Consecuencias del *burnout***

Del síndrome de *burnout* se derivan dos tipos de consecuencias: 1) las personales, que son relativas a la propia persona y se traducen en la forma de enfermedad o la falta de salud con alteraciones psicósomáticas, y 2) las inherentes a la organización, que se manifiestan como deterioro de la calidad del trabajo, absentismo o rotación no deseada, abandono, entre otras.

El síndrome de *burnout* cuando se evalúa mediante el MBI, las consecuencias referidas al propio profesional se relacionan con la dimensión agotamiento emocional, mientras que las consecuencias referidas a la organización se relacionan con las dimensiones despersonalización y baja realización personal en el trabajo. No obstante, independientemente del instrumento de medición utilizado, todos los estudios coinciden en la relación entre el síndrome de *burnout* y la falta de

salud. Es evidente que uno de los efectos más devastadores del *burnout* a nivel personal es su afectación en la salud de la personal, que se muestra en forma de sintomatología psicosomática; no obstante, como limitación de los estudios experimentales realizados al efecto, podemos destacar que solamente plantean la relación significativa que existe entre *burnout* y la falta de salud o la sintomatología psicosomática en general, sin precisar con qué síntomas se han encontrado las relaciones significativas (Gil-Monte y Peiró, 1997).

A continuación se muestran las consecuencias más importantes.

### **3.5.1. Consecuencias a nivel personal**

1. Disminución de los niveles de salud general (Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986; Suñer, Grau, Font, Gras, Bertran y Sullman, 2013).
2. Sintomatología psicosomática: cefaleas, molestias gastrointestinales, úlceras, dolores de espalda, hipertensión arterial, insomnio y problemas respiratorios (Bauer et al., 2006; García, 1991; Pines, Aronson y Kafry, 1981) son enfermedades físicas que han mostrado estar asociadas a las tres dimensiones de *burnout* (Honkonen et al., 2006). Por otro lado, diversos estudios afirman que las personas que presentan niveles altos de *burnout*, tienen más riesgo de padecer dolores musculoesqueléticos (Melamed, 2009) y enfermedades cardiovasculares (Von Känel, Bellingrath y Kudielka, 2008). Asimismo puede ser un factor de riesgo para el inicio de la diabetes de tipo 2 en personas aparentemente sanas (Melamed, Shirom, Toker y Shapira, 2006).

3. Consumo de alcohol y estilos de vida con conductas que afectan a la salud (Burke, 1993; López et al., 2014).
4. Actitudes negativas hacia sí mismo (Friedman, 1991; Manzano y Ramos, 2000) y hacia los demás (Farber, 1983; García, 1991).
5. Sentimientos de culpabilidad (Friedman, 1991; Pines, Aronson y Kafry, 1981)
6. Baja tolerancia a la frustración (Freudenberger, 1986).
7. Irritabilidad y reacciones de ira (Freudenberger, 1986).
8. Ansiedad (Friedman, 1991; Garcés de los Fayos, 1997).
9. Depresión (Chiu, Stewart, Woo, Yatham, Lam, 2015; Jayaratne y Chess, 1983; Manzano y Ramos, 2000; Young, Fang, Golshan, Moutier y Zisook, 2012).

### **3.5.2. Consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales**

1. Gil-Monte y Peiró (1997) refieren que las personas que obtienen altas puntuaciones de *burnout* se relacionan significativamente con un mayor número de tensiones emocionales y conductuales en su entorno familiar.
2. El agotamiento emocional que sufre el profesional no le permite distanciarse de los problemas laborales. Una vez que llega a su entorno familiar, tiende a aislarse para continuar la dinámica de su trabajo y eso deteriora las relaciones con su familia.

La despersonalización que padece hace que se muestre con actitudes cínicas, irritable, impaciente, con poca verbalización tanto en la relación con sus familiares como con sus amistades, lo que provoca que las barreras de la comunicación aumente en su entorno, que afectará de manera crucial sus relaciones matrimoniales. En ocasiones, la situación

se muestra insalvable, siendo imposible mantener unida a la pareja; de ahí que se confirme el hecho de que las personas que sienten insatisfacción en su relación matrimonial sean los que mayor puntuación alcanzan en síndrome de *burnout* (Freudenberger, 1986; Maslach, 1982).

### 3.5.3. A nivel organizacional

1. Deterioro marcado de la satisfacción laboral: La satisfacción laboral se considera una consecuencia actitudinal del síndrome de *burnout*. En cuanto a las dimensiones del *burnout*, generalmente, los estudios refieren que existe una relación significativa entre la satisfacción laboral y el agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1999; Richardsen, Burke y Leiter, 1992), no obstante, también existen estudios que plantean que las relaciones más significativas se dan entre satisfacción laboral y baja realización personal en el trabajo (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995).
2. Disminución del rendimiento profesional (Calvete y Villa, 2000; Kahill, 1988; Maslach y Jackson, 1982).
3. Deterioro de la calidad del servicio y del funcionamiento de la organización: Esta consecuencia se deriva de las actitudes de despersonalización. El contacto con los clientes es distante, el profesional se aísla, aunque esté presente físicamente, no interviene, evita contacto físico y visual con el cliente, responde bruscamente (García, Sáez y Llor, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997).
4. Disminución de la motivación laboral y actitudes negativas hacia el trabajo (García, 1991; García et al., 2000).

5. Absentismo laboral: El síndrome de *burnout* provoca, por un lado, un marcado agotamiento emocional, que implica a su vez un deterioro de la salud de la persona. Por otro lado, una baja realización personal en el trabajo que deriva en actitudes negativas hacia el trabajo y hacia la organización en sí misma, por lo que cuando existen altos niveles de agotamiento emocional y baja realización personal en el trabajo, aumenta la posibilidad de alcanzar altos índices de absentismo laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997). Cuando los niveles de *burnout* son altos, hay mayor riesgo de que el profesional se ausente del puesto, autorizado con certificados médicos por enfermedad (Ahola et al., 2008).
6. Incumplimiento de las normas establecidas por la organización, retrasos frecuentes y largas pausas de descanso durante el trabajo (García et al., 2000).
7. Alto índice de rotación laboral (Pines, Aronson y Kafry, 1981; García et al., 2000).
8. Aumento de accidentes laborales (Montes de Oca, Rodríguez, Pou y Montes de Oca, 1997).
9. Consumo de alcohol y drogas. Existen estudios que relacionan el *burnout* con salud general deteriorada por la adicción a sustancias como alcohol o tabaco (López Herrera et al., 2014).
10. Violencia laboral, se ha relacionado con el abuso del alcohol, la baja autoestima, el sentimiento de inseguridad en el trabajo; la violencia puede ser interna (dentro de la propia empresa, entre directivos, supervisores, trabajadores) y externa (entre los trabajadores y una tercera persona o entre el profesional y los clientes, estudiantes, pacientes, público en general) (Arón y Milici, 2000; Gascón et al., 2013; Giner, 2012; Warshaw, 1998).

11. Intención de abandonar el trabajo: La posibilidad de que la persona abandone el trabajo implica otras consecuencias negativas a la organización, como aumento de costes económicos, la pérdida de eficacia y eficiencia para alcanzar sus objetivos, la modificación de las redes de comunicación, entre otras. Estudios realizados han demostrado que con respecto a las dimensiones de *burnout*, existe una relación significativa entre la intención de abandono y el agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997).

12. *Burnout* se ha considerado en sí mismo, como accidente laboral, en base a la Ley General de la Seguridad Social por ser una enfermedad que contrae el trabajador exclusivamente por motivos del desempeño de su trabajo (Martínez de Viegol, 2005). Lo han confirmado el Juzgado de lo Social Nº 3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002, el Juzgado de lo Social Nº 16 de Barcelona en sentencia del 27 de diciembre de 2002, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo en sentencia de 26 de octubre 2000 y la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha de 31 de marzo de 2004 (Giner, 2012).

### **3.6. Evaluación del síndrome de *burnout***

Durante estas décadas de estudio, autores de diferentes países han desarrollado instrumentos de medición del síndrome, con el objetivo de profundizar en su análisis y delimitar su desarrollo en determinadas profesiones. En la Tabla 8, nombramos algunos de los instrumentos de evaluación y sus autores, ordenados según año de referencia.

**Tabla 8. Instrumentos de evaluación del Síndrome de Burnout.**

	<b>Instrumento</b>		<b>Autores</b>	<b>Año</b>
1.	The Staff <i>Burnout</i> Scale for Health Professionals	SBS-HP	Jones	1980
2.	<i>Burnout</i> Measure	BM	Pines, Aronson y Kafry	1981
3.	Maslach <i>Burnout</i> Inventory	MBI	Maslach y Jackson	1981
4.	Nursing Stress Scale	NSS	Gray-Toft y Anderson	1981
5.	Emener-Luck <i>Burnout</i> Scale	ELBOS	Emener, Luck y Gohs	1982
6.	Job <i>Burnout</i> Inventory	JBI	Ford, Murphy y Edwards	1983
7.	Meier <i>Burnout</i> Assessment	MBA	Meier	1983
8.	Teacher Attitude Scale	TAS	Farber	1984
9.	Teacher Stress Inventory	TSI	Fimian	1984
10.	Medical Personnel Stress Survey	MPSS	Hammer, Jones, Lyons, Sixmith y Afficiando	1985
11.	<i>Burnout</i> Scale		Kremer y Hofman	1985
12.	Teacher <i>Burnout</i> Scale		Seidman y Zager	1986
13.	Teacher 's World Scale		Friedman y Lotan	1987
14.	Energy Depletion Index		Garden	1987
15.	Maastrich Questionnaire	MQ	Appels, Hoppener y Mulder	1987
16.	Psychologist's <i>Burnout</i> Inventory	PBI	Ackerley, Burnell, Holder y Kurdel	1988
17.	Human Service Inventory		Whitehead	1989
18.	Matthews <i>Burnout</i> Scale for Employees		Matthews	1990
19.	<i>Burnout</i> Inventory for Health and Mental Health Practitioners		Tout y Shama	1990
20.	Shirom-Melamed <i>Burnout</i> Measure	SMBM	Melamed, Kushnir y Shirom	1992
21.	Escala de Efectos Psíquicos del <i>Burnout</i>	EPB	García y Velandrino	1992
22.	Generalized Work Distress Scale	GWDS	Flowers, Booraem y Schwartz	1992
23.	Holland <i>Burnout</i> Assessment Survey		Holland y Michael	1993
24.	Cuestionario de <i>Burnout</i> del Profesorado		Moreno y Oliver	1993
25.	Rome <i>Burnout</i> Inventory		Venturi, Dell'Erba y Rizzo	1994

26.	Tedium Occupational	TO	Corcoram	1995
27.	Escala de <i>Burnout</i> de Directores de Colegios		Friedman	1995
28.	MBI-Human Services Survey, para profesionales de la salud	MBI-HSS	Maslach, Jackson y Leiter	1996
29.	MBI-Educators, para profesionales de la educación	MBI-ES	Maslach, Jackson y Leiter	1996
30.	MBI-General Survey (MBI-GS), para profesiones no asistenciales	MBI-GS	Maslach, Jackson y Leiter	1996
31.	Cuestionario Breve de <i>Burnout</i>		Moreno, Bustos, Matallana y Miralles	1997
32.	Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería	CDPE	Moreno, Garrosa y González	2000a
33.	Cuestionario de <i>Burnout</i> del Profesorado Revisado		Moreno, Garrosa y González	2000b
34.	Oldenburg <i>Burnout</i> Inventory	OLBI	Demerouti, Bakker, Naschreiner y Schaufeli	2001
35.	Inventario del <i>Burnout</i> de Psicólogos	IBP	Benevides, Moreno, Garrosa y González	2002
36.	Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo	CESQT	Gil-Monte	2004
37.	Cuestionario Urgente de <i>Burnout</i>	CUBO	De la Gándara, García, González y Álvarez	2005
38.	Copenhagen <i>Burnout</i> Inventory	CBI	Kristensen	2005
39.	Cuestionario de <i>Burnout</i> para Amas de Casa	CUBAC	González, Landero y Moral	2009

Entre los primeros instrumentos elaborados se encuentra la versión del *Burnout Measure* (BM) elaborado por Pines, Aronson y Kafry (1981), considerado como el segundo instrumento más utilizado para la evaluación del *burnout*; inicialmente denominado “*Tedium Measure*”. Consta de tres escalas para la evaluación del cansancio físico, emocional y mental. Originalmente los autores distinguen entre los conceptos de *burnout* y *tedium*, similares en los síntomas pero diferentes en su naturaleza. El *tedium* era considerado como el resultado de una presión crónica (emocional, mental o física) mientras que el *burnout* era visto como la consecuencia de presiones emocionales asociadas con una intensa implicación con las personas en largos periodos de tiempo (Pines et al.,



1981). En trabajos posteriores (Pines y Aronson, 1988) consideran que el concepto *burnout* es más amplio e incluye el tedio.

El BM, entre sus ventajas, permite la evaluación del cansancio cognitivo, aspecto que no recoge suficientemente el MBI y muestra mayor simplicidad al proporcionar una sola puntuación global del *burnout*. Según Hallsten (1993) tanto el MBI como el BM son cuestionarios que evalúan depresión, frustración y ansiedad y que, por lo mismo, ambos deberían ser depurados de estos aspectos.

Es indiscutible el hecho de que el instrumento utilizado con mayor frecuencia y en diferentes muestras poblacionales, es el Maslach *Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981; 1986). La importancia del MBI en la investigación queda patente porque se advierte que la triple estructura y porque permite elaborar una definición operativa del *burnout*. En otras palabras, su aparición fija de forma clara qué se entiende por *burnout*. El instrumento propone tres factores o dimensiones a evaluar, tales y como se ha señalado con anterioridad: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, que en el ámbito asistencial se manifiesta de la siguiente manera:

- *Cansancio emocional*: Implica un aumento en los sentimientos de desgaste emocional como resultado de unas excesivas demandas psicológicas y emocionales. Cuando los recursos emocionales se agotan, se desarrollan actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los pacientes.

- Decaimiento físico y psíquico. El trabajador siente que no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo.
- Sentimiento de desesperanza e indefensión.
- El trabajo pierde el atractivo, se vuelve tedioso y sin interés.

•*Despersonalización*: Implica la tendencia a desindividualizar y despersonalizar a los pacientes. Se utiliza para minimizar la intensa activación emocional que podría afectar a la ejecución del trabajo, sobre todo en situaciones de crisis.

- Falta de interés por el paciente, objetivación fría de sus problemas.
- Desarrollo de actitudes frías y despersonalizadas, visión deshumanizada del paciente.
- Culpabilización del estado de necesidad del paciente.

•*Reducción de la realización personal*: Tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en la valoración de su trabajo como consecuencia de todo el proceso.

- Creencia en que el trabajo no merece la pena.
- Pensamientos acerca de que la mejora personal e institucional no merece la pena intentarlas.
- Autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo.

Es trascendental que el Maslach *Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981; 1986) cuente con una crítica positiva a nivel internacional, que permite su utilización tanto en muestras de profesionales como en

estudios transculturales, facilitando la comparación de resultados, el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento del síndrome. Se ha confirmado la validez de la estructura factorial de los tres factores por diferentes autores (Bakker, Demfrouiti, Schaufeli, 2002; Schaufeli y Dierondonck, 1993; Shirom y Melamed, 2006) sustentándola empíricamente.

Las características psicométricas del instrumento han sido comprobadas en distintas investigaciones. Estudios de validez concurrente mostraron que diversas escalas conductuales y el MBI correlacionan significativamente. En este sentido, Schaufeli y Dierondonck (1993) mostraron que la puntuación global del MBI evalúa de manera parcial el mismo constructo que el Tedium Measure (TM), el Staff *Burnout Scale* (SBS-HP) y el Meier *Burnout Assessment* (MBA), el 25% de la varianza de estos instrumentos explican el MBI. Por otro lado, estudios de validez divergente revelaron insuficientes correlaciones entre la puntuación global de MBI y la discapacidad social, y que las correlaciones encontradas con satisfacción laboral no siempre son altas (Bujalance et al., 2001; Schaufeli, Enzman y Girault, 1993), por tanto la validez concurrente y divergente del instrumento es considerada como aceptable. En cuanto al rango de consistencia interna, es valorada satisfactoriamente va de .75 a .90, así como la fiabilidad test-retest (en un ciclo hasta de cuatro semanas) tiene un rango de .60 a .80 (Jackson, Schwab, Schuler, 1986).

Es evidente la aceptación generalizada que durante décadas ha destacado a Maslach *Burnout Inventory* (MBI) del resto de los

instrumentos que miden *burnout*, no obstante, tampoco queda exentos de críticas. Olivares y Gil-Monte (2009), señalan sus limitaciones:

1. La eficacia conceptual. El hecho de que desde sus inicios se concibiera el *burnout* a través de tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, en profesionales en servicios humanos), se valoró como una dificultad delimitarlo a ese sector. A pesar de los posteriores intentos para enmendarlo, con la realización de versiones del instrumento que amplían su alcance a otros colectivos laborales (MBI- General Survey), se considera como limitante, porque no se ha planteado una nueva base conceptual del síndrome, sino se adaptó el instrumento a las nuevas interrogantes que el síndrome manifestaba (Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, 2005).
2. La forma de actuar con el concepto. Ha propiciado que en estudios empíricos posteriores analizaran por separado las tres dimensiones, lo que favorecía la aparición de antecedentes y consecuencias para cada una de éstas, distanciándose así de la concepción general que las autoras han atribuido al síndrome (Schutte, Toppinen, Kalimo y Schaufeli, 2000).
3. El alcance conceptual de las dimensiones. En el síndrome de *burnout* se dan procesos cognitivos (expectativas) y de comportamiento (conductas de afrontamiento), en cambio, en su evaluación predomina el proceso emocional, que aunque es importante, reduce el análisis del síndrome. El agotamiento emocional, es la dimensión más representada en el instrumento

en cuanto a número de ítems y focaliza los aspectos afectivos, no obstante, algunos autores refieren que el agotamiento emocional incluye otros elementos como el cognoscitivo y físico (Pines et al., 1981), lo que aportaría una mejor evaluación del síndrome (Halbesleben y Demerouti, 2005). La despersonalización, a pesar de ser la dimensión más notable para analizar la repercusión del *burnout* en el sector asistencial, es la que menor representada está en el instrumento, sólo consta de cinco ítems, por lo que presenta mayores dudas factoriales y de consistencia interna (Gil-Monte 2005). La baja realización personal, al compararse los resultados en positivos de los ítems que miden esta dimensión, con los resultados obtenidos en su expresión en negativo, se evidencia que afectan significativamente a algunos parámetros estadísticos del Maslach *Burnout* Inventory (MBI) (Bouman, Brake, Hoogstraten, 2002; Lee y Ashforth, 1990).

4. La deficiencia de la estructura factorial. Estudios realizados cuestionan la validez y fiabilidad del MBI, en algunos colectivos profesionales (Bakker et al., 2002; Gil-Monte, 2005), no obstante, autores como Grajales, (2000) afirman la existencia de altas correlaciones entre las dimensiones del instrumento.
5. La falta de validez discriminante en especial con otros constructos como la depresión (Bakker y Schaufeli, 2000).
6. Los problemas en las normas de diagnóstico. Autores como Schaufeli y Buunk, (2003) puntualizan la dificultad para demarcar las normas de diagnóstico, dado que en el manual del

instrumento no se especifica cómo proceder para realizar diagnóstico y valorar la incidencia del síndrome en una muestra.

Las limitaciones en los instrumentos más clásicos, exigen un cambio de perspectiva en la evaluación, mediante planteamientos alternativos. Hay otros instrumentos de evaluación que se han desarrollado paralelamente al MBI, y que han supuesto una ruptura respecto a las perspectivas más típicas, consistentes en la utilización de instrumentos globales y generalistas.

Entre los instrumentos desarrollados en nuestro país, podemos destacar el *Cuestionario Breve de Burnout* (CBB) (Moreno et al., 1997) diseñado para la evaluación de los elementos del proceso. Este instrumento parte de una conceptualización psicosocial del desgaste profesional o *burnout* como proceso que se va desarrollando de manera progresiva ante las situaciones de estrés sostenidas en el tiempo. Esta visión del problema describe el *burnout* como causado principalmente por la organización del trabajo y siendo las variables individuales los moduladores de la intensidad de la vivencia del síndrome.

El objetivo del CBB no es el de evaluar específicamente las dimensiones del *burnout*, sino obtener una evaluación global del mismo, así como de los antecedentes y consecuentes del síndrome. No obstante, en su elaboración se ha atendido a los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson (1981), así como a los componentes teóricos de los antecedentes y consecuentes propuestos en la literatura científica sobre el tema. Los 21 ítems teóricamente organizados se agrupan en tres grandes bloques, tal y como se observa en la Tabla 9:

**Tabla 9. Estructura teórica del CBB.**

<b>Factores</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Dimensiones</b>
<b>Antecedentes</b>	Características de la tarea, organización y tedio.	2, 10, 16 4, 8, 9 6, 14, 20
<b>Síndrome</b>	Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal .	1, 7, 15, 3, 11,1 8, 5, 12, 19
<b>Consecuentes</b>	Físicos, psicológicos y sociales	13, 21, 17

En resumen, a pesar de la variedad de instrumentos existentes, el MBI se considera el instrumento que con mayor solidez que ha contribuido al concepto del síndrome de *burnout*. A pesar de sus problemas psicométricos, cuenta con valores aceptables en cuanto a su validez (Pisanti, Lombardo, Lucidi, Violani y Lazzari, 2013), lo que ha propiciado su amplia aceptación y apoyo empírico en su utilización en amplias muestras poblacionales de diferentes países así como ha sido marco de referencia para la elaboración y el diseño de otras medidas de evaluación empleadas en diferentes investigaciones, lo que permite perfeccionar el análisis del síndrome de *burnout* (Benavides, Moreno, Garrosa y González, 2002; García y Velandrino, 1992; Moreno et al., 2000a; Olivares y Gil-Monte, 2009).

### **3.7. Prevención y tratamiento del síndrome de *burnout***

Para disminuir los riesgos de padecer el síndrome de *burnout*, es fundamental reconocer cómo se manifiesta (Phillips, 1984). Tras décadas de estudio, los autores coinciden en que el *burnout* es consecuencia del estrés crónico en entornos laborales, lo que hace que confluyan factores individuales, grupales y organizacionales para su aparición. De ahí la

importancia de eliminar las posibles causas que lo generen, para prevenirlo.

De acuerdo con los planteamientos realizados por autores como Gascón et al., (2003), Gil-Monte, (2005), Gil-Monte y Peiró, (1997), Gil-Monte y Moreno, (2007), Leiter y Maslach, (2000), Manzano y Fernández, (2002) y Peiró (2003), las estrategias de prevención y tratamiento del síndrome de *burnout* deben orientarse hacia tres áreas fundamentales:

- Personal.
- Interpersonal-grupal.
- Organizacional.

Autores como González y Garrosa (2007) hacen referencia a la importancia de combinar las intervenciones centradas en la persona (con resultados más o menos inmediatos) y las centradas en la organización (con resultados a medio o largo plazo) como principal estrategia para centralizar todas las variables involucradas en el proceso de *burnout*.

- a. En la estrategia de intervención centrada en el área personal, es esencial para que la persona fortalezca sus recursos personales y estrategias de afrontamiento activo, que le permitan desarrollar sus sentimientos de realización personal, lo que hace imprescindible la confección de un plan de acción, que se irá ejecutando en función de los objetivos planteados para cada etapa de dicha intervención, resaltando los aspectos positivos de la situación, buscando apoyo social, y controlando la situación.

Las estrategias de intervención centrada en el individuo más utilizadas son: I) autovaloración y autoobservación, II) el manejo



didáctico del estrés, III) la promoción de estilos de vida saludables, IV) el entrenamiento en solución de problemas, V) la realización de técnicas cognitivas, VI) el incremento de los recursos personales de resistencia (personalidad resistente, optimismo, autoestima, competencia emocional), VII) técnicas de control de activación (González y Garrosa, 2007), VIII) así como el entrenamiento de la asertividad y IX) el entrenamiento para manejar el tiempo con eficacia (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Existen otras estrategias de afrontamiento como X) el distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral (Maslach, 1982), XI) la realización de ejercicio físico (Freudenberger, 1974), XII) practicar yoga o técnicas de relajación (Bolle, 1988), así como XIII) dedicarse a algún entretenimiento (Maslach, 1986), dado que pueden facilitar ese distanciamiento mental.

- b. En la estrategia de intervención centrada en el área Interpersonal-grupal, es fundamental que se desarrollen programas que fomenten el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores, siendo importante la formación de redes de apoyo social con un perfil profesional (Gil-Monte y Peiró, 1997). Cuando la persona percibe un adecuado apoyo social de su entorno, se eleva su nivel de realización personal en el trabajo, decrece su nivel de agotamiento emocional y se transforman en positivo, sus actitudes y conductas hacia los demás.
- c. En la estrategia de intervención centrada en el área organizacional, es imprescindible realizar un diagnóstico que permita identificar los elementos que generan *burnout* y las personas afectadas por éste.

- Los programas de prevención deben orientarse a perfeccionar y/o modificar el clima organizacional, las políticas de dirección de personal, la comunicación y los elementos específicos de la organización que puedan afectar a los profesionales y el funcionamiento de los equipos de trabajo (Zurriaga, González, Martínez, 2007). Los planes de acción que se vayan a utilizar en la intervención deben haber sido aceptados con antelación por los profesionales implicados y por la organización, además de ser evaluados con regularidad para garantizar la retroalimentación en cada paso y la concientización por parte de los profesionales de los avances logrados.
- Los programas de intervención deben adaptarse a las características y condiciones de cada organización, de ahí que solo pueda dedicarse la intervención a un aspecto cada vez, por lo que deben pactar las prioridades de las áreas a intervenir (Leiter y Maslach, 2000).

Las estrategias de intervención centradas en la organización constan de diversas actuaciones (Cherniss, 1980; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). A continuación enumeramos algunas de ellas, propuestas por diferentes autores:

1. La socialización anticipatoria, como preparación al puesto, cuando se comunica al profesional los aspectos positivos y negativos del puesto laboral, para adecuar sus expectativas a la realidad.

2. Promover la dirección por objetivos, planteando los objetivos a lograr por el grupo, lo que implica la definición de sus responsabilidades, esclarecimiento de sus expectativas, la retroalimentación de su desempeño laboral, que disminuiría el tedio y aumentaría el nivel de autoconfianza.
3. Fomentar la variedad de habilidades y la autonomía, que propiciará un incremento de productividad en el trabajo.
4. Mejorar los índices de calidad en cuanto al ambiente físico de trabajo.
5. Facilitar la existencia de horario flexible donde el profesional tenga la posibilidad de elegir horarios y turnos de trabajo.
6. Propiciar la participación en la toma de decisiones por parte de los profesionales.
7. Diseñar planes de carrera, que garanticen la recompensa al esfuerzo y eficiencia.
8. Rediseñar la realización de tareas para disminuir la sobrecarga laboral, la ambigüedad y conflicto de rol.
9. Mejorar las redes de comunicación organizacional.
10. Establecer líneas claras de autoridad.
11. Incrementar las recompensas a los trabajadores.
12. Establecer con periodicidad reuniones multidisciplinarias.



## **CAPÍTULO 4: *BURNOUT* EN LA MUJER AMA DE CASA Y LA CUIDADORA DE FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER**

El *burnout* es un proceso cíclico que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentarlo en diferentes períodos de su vida y en el mismo o en otro trabajo (Thomaé, Ayala, Sphan y Stortti, 2006). En esta misma línea, existen estudios realizados en mujeres que afirman que el *burnout* no es estable en el tiempo porque avanza en la medida que se producen cambios en ellas derivados del estrés que le generan los factores individuales y laborales (Evolahti, Hultell y Collins, 2013).

Las emociones y sentimientos negativos promovidos por el *burnout* ocurren en un contexto laboral, ya sea remunerado económicamente o no. Existen estudios que consideran a este síndrome como contagioso, quienes lo padecen “contaminan” a las personas del entorno familiar o laboral cercano con su hastío, desesperación y cinismo, con lo que en un corto período de tiempo la familia como institución social primaria, puede caer en el desánimo generalizado (Minuchin, 2012).

Como ya hemos referido anteriormente, una considerable cantidad de mujeres se desempeñan en profesiones de toda índole en diferentes instancias de jerarquía, pero a la vez, continúan realizando sus labores domésticas. Sin embargo, existen estudios que revelan que entre las mujeres que trabajan fuera de casa es considerable el número de ellas que realizan trabajos poco cualificados, lo que las hace vulnerables ante las situaciones estresantes propias del entorno laboral, recibiendo baja

remuneración, escasa consideración social, insuficiente control y decisión sobre la labor que realiza, por ser trabajos rígidos, poco creativos, monótonos, rutinarios, incluso puede ser inferior a su cualificación profesional, lo que implica la ausencia de posibilidades de desarrollo personal y laboral (Ferrer, Bosch y Gili, 1998; Valls, 1994). Otros autores plantean que cuando la mujer trabaja la jornada laboral completa, aumenta la probabilidad de que las labores domésticas se distribuyan entre los miembros de la familia o de contratar a otra persona, generalmente también mujer, que pueda realizarlas. Comprobaron en su estudio, que la relación entre la situación laboral de las mujeres no era significativa con el nivel de autoestima, sin embargo, sí existe relación significativa con síntomas psicológicos, siendo éstos menores en las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado, con altos ingresos, antigüedad en la jornada laboral no parcial y con una mayor satisfacción laboral (Muñoz, Martínez, Iraurgi, Galíndes y Sáenz, 2004).

El *burnout* en la mujer puede incrementarse al realizar trabajo fuera del hogar (remunerado) y además el trabajo doméstico, cuidado de los hijos, que está directamente relacionado con las expectativas persistentes que existen en cuanto al rol tradicional de la mujer dedicado al cuidado de todos y del hogar (Kushnir y Melamed, 2006). En el caso de las mujeres que trabajan dentro del entorno familiar, las amas de casa, realizan labores domésticas y cuidados de toda índole a todos en el hogar durante largas jornadas diarias, soportando también una excesiva carga. Este doble rol, hace que las mujeres se sientan sobrecargadas, existiendo una fuerte relación entre la sobrecarga laboral y el agotamiento emocional (Schaufeli y Enzman, 1998).

Autores como Gil-Monte, Peiró, Valcárcel y Grau (1996) estudian la falta de salud en personas que padecen *burnout* y sugieren una aproximación del agotamiento emocional a la sintomatología depresiva y de las subescalas despersonalización y realización personal que se relacionan con síntomas cardiovasculares; además relacionan la aparición de síntomas psicósomáticos con el padecimiento de *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El estudio realizado por Soares, Grossi y Sundin (2007) en una muestra de la población general de 3.591 mujeres, confirma que el 21% presenta alto nivel de *burnout*, siendo éstas las que tienen peores condiciones económicas y mayor desgaste en la salud física y emocional. Las mujeres que padecen *burnout* sufren angustia y trastorno de sueño (Sundin, Soares, Grossi y Macassa, 2011). El *burnout* puede ser un factor de riesgo en el desarrollo del dolor musculoesquelético (MS) en personas aparentemente sanas y que les provoca incapacidad crónica (Armon, Melamed, Shirom y Shapira, 2010).

Otras investigaciones demuestran que existe mayor incidencia de *burnout* en mujeres que en hombres (Greenglass y Burke, 1988; Maslach y Jackson, 1981; Poulin y Walter, 1993), lo que pudiera estar inducido por el estereotipo de género, donde se asignan roles diferentes a hombres y mujeres (Agust, Grau y Beas, 2001), además se ha comprobado que las mujeres emocionalmente tienden a ser más sensibles (Chatterjee y McCarrey, 1991).

Las mujeres que padecen malestar psíquico obtienen puntuaciones más altas que los hombres (Boardman, 1987; Marks, Golberg e Hillier,

1979) y también tienden a padecer problemas de salud con más facilidad que ellos (Ogus, Greenglass y Burke, 1990). Una de las profesiones más estudiadas por el riesgo de padecer *burnout* ha sido el sector educativo y se ha demostrado que las mujeres que se desempeñan laboralmente como profesoras, tienen menos actitudes de despersonalización que los hombres, hacia sus alumnos (Rey, Extremera y Peña, 2012).

#### **4.1. Prevalencia e incidencia del *burnout* en la mujer ama de casa y en la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer**

En relación al *burnout*, los porcentajes de prevalencia al parecer varían en función de la profesión, del país al que se hace referencia y de los puntos de corte aplicados para el diagnóstico (Gómez, Montero, Demarzo, Pereira y García, 2013).

Tomando en cuenta que se reconocen como casos de *burnout* a aquellas personas que puntúan alto en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización, a la vez que puntúan bajo en la dimensión realización personal, a partir de los puntos de corte referidos en el propio manual del M.B.I., los datos de prevalencia encontrados oscilan desde el 4% (Schaufeli y Enzmann, 1998) al 30.5% (Gómez-Alcaina et al., 2013). Si nos referimos al sector sanitario, se ha considerado la prevalencia del *burnout* en varios países europeos, incluido España, en el 14,9% (Gil-Monte, 2009; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009). En general, se estima que aproximadamente el 12% de los trabajadores europeos podría padecer actualmente el síndrome de *burnout* (Gil-Monte, 2009).

En cuanto a la prevalencia del *burnout* en mujeres existen estudios que evidencian una mayor incidencia para ellas que en los hombres (Adil y



Kamal, 2013; Agust, Grau y Beas, 2001; Avargues, 2006), no obstante, otras investigaciones afirman lo inverso (Price y Spence, 1994; Van Horn, Schaufeli, Greenglass y Burke, 1997). En otra línea, se plantea que no hay diferencia en función del sexo, sino en las diversas maneras de afrontarlo “coping” (Pines, 1997). Sin embargo, otros autores confirman que las mujeres puntúan más alto en la dimensión agotamiento emocional que los hombres, mientras que los hombres obtienen puntuaciones más altas en la dimensión de despersonalización (Hakanen, 1999).

Al ser reconocido que el síndrome de *burnout* afecta especialmente a las mujeres, por ser generalmente las que asumen el rol de cuidadoras informales en la sociedad actual y tomando en consideración que es el sector de la población donde se concentran las personas de menor nivel educativo, es imprescindible delinear intervenciones terapéuticas que permitan minimizar los efectos devastadores de este síndrome. Se ha comprobado que cuanto mayor sea el nivel educativo, mayor será el nivel de las estrategias de afrontamiento, lo que permitirá mejorar su salud física y emocional (Hallman, Thomsson, Burell, Lisspers y Setterlind, 2003). Autores como Thomaé, Ayala, Sphan y Stortti (2006), plantean que el *burnout* se sistematiza a través de cuatro niveles clínicos: 1) leve (cuando aparecen quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse en la mañana), 2) moderado (al aflorar actitudes de cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo, etc.), 3) grave (cuando se percibe enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas) y 4) extremo (si el aislamiento es muy marcado, sufre un colapso, cuadros psiquiátricos que pueden derivar en suicidio).

El impacto negativo de cuidar es detallado por gran cantidad de cuidadoras, que en especial apuntan las repercusiones que tiene para ellas a nivel económico, laboral y en el uso de su tiempo; las consecuencias sobre la salud son muy importantes, sobre todo en la esfera psicológica, asociadas con los altos niveles de sobrecarga (García, Mateo y Maroto, 2004).

En la literatura, aún existen pocos estudios dedicados al análisis del síndrome de *burnout* en la mujer ama de casa, desconocemos datos concretos sobre la prevalencia del síndrome en amas de casa. Los datos aportados por Pascual (2001) en su estudio, en una muestra de 364 mujeres, de ellas, 187 eran amas de casa y 177 trabajan fuera de casa, confirman que el 1.9% de la muestra general presenta *burnout*. En el caso de la prevalencia en las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer no nos constan datos al respecto.

A continuación nos centraremos en el *burnout* en la mujer que desempeña su actividad laboral en el entorno familiar, la mujer “ama de casa”.

Se ha utilizado la expresión de “síndrome del ama de casa” para definir a las mujeres cuya única ocupación y objetivo es cuidar del hogar, la pareja y los hijos (De Francisco, 1986). Y para detallar las características de su actividad, asumiremos las valoraciones realizadas por autores como Ferrer et al. (1998), Pascual (2001) y Varela (1990; 1992), quienes plantean que los roles tradicionales desempeñados por las mujeres se convierten en estilos de vida que implican ciertas carencias en áreas de la vida que

propicia un aumento de la utilización de los servicios de salud en general y en especial de salud mental. Se puede resumir en las siguientes áreas:

- **Afectivo-familiar:** representa el rol afectivo, relacionado con el bienestar emocional. Sus carencias conducen a los trastornos emocionales, generalmente, las mujeres brindan más apoyo afectivo del que reciben.
- **Sociocultural:** simboliza el rol social, que son las redes sociales en que se desenvuelve. Si esta área es deficiente puede implicar la aparición de enfermedades, fundamentalmente mentales.
- **Autonomía personal:** define el rol de la independencia. Se le relaciona con el nivel educativo y de formación continuada, así como con el desarrollo de habilidades para solucionar problemas cotidianos. Su carencia se relaciona con niveles de estrés elevados y mayor cantidad de enfermedades psicosomáticas.
- **Económico - laboral:** representa el rol de poder. La ausencia o déficit de éste, unida con carencias en el área anterior, implica un estado de indefensión y desesperanza que se vincula con el concepto de indefensión aprendida.
- **Ocio y tiempo libre:** simboliza el rol de bienestar. Es el tiempo que se dedica a sí mismo.

Las características del trabajo que desempeñan las amas de casa requieren de esfuerzo físico, de manipulación de productos que pueden ser nocivos para la salud. Es una labor que no es específica, porque requiere de tareas de reproducción, ejecución, gestión, socialización, etc. Es un trabajo

cíclico, pobre, repetitivo, poco recompensante y menos reconocido; es variable, al depender de circunstancias como por ejemplo, si tiene o no hijos y sus edades, de las ocupaciones de los miembros de la familia, entre otras. Se realiza en un tiempo continuo, al no disponer de tiempo libre ni de vacaciones, donde se mezclan el lugar de trabajo, de relaciones familiares así como de descanso y se mantiene en cierto aislamiento, con dificultad para establecer y mantener relaciones sociales ajenas a su entorno familiar (Durán, 1986), las características del trabajo doméstico pueden, en sí mismas, tener consecuencias negativas para quien lo realiza (Ferrer et al., 1998).

Según estudios realizados, en España se estima que la población de amas de casa está entre los 8 y 11 millones de mujeres, lo que hace pensar que en el futuro lo padecerán cerca de las 200 mil mujeres (Pascual, 2001).

Autores como Moral, González y Landero (2011) plantean que el estrés percibido por las amas de casa se deriva de la falta de apoyo y de reconocimiento que soportan, lo que influye en el aumento de su expresión de ira, que induce al cansancio emocional que padecen. Las características de la tarea de las amas de casa, evaluadas como antecedentes del *burnout*, inciden en el nivel de *burnout* que padecen, que correlaciona con el nivel de estrés percibido, reflejando también las consecuencias en su salud, rendimiento y relaciones familiares / personales (González, Landero y Moral, 2009).

Las mujeres amas de casa que puntúan nivel alto de agotamiento emocional son las que tienen bajo nivel educativo y no perciben remuneración, sin embargo, las que poseen nivel educativo más alto y por

trabajar fuera del hogar reciben remuneración, padecen un nivel inferior de *burnout*. Además se plantea que el agotamiento emocional de las amas de casa se relaciona con el rasgo neuroticismo y no correlaciona con el rasgo extroversión (Astorga, 2007).

Cuando la mujer ama de casa, además, se convierte en cuidadora de un familiar enfermo de Alzheimer, los efectos son aún más demoledores. A continuación nos referiremos a ello.

Los cambios sociales originados a finales del siglo XX que han enmarcado a la mujer como parte activa del mercado laboral, también ha implicado dificultades para el sistema de cuidados tradicional, por la discrepancia que implica desempeñar ambas tareas a la vez. Sin embargo, continúa siendo la mujer la responsable de proporcionar cuidados, que con frecuencia, es la esposa, hija o madre del enfermo dependiente, la que se ve forzada a ajustar las tareas laborales y familiares de cuidado al mismo tiempo, incluso no en pocas ocasiones, llegan a abandonar su vida profesional. Durán (2012) plantea que el aumento de la esperanza de vida pudiera conllevar a que los cuidadores familiares en un futuro sean personas mayores desamparadas, sin hogar y viviendo en condiciones precarias, sin ningún tipo de beneficio o pensión por jubilación como consecuencia del cuidado prolongado que ofreció al familiar enfermo y que dicha labor de cuidado no se reconoce como un trabajo a efectos de cotización y adquisición de derechos para la jubilación.

Los cuidadores principales de enfermo de Alzheimer mantienen altos índices de ansiedad, su estrategia de afrontamiento está enfocada a la emoción, lo que hace que el nivel de *burnout* sea muy elevado. Esto se

relaciona con el nivel de gravedad de la demencia del familiar enfermo (Iavarone, Ziello, Pastore, Fasanaro y Poderico, 2014).

Estudios realizados muestran la vulnerabilidad de los cuidadores ante determinadas situaciones estresantes que genera el cuidado y la atención a los problemas de comportamiento del familiar enfermo anciano con demencia y sus sentimientos de sobrecarga como cuidador, que influyen negativamente en su salud, haciéndoles utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud (Son et al., 2007). La presencia de depresión en los cuidadores que cuidan a sus pacientes con delirios es un significativo predictor del agotamiento emocional del *burnout*, por lo que debe ser motivo de evaluación multidisciplinaria de la demencia (Truzzi et al., 2012).

Los cuidadores con mayor cantidad de años dedicados a la atención de las personas mayores dependientes tendrán un mayor nivel en su competencia emocional, que es el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para adoptar comportamientos adecuados en la solución de los problemas personales, familiares y/o profesionales, lo que le propiciará un bienestar en su vida personal y social (Pérez, Velar y Ruiz, 2014).

El hecho de cuidar a un familiar enfermo de Alzheimer requiere de un esfuerzo extraordinario, porque dicha enfermedad es algo más que el daño cerebral, es el cómo vive el enfermo, cómo es su entorno en el día a día. Depende también de factores de personalidad, de una historia biográfica, social y laboral, de sus gustos y preferencias, de sus competencias y habilidades, además de aspectos emocionales, del

ambiente que le rodea, que forman parte de la vivencia de la enfermedad (Bendicho, 2012), factores todos ellos con los que la persona cuidadora debe convivir. El agotamiento emocional de los cuidadores se relaciona significativamente con su nivel de ansiedad y la despersonalización se relaciona con la depresión del paciente (Yilmaz, Turan y Gundogar, 2009).

Autores como Muela, Torres y Peláez (2001) plantean que la atención a un enfermo de Alzheimer requiere que el cuidador posea una adecuada asertividad, que le permita enfrentar situaciones difíciles y frecuentes en las relaciones cotidianas, como por ejemplo, pedir ayuda a otros familiares, reclamar información a los médicos sobre la enfermedad, tomar decisiones sobre el cuidado del enfermo que no siempre son aceptadas por el resto de los familiares. Entre otras, refieren que si la persona no es capaz de brindar una respuesta asertiva experimentará una mayor carga subjetiva al cuidar del enfermo, cuanto menor sea las respuestas asertivas mayor será la carga percibida. En esa misma línea argumentan que si el cuidador familiar de enfermo de Alzheimer no admite sus limitaciones personales, se autoexige un esfuerzo por encima de sus posibilidades, incluso llegando a rechazar el apoyo de otros, lo que influirá en su percepción de carga. Por otra parte, una persona que no exprese sus sentimientos positivos y que sienta malestar al manifestar sus sentimientos negativos, percibirá mayor carga subjetiva.

Es importante que los cuidadores aprendan a adaptarse a su situación y controlar sus emociones para disminuir los niveles de depresión, de malestar emocional, ira y sobrecarga, lo que les aportará una mejor salud mental (Fernández y Crespo, 2011; Salgado e Irurizaga, 2006;

Pérez, Velar y Ruiz, 2014). Aunque gran parte de la investigación ha girado en torno a las consecuencias negativas para la salud, en los últimos años se está desarrollando una visión más positiva del proceso de cuidado, analizándose las posibles implicaciones positivas para el cuidador. El estudio realizado por Crespo y Fernández-Lánsac (2015) demuestra que con frecuencia las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer que presentan síntomas negativos en su salud, son capaces de extraer beneficios de su experiencia (López, López-Arrieta y Crespo, 2005), mostrando una extraordinaria capacidad de adaptación a las circunstancias que les ha tocado vivir.

Existen estudios que sugieren nuevas perspectivas, al valorar las capacidades y fortalezas que actúan como factores de protección ante el estrés prolongado de los cuidadores, siendo la resiliencia un importante factor de protección en el ámbito del estrés crónico. Esta variable ha mostrado ser un factor relevante a la hora de modular la respuesta de estrés del cuidador (Fernández-Lansac y Crespo, 2011) y se encuentra directamente relacionada con un tipo de personalidad, considerada como resistente o *hardiness*, que sería una forma de concebir la vida de forma positiva, en aras al desarrollo del crecimiento personal. Los cuidadores resilientes evaluarán el estresor derivado del hecho de cuidar como menos negativo que aquellos cuidadores no resilientes, lo que proporciona el empleo de estrategias de afrontamiento más adecuadas, evitando aquellos estilos de afrontamiento que impiden una correcta adaptación al cuidado.

La resiliencia se considera como un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro de un contexto



significativamente adverso (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000) y que implica la capacidad para generar experiencias y emociones positivas (Bonanno, 2004). De ahí que los cuidadores que tienen alta resiliencia obtienen puntuaciones altas en las variables: satisfacción con el apoyo social recibido, autoeficacia para controlar los pensamientos negativos, autoestima, autocuidado y extraversión, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Además los cuidadores con alta resiliencia muestran menos intranquilidad ante los problemas que presenta el familiar enfermo, y sus niveles de sintomatología depresiva y ansiosa son menores.

La autoeficacia, definida como conjunto de creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar las acciones requeridas, que propiciarán determinados logros o resultados (Bandura, 1997), ejerce efectos amortiguadores sobre los distintos estresores y puede influir en el desarrollo de los niveles de *burnout*. Cuanto mayor sea el nivel de autoeficacia menor será el nivel de *burnout*; se considera que la dimensión realización personal del *burnout*, tiene un componente de autoeficacia (Lee y Ashforth, 1990). La autoeficacia percibida juega un rol importante en la reducción del *burnout* y su entrenamiento mejora la calidad del servicio de la organización y la calidad de vida laboral de los profesionales. Ante situaciones de percepción de niveles de sobrecarga laboral similares, los individuos que presenten mayores niveles de autoeficacia desarrollarán menos agotamiento emocional. En este sentido, los profesionales que debido a su nivel de autoeficacia se vean desbordados por la carga de trabajo tienen más probabilidades de desarrollar *burnout* (Gil-Monte, García y Caro, 2008).

La autoestima es entendida como la autovaloración positiva que se fundamenta en rasgos sanos de la personalidad y se manifiesta en actitudes justas o éticas y en conductas constructivas y socialmente provechosas, según la define el psiquiatra, Rojas Marcos, (2007). Existe una relación significativa entre autoestima y *burnout*, de tal manera que cuando los niveles de autoestima son altos, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización son bajos (Moreno et al, 2010), tomando en cuenta esto, promover la autoestima puede ser importante para prevenir los síntomas emocionales del *burnout* (Kim, 2012).

Las características individuales junto con los estresores laborales y de la vida cotidiana son predictores importantes en el *burnout*. Estudios realizados revelan que las mujeres experimentan más tensiones laborales que los hombres; en ellos, existe una fuerte relación entre estresores laborales y *burnout*, pero en las mujeres la relación se muestra significativa entre la autoestima basada en el rendimiento laboral y *burnout* (Blom, 2012). Otras investigaciones confirman que las variables personales como la autoestima, el optimismo, la autoeficacia profesional y las habilidades emocionales, influyen en la aparición del *burnout* y sus síntomas asociados, destacándose la importancia de las dimensiones de “inteligencia emocional percibida”, atención y claridad emocional como factores explicativos del *burnout*, después de haber controlado los niveles de optimismo, autoestima y autoeficacia profesional. Además los autores, puntualizan que obtienen menos niveles de cansancio emocional los que poseen mayor autoeficacia profesional, expectativas más positivas u optimismo y mayor claridad para discriminar sus estados emocionales, mientras que tienen menores niveles de despersonalización los que poseen mayor comprensión

de sus emociones. Junto a esto, disfrutaban de una mayor realización personal los que mayor eficacia profesional y claridad emocional poseen; así mismo, resaltan el papel de las habilidades emocionales como recursos personales relevantes en la prevención de sintomatología y enfermedades de tipo psicológico, físico y psicosomático (Extremera, Durán y Rey, 2010).

Tomando en cuenta que las mujeres cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, deben poseer habilidades necesarias para lidiar con las intensas demandas interpersonales que requiere cuidar de ancianos/as con esa enfermedad crónica y degenerativa, será muy importante que desarrollen sus habilidades y capacidades para procesar la información emocional. La inteligencia emocional que incluye la capacidad de gestionar, percibir, entender y utilizar las emociones para facilitar el pensamiento, es un concepto empíricamente válido y clínicamente útil (Extremera et al., 2010; Matthews et al., 2002).

#### **4.2. Antecedentes de estudios sobre *burnout* y salud en amas de casa y en cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer**

Las amas de casa es un colectivo estudiado en pocas ocasiones, debido a que tradicionalmente ha existido una falta de reconocimiento a su labor y a los riesgos psicosociales que ésta puede conllevar, entre ellos el síndrome de *burnout*. Sin embargo, estudios recientes ponen de manifiesto que la prevalencia del síndrome de *burnout* en estas mujeres es importante aunque ignorado, además que la falta de apoyo y de reconocimiento a su labor, influiría en su nivel de cansancio emocional (González, Landero y Moral, 2009; Moral, González y Landero, 2011).

Este puede ser el caso de aquellas mujeres que además de desempeñar sus labores de amas de casa tienen a su cargo un familiar enfermo de Alzheimer, tal y como se ha hallado en algunos estudios (Peinado y Garcés, 1998; Rivera y Requena, 2013). El síndrome de *burnout* se encuentra entre las alteraciones más habituales que se identifican en los familiares que se hacen cargo de enfermos mayores con enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer (Pinquart, Sorensen y Zarit, 2012).

A pesar de los escasos estudios realizados en esta población, se ha detallado las características del trabajo que realizan las cuidadoras familiares, en las condiciones que lo desempeñan y los efectos que tiene para ellas la acción de cuidar (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003; Cachioni, Lima, Ordonez, Galo, Alves, Suzuki, Falcão, 2011; Cerquera y Galvis, 2014; Crespo y López, 2008; Espín, 2008; Feldberg et al., 2011; Fernández et al., 2011; García-Calvente et al., 2004; Hodgins, Wuest, Malcolm, 2011; Tuithof, Ten Have, Van Dorselaer, De Graaf, 2015; Valentino y Bulmer, 2005). Sin embargo, los estudios encontrados, que consideramos son más afines a nuestra investigación, han sido en autores de Puerto Rico (Rivera y Requena, 2013), de Venezuela (Aldana y Guarino, 2012) y en España (Campos, Borda, Avargues, López y Párraga, 2014b; Pascual, 2001).

Pascual (2001) refiere en su estudio de *burnout* en amas de casa que las que trabajan exclusivamente en su casa presentan más problemas de salud y niveles más altos de ansiedad que el grupo de mujeres que además trabajan fuera de casa con remuneración. No obstante, sólo el 1,95% de las mujeres estudiadas presentan el síndrome de *burnout* y no

encontró diferencias al respecto en los resultados de los dos grupos estudiados. Argumenta que el resto de las mujeres presentaban un grado incipiente de *burnout* con un marcado índice de negación. Concluye que el *burnout* está relacionado con las características propias del trabajo, como la jornada continua, tamaño pequeño de la vivienda, la sobrecarga a la que está sometida, problema de salud de algún familiar y falta de ingresos económicos, entre otros.

Aldana y Guarino (2012) en su estudio sobre las variables sobrecarga del cuidador y estilos de afrontamiento con la salud general percibida en 300 cuidadores de enfermos de Alzheimer, de los cuales 220 son cuidadores informales y 80 cuidadores formales no profesionales, de Caracas (Venezuela), plantean que en ambos grupos los niveles de sobrecarga objetiva son altos, por realizar actividades como: asear al paciente cada día, darle de comer, etc., aunque la mayor incidencia se produce en el grupo de las cuidadoras informales. Sin embargo, los niveles de sobrecarga subjetiva eran menores. Se relaciona con la manera de percibir la situación y con la respuesta emocional de la cuidadora ante el hecho de cuidar, no obstante, en el grupo de las cuidadoras informales se obtiene mayor puntuación, por lo que, es el grupo que alcanza mayores niveles de sobrecarga tanto subjetiva como objetiva. En cuanto al estilo de afrontamiento, las cuidadoras informales emplean más el afrontamiento de tipo emocional considerado perjudicial y desadaptativo, que el afrontamiento racional y desapego emocional, que son estilos adaptativos, comparadas con las cuidadoras formales no profesionales, lo que manifiesta un mayor compromiso personal en las cuidadoras informales. Respecto a la salud percibida, las cuidadoras informales padecen un mayor

deterioro general, con puntuaciones significativamente más altas en ansiedad, depresión, somatización y disfunción social, a diferencia de las cuidadoras formales no profesionales. Concluyen que el cuidado de un paciente con demencia tipo Alzheimer genera más deterioro y desgaste físico, psicológico y emocional a personas que están vinculadas afectivamente con éste y que no tienen formación previa en el ejercicio del rol del cuidador. Asimismo, los indicadores de salud están directamente relacionados con la sobrecarga, cuanto mayor perciba la sobrecarga, mayor será el deterioro de salud, lo que afecta en mayor medida a las cuidadoras informales.

Rivera y Requena (2013) en su estudio sobre las variables de riesgo asociadas al *burnout*, en una muestra de 79 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en Puerto Rico, de ellos 50 mujeres y 29 hombres, afirman que las variables son: niveles elevados de ansiedad, depresión e irritabilidad, falta de apoyo de los familiares, lo que genera conflictos entre ellos. Refieren que la práctica espiritual en su tiempo de ocio les resulta más efectiva para sobrellevar las relaciones familiares que otro tipo de actividades como paseos o ejercicios físicos. Los que tienen mayor tiempo como cuidador, tienden a despersonalizarse, no le encuentran sentido a la vida, sin embargo, muestran capacidad de resiliencia logrando mantenerse en los cuidados, al sentirse útil para el familiar enfermo.

Rodríguez, Trillo y Baute (2014) en su estudio sobre el *burnout* en amas de casa de la ciudad de Santa Marta, en Colombia, contaron con una muestra de 203 mujeres, distribuidas entre los 18 a 92 años, siendo de 18-58 años las edades más frecuentes de esta población, con una media de

edad de 44 años; el 58% de ellas realizaban también otras actividades remuneradas. Los autores han informado que el 11.3% (n=23) de las amas de casa estaban afectadas por el síndrome de *burnout* y que éstas se encontraban en el rango de edad entre 41 y 60 años, sin embargo a las que consideraron no afectadas se encontraban en el rango de edades de 18 a 40 años, señalando que en este caso, no ha existido relación inversa entre edad y *burnout*. También afirman que las mujeres que presentaban síndrome de *burnout*, han estado ejerciendo las actividades domésticas durante un periodo de 1 a 30 años, la gran mayoría de las participantes estaba casada o en unión libre y presentaban mayores niveles de cansancio emocional, lo que podría explicarse por el doble rol desempeñado como madres y trabajadoras, que pertenecían a familias nucleares o extensas, por lo que enfrentarían mayores estresores familiares.

En la investigación realizada por Campos et al., (2014b) sobre *burnout* y salud en 97 amas de casa y en 96 cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, plantean que ambos grupos presentaron sintomatología de *burnout*, resaltando el nivel alto en la dimensión cansancio emocional, no obstante, los índices reflejados en las cuidadoras familiares son significativamente superiores. Además plantean que el hecho de que sea mayor el porcentaje entre las cuidadoras es motivado por la mayor carga que han de soportar, tanto física como emocional. En concordancia con otros estudios, se refieren a la característica de la tarea que puede incidir en el nivel de *burnout* manifestándose en la salud y en las relaciones familiares - personales, de las mujeres amas de casa (González et al., 2009). Las dimensiones de *burnout* se relacionan significativamente con las subescalas de salud (síntomas somáticos,

ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión), las mujeres que padecen la sintomatología de *burnout* presentan menos salud mental, siendo las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer las más afectadas. Concluyendo, que la sobrecarga que supone desempeñar un doble rol (amas de casa y familiar cuidadora de enfermo de Alzheimer) tiene una implicación negativa para la salud de estas mujeres, aumentando el riesgo de aparición del síndrome de *burnout*.

#### **4.3. Factores que influyen en la aparición del *burnout* en la mujer ama de casa y en la cuidadora familiar de enfermos de Alzheimer**

Hemos podido comprobar cómo la presencia de estresores relacionados con las condiciones de trabajo actúan como desencadenantes del síndrome de *burnout*, mientras que las variables de carácter personal, cumpliendo su función moduladora, influyen en el aumento o disminución de la vulnerabilidad en la aparición de su sintomatología. A pesar de la limitada literatura existente referida al síndrome de *burnout* en mujeres amas de casa y en cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, vamos a analizar los posibles factores causales, que actúan de manera interrelacionada, pero didácticamente los describiremos divididos en categorías: a) laborales y b) personales.

Como hemos referido en capítulos anteriores, la mujer cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer, es a la vez, ama de casa, por lo que las condiciones de trabajo que se les atribuirán en la siguiente Tabla, son extras a las que asume en su rol de ama de casa (Ver Tabla 10).



**Tabla 10. Factores laborales y personales que influyen en la aparición del burnout en la mujer ama de casa y en la ama de casa cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer.**

Factores laborales	
a) Contenidos del puesto	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>Según Gálvez et al. (2013), las tareas que incluye el contenido de trabajo del ama de casa son las siguientes:</p> <p>1) Relativas a la alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprar y guardar alimentos.</li> <li>• Preparación y cocina de comidas.</li> <li>• Atender el servicio de mesa.</li> <li>• Fregar vajilla y recoger cocina.</li> </ul> <p>2) Cuidados a otras personas de su hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños/as (incluye ayuda a los deberes escolares y actividades extraescolares).</li> <li>• Familiares enfermos, mayores dependientes o discapacitados.</li> </ul> <p>3) Cuidados a otras personas que no viven en su hogar.</p> <p>4) Limpieza y orden de la casa.</p>	<p>Según Bermejo, Castilla y Martínez, (2006), Espinosa, Muriel, Coello et al. (2010) y Hueros, Arroyo, Díaz et al. (2008), las tareas que incluye el contenido de trabajo de la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer son las siguientes:</p> <p>1) Aseo: el baño, lavado e higiene personal del enfermo (la higiene debe hacerse con productos de aseo adecuados para su piel delicada, jabón neutro, enjuague adecuado, secado meticuloso sin frotar, y después masajear la piel con crema hidratante. Este tipo de paciente, generalmente es esquivo para realizar estas acciones y en muchas ocasiones los bruscos movimientos y su agresividad impide que se realice el baño y aseo con normalidad, lo que implica que la cuidadora una vez agotada todas las maniobras para tratar que sea una</p>

<p>5) Lavado y orden de la ropa, costura, plancha y sacar la basura.</p> <p>6) Gestiones y otras compras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestiones (bancos, cuentas, impuestos, junta de vecinos, lo referente a los colegios de los hijos).</li> <li>• Compras generales (excepto alimentación).</li> <li>• Relaciones familiares y actúa en representación del núcleo familiar.</li> <li>• Reparaciones, mantenimiento (coche, casa, electricidad, etc.).</li> <li>• Cuidado plantas/animales.</li> </ul> <p>7) Desplazamientos y transportes (por cualquier motivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociado al trabajo doméstico.</li> <li>• Asociado al trabajo profesional.</li> </ul>	<p>acción placentera, necesite de una tercera persona para ayudarla en esta tarea).</p> <p>2) Vestir. Hay que ayudar al enfermo a: elegir las ropas porque con frecuencia se pone la ropa interior por encima de la exterior, o la de invierno en verano, o no distingue el derecho del revés en las ropas; ponerle y quitarle las ropas; abrochar y desabrochar botones, cinturones; poner y quitarle los zapatos).</p> <p>3) Alimentación: proporcionarle una dieta sana y equilibrada, cocinada y preparada según la capacidad de masticación y deglución del enfermo; las comidas se fraccionan en cinco veces al día. Mientras pueda hacerlo, el paciente come solo y a su ritmo, pero siempre hay que prestar atención a que no se introduzca más alimentos del que puede tragar, o que los derrame, o no quiera abrir la boca para comer, etc. En la medida que avanza la enfermedad hay que triturar los alimentos sólidos y/o espesarles los líquidos para facilitar que pueda tragarlos.</p>
--	--

	<p>4) Movilidad: hay que estar alerta dentro de la casa para evitar que el enfermo escape y se pierda en la calle por la desorientación que padece, por lo que entre las diferentes adaptaciones materiales que se le hace al domicilio para su seguridad, también hay que poner cerrojo a la puerta. A medida que avanza la enfermedad, el paciente enlentece sus movimientos y su cuerpo se va inclinando, por lo que hay que estar cerca o a su lado cada vez que dentro de la misma casa se desplace de un lugar a otro, resguardar las sillas si está sentado/a y la cama cuando este acostado/a para que no se caiga, lo que impone además una constante vigilancia nocturna, porque a pesar de su discapacidad, intentan levantarse en la madrugada y hay que evitarle caídas que generalmente conlleva a fracturas óseas que complicarían aun más la delicada situación.</p> <p>5) Cuidados paliativos: en las fases más avanzadas de la enfermedad, además del afecto y la compañía, la cuidadora también asume los cuidados paliativos.</p>
--	---

	<p>Si el paciente ya no puede colaborar debe realizar movilizaciones pasivas, ayudarse con la grúa para levantarlo, con la silla de ruedas o sillón giratorio para trasladarlo. Si el paciente ya sólo se mantiene sentado, debe proporcionarle un sillón adecuado, realizar cambios posturales, aunque sean mínimos, para minimizar la aparición de úlceras o escaras. Si el Paciente ya está encamado, las movilizaciones se realizan suavemente para minimizar el dolor, usando sistemas de protección local sobre prominencias óseas, talones, codos, caderas, para evitar la presión y el empeoramiento de las escaras, mientras vigila los instrumentos auxiliares como sonda, gotero y avisa al médico de urgencia, en caso de incidencias.</p> <p>El contenido del puesto, es fundamentalmente la interacción de la cuidadora con el familiar enfermo, lo que no en pocas ocasiones provoca fricciones y conflictos cotidianos, siendo una variable predictora del <i>burnout</i> (Peinado y Garcés de los Fayos,</p>
--	---

	1997).
--	--------

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>b) Ambiente físico de trabajo</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>Respecto al ambiente físico, la dedicación al trabajo tanto en cuanto a número de horas como en cantidad de días, dada la diversidad de tareas domésticas a realizar es un factor importante. En el caso de las mujeres, la escasez de tiempo se vincula al desequilibrio existente en el reparto desigual de trabajo. El tiempo es en sí mismo un recurso que facilita o restringe las opciones y tiene un alto contenido de género e implicaciones. Un aspecto importante del tiempo destinado al trabajo remunerado es que se mercantiliza, se convierte en dinero, aunque haya opciones en cuanto a balancear tiempo para el trabajo y tiempo para la vida, pero el tiempo destinado a los trabajos no remunerados, como es el caso de la amas de casa, puede tener una significación moral. El empleo del</p>	<p>Respecto al ambiente físico, las condiciones y los contenidos de trabajo han cambiado para la mujer cuidadora al añadir a sus tareas como ama de casa una nueva responsabilidad, cuidar de un familiar enfermo de Alzheimer. Dicha enfermedad es la más común que causa el deterioro cognitivo en la vejez y tiene un costo considerable para la sociedad (Small, 1997) y para la familia, especialmente a la cuidadora principal, que tiene que hacer frente a los estresores que le genera el estatus funcional del paciente: a) la incertidumbre ante el desconocimiento de la evolución y duración de la enfermedad, b) los problemas que generan la conducta del enfermo, c) la tensión que provoca los cambios repentinos de humor, d) la necesidad de asumir los diferentes gastos que requiere la atención al familiar</p>

<p>tiempo dedicado al trabajo doméstico y al cuidado de los hijos está fuertemente moralizado al estar presente la idea de lo que es bueno y del deber (Ramos, 2007). Las características de la tarea inciden en el nivel de <i>burnout</i>, se refleja en la salud y en las relaciones familiares-personales, de las mujeres amas de casa (González Ramírez et al., 2009).</p> <p>A lo anterior planteado, hay que añadir las condiciones de la vivienda en que se desenvuelve la mujer ama de casa, donde no siempre tiene la posibilidad de contar con efectos electrodomésticos adecuados para mantener una óptima temperatura. Esto hace que el ambiente físico de trabajo, en muchos casos sea deficiente, incluso según estudios realizados por Pascual (2001) el tamaño pequeño de la vivienda, la cantidad de miembros de la familia con los que convive, la atención a menores o familiares con problemas de salud, es similar a las condiciones de trabajo por turnos rotativos, trabajo nocturno y sobrecarga percibida en otras</p>	<p>enfermo, lo que afectará su forma y calidad de vida. Resulta muy difícil convivir durante 24 horas con un familiar querido que se deteriora inexorablemente, siendo testigo de los síntomas demenciales (alucinaciones, delirios, angustias, agresividad, etc.) propios de cada fase (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998). Todo este proceso requiere altas demandas emocionales que provocan la aparición del <i>burnout</i> (Garden, 1989).</p> <p>La diversidad de tareas, que le exige la situación, sobrepasan las razonablemente aceptables, incluyendo el exceso de tareas que no son agradables, y que debe realizar en cortos espacios de tiempo (Sarros, 1988), por lo que es difícil que sienta satisfacción ante esa situación, otro elemento que induce al <i>burnout</i>.</p> <p>El tiempo ofrecido a otra persona por consideraciones morales y afectivas, como tiempo dedicado al trabajo doméstico y a los cuidados, tiene una marca de género porque es realizado fundamentalmente por las mujeres,</p>
--	---

<p>profesiones.</p> <p>La no remuneración, como elemento a tomar en cuenta en las condiciones laborales, se plantea que la ausencia de salario, es una variable predictora de la despersonalización (Vega y Pérez, 1998).</p>	<p>pero también porque ellas realizan las actividades más exigentes y penosas (Ramos, 2007).</p>
---	--

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>c) Sobrecarga laboral.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>La sobrecarga laboral se genera cuando el rol de una persona se extiende a una nueva responsabilidad, exigencias de tiempo, energía y dependencia. La mujer ama de casa percibe como desproporcionadas las demandas de su trabajo, al verse obligada a realizar más actividades de la que le corresponde.</p> <p>Existen dos tipos de sobrecarga: a) la objetiva y b) la percibida. La objetiva está referida cuantitativamente al tiempo que la ama de casa invierte en actividades de cuidado, el esfuerzo que requiere y las implicaciones económicas que tiene, o sea, el</p>	<p>La sobrecarga laboral es evidente por la realización de tareas simultáneas que requieren más tiempo de dedicación, por lo que las mujeres que las realizan llevan a cabo un mayor número de tareas. Al estar la mujer cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer totalmente dedicada al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales, la hace más vulnerable a padecer el síndrome de <i>burnout</i> (Nagy y Davis, 1985). Por tal razón, cuanto menor sea el grado de dependencia del paciente, menor será el nivel de sobrecarga subjetiva de la cuidadora</p>

<p>desempeño total y medible de las tareas diarias que realiza. La sobrecarga percibida es la valoración que ella hace de su capacidad para lidiar con las demandas que requiere su actividad, las repercusiones emocionales derivadas de éstas, la ruptura de la vida social que acostumbraba, y el malestar físico / emocional generado por el acto de cuidar (García, Mateo y Maroto, 2004), incluyendo a los sentimientos provocados por la labor en sí misma.</p>	<p>(Rodríguez y Landeros, 2014).</p> <p>El estudio realizado por Aldana y Guarino (2012), confirma que las cuidadoras informales (familiares de enfermos de Alzheimer) obtienen altos niveles de sobrecarga tanto subjetiva como objetivamente, lo que incide en que se incremente el nivel de sobrecarga total. Autores como Pérez, Cartaya y Olano (2012) plantean que la sobrecarga y la depresión experimentada por las cuidadoras principales son elevadas, siendo las variables asociadas a éstas la falta de apoyo recibido y el hecho de que sus pacientes presentaban trastornos en hábitos alimentarios.</p>
--	--

Factores laborales (continuación)	
d) Estrés por desempeño de roles.	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>El estrés por desempeño de roles se origina por el desempeño de roles en la organización y comprende tanto la ambigüedad de rol como el conflicto de rol. A continuación, definiremos dichos conceptos para comentar su influencia</p>	<p>El estrés por desempeño de roles se hace latente al tener nulo control sobre la situación que genera la enfermedad del familiar con Alzheimer y su manera de asumirla (Peinado y Garcés de Los Fayos, 1998). El hecho de que sus</p>



<p>en esta población:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rol es el conjunto de actitudes y comportamientos que se esperan de una persona en una situación social en dependencia de su estatus (Mansilla, 2011).</li><li>• Conflicto de roles, aparece cuando en una misma situación social una persona tiene que desempeñar dos roles que implican comportamientos y actitudes diferentes (Ironson, 1992; Mansilla Izquierdo, 2011).</li><li>• Ambigüedad de rol, es cuando una persona vive en la incertidumbre, no sabe qué se espera de ella, no tiene suficientes puntos de referencia para desempeñar su labor o bien éstos no son adecuados. En resumen, no tiene configurado con claridad cuál es su rol en esa organización (Ironson, 1992; Mansilla, 2011), en este caso, dentro de la familia.</li></ul> <p>La generalización de los cambios sociales han incidido en la ruptura de</p>	<p>expectativas negativas, ante esos sucesos vitales de la enfermedad de Alzheimer, suelen cumplirse acrecientan el riesgo de padecer <i>burnout</i> (Cordes y Dougherty, 1993).</p> <p>La ambigüedad de roles, en este caso, se evidencia cuando la cuidadora siente cierta incertidumbre porque el rol que desempeñaba respecto a su familiar previo a la enfermedad que padece éste/a ha sido sustituida por un rol, difícil de aceptar, al convivir con la enfermedad de Alzheimer, estas exigencias vitales especialmente son predictoras del <i>burnout</i> (Golembiewski y Munzenrider, 1988).</p> <p>El conflicto de rol aparece cuando la cuidadora familiar no se adapta al perfil profesional y personal que requiere su labor al tener que seguir trabajando a pesar de no estar preparado profesionalmente, generalmente los cuidadores desconocen los detalles del trabajo que se necesita realizar en los cuidados asistenciales de este tipo de enfermedad, y por otro lado, es un trabajo por tiempo indefinido que no</p>
--	---

<p>grupos de apoyo y la familia, el aumento de la complejidad social, la inseguridad del futuro, la pérdida de confianza en las instituciones o el cambio de expectativas por lo que ha significado la liberación de la mujer, ha favorecido el aumento en los niveles de ansiedad y frustración del mundo laboral, dando paso a la aparición de <i>burnout</i> (Paine, 1982; Pascual, 2001).</p> <p>El estrés por desempeño de roles en la mujer ama de casa se ocasiona por las expectativas que se esperan de ella en la familia, (considerada como institución), lo que puede crear ambigüedad de roles al tener que desempeñar las tareas domésticas, el cuidado y atención a los miembros de la familia de acuerdo a sus características y situaciones personales, independientemente de cumplir con su posición de “amante” esposa, en los casos que convivan en pareja, son exigencias que pudieran provocarle conflictos de rol. Cuando no es posible satisfacer simultáneamente esos roles, dicha situación le puede generar</p>	<p>puede abandonar (Ayuso y López, 1993).</p>
--	---

<i>burnout.</i>	
-----------------	--

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>e) Relaciones interpersonales.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>En cuanto a las relaciones interpersonales con los miembros de la familia, influirá en la medida que sean percibidas como positivas o negativas por la mujer ama de casa. Cuando perciben las relaciones interpersonales como impuestas o sólo por necesidad, aumenta el nivel de agotamiento emocional, sin embargo si son relaciones positivas se incrementa la realización personal (Leiter, 1988). La acción de cuidar un niño/a o, una persona adulta o anciano/a dependiente para el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana, si bien implica un trabajo material también se reconoce el aspecto afectivo y emocional que conlleva (Aguirre, 2008 a).</p>	<p>En cuanto a las relaciones interpersonales con sus familiares y amigos, determinará si el ambiente en que se relacione la cuidadora sea agradable o no. En los casos que exista ambiente hostil, lo que es usual cuando se convive con un enfermo de Alzheimer, cuya situación se vuelve cada vez más discordante mientras evoluciona la enfermedad, se incrementaría el riesgo de padecer <i>burnout</i>, así también ocurriría si las actitudes de familiares y amigos fuesen negativa hacia la situación de enfermedad con la que la cuidadora convive.</p> <p>El proceso de comunicación se deteriora más en el ambiente social en que se desenvuelve la cuidadora, hay una fuerte tendencia a deteriorarse las relaciones matrimoniales, las relaciones con los hijos independientemente de</p>

	<p>las diferentes edades que tengan, y la cuidadora no en pocas ocasiones se va sintiendo aislada de su entorno familiar, al que continua atendiendo y cuidando de la mejor manera posible. Si esto sucede, sería un mayor riesgo de padecer <i>burnout</i> (Sarros y Friesen, 1987).</p> <p>Rivera y Requena (2013) afirman que en cuanto a las relaciones familiares, las cuidadoras manifiestan tener problemas, especialmente con su pareja.</p> <p>No obstante, las tareas vinculadas a la atención de las necesidades fisiológicas, médicas y sociales (pasear, hacerles compañía), tanto el trabajo doméstico como las tareas de cuidado pueden incluir actividades de ayuda a otros familiares y no parientes que no integran la unidad de convivencia y que constituyen redes de intercambio y solidaridad entre los miembros de las familias y entre éstas y otros integrantes de la vecindad (Aguirre, 2008).</p>
--	--

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>f) Desarrollo de la carrera.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
Referente al desarrollo de su carrera, Pascual (2001) revela que a la gran mayoría se le impone desempeñarse como ama de casa, por lo que esta variable está muy relacionada con el género y se solapa con el rol tradicional desempeñado por la mujer. Y no existe alternativa de promoción en esta profesión, las tareas de ama de casa la aprenden solas o con la ayuda de la madre u otra persona.	Referente al desarrollo de la carrera, Cerquera y Galvis (2014) plantean que la mayoría de las mujeres cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer no poseen capacitación necesaria sobre la enfermedad o los cuidados que requiere su paciente. Un alto porcentaje de ellas, no tienen experiencia previa en el cuidado de estos tipos de pacientes y además es bajo su nivel de escolaridad. Sin embargo, pueden acceder a esa información y recibir alguna formación a través de entidades como las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, a los servicios sociales de los Ayuntamientos. Otra alternativa es informarse a través de libros o guías y de profesionales especializados que le orienten sobre la característica de la situación que genera la dependencia, los servicios y recursos disponibles en España, específicamente en su zona de residencia, que le permitirá beneficiarse de programas

	psicoeducativos que puedan intervenir sobre pensamientos poco adaptativos para un adecuado afrontamiento del cuidado (Losada, Izal, Montorio, Márquez y Pérez, 2004).
--	---

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>g) Estresores relacionados con nuevas tecnologías.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
En cuanto a la aplicación de nuevas tecnologías depende del nivel económico familiar. Para Pascual (2001) no existe relación con el estrés.	En cuanto a la aplicación de nuevas tecnologías, independientemente del nivel económico familiar, va a depender de la disposición que la cuidadora tenga para acceder a esta alternativa de comunicación. Actualmente, se está percibiendo la tendencia de utilizar las redes sociales para compartir sus experiencias con la atención y cuidado del familiar enfermo, pero es muy limitada su influencia. A pesar de tener las cuidadoras una media de edad de 49 años y nivel bajo de escolarización, una gran mayoría de ellas es mayor de 60 años y su motivación hacia esta alternativa de comunicación es deficiente (Campos et al. 2014).

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>h) Otros aspectos organizacionales.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
Referente a otros aspectos organizacionales, como la dimensión estructural de la familia, dependerá de si las decisiones son tomadas centralizadamente o no, por un solo miembro de la familia, que generalmente es el esposo.	Referente a otros aspectos organizacionales, además de la dimensión estructural de la familia, existe la rigidez de aquellas familias en las que metódicamente todo está previamente definido, limitando las improvisaciones o las tomas de decisiones, lo que es un alto riesgo para padecer <i>burnout</i> , así como las deficientes condiciones económicas que proyecta inseguridad económica en la familia y aumenta la posibilidad a <i>burnout</i> (Peinado y Garcés de los Fayos, 1997).

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>i) Clima organizacional.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
Respecto al clima organizacional, Segredo (2013) lo define como el ambiente donde se reflejan las facilidades o dificultades que encuentra la persona para aumentar o disminuir su desempeño o para encontrar su punto de equilibrio. Representa la	Respecto al clima organizacional, Segredo (2013) plantea la necesidad de alcanzar nuevos y mayores logros en la atención a la salud de las personas y de incrementar su satisfacción con el servicio que brinda. Además puntualiza que los estudios de

<p>percepción de las dificultades que existen en una organización y la influencia que sobre estos ejercen las estructuras organizativas, los factores internos o externos del proceso de trabajo actuando como facilitadores o entorpecedores del logro de la calidad de los objetivos de la organización.</p>	<p>clima organizacional aportan información valiosa para una adecuada gestión del cambio en el funcionamiento de las instituciones, ya que se orienta al análisis de las personas que la componen (en este caso, la familia) con un enfoque sistémico; el clima organizacional se encarga del comportamiento humano.</p>
<p>El conocimiento del clima organizacional aporta una retroalimentación en los diferentes procesos que determinan el comportamiento organizacional de una empresa o institución, permitiendo introducir cambios planificados en las actitudes y conductas de los miembros, así como en la estructura organizacional (Robbins, 1996).</p>	<p>Un adecuado clima laboral, mejora, fortalece, protege el sistema inmunológico, evita enfermedades físicas y psicosomáticas, hace crecer en valores, en conocimiento y desarrollo humano.</p>
<p>Cuando existe un adecuado clima laboral las personas que trabajan en esa institución u organización sienten orgullo de trabajar en ésta y garantizan el logro de los objetivos más arriesgados, porque asumen como suya la filosofía empresarial.</p>	<p>Uno de los aspectos que favorece un buen clima laboral es la participación en la toma de decisiones, porque condiciona aspectos tales como la seguridad personal, responsabilidad, realización personal, que permite al individuo tomar decisiones que van a tener una repercusión en la situación en la que vive.</p>
<p>En el caso de las mujeres amas de casa, donde la familia actúa como institución, debe existir una cooperación y respeto, entre los miembros de la familia, evitar los</p>	<p>En el caso, de las mujeres cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, cualquier decisión tomada en el marco de dicha enfermedad, es por sí misma</p>



<p>estilos autoritarios en las relaciones interpersonales para disminuir las situaciones negativas que afectan el clima laboral, pero realmente, no siempre se logran las condiciones de convivencia saludable, donde estas mujeres puedan sentirse reconocidas por la labor que realizan; sin embargo, esto denota la necesidad del empoderamiento para que no se sienta insegura, ni abatida en el desempeño de su labor. Es importante que en el entorno familiar exista compromiso, solidaridad y responsabilidad en la manera de llevar hacia adelante esa institución, que es la familia, para disminuir la posibilidad que aparezca el <i>burnout</i>. El clima organizacional es importante, dado que constituye para el individuo, en esta caso, la mujer ama de casa, una considerable fuente de influencia en relación con sus motivaciones, las cuales a su vez influyen en el comportamiento (Lizano, Brenes y Sánchez, 2014).</p>	<p>poco satisfactoria, por tal razón, el riesgo de padecer el síndrome aumenta (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998), independientemente que su situación como mujer ama de casa en múltiples casos, limita su posibilidad de tomar decisiones en cuestiones elementales dentro de la familia.</p> <p>Además la falta de recompensas, especialmente cuando es en función de la mejora del enfermo de la realidad familiar, predice la aparición de síndrome (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998).</p>
---	--

<b>Factores laborales (continuación)</b>	
<b>j) Relación entre trabajo y familia.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
En cuanto a las relaciones entre trabajo y familia, Sánchez y Quiroga (1995)	En cuanto a las relaciones entre trabajo y familia, en el caso de las mujeres

<p>plantean que la edad, el sexo y el hecho de tener o no hijos, son aspectos que modulan la relación de satisfacción que la persona percibe entre el ámbito familiar y el ámbito laboral. Sin embargo, tanto la satisfacción familiar como la laboral, por separado, son difícilmente explicables.</p> <p>Trabajo y/o familia son potenciales usurpadores uno del otro entorno, por lo que es preciso mantenerlos separados para poder examinar en qué medida las características laborales se viven como causa de insatisfacción familiar y hasta qué punto las características familiares se viven como causa de insatisfacción laboral.</p> <p>En el caso de las amas de casa, la situación se complica al ser su hogar el mismo lugar donde se desempeña la actividad laboral y las relaciones familiares.</p>	<p>cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, la dinámica de trabajo es negativa cuando las interacciones son mal conducidas hacia otros familiares o personas contratadas para ayudar en el cuidado del enfermo. Las relaciones con los familiares, son decisivas en la dinámica que se genera y, por tanto, en el clima familiar-laboral resultante; mientras más negativo sea este ambiente mayor será la probabilidad de sufrir <i>burnout</i> (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998).</p> <p>El hecho de que acontezcan problemas familiares que distorsionan el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir <i>burnout</i>, según Leiter (1992).</p> <p>Destacamos que en las familias afectadas por la enfermedad de Alzheimer es más frecuente la aparición de diferentes problemas, sobre todo de carácter adaptativo con la nueva situación que tienen que asumir. Refiriéndonos directamente a la relación familiar con el enfermo de Alzheimer, aunque sea positiva, se</p>
---	--

	<p>puede percibir la diferencia si la cuidadora es la esposa, no se cuestiona la responsabilidad del cuidado, porque tiene asumido es parte de su obligación conyugal, pero en el caso que la cuidadora sea la hija, con frecuencia expresan sus sentimientos ambivalentes al cuestionarse por qué tiene que ser ella y no sus hermanos u otros familiares sobre los que recaiga el cuidado.</p>
--	--

Factores personales	
k) Características sociodemográficas.	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>Referente a las características sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sexo. A pesar de los diferentes puntos de vistas de algunos autores, la mayor parte de las investigaciones coinciden en que es la mujer, por las características de su trabajo, la que proporcionalmente padece con mayor frecuencia el síndrome de <i>burnout</i> (Avargues, 2006; Soares, Grossi y Sundin, 2007).</li> <li>• La edad. Los resultados reflejan que a</li> </ul>	<p>Referente a las características sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sexo. Las mujeres se ven más afectadas que los hombres, por ser el rol de cuidadora, tradicionalmente destinado a la mujer en las sociedades tradicionales, por lo que ella se siente en la obligación y la responsabilidad moral de prestar esos cuidados.</li> </ul> <p>La variable sexo está ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo, que le predisponen</p>

<p>mayor edad, menos <i>burnout</i>. Existen estudios que afirman que entre los 20 a 25 años los niveles de <i>burnout</i> son bajos, entre 25 y 40 años los niveles son altos y a partir de los 40 años van descendiendo esos valores (Pascual, 2001). En resumen, con la edad disminuye la vulnerabilidad porque son más realistas en sus expectativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La antigüedad en la profesión. Cuanto mayor sea la cantidad de años en la profesión, se adquirirá mayor seguridad en la realización de sus tareas y esto hace que desarrolle mejores estrategias de afrontamiento (Gil-Monte et al. 1996; Pascual, 2001).</li> <li>• El estado civil. De acuerdo a los estudios realizados no es el estar casada o no, lo que influye en la aparición del <i>burnout</i> (Maslach, 2009), sino la estabilidad afectiva, el apoyo socioemocional, la armonía que le aporta ser madre, así como la calidad de las relaciones con la pareja y/o en el trato familiar lo que aminora el desarrollo de <i>burnout</i> (Gil-Monte et al., 1996; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach y Jackson, 1985).</li> </ul>	<p>especialmente. Así las mujeres presentan un mayor conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras, por lo que serán más propensas a desarrollar el síndrome de <i>burnout</i> (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998), lo que es más marcado en las cuidadoras familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La edad. Existen referencias de los estudios realizados por Cerquera y Galvis (2014) donde el 50,9% de los cuidadores informales tenían edades que oscilaban entre los 41 y 60 años, que se justifica por ser ellas en su mayoría, las hijas o esposas del enfermo de Alzheimer que cuidan, dichos pacientes tienen 70 o más años de edad, estos resultados coinciden con los obtenidos por Espín (2009).</li> <li>• La antigüedad en la profesión. En este caso, es similar a lo que ocurre en las amas de casa, por ser un rol que también desempeña implícitamente como cuidadora familiar. Sin embargo, cuando aumenta el tiempo dedicado al cuidado se incrementa el cansancio y estrés acumulado.</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El estado civil. Como ya referimos en las mujeres amas de casa, en el caso de las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, es similar, no es estar o no casada, lo que influye, sino poder contar con una estabilidad afectiva y una positiva relación de pareja, pero en las condiciones laborales en que se desempeña, las relaciones con la pareja son las más desgastadas, al tener que simultanear varios roles a la vez, el de esposa, madre, cuidadora, su atención queda fragmentada. A ello se le añade que en muchas ocasiones el enfermo genera disgustos por la noche, lo que perturba el descanso de la cuidadora y acaba repercutiendo en las relaciones afectivas y sexuales con su pareja.</li> </ul>
--	---

<b>Factores personales (continuación)</b>	
<b>I) Características personales.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>Al referirnos a las características personales aludimos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las mujeres con personalidad de tipo A, baja autoestima y <i>locus de control</i> externo (creen que el mundo sigue un orden pero son otras personas y no</li> </ul>	<p>Al referirnos a las características personales hacemos referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El patrón de personalidad tipo A caracteriza a los individuos con alta competitividad, esfuerzo por</li> </ul>

<p>ellos mismos los que tienen el control), sufren con mayor frecuencia el <i>burnout</i> que las que tienen personalidad de tipo B que muestran niveles adecuados de autoconfianza, autoestima, y autoeficacia, con <i>locus de control</i> interno. Además existe una relación inversa entre <i>burnout</i> y la personalidad resistente, considerada como la capacidad de creer en una misma y en la influencia que ejerce sobre su propia vida, como dinámica vital del cambio (Gil-Monte y Peiró, 1997; Pascual, 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecto a la autoeficacia, Bandura, (1999) la define como el conjunto de creencias que las personas desarrollan respecto a su capacidad para ejercer control sobre situaciones que les afectan, dichas creencias es lo que determina el esfuerzo y persistencia que emplea esa persona para superar los obstáculos. Según Pascual (2001) son menos las mujeres que se consideran poco eficaces, generalmente a pesar de aceptar que carecen de reconocimiento social y familiar, se sienten eficaces.</li> <li>• El autoconcepto, según Burns (1990) es la conceptualización de la propia</li> </ul>	<p>conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, altísima responsabilidad, etc., lo que predispone para la presencia del <i>burnout</i> (Nagy y Davis, 1985).</p> <p>A pesar de ser un patrón claramente laboral, es fácil encontrar estas características en las cuidadoras (Peinado y Garcés de Los Fayos, 1998).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personalidad resistente se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, con una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con actitud desafiante ante los nuevos retos; las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del <i>burnout</i>, las cuidadoras que posean este tipo de personalidad tienen mayores posibilidades de enfrentar mejor el cuidado de su familiar enfermo de Alzheimer (Peinado y Garcés de Los Fayos, 1998).</li> <li>• La autoeficacia, es la propia</li> </ul>
---	--

<p>persona hecha por el individuo, adornado de connotaciones emocionales y evaluativas, creencias subjetivas y personales que el individuo se atribuye. Y la Autoestima la considera el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros significativos, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, ubicando el autoconcepto en el ámbito de la actitud.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En cuanto a la autoestima, no en pocas ocasiones se encuentra deteriorada en las amas de casa, sin embargo, lograr niveles altos de autoestima garantiza un bajo agotamiento emocional, minimiza las actitudes de despersonalización y eleva los sentimientos de realización personal (McMullen y Krantz, 1988). Además propicia conductas promotoras de salud y conductas saludables (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006).</li></ul>	<p>percepción de eficacia en las tareas a realizar, fundamentalmente en aquellos aspectos donde se requiere "comprobar" la estimación personal del individuo, es una variable relevante en este contexto. Según Leiter (1992) la existencia de crisis de autoeficacia aumenta el riesgo de sufrir <i>burnout</i> y realmente es común encontrar en las cuidadoras esa sensación de falta de eficacia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El autoconcepto se va formando a lo largo de nuestra vida y es la interpretación de nuestras emociones, conducta. Resulta de la comparación que nos hacemos respecto a otra persona, de ahí que podemos sentirnos con falta de valía o muy válidos, es el aspecto cognitivo, a la percepción y la imagen que cada uno tiene de sí mismo.</li><li>• La autoestima es cómo nos sentimos con nosotros mismos, indica los aspectos evaluativos y afectivos. Ambos conceptos no son</li></ul>
--	--

<p>Se ha demostrado que los niveles bajos de autoestima se relacionan con una pobre salud física (Nyamathi, Stein y Bayley, 2000).</p>	<p>excluyentes, sino que se implican y se complementan.</p> <p>Cuando el autoconcepto es positivo, la autoestima será positiva y viceversa. La autoestima, como componente afectivo del autoconcepto, es uno de los factores más importantes, si no el que más, de los que rigen el comportamiento humano (Burns, 1990).</p> <p>Tener un autoconcepto negativo de sí mismo, predispone a la aparición de <i>burnout</i> (Sarros y Friese, 1987; Friedman y Farber, 1992; Gould, 1985). No obstante, no existe una tendencia en las cuidadoras a tener niveles positivos de autoconcepto, dada las características de la labor que realizan, ellas deben proceder según acontece la evolución de una enfermedad para la que no existe respuesta positiva y eso influye en su forma de valorarse.</p> <p>La baja autoestima facilita la modificación de la propia identidad de la cuidadora (Muñoz, 1993).</p>
--	--



	<p>Existe una relación significativa entre autoestima y <i>burnout</i>, cuando la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer tiene los niveles de autoestima altos, sus niveles de agotamiento emocional y despersonalización son bajos (Moreno et al., 2010).</p>
--	--

<b>Factores personales</b>	
<b>m) Estrategias de afrontamiento.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>En cuanto a las estrategias de afrontamiento tienen un rol modulador en la etiología del <i>burnout</i> (Anderson, 2000; Blanch et al., 2002).</p> <p>Los estudios realizados hacen diferencia entre las estrategias de afrontamiento cognitivas y las conductuales, denominadas positivas o centradas en el problema u orientadas a la acción, y estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales consideradas como negativas o centradas en la emoción o pasivas (Carver y Scheier, 1985; Scheier y Carver, 1988).</p> <p>El empleo de estrategias de afrontamiento que no son acertadas para hacer frente a la</p>	<p>En cuanto a las estrategias de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con relación a las estrategias centradas en las emociones, es importante destacar que el estudio de Crespo y López (2007) relaciona la ansiedad de las cuidadoras con un alta percepción de carga, una baja autoestima y la frecuente utilización de estrategias de afrontamiento del cuidado centradas en el alivio de las emociones. Asimismo, los niveles de depresión se relacionan con alta percepción de carga, fuerte reacción ante los problemas de conducta y memoria del</li> </ul>

<p>situación, hace que aumente la posibilidad de padecer <i>burnout</i> (Peinado y Garces de los Fayos, 1998).</p> <p>Las estrategias activas de afrontamiento y centradas en el problema han mostrado una mayor efectividad para reducir el impacto del estresor, provocando la prevención de enfermedades y preservando la salud de la mujer ama de casa.</p>	<p>enfermo, baja autoestima y bajo apoyo social, y una frecuente utilización de estrategias de afrontamiento centrada en la emoción.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las estrategias activas de afrontamiento y centradas en el problema, además de preservar la salud de la mujer cuidadora, puede promover consecuencias positivas, como un aumento de la resiliencia y la personalidad resistente de ella. Por lo que es preciso la integración de variables con un carácter más positivo como la resiliencia en estos análisis.</li> </ul> <p>En resumen, aunque puedan existir diferencias en función de la patología de la persona cuidada, aquellos cuidadores que ponen en marcha estrategias activas y centradas en el problema, muestran mejor salud que aquellas personas cuidadoras que utilizan estrategias pasivas y centradas en la emoción (Gerson et al., 2011; Papastavrou et al., 2011).</p>
---	--

Factores personales (continuación)	
<b>n) Apoyo social.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>

<p>En cuanto al apoyo social existen dos formas de recibirlo:</p> <p>1) apoyo informal, derivado de familiares, vecinos, amigos u organizaciones altruistas de voluntarios o familiares, y</p> <p>2) apoyo formal, que es el procedente de los profesionales de la salud. (Molina y Iañez, 2005). En paralelo al afrontamiento, el apoyo social ha sido la variable más analizada en la literatura como mediadora entre la respuesta de estrés y la salud del cuidador (Molina Linde et al., 2005; Smerglia, Miller, Sotnak y Geiss, 2007).</p> <p>En el caso de las amas de casa, la ayuda real o percibida que logra de familiares y amigas es lo que le permite sentirse querida, valorada y apreciada dentro de su entorno. Freedy y Hobfoll (1994) entienden que cuanto menos apoyo social se percibe, existen más posibilidades de padecer el síndrome. Hay que destacar que Smith, Birch y Marchant (1984) mantienen que las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona cierta</p>	<p>Según Molina et al., (2005), el apoyo social se considera una de las variables moduladoras más importante para la familia cuidadora, al ser trascendental fuente de ayuda para que los cuidadores puedan hacer frente a las situaciones propias de su actividad.</p> <p>Las cuidadoras con mayor nivel de apoyo social tienen mayores posibilidades que las que carecen de éste para evitar las consecuencias más rigurosas del cuidado, como son los trastornos emocionales. Sin embargo, hay diferencia en los puntos de vistas en cuanto a la influencia de los apoyos sociales. Autores como Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos y Tuokko (2000) afirman que existe una relación con la sobrecarga, pero esto no queda confirmado en los estudios realizados por Artaso, Goñi y Gómez, (2001). Dicha discrepancia en los resultados es porque metodológicamente se han de medido sólo los aspectos cuantitativos y deben incluirse también los cualitativos (Molina et al., 2005). Otros autores como Smerglia et al. (2007) plantean que, aunque el apoyo social ha</p>
---	--

<p>inmunidad a padecerlo.</p>	<p>mostrado tener un efecto positivo para el estrés percibido por los cuidadores, en general, no se ha evidenciado como efectos relevante para de reducir las consecuencias del cuidado sobre la salud del cuidador. Dicho resultado se atribuye a limitaciones del estudio, al evaluar solamente la cantidad y la tipología de apoyo social, en vez de analizar en mayor profundidad la calidad del apoyo social recibido (Savage y Bailey, 2004).</p> <p>El apoyo familiar que se recibe en la dinámica propia del “trabajo” que realiza el cuidador principal por parte del resto de familiares es muy importante, ya que los bajos niveles de apoyo social favorecen la aparición del <i>burnout</i>. Firth et al. (1987) indican que la falta de empatía por parte de quienes pueden ofrecer apoyo es una variable predictora del <i>burnout</i>.</p> <p>En bastantes ocasiones, la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer percibe que los demás miembros de su familia no le apoyan convenientemente, sienten que su apoyo es insuficiente o</p>
-------------------------------	--

	que incluso se desentienden del problema.
--	---

En los factores descritos hemos hecho referencia a una serie de situaciones estresantes específicas con las que convive la mujer durante toda su vida, factores que coexisten mientras desempeñan sus múltiples roles, en el caso de las amas de casa y amas de casa cuidadoras familiares de enfermo de Alzheimer. El específico trabajo doméstico que realizan, en sí mismo, puede provocarles efectos negativos, independientemente de las características individuales de cada mujer. Tomando en cuenta lo referido en este apartado, mostraremos algunos de los estresores asociados a las condiciones de trabajo, que representan factores de riesgo en el desarrollo del síndrome de *burnout*, apoyándonos en relatos reales, en tres de los testimonios brindados recientemente por mujeres amas de casa y amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer (Anexos 1, 2, 3 y 4), participantes en nuestro estudio, las cuales nos exponen sus vivencias cotidianas (ver Tabla 11).

**Tabla 11. Factores de riesgo en el desarrollo del síndrome de burnout para las mujeres amas de casa y amas de casa cuidadoras familiares de enfermo de Alzheimer.**

Estresores asociados a las condiciones de trabajo: Es muy significativo lo respectivo al <i>contenido del puesto</i> , ya que en ambos grupos de estudio se realiza un considerable número de tareas diversas que implican una fuerte sobrecarga laboral.		
Testimonio Caso 3	Testimonio Caso 2	Testimonio Caso 1

<p>Nombre: I.M.R.</p> <p>Edad: 58 años</p> <p>Años como ama de casa: 30 años</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>	<p>Nombre: C.M.P.</p> <p>Edad: 47 años</p> <p>Parentesco: Hija y Sobrina</p> <p>Años como cuidadora: 7 años (desde 2009 a 2011 con la madre y desde 2012 hasta la actualidad, con la tía paterna)</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>	<p>Nombre: J.E.E.</p> <p>Edad: 80 años</p> <p>Parentesco: Esposa</p> <p>Años de convivencia matrimonial: 54 años</p> <p>Años como cuidadora: 12 años</p> <p>Horas diarias dedicadas : 24 h</p>
<p>Refiere textualmente:</p> <p>“Las labores domésticas que hago, es limpiar, ir a la compra para que haya comida y no me digan “no hay nada de nada”, tengo que venir cargada, a ver qué hago de comida que les guste, pero eso me crea estrés, después friego porque ella (hija) no me friega. Me echo un ratito de 15 minutos, pongo la lavadora, tengo que recoger las ropas y la casa, planchar, barrer porque tengo una</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“Mi vida ha sido bastante dura, yo acababa de regresar desde Portugal de una separación matrimonial con dos niños de 9 y 4 años, venía deprimida porque mi esposo se fue con otra y llegué a España, no tenía casa aquí y tuve que ir a vivir con mis padres y al poco tiempo le diagnosticaron a mi madre Alzheimer”.</p> <p>“Me siento tan cansada por hacer las labores de la casa,</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“Al principio de la enfermedad, yo no quería a nadie que me ayudara y yo se lo hacía todo, lo bañaba para que estuviera bien , me costó mucho dejar que una muchacha lo bañara, pero yo estaba al lado y ya al final logré que las 4 horas de ayuda que me otorgaron por la Ley de la Dependencia, me la distribuyeran durante el día, no las 4 horas seguidas que tendría que</p>

<p>perra que también hay que cuidar y hay un niño en casa, por eso hay que tenerlo todo limpio,..."</p> <p>"Como cuidadora de mi familia, intento cuidarlos, me siento mal porque no me entienden cuando los cuido".</p> <p>"También cuidaba a mi padre cuando enfermó, al igual que mis hermanas, pero él solo quería que lo bañara yo y aunque vivimos cerca, tenía que estar de mi casa a la de mis padres varias veces al día, yo le curaba la pierna, le daba masajito y no era por el trabajo en sí, sino la desesperación de que no podía hacer nada por mejorarlo, eso es muy triste (se emocionó) después todo el proceso del hospital fue muy duro, y lo pasé muy mal, porque aunque yo había acompañado a un amigo en ese instante de morir , pero con mi padre no</p>	<p>llevar y recoger a mi niña al colegio, llevar y recoger a mi tía a la terapia de la Asociación, después de almorzar muy pocas veces hago algo de crochet para mi niña, pero tengo primero que preparar y darle el almuerzo a mi tía, después almuerzo junto con mi padre y mi niña, pero él tarda tanto en almorzar que da tiempo a que mi hijo llegue del colegio, le pongo de almorzar y terminan los dos casi a la vez, por eso hasta las 3 y 30 de la tarde después de arreglar la cocina que me siento un poquito , me duermo solo una cabezada de minutos, para continuar haciendo las cosas de la casa y a las 5 de la tarde tengo que darle la merienda a mi tía".</p> <p>"Como cuidadora durante las diferentes fases de la enfermedad, ver a mi madre que no sabía dónde estaba, querer ir a su casa estando en su casa, escaparse, no</p>	<p>estar la muchacha haciendo otra cosa y no atendiéndolo a él, entonces me venía una auxiliar por la mañana durante 1 hora y 35 minutos, después otra al mediodía durante una 1 hora y 30 minutos y la otra por la noche durante 1 hora, y así durante esas horas distribuidas me ayudaban a bañarlo, a acostarlo, a prepararlo en lo que hiciera falta. Siempre he pensado y ¿por qué a mí?, pero yo quien soy para ser menos que otras que lo tienen. Pero es una dedicación total porque cuando se iba la muchacha él se volvía a ensuciar y yo tenía que volver a cambiarlo, es un enfermo de 24 horas, lo tenía que cambiar varias veces en la madrugada".</p>
---	---	--

<p>pude estar en el último momento, y eso lo llevo muy mal”.</p> <p>“Y cuido de mi madre que es depresiva de siempre, pero ha tenido después que murió mi padre un brote que fue el peor”.</p>	<p>dormir de noche, tener que amarrarla a la cama en la noche para poder descansar algo, no me conocía, ni a mis niños que son sus nietos, verla cada vez mas incapaz dejar de andar, de hablar, de comer hasta que le pusieron las sondas y fue lo peor porque se las quitaba aunque estaba amarrada, mis niños veían todo eso, y se quejaba de dolor y yo no sabía que mas hacerle (lloró), eso fue lo más duro y cada vez que le metían las gomas era un sufrimiento”.</p> <p>“Y ahora con mi tía, será que ya estoy más dura, porque sé lo que me espera, pero mi tía es más agresiva, el Alzheimer de ella es diferente al de mi madre”.</p> <p>“Además cuido también a mi padre que no tiene Alzheimer, pero tiene 86 años”.</p> <p>“No tengo pensión ninguna, el padre de mis hijos no me</p>	
--	--	--



	<p>da nada, el día que mi padre me falte, me tengo que buscar un trabajo urgente para poder comer y dar de comer a mis hijos, lo que pasa es que cuando uno cumple una edad, no te quieren para trabajar”.</p>	
<p>Otros factores asociados a las condiciones de trabajo son: el <i>entorno físico del lugar</i> donde realizan su trabajo, en el cual no siempre cuentan con el espacio suficiente ni los elementos necesarios para desarrollar su labor; también es fundamental el <i>estrés que genera el desempeño de roles</i>, que se manifiesta al no poder controlar las situaciones que se crean durante el cumplimiento del rol asignado, implicando tanto el conflicto como la ambigüedad de rol; es trascendental el <i>clima laboral en que se desenvuelven</i>, así como la calidad de las <i>relaciones interpersonales</i> existentes entre los miembros de la familia, imprescindibles en su entorno laboral; y el efecto que tienen las <i>relaciones entre el trabajo y la familia</i>, lo cual tanto en las amas de casa como en las cuidadoras, al ser su hogar el mismo lugar donde desempeñan su trabajo, la situación conflictiva laboral puede ser causada por la insatisfacción familiar, y la situación conflictiva familiar puede ser causada por la insatisfacción laboral.</p>		
<p>Testimonio Caso 3</p> <p>Nombre: I.M.R.</p> <p>Edad: 58 años</p> <p>Años como Ama de Casa: 30 años</p>	<p>Testimonio Caso 2</p> <p>Nombre: C.M.P.</p> <p>Edad: 47 años</p> <p>Parentesco: Hija y Sobrina</p> <p>Años como Cuidadora: 7</p>	<p>Testimonio Caso 1</p> <p>Nombre: J.E.E.</p> <p>Edad: 80 años</p> <p>Parentesco: Esposa</p> <p>Años de convivencia</p>

<p>Horas diarias dedicadas : 24 h</p>	<p>años (desde 2009 a 2011 con la madre y desde 2012 hasta la actualidad, con la tía paterna)</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>	<p>matrimonial: 54 años</p> <p>Años como cuidadora: 12 años</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>
<p>Refiere textualmente:</p> <p>“No tengo las cosas como a mí me gustaría tenerla, porque mi hija me lo desorganiza todo, me quita las cosas del lugar, todo lo que ella no quiere ver me lo mete en mi cuarto y ya no tengo las cosas a mi gusto, me voy adaptando. Solo pienso cuando se va a acabar todo eso”.</p> <p>“La relación con mi marido, él es una persona a la que quiero, pero es totalmente diferente a mí, siento que me quiere, pero no me entiende”.</p> <p>“Con mi hija de 28 años, la relación es más bien, mala, tampoco me entiende, tiene</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“Tuve que volver a vivir con mis padres”.</p> <p>“Tengo que hacer todas las labores de una casa”.</p> <p>“Mi tía es más agresiva, el Alzheimer de ella es diferente al de mi madre”</p> <p>“Cuido también a mi padre que no tiene Alzheimer, pero tiene 86 años”.</p> <p>“Mi padre lo que hace es agobiarme y reñirme”.</p> <p>“Es muy duro no poder dedicarle tiempo a salir con mis hijos no disfrutar de mis hijos que ahora tienen 14 y 10 años”.</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“En casa, hago labores... cosas de esas, estoy muy a gusto en mi casa, pero cuando él vivía también estaba a gusto y hacía cosas, ahora lo que hago las cosas más tranquila porque él no me está esperando”.</p> <p>“...No aceptaba que mis hijos se quedaran por la madrugada conmigo, aunque tenía que levantarme cada madrugada varias veces a cambiarle, yo le decía a él “cuando yo no pueda contigo te vas porque no quiero irme antes que tú, tengo que cuidarte”.</p>

<p>un carácter muy fuerte; con el tema del niño, me echa en cara delante del niño de 3 años, todo lo que quiere, sin medir sus palabras. No me ayuda en casa, ni me respeta, ni respeta las cosas que hago, siempre me dice ¿y tú que es lo que haces? Cuando soy yo la que hago todo en casa, y eso me tiene hecha polvo, me produce estrés”.</p> <p>“Ser ama de casa es mucha responsabilidad porque la que tiene horas de trabajo fuera cuando acabas, acabas, pero para la ama de casa no hay hora para acabar, es como si mi vida no tuviera importancia, como si yo no fuera importante. Yo hago las cosas intento que cuando lleguen todos esté todo organizadito y me siento bien porque eso lo he hecho yo, pero hay veces que todo eso te agota, pero te agota tanto, que no sé qué decirte</p>	<p>“...en mi vida familiar, ha estado muy mal, cuando se tiene niños chicos no quieres que vean todo lo malo”.</p> <p>“La enfermedad de Alzheimer...., representa un infierno, es horroroso, tanto para ella como para el que está al lado”.</p>	<p>“Realmente mis hijos han estado en la misma onda que yo, siempre traté de que mis hijos fueran de veraneo todos, porque su padre estaba conmigo bien, pero ellos se turnaban, nunca me dejaban sola, se iban 4 a veranear y se quedaba uno conmigo y su padre. Tengo 7 nietos, toda la familia asumió la enfermedad”.</p> <p>“Según mi experiencia, la Enfermedad de Alzheimer es una cosa mala, si ahora la tuviera que encarar sufriría mucho más, antes no era consciente y la fui viviendo, pero realmente anula a la persona totalmente y si esa persona no tiene apoyo que desgraciadito sería”.</p> <p>“La enfermedad nos unió más, también a sus hermanos y a todos, o creo que a todos nos hizo</p>
---	--	---

<p>más”.</p> <p>“...solo disfruto cuidando a mi niño porque es un cielo...”</p>		<p>bien, yo creo que tenía que pasar”.</p>
<p>También existen componentes desencadenantes del <i>burnout</i>, que actúan como moduladores y pueden ser: los <i>factores personales</i> como la edad y la antigüedad en la profesión, al parecer en la medida que aumentan los años son más objetivas sus expectativas y sus estrategias de afrontamiento son más efectivas, minimizando la posibilidad de aparición del <i>burnout</i>; en el caso de la variable estado civil, lo relevante en sí, es como perciba su relación con la pareja. Otros factores como <i>la autoestima</i>, si los niveles son adecuados se disminuye el riesgo de <i>burnout</i> y favorece el desarrollo de una buena salud física, pero la mayoría de las amas de casa y cuidadoras muestran niveles bajos, no obstante, en cuanto a la <i>autoeficacia</i>, aunque no se autovaloren adecuadamente, ni se sientan valorados por su entorno, reconocen ser eficaces, al intentar hacer todas sus tareas lo mejor posible.</p>		
<p>Testimonio Caso 3</p> <p>Nombre: I.M.R.</p> <p>Edad: 58 años</p> <p>Años como Ama de Casa: 30 años</p> <p>Horas diarias dedicadas : 24 h</p>	<p>Testimonio Caso 2</p> <p>Nombre: C.M.P.</p> <p>Edad: 47 años</p> <p>Parentesco: Hija y Sobrina</p> <p>Años como Cuidadora: 7 años (desde 2009 a 2011 con la madre y desde 2012 hasta la actualidad, con la tía paterna)</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>	<p>Testimonio Caso 1</p> <p>Nombre: J.E.E.</p> <p>Edad: 80 años</p> <p>Parentesco: Esposa</p> <p>Cantidad de años de convivencia matrimonial: 54 años</p> <p>Años como cuidadora: 12 años</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>
<p>Refiere textualmente:</p>	<p>Refiere textualmente :</p>	<p>Refiere textualmente:</p>

<p>“En todos estos años, él me ha hecho cosas que me han dolido, pero siempre pide perdón, ahora aunque me duelen, trato de hacer lo que me aconseja mi amiga psicóloga, quererme más yo”.</p> <p>“Las cualidades que me caracterizan, soy una persona muy tranquila, en lo que me dejan, me gustaría tener ese espacio para mí, en lo que me dejan, me gusta cuidarme, en lo que me dejan, me gusta la naturaleza, me gusta disfrutar de las personas que me den los espacios, que me entiendan”.</p> <p>“La frase que me definiría que soy una persona sensible”.</p> <p>“Yo hago las cosas intento que cuando lleguen todos esté todo organizadito y me siento bien porque eso lo he hecho yo...”.(autoeficacia).</p>	<p>“Cuando recibí la noticia de que mi tía tenía Alzheimer, también se veía que estaba empezando la enfermedad y mas que ya había pasado por lo de mi madre, por eso lo recibí mas resignada porque sabía lo duro que era, es duro siempre”.</p> <p>“Las cualidades que me caracterizan, tengo mucha paciencia, soy muy fuerte, aunque creía que era débil, pero enfrente todo lo que llega, nunca creía que iba a poder hacer todo lo que hago”.</p> <p>“La frase que me definiría que soy una persona triste, con ganas de vivir, pero nunca cumplo mis sueños”.</p> <p>“Creía que era débil, pero enfrente todo lo que llega...”(autoeficacia)</p>	<p>“Las cualidades que me caracterizan (se queda en silencio y continua diciendo) yo no siempre fui así, yo me he enfadado mucho con él, y le he hablado muy fuerte, porque no entendía lo que le estaba pasando hace años, (se emocionó) ya me he perdonado por eso”.</p> <p>“Mi relación matrimonial y familiar antes de que enfermara mi esposo, era muy buena, porque él era más tolerante que yo, era más bueno, me quería muchísimo, hacia todo lo posible por hacerme feliz, con mucho respeto en todo, hay pocas personas como él, era un caballero, he tenido mucha suerte”.</p> <p>“Ahora las cualidades que me caracterizan</p>
--	---	--

		<p>son más que nada el cariño que le tenía a él, que tenía paz, disfrutaba de los pequeños momentos, de ir a la piscina, de mis hijos y disfrutaba de él también, yo le hablaba mucho, y creo que él me entendía”.</p> <p>“La frase que me definiría soy positiva, siempre veo el lado bueno de las cosas”.</p> <p>“Al principio de la enfermedad, yo no quería a nadie que me ayudara y yo se lo hacía todo” (autoeficacia).</p>
--	--	---

Es importante el tipo de *personalidad* que la mujer tenga, es más favorable la personalidad tipo B, que tienden a manifestar una buena autoestima, así como la personalidad resistente, que son capaces de adaptarse a los cambios con una actitud positiva y decidida a enfrentar los desafíos necesarios, ambas son favorables para disminuir el riesgo de *burnout*; así como el *locus de control*, que muestra la capacidad de autocontrolarse ante eventos sociales por ejemplo, cuando la mujer valora como positivo su esfuerzo y sus habilidades personales al concebir que todo es resultado de su propio comportamiento (control interno) o por el contrario, si son influenciadas por algo o alguien en su manera de actuar, por ejemplo, cuando le atribuye sus virtudes y responsabilidades principalmente a otras personas, o al destino (control externo), esto incidirá en su estilo de *estrategia de afrontamiento* que puede ser activa, centrada en la tarea o pasiva, centrada en la emoción, esta última es la menos recomendable para disminuir el riesgo de *burnout*. Y el *apoyo social*, elemento imprescindible para que disminuya el riesgo de padecer *burnout*, porque la mujer cuando percibe que es apoyada

por familiares y amigas/os, se siente apreciada dentro de su entorno.		
<p>Testimonio Caso 3</p> <p>Nombre: I.M.R.</p> <p>Edad: 58 años</p> <p>Años como Ama de Casa: 30 años</p> <p>Horas diarias dedicadas : 24 h</p>	<p>Testimonio Caso 2</p> <p>Nombre: C.M.P.</p> <p>Edad: 47 años</p> <p>Parentesco: Hija y Sobrina</p> <p>Años como Cuidadora: 7 años (desde 2009 a 2011 con la madre y desde 2012 hasta la actualidad con la tía paterna)</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>	<p>Testimonio Caso 1</p> <p>Nombre: J.E.E.</p> <p>Edad: 80 años</p> <p>Parentesco: Esposa</p> <p>Cantidad de años de convivencia matrimonial: 54 años</p> <p>Años como cuidadora: 12 años</p> <p>Horas diarias dedicadas : 24 h</p>
<p>Refiere textualmente:</p> <p>“Soy una persona muy tranquila, en lo que me dejan, me gustaría tener ese espacio para mí, en lo que me dejan, me gusta cuidarme, en lo que me dejan, me gusta la naturaleza, me gusta disfrutar de las personas que me den los espacios, que me entiendan”.(locus de control</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“Soy una persona triste, con ganas de vivir, pero nunca cumplo mis sueños”.</p> <p>“...El padre de mis hijos no me da nada, el día que mi padre me falte...”.(locus de control externo)</p> <p>“Mi vida familiar, ha estado muy mal, cuando se tiene niños chicos no quieres que</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“Soy positiva, siempre veo el lado bueno de las cosas”.</p> <p>“Tengo una amiga que dice que la paz la genero yo, y se lo transmito a mis hijos y lo transmitía a mi marido”.</p> <p>“... mi profesor de Tai Chi me dijo que ahora yo</p>

<p>externo y estrategia de afrontamiento pasiva)</p> <p>“Yo quisiera estar feliz con mi marido y poner un poquito de nuestra parte cada uno, pero es imposible”.</p> <p>“Me siento apoyada para desahogarme por mi amiga, que es psicóloga y mis hermanas que afortunadamente las tengo, eso es mucho para mí”.</p>	<p>vean todo lo malo. Además mi padre lo que hace es agobiarme y reñirme”. (estrategia de afrontamiento pasiva)</p> <p>“Me he sentido apoyada por ustedes (Asociación de Alzheimer), estas horas que está mi tía aquí en terapia y ahora que también me ayudan a bañarla. También mis amigos y mi familia que aunque ellos no me ayudan en el cuidado, ni en las labores que eso me lo cargo yo todo, pero me dan ánimo para ir algún día a tomar un cafelito o me dan ánimo cuando estoy con el bajón”.</p>	<p>aprecio muchas cosas que antes no la apreciaba para eso hay que estar abierta, tener positividad. El primer año que fui a la piscina, lo grandioso que me pareció ver la gente, el agua, los pájaros, la arboleda, eso hace unos 4 años, pero esa sensación no la sentía yo antes, estoy muy agradecida de la vida”.</p> <p>“Una vez estaba yo baja de ánimo porque no soy de piedra y mi amiga me dijo que fuera a la playa, pero yo no estaba de ánimo y ella vino a verme, cambié me sentí bien y disfruté en la playa, paseamos, todo con una energía tan positiva que fue uno de los días más maravillosos de mi vida, creo que mi marido intervino en eso, porque él se mejoró y fue cuando yo me sentí bien” (locus de control externo).</p>
---	--	--



		<p>“Yo disfrutaba a pesar de que estaba mi esposo así, porque él estaba feliz, él se sentía bien rodeado de todos nosotros, y eso lo notaba él porque él estaba siempre al lado mío, un día estuve llorando, porque a veces una tiene un bajón y mi hija me dijo “quítate de su lado Mamá, que estar tu así le pone mal a él”. Cuando se murió yo le hablé que íbamos a quedar bien, lo ayudé a morir. Yo pienso que lo que uno piensa se realiza, todo lo que había pensado de cómo iba a ser la despedida se dio, había mucha paz, llorábamos todos, pero tranquilos”. (estrategia de afrontamiento activa, aunque con la emocionalidad que demandaba la situación).</p> <p>“Me he sentido apoyada por mis 5 hijos, tengo a 3 hembras y 2</p>
--	--	---

		varones, también por mi amiga y he conocido por el camino a muchas gentes que han merecido la pena”.
--	--	--

En los testimonios 2 y 3, se evidencian cómo la falta de apoyo social y reconocimiento por parte de la familia, incide en la sensación de impotencia, ira y cansancio emocional, que padecen, lo que concuerda con lo planteado por Moral, González y Landero (2011). También es marcado lo negativo que supone para ellas la falta de recursos económicos (Pascual, 2001; Soares, Grossi y Sundin, 2007). Sin embargo, en el testimonio 1, se resalta lo significativo que es concebir la vida de forma positiva. La cuidadora durante los años dedicados al cuidado de su esposo, se fue adaptando a su situación, logró controlar en lo posible sus emociones, lo que al parecer disminuyó su malestar emocional, desarrollando una capacidad resiliente para afrontar la enfermedad de Alzheimer de su esposo como situación adversa en la que estaba inmersa, lo que le ha posibilitado apreciar el hecho de cuidar, con menos negatividad que las otras mujeres, y esto ha influido en las diferentes maneras que han tenido de asumir estrategias de afrontamiento, ante el rol que desempeñan. No obstante, coincidiendo con lo planteado por las autoras García-Vesga y Domínguez-de la Ossa (2013), debemos tomar en cuenta que la resiliencia no depende solamente de la persona, sino también de las características específicas de la familia y del grupo de amistades, que tienen evidentemente una repercusión sobre ella. Es beneficioso, por tanto,

fomentar la resiliencia como factor modulador de la respuesta de estrés del cuidador (Fernández-Lansac y Crespo, 2011).

#### **4.4. Consecuencias del *burnout* en la mujer ama de casa y en la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer**

En capítulos anteriores hicimos referencia a las secuelas que provienen de la aparición del síndrome de *burnout*, las que afectan no sólo a la persona que lo padece, sino que también influyen negativamente en la organización donde desempeña su labor, lo que trasciende a la sociedad, al repercutir en el incremento del uso de los servicios de salud general y mental, e ingresos hospitalarios (Duxbury y Higgins, 2009). En el caso de las mujeres amas de casa y las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, los estudios realizados en esa línea de investigación son muy escasos, sin embargo, de la revisión efectuada, resaltan las posibles consecuencias para estas mujeres y para su entorno laboral, que a estos efectos, es la familia, donde comparten espacio. A continuación se muestra en la Tabla 12.

**Tabla 12. Consecuencias del *burnout* en mujeres amas de casa y amas de casa cuidadoras familiares de enfermo de Alzheimer.**

<b>A nivel personal</b>	
<b>a) Disminución de los niveles de salud general</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
En cuanto a la disminución de los niveles de salud general, el estudio realizado por	En cuanto a la disminución de los niveles de

<p>Pascual (2001) refleja que las amas de casa tienden a tener peor salud que las mujeres que trabajan fuera del hogar. La falta de salud la hace sentir nerviosa, fatigada, con problemas de sueño y eso se relaciona con el agotamiento emocional que padece.</p> <p>Si valoramos la salud en función del bienestar psicológico (desarrollo de capacidades y crecimiento personal, ambos indicadores de un funcionamiento positivo), el estudio realizado en mujeres consideradas amas de casa docentes universitarias por Gaxiola-Villa (2014) confirma que el bienestar psicológico reduce la presencia de <i>burnout</i>, en especial en la dimensión despersonalización, por lo que resulta una consecuencia del <i>burnout</i>, que cuanto mayor sean los niveles de despersonalización, menor será el bienestar psicológico que tendrán las amas de casa.</p>	<p>salud general, el estudio realizado por Campos et al, (2014a) confirman que el mayor porcentaje de las amas de casa se sitúa en la categoría “con afectación de la salud”, sin embargo, es mayor el nivel de afectación en las participantes que pertenecen al grupo de cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer. Además las mujeres que padecen sintomatología de <i>burnout</i> presentan menos salud mental, siendo las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer las más afectadas.</p> <p>Autores como Aldana y Guarino (2012) y Campos et al (2014a) plantean que el cuidado de un paciente con demencia tipo Alzheimer genera más deterioro y desgaste físico, psicológico y emocional a personas que están vinculadas afectivamente con el paciente y que no tienen ninguna formación previa en el ejercicio del rol del cuidador. De ahí que cuanto mayor sea la sobrecarga laboral, mayor será el nivel de deterioro en la salud de la cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer.</p>
---	--

<b>A nivel personal (continuación)</b>	
<b>b) Sintomatología psicosomática</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>En cuanto a la sintomatología psicosomática, Pascual (2001) refiere que en las amas de casa los síntomas psicosomáticos que tienden a aparecer son dolores de cabeza, de cuello, espalda, dolencias musculares, alergias, asma, molestias gastrointestinales e hipertensión.</p> <p>Existen autores como Grossi, Perski, Evengard, Biomkvist y Orth-Gomér, (2003) que confirman la existencia de la relación entre <i>burnout</i> y el sistema endocrino en la mujer, destacando que la tensión laboral, la falta de apoyo en el trabajo, los altos niveles de preocupación, la depresión, las dificultades del sueño, hacen que las mujeres con <i>burnout</i> muestren más altos niveles de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• factor alfa de necrosis de tumor (TNF-a), (es la proteína del grupo de las citocinas liberadas por las células del sistema inmunitario, que</li> </ul>	<p>En cuanto a la sintomatología psicosomática, Gil-Monte (2009) refiere que los trabajadores que se perciben expuestos a factores de riesgo psicosocial (sobrecarga de trabajo, exceso de carga mental, realización de tareas repetitivas y de muy corta duración) presentan porcentajes de respuesta significativamente mayores en sintomatología psicosomática (problemas de sueño, cansancio, dolores de cabeza, mareos, entre otras), que los trabajadores no expuestos.</p> <p>Se ha comprobado la existencia de importantes alteraciones como una disminución del funcionamiento del sistema inmunológico (Gómez, Montero, Demarzo, Pereira y García, 2013; Kielcot-Glaser et al., 1987), trastornos gastrointestinales, trastornos osteomusculares y dolores asociados (Rodríguez del Álamo, 2005), así como alteraciones cardiovasculares y cambios en algunas variables metabólicas (Laserna et</p>

<p>actúa en la inflamación y la destrucción articular secundarias a la artritis reumatoide).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• hemoglobina glucosilada (HbA1C) (es la heteroproteína de la sangre, que su medición en los laboratorios se utiliza para los controles de la diabetes mellitus, por lo que cuanto menor sea la hemoglobina glucosilada, menor será el riesgo de padecer enfermedades microvasculares como lesiones oculares, lesiones renales y enfermedades macrovasculares como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y/o insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores.</li></ul> <p>También Carrillo (2012) hace alusión a los padecimientos orgánicos más frecuentes, como las alergias, la diabetes mellitus tipo II o la hiperlipidemia.</p>	<p>al, 1997).</p> <p>No obstante, autores como Muñoz y Barba, (2007) afirman que la enfermedad de Alzheimer que padece el familiar, supone un factor de riesgo psicosomático añadido para su cuidador/a familiar. Resumen las posibles sintomatologías que dichas cuidadoras padecen :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema cardiovascular: HTA, infarto, insuficiencia coronaria, arritmias, taquicardias y síndrome vasomotor.</li><li>• Sistema respiratorio y fonológico: síndrome de hiperventilación, alteración del lenguaje, tartamudez y síndrome de opresión torácica.</li><li>• Sistema digestivo: dispepsia gástrica, estreñimiento, diarreas y vómitos.</li><li>• Sistema locomotor: lumbalgias / citalgias, contracturas y calambres musculares.</li><li>• Sistema endocrino: diabetes e hipertiroidismo.</li><li>• Sistema inmunitario: infecciones frecuentes y alergia.</li></ul>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema nervioso y trastornos psicopatológicos: cefalea, jaqueca, depresión y ansiedad.</li><li>• Sistema dermatocutáneo: psoriasis, acné, alopecia, prurito e hiperhidrosis.</li></ul> <p>Además en sus estudios han encontrado relaciones significativas entre la variables:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• HTA y antigüedad como cuidador.</li><li>• Depresión percibida y detectada.</li><li>• Ansiedad percibida y depresión detectada.</li><li>• Cefalea y carga del cuidador.</li></ul> <p>Afirman que ser cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer se relaciona con la aparición de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cefaleas.</li><li>• Taquicardia.</li><li>• Depresión.</li></ul> <p>Enfatizan que desde el mismo momento en que la cuidadora inicia los cuidados al familiar enfermo, es relevante en la aparición de taquicardia, cefalea, depresión y ansiedad; sin embargo, esto sólo ocurre entre los cuidadores familiares de enfermos</p>
--	--

	de Alzheimer. No se ha detectado esta circunstancia entre los cuidadores familiares de enfermos crónicos discapacitados por otras patologías crónicas.
--	--

<b>A nivel personal (continuación)</b>	
<b>c) Consumo de alcohol.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
En referencia al consumo de alcohol, en el estudio realizado por Pascual (2001) se refleja que sólo el 10,5% de las amas de casa abusa de alcohol.	En referencia al consumo de alcohol, Rivera y Requena (2013) en su estudio hacen referencia a la utilización, por parte de las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, de fármacos no recetados, en ocasiones combinados con el uso de alcohol.

<b>A nivel personal (continuación)</b>	
<b>d) Estilos de vida poco saludables, actitudes negativas hacia sí misma y hacia los demás.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
Con respecto a estilos de vida poco saludables, actitudes negativas hacia sí misma y hacia los demás, no en pocas ocasiones, las mujeres amas de casa, limitan su participación en actividades sociales, de ocio y/o de desarrollo personal para dedicarse al cuidado y la atención de	Con respecto a estilos de vida poco saludables, actitudes negativas hacia sí misma y hacia los demás, según Rivera y Requena (2013) las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer asumen actitudes autodestructivas en el área conductual, al realizar prácticas de



<p>los miembros de su familia. Algunos de los ejemplos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ocuparse de la atención a sus hijos para que puedan participar en sus diferentes actividades extraescolares, que requiere llevarles, recogerles y preparar todo lo que necesitan para dicha actividad, las que generalmente coinciden con los horarios en que se realizan las actividades de ocio en que pudiera estar interesada.</li><li>• Realizar determinadas labores domésticas que requieren de muchas horas de dedicación.</li><li>• Estar en constante disposición para atender al esposo, en lo que le necesite.</li><li>• Apoyar en cualquier situación que le surja a otros miembros de la familia.</li></ul> <p>Lo que influye en la aparición de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Actitudes autodestructivas.</li><li>• Distanciamiento afectivo.</li><li>• Cambios de humor.</li><li>• Irritabilidad.</li></ul>	<p>conductas de elevado riesgo, por su incapacidad para estar tranquila y relajarse; en el área emocional, por su distanciamiento afectivo, la irritabilidad, el sentimiento de culpabilidad, nerviosismo, incluso ideación suicida. Además en su actitud defensiva, cuando hace negación de sus emociones, o al mostrar ironía, tener una atención selectiva.</p> <p>Las cuidadoras familiares conciben su estado como normal, por lo que no disponen de un diagnóstico médico para poder ser tratadas y además solo priorizan asistir a las consultas médicas destinadas al enfermo (Rivera y Requena, 2013).</p> <p>Cerquera y Galvis (2014) plantean que las cuidadoras presentan mayor limitación en su vida social. La mayoría de las cuidadoras no mantiene una adecuada relación social con su entorno debido a que para desempeñar su rol de cuidadora invierte casi todo su tiempo del día, hasta el punto que las limitaciones funcionales del familiar enfermo de Alzheimer, que tienen un carácter irreversible y progresivo, hace que al final, ellas sientan que pierden su propia identidad (Rivera y Requena, 2013), dejando de ser ella misma para convertirse en el/la otro/a, convirtiéndose la relación cuidadora familiar – enfermo/a en algo</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nerviosismo.</li> <li>• Consumo en exceso de café, tabaco, alcohol y ansiolíticos.</li> </ul>	<p>enfermizo y susceptible de ser tratado profesionalmente (Montgomery, 2009).</p> <p>La falta de apoyo entre los familiares unido a la escasez de recursos humanos y materiales es otro de los factores que predomina en el sufrimiento de las cuidadoras (Rivera y Requena, 2013), las cuales reconocen que con frecuencia se alteran en la relación interpersonal con su familiar enfermo (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003). Incluso llegan a mostrar agresividad hacia el paciente u otras personas (Laserna et al., 1997; Rodríguez del Álamo, 2002).</p>
<b>A nivel personal (continuación)</b>	
<b>e) Sentimientos de culpabilidad.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>Por el rol social designado por la sociedad para la mujer durante siglos, se puede percibir que en muchas ocasiones, la mujer ama de casa siente que es el único eslabón que hace que la vida de todos los miembros de la familia funcione bien, asumiendo que si no es ella personalmente quien les atiende sus cosas en todo momento, no estaría cumpliendo con su deber de esposa,</p>	<p>Respecto a los sentimientos de culpabilidad se manifiestan cuando las cuidadoras familiares se expresan en relación a su creencia moral de que un buen/a hijo/a no debe institucionalizar a sus padres (Rivera y Requena, 2013), también cuando piensan que si se separan del familiar enfermo por un instante le puede ocurrir un evento</p>

madre o hija.	trágico o hasta pueden morir, y sería por su culpa (Montgomery, 2009).
---------------	--

**A nivel personal (continuación)**

**f) Ansiedad.**

<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
En cuanto a la ansiedad, según el estudio realizado por Pascual (2001), las amas de casa presentan mayores niveles de ansiedad que las mujeres que trabajan fuera del hogar.	En cuanto a la ansiedad, Rivera y Requena (2013) hacen referencia a las condiciones emocionales que padecen las cuidadoras, la mayoría de ellas señalan que siente elevados niveles de ansiedad, depresión, llanto, e irritabilidad.  Otros estudios destacan la pérdida de su autoestima y la disminución de su autoeficacia, así como la relación existente entre la depresión, la ansiedad y los conflictos familiares (Laserna et al., 1997; Rodríguez del Alamo, 2005).

**A nivel personal (continuación)**

**g) Depresión.**

<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
En cuanto a la depresión, la cantidad y las características de las tareas que desempeña en su trabajo como ama de	En cuanto a la depresión, estudios realizados refieren que existe una alta incidencia y prevalencia de trastornos

<p>casa, puede determinar consecuencias adversas como la depresión (Pascual, 2001).</p>	<p>depresivos en los cuidadores de pacientes con demencia (Cuijpers, 2005).</p> <p>Las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer incorporan el sufrimiento de una forma destructiva poniéndose de manifiesto en estados de ansiedad y depresión crónica, pierden su identidad y el sentido de futuro de su propia vida (Rivera y Requena, 2013).</p> <p>En muchas ocasiones, en los primeros estadios de la enfermedad, las cuidadoras se avergüenzan de la condición de demencia de su familiar y tratan de ocultar a parientes, amigos y vecinos la situación que está viviendo, este pensamiento irracional y autodestructivo que la acompaña favorece la aparición de depresión y el aislamiento (Ellis, 2010).</p>
---	--

<b>Sobre relaciones interpersonales extralaborales</b>	
<b>h) Tensiones emocionales y conductuales en su entorno familiar.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
Respecto a las tensiones emocionales y	Respecto a las tensiones emocionales y

<p>conductuales en su entorno familiar, Blom (2012) afirma que los factores situacionales de la vida y el entender que dedicarse al cuidado frena su desarrollo personal, hace que la mujer experimente sentimientos de conflicto trabajo / casa.</p> <p>La falta de asertividad, por parte de la mujer, junto con la insensibilidad, por parte del entorno familiar, contribuyen a la evolución del síndrome, para que éste finalmente se manifieste de forma simultánea con cansancio, afecto negativo y las inherentes consecuencias (Moral, González y Landero, 2011).</p> <p>Pascual (2001) plantea que el funcionamiento familiar es una de las variables que más afecta a las amas de casa de su estudio, ya que desempeñan su trabajo a partir de las relaciones familiares de convivencia en un domicilio común.</p>	<p>conductuales en su entorno familiar, algunos estudios afirman que el síndrome de <i>burnout</i> es contagioso, ya que los trabajadores que lo padecen “contaminan” a personas del entorno familiar/ laboral cercano con su hastío, desesperación y cinismo, con lo que en un corto período de tiempo la familia como institución social primaria, puede caer en el desánimo generalizado (Minuchin, 2012). Se desprende, por tanto, que cuando las cuidadoras familiares sufren sus problemas emocionales, influye en su conducta y trasciende a su entorno familiar.</p> <p>Algunas cuidadoras familiares de enfermo de Alzheimer reconocen que tienen conflictos familiares debido al incumplimiento del compromiso con los turnos para el cuidado del familiar enfermo (Rivera y Requena, 2013) .</p>
---	---

**Sobre relaciones interpersonales extralaborales (continuación)**

**i) El agotamiento emocional hace que se aisle y deteriora las relaciones con la familia. Y la despersonalización provoca barrera en la comunicación en su entorno implica insatisfacción en su relación matrimonial.**

*Amas de casa*

*Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer*

<p>Autores como Gaxiola-Villa (2014) y Salanova (2004) afirman que en sus estudios las mujeres amas de casa que además eran docentes, presentan agotamiento emocional, debido al rol que ha asumido la mujer en la sociedad y al complementar su trabajo con las labores familiares, las cuales son actividades compartidas asumidas por las mujeres. Sin embargo, plantea que en cuanto a la variable “contar o no” con apoyo para la labor doméstica, se relaciona significativamente con la autoaceptación, el crecimiento personal, y el propósito en la vida; no obstante, es probable que las amas de casa sean conscientes de sus propias limitaciones e intenten sentirse bien consigo mismas, mostrando actitudes positivas hacia ellas, de igual manera (Keyes, 2002).</p> <p>Al comparar las medias de la cantidad de horas dedicadas a la semana en el cuidado del familiar enfermo y de su casa, asumiendo los valores mínimo (21-46 horas) y máximo (73-98 horas), se encuentra que el grupo que dedica el máximo de horas muestra mayor</p>	<p>Existen estudios que muestran las consecuencias del <i>burnout</i>, desde el punto de vista social, cuando se le relaciona con la organización del trabajo que desarrolla la cuidadora, donde es muy importante la reacción con tendencia al aislamiento que tiene esta mujer, así como su desinterés ante cualquier forma de interacción social. Se destaca que las cuidadoras familiares con altos niveles de <i>burnout</i> tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales (Martínez Pérez, 2010).</p>
--	--

<p>bienestar psicológico - crecimiento personal, lo que se interpreta como que la amas de casa se han marcado estas metas y actividades como objetivos que les permiten dotar a su vida de un cierto sentido ( Gaxiola-Villa, 2014 ).</p>	
---	--

<p><b>A nivel organizacional</b></p>	
<p><b>j) Marcado deterioro de su satisfacción laboral.</b></p>	
<p><i>Amas de casa</i></p>	<p><i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i></p>
<p>A partir de lo planteado por Lazarus y Folkman (1984), quienes consideran el estrés como un proceso dinámico de interacción entre la persona y el medio, donde resultan decisivos tanto la evaluación que haga la persona del suceso estresante, como las estrategias de las que disponga el para hacerle frente. Existen elementos personales como la personalidad, el estilo de afrontamiento, los valores culturales y la relación previa con el familiar, que predisponen al individuo a responder al estresor de una manera predecible (Rabins, 1997).</p> <p>Peiró (2005) afirma que el conflicto de rol se relaciona significativamente con</p>	<p>Lazarus y Folkman (1984) refieren que los efectos de cuidar a un familiar mayor dependiente estarían así muy mediatizados por las evaluaciones de los cuidadores de la situación y por los recursos de los que dispongan para afrontarla. Sin embargo, Rabins (1997) plantea que hay algunos individuos que están más predispuestos a sufrir unos resultados negativos cuando se produce un determinado estresor como es el cuidar a un familiar mayor enfermo, dependiendo de los recursos comunitarios, económicos o familiares de los que disponga el cuidador. No obstante, es fundamental la influencia</p>

<p>la tensión laboral, la ansiedad y la depresión relacionada con el trabajo, los síntomas neuróticos, somáticos, la fatiga, la hipertensión, los niveles elevados de colesterol, la obesidad y las enfermedades coronarias. Y se relaciona significativamente en negativo con satisfacción laboral, implicación en el trabajo, desempeño, compromiso organizacional, participación y autoestima; por lo que cuanto mayor sea el conflicto de rol, menor será la satisfacción laboral, la implicación en el trabajo, el desempeño y el compromiso organizacional, la participación y la autoestima.</p> <p>Además plantea que la ambigüedad de rol se relaciona significativamente con tensión, ansiedad, agotamiento emocional, depresión, fatiga, quejas somáticas, propensión a abandonar la organización y sentimientos de resentimiento. Y se relaciona negativamente con la satisfacción laboral, los sentimientos de competencia, la implicación en el trabajo, la autoestima, la autoconfianza, la calidad en la toma de</p>	<p>que tienen las conductas del familiar enfermo, que son percibidas como problemáticas por la cuidadora, independientemente de que lo sean o no, son las que generan unas mayores consecuencias negativas.</p> <p>Tanto el conflicto de rol como la ambigüedad de rol se han relacionado con la insatisfacción laboral. Las consecuencias del estrés de rol en el trabajo tiene influencia sobre sus niveles de bienestar físico y psicológico (Mansilla, 2011).</p>
--	---



<p>decisiones y la participación (Peiró, 2005). De esta manera, cuanto mayor sea la ambigüedad de rol menor será la satisfacción laboral, los sentimientos de competencia, la implicación en el trabajo, la autoestima, la autoconfianza, la calidad en la toma de decisiones y participación.</p>	
--	--

<b>A nivel organizacional (continuación)</b>	
<b>k) Disminución del rendimiento profesional.</b>	
<i>Amas de casa</i>	<i>Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer</i>
<p>Se puede percibir cuando hay un significativo decrecimiento del rendimiento de la ama de casa en su quehacer cotidiano, al compararlo con momentos anteriores, a pesar de que por las características de esta población no se refleje explícitamente, lo que refieren autores Vinaccia y Alvaran (2004), sobre la intención de abandonar el trabajo, ya que la ama de casa se desempeña dentro de su entorno familiar. Aunque sí existen estudios que confirman que por sus condiciones laborales, se afecta su rendimiento laboral (Moreno et al., 1997) e influye negativamente en sus niveles de autoestima, que se ha comprobado es más alta para las mujeres que tienen roles sociales, como trabajar fuera del hogar (Pietromonaco, Manis y Frohardt-Lane, 1986).</p>	<p>La enfermedad de Alzheimer, conocemos que no es sólo adversa para quien la padece, sino que también por su repercusión física y emocional, debilita a los miembros de la familia (Santulli, 2011). Y al ser la mujer cuidadora familiar, la principal responsable de los cuidados del enfermo, es la más afectada, sin embargo, la interrelación entre los miembros de la familia y la experiencia de vida de cada uno, hace que cambien los roles, la estructura familiar del enfermo de Alzheimer en la medida que evoluciona la enfermedad (Cachioni et al., 2011).</p> <p>El rendimiento de la cuidadora en su quehacer diario es natural que no tenga la misma intensidad que lo que tenía en los inicios de la enfermedad, porque no se trata de que haya dejado de hacer, sino que por momentos no puede</p>

	hacer más de lo que hace.
--	---------------------------

Retomando los relatos reales descritos en el apartado anterior, a continuación, mostramos en la Tabla 13, algunas de las consecuencias de *burnout*, ejemplificadas a través de los testimonios expresados por mujeres ama de casa y cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer. Se observan algunas de las consecuencias del *burnout*: Disminución de niveles de salud general, sintomatología psicósomática, estilos de vida poco saludables, actitudes negativas hacia sí misma y hacia los demás, ansiedad, depresión, tensiones emocionales y conductuales en su entorno familiar. El agotamiento emocional hace que se aíslen y deteriora las relaciones con la familia, mientras que la despersonalización provoca barrera en la comunicación en su entorno e implica insatisfacción en su relación matrimonial. Marcado deterioro de su satisfacción laboral y disminución del rendimiento profesional, aunque éste es solapado porque las características de su trabajo les exigen rendir lo mejor posible, por la repercusión directa que tiene en el cuidado que brindan.

**Tabla 13. Algunas de las consecuencias del síndrome de burnout para amas de casa y amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer.**

Testimonio Caso 3	Testimonio Caso 2	Testimonio Caso 1
Nombre: I.M.R.	Nombre: C.M.P.	Nombre: J.E.E.
Edad: 58 años	Edad: 47 años	Edad: 80 años
Años como Ama de Casa: 30 años	Parentesco: Hija y Sobrina	Parentesco: Esposa
	Años como Cuidadora: 7	Cantidad de años de

<p>Horas diarias dedicadas : 24 h</p>	<p>años (desde 2009 a 2011 con la madre y desde 2012 hasta la actualidad con la tía paterna)</p> <p>Horas diarias dedicadas: 24 h</p>	<p>convivencia matrimonial: 54 años</p> <p>Años como cuidadora: 12 años</p> <p>Horas diarias dedicadas : 24 h</p>
<p>Refiere textualmente:</p> <p>“No padezco de enfermedad en sí, pero lo que me duele es la rodilla y me hundo mucho, me entra mucha tristeza, mucha pena”.</p> <p>“Sí he sentido que no he tenido fuerzas para seguir cuidando de todos, y me da mucho sentimiento, pero lo que pasa es que soy fuerte y tengo recursos para levantarme”.</p> <p>“Yo quisiera estar feliz con mi marido y poner un poquito de nuestra parte cada uno, pero es</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“No padezco de ninguna enfermedad que yo sepa, pero sí es verdad que tengo principios de artrosis, tengo como un nudo en el musculo del cuello de hacer fuerza con ellas y me ha dicho el médico que tengo desviación de columna con principios de artrosis”.</p> <p>“Las fuerzas para cuidarlas me han faltado muchísimas veces con mi madre y también con mi tía, pero si tú no te levantas ¿quién lo va a</p>	<p>Refiere textualmente:</p> <p>“No padezco de ninguna enfermedad, pero a veces me duele la cintura y la pierna, pero no le echo cuenta”.</p> <p>“Nunca sentí que me faltaran fuerzas para seguir cuidándolo, aunque a veces me he quejado por el dolor de la cintura, por hacer fuerzas para moverlo, pero no aceptaba que mis hijos se quedaran por la madrugada conmigo, aunque tenía que levantarme cada madrugada varias veces a cambiarle, yo le decía a</p>

<p>imposible”.</p> <p>“Yo si tuviese trabajo ya le hubiera dicho, haz tu vida y cada uno por su lado, pero tengo que seguir así”.</p> <p>“La actividad deportiva que hago es Pilate, 2 veces a la semana por regla general, cuando falto es porque tenga que hacer algo, también voy a andar 3 veces a la semana cuando puedo, o voy un ratito a charlar en la Casa de Dietética que aprovecho cuando voy a hacer la compra y charlo con la chica de temas que me gustan de la naturaleza, y menos mal que tengo esos recursos que aunque parezca poca cosa, para mí es mucho”.</p> <p>“Dentro de la casa, mi actividad de ocio es leer en la <i>tablet</i> sobre la</p>	<p>hacer?”.</p> <p>“...no tengo pensión ninguna, el padre de mis hijos no me da nada, el día que mi padre me falte, me tendré que buscar un trabajo urgente para poder comer y dar de comer a mis hijos, lo que pasa es que cuando uno cumple una edad, no te quieren para trabajar, a los que contratan en supermercados o cualquier sitio, son jóvenes y sin hijos”.</p> <p>“No tengo tiempo de participar en actividades de ocio fuera de casa, solo en la época de cuaresma, la Hermandad a la que pertenezco hacen unas convivencias donde nos reunimos y comemos juntos, pero yo solo he estado aproximadamente una</p>	<p>él “cuando yo no pueda contigo te vas porque no quiero irme antes que tú, tengo que cuidarte”.</p> <p>“Cuando estaba mi marido malo iba a la piscina y al Tai Chi, pero ahora estoy en Pilate, y en verano volveré a la piscina”.</p> <p>“En casa,... leo muchísimo, un libro tras otro, veo televisión, cojo el ordenador, cosas de esas...”</p> <p>“En la Asociación de Alzheimer, tú me has aportado mucho como psicóloga, ha sido una suerte de conocerte, por tu cariño, comprensión, en entendernos, en definitiva, estoy bien hablando contigo.</p> <p>Y con otras compañeras hemos tenido</p>
--	---	--

<p>alimentación sana y enlace con otros temas parecidos, antes sí hacía ganchillos, pero ahora no tengo tiempo”.</p> <p>“No pertenezco a ninguna Asociación actualmente porque soy un poco tímida, tiendo a refugiarme en un grupo, cuando voy a Pilate voy con mi grupito, voy protegiéndome”.</p> <p>“Les aconsejaría a otras mujeres amas de casa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Miren dentro de ellas, porque como tienes que estar tanto afuera para los demás, nunca tienes tiempo para ti y cuando ves dentro de ti es que ves tus cosas buenas.</li> <li>➤ Y que hagan lo que</li> </ul>	<p>hora algún viernes por la noche cuando la dejo acostada o algún sábado al mediodía cuando la dejo almorzada y acostada, pero regreso pronto por si se despierta, y eso lo he hecho en el año unas 4 veces, no disfruto nada de nada nunca, ni puedo”.</p> <p>“Dentro de casa, cuando no me siento tan cansada... Por eso a veces, ya muy poco, hago manualidades de punto, muñequita de goma eva, crochet, me gusta hacerlo, pero no puedo, estoy muy cansada”.</p> <p>“La Asociación de Alzheimer me ha aportado un poquito de libertad, me dan apoyo, tú misma como psicóloga me has dado muchos</p>	<p>compañerismo, hay veces que congenias con personas sin saber por qué y vale la pena porque todos aportan mucho”.</p> <p>“Aconsejaría a otras mujeres que cuidan de enfermos de Alzheimer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Paciencia.</li> <li>➤ Cariño.</li> <li>➤ Positividad.</li> <li>➤ Confianza en el Universo, en Dios.</li> <li>➤ Y pensar que todo va a ir bien.”</li> </ul>
---	---	---

<p>realmente les guste hacer, en lo posible”.</p>	<p>consejos, me han dado muchas cosas ustedes”.</p> <p>“Aconsejaría a otras mujeres que cuidan de enfermos de Alzheimer:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Que sean fuertes y aunque tengan bajones, que sepan que pueden superarlo, al otro día tienes fuerza para seguir.</li><li>➤ Y que tengan paciencia”.</li></ul>	
---	--	--

En los testimonios valorados, se evidencian algunas de las consecuencias de la sintomatología de *burnout*, y a pesar de las características individuales de cada mujer, para todas, ha sido común la afectación en su salud, como se indica en diferentes estudios (Campos et al 2014a; Gaxiola-Villa, 2014; Pascual, 2001). Restablecer la salud se logra practicando ejercicio físico, consumiendo dieta saludable, aprendiendo a autocontrolar sus emociones para disminuir los efectos del estrés y manteniendo un estilo de vida saludable que disminuya la posibilidad de la aparición de algunas enfermedades.

#### **4.5. Estrategias preventivas de intervención en amas de casa**

En estudios realizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre la Estrategia de promoción de la salud y prevención, se *“reconoce a la atención primaria, como nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo del curso de vida. Comprende entre sus actividades la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles y sectores implicados tales como los dispositivos sociales y educativos”* (SNS, 2014).

Las estrategias de intervención que se realicen deben responder a un proceso de clasificación y selección de intervenciones con el fin de identificar, las mejores prácticas disponibles, que definan los aspectos comunes a desarrollar, es necesario establecer prioridades de promoción y prevención, diseñando un plan progresivo de intervenciones (individuales y/o grupales) y modulando su intensidad en función de las necesidades individuales, el momento del cambio en que se sitúe cada caso y los objetivos pactados con la persona para incrementar el bienestar emocional y físico. La prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas, sugiere que los esfuerzos en promoción y prevención se intensifiquen a partir de los 50 años de edad (OMS-Eur, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud plantea la necesidad de que las intervenciones de promoción y prevención se trabajen en entornos particulares, como el de la escuela, con especial interés en la educación de las emociones, que puede ser trascendental, aunque también debe abordarse en el medio laboral y la comunidad. Explican que en esta



estrategia de “entornos saludables” debe insertarse el componente salud mental para contribuir al desarrollo humano integral, siendo preciso concienciar a la población en general. por lo que es fundamental el papel de los medios de comunicación, el uso de los recursos comunitarios y la participación de otros sectores (OPS, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009) acentúa la importancia de la prevención de la salud mental en el trabajo, que se debe efectuar en diferentes niveles de intervención:

- ✓ Nivel individual: a través del incremento de las habilidades de afrontamiento para prevenir el estrés y el *burnout*, fortaleciendo la capacidad de tratar los periodos de cambio y las relaciones interpersonales.
- ✓ Ambiente social: mediante la creación de estructuras de apoyo social, que favorece el desarrollo de la cultura organizacional.
- ✓ Condiciones laborales: al reducir los factores de riesgo, mejorando el diseño del espacio físico y la organización del trabajo o incluyendo estructuras de apoyo para las mujeres que faciliten la conciliación entre la vida familiar y laboral.

Las estrategias de intervención se manifiestan a través de dos enfoques: 1) preventivo, con el objetivo de prepararle para enfrentar las dificultades y problemas cotidianos, y 2) terapéutico, con el fin de disminuir los efectos que provocan dichos problemas a la salud y sus consecuencias, tanto a nivel personal como social. Se ha comprobado que la manera más efectiva para encauzar la prevención y el tratamiento es

orientando la estrategia de intervención hacia lo individual, social y organizacional (Burke, 1992). En la misma línea, Maslach (2004) plantea que la investigación y la intervención psicológica sobre *burnout* deben incluir un mayor énfasis en los factores personales, además de los factores contextuales.

En el caso de las mujeres amas de casa y las amas de casa cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, hemos expresado en capítulos anteriores, que los estudios realizados a estos efectos son muy escasos, no obstante, como resultado de la revisión realizada haremos referencias a las consideraciones que se hacen al respecto.

Moral et al. (2011) plantean que la intervención preventiva para las amas de casa debe ser sensible a las quejas de falta de apoyo y reconocimiento, para desarrollar asertividad y fuentes de recursos alternativas, con las cuales pueda afrontar el estrés percibido generado por la falta de apoyo y reconocimiento, además por otros factores no contemplados, como sobrecarga de tareas, desobediencia o problemas escolares de los hijos y el distanciamiento del cónyuge.

En el estudio de Rivera y Requena (2013) se manifiesta la necesidad de desarrollar políticas de prevención hacia el envejecimiento, relacionadas con programas de estimulación cognitiva, así como destinar recursos humanos y materiales a la atención de los ya enfermos neurodegenerativos y a sus cuidadores familiares habituales. Desarrollar actuaciones como la capacitación a cuidadores profesionales y cuidadores familiares que permitan prevenir el síndrome del quemado (*burnout*), propio de personas que practican este rol sin una preparación previa. Además, sugieren hacer

extensiva la formación al ámbito universitario, involucrando a los estudiantes de maestría de trabajo social, psicología, gerontología y geriatría, dado que serán los profesionales y también los mayores del futuro.

Para trazar estrategias de acción, es importante esclarecer el rol que desempeñan los factores de riesgo psicosocial en la mujer ama de casa y en la cuidadora familiar, porque éstos aportarán elementos útiles para la intervención psicoeducativa, que deriva en un incremento de su estado de bienestar y, por ende, se optimizan las ventajas del cuidado informal (Feldberg et al., 2011). Las intervenciones deben ser integrales, flexibles y dinámicas, para que puedan promover la participación activa y ayuden a estas mujeres a continuar vinculadas a su entorno social y familiar, facilitando adecuadas relaciones sociales y un incremento del sentimiento de utilidad. En este sentido, en el estudio de Bendicho (2012) se ha demostrado los efectos positivos de las intervenciones psicosociales, las cuales mejoran la memoria, la autonomía en las actividades diarias, el estado de ánimo, lo que se transfiere al entorno del enfermo, que al resultarle agradable, disminuye los problemas de conducta y genera bienestar en el enfermo, que en esencia se revierte en una menor sobrecarga de las cuidadoras.

Los tratamientos se diseñan de acuerdo a las diferentes situaciones personales y condiciones de salud de cada caso, por lo que no existe una única terapia psicológica eficaz para todos, sin embargo, se considera una beneficiosa alternativa o un importante complemento al tratamiento farmacológico (Dippel y Hutton, 2002; Pascual, 1999). Existen estudios que

se refieren a las características de las psicoterapias, que se asocian a una mayor eficacia y enfatizan, sobre todo, en el número de sesiones, el tiempo total de contacto entre el terapeuta y la paciente, la duración del tratamiento y la frecuencia de las sesiones necesarias. No obstante, sugieren que la disposición más favorable en un tratamiento sea la de una terapia no excesivamente prolongada, con sesiones breves, donde la frecuencia de encuentros entre el terapeuta y la paciente sea alta (Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole y Andersson, 2013).

Las cuidadoras familiares son un grupo de difícil acceso. Las diversas e intensas tareas que realizan y especialmente su escasa disponibilidad de tiempo impiden con frecuencia implicarse, e incluso muchas no están interesadas en participar en las diferentes intervenciones que se les brinda y que tanto necesitan. De ahí que autores como López y Crespo (2007) plantean que aquellas intervenciones en las que el contacto con el cuidador es escaso, resultan largas o tienen numerosos momentos de medida, generan un mayor número de abandonos. Es importante gestionar programas de intervención breves, que no supongan un factor de estrés añadido, adaptados a las necesidades de las cuidadoras, con una orientación psicoterapéutica, en los que se proporcionen estrategias eficaces para el manejo del estrés que supone la situación de cuidado. Además, la intervención debe ser llevada a cabo por profesionales entrenados, que puedan ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y solución de sus problemas emocionales (Knight et al., 1993; Sörensen et al., 2002).

Las intervenciones con cuidadoras serán más efectivas si se dedica un mayor tiempo al entrenamiento específico en habilidades concretas, diseñando programas que se centren en un menor número de contenidos y de habilidades, para que se puedan trabajar en mayor profundidad (Gallagher-Thompson et al. 2000). No obstante, se debe tomar en cuenta que las cuidadoras pueden necesitar más tiempo para practicar y utilizar las estrategias que se les han enseñado, lo que no será evidente en una evaluación que se haga seguidamente a la intervención realizada (Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce y Hauck, 2001).

Estudios realizados reflejan que la estrategia de solución de problemas en contextos 'de demencias' puede aumentar el malestar de los cuidadores, dado que se trata de problemas crónicos e irresolubles (Fiore, Becker y Coppel, 1983). Tras su realización, algunos cuidadores señalaron que la intervención les hizo ser conscientes, en mayor medida, de las limitaciones de sus familiares y hubo un aumento significativo en la sintomatología depresiva de todos los cuidadores que participaron en el estudio (Zarit, Zarit y Reever, 1982). Dichos resultados se mantuvieron a los tres meses de la finalización del programa.

Las organizaciones han adoptado tradicionalmente una estrategia reactiva basada en la solución de problemas, pero en contraste, se puede utilizar una estrategia proactiva fundamentada en el desarrollo y el crecimiento de la persona en el contexto de trabajo, lo que parece estar asociado con un aumento de las ganancias de la organización (Rodríguez, Moreno, de Rivas, Álvarez y Sanz, 2010). Aunque esta perspectiva positiva no ha sido frecuente en el entorno laboral, Seligman y Csikszentmihalyi

(2000) inician el enfoque de la potenciación de estrategias positivas o psicología positiva, como una investigación sistemática.

De las conclusiones de estos estudios, se derivan recomendaciones prácticas, como las que mostramos a continuación:

- Desarrollar un clima organizacional positivo, como pudiera ser, ofrecerles recursos para facilitar el equilibrio trabajo-familia, con horarios flexibles, semana laboral comprimida, facilitar la recuperación con tiempos de descanso adecuados y días de descanso, y/o generar un clima de apoyo entre los miembros del grupo, entre otros.
- Analizar las características de los puestos de trabajo y de los recursos disponibles, promoviendo retos y desafíos en lugar de obstáculos, para lograr una adecuada motivación y compromiso.

Molina Linde et al., (2005: pag.41) refieren que

*“Algunos estudios de intervención sobre cuidadores añaden en su planteamiento la necesidad de buscar los recursos sociales más adecuados para cada paciente. Parece claro que en España este asesoramiento individualizado podría mejorar los resultados de tal tipo de programas. Es cierto que los recursos sociales son escasos, pero también lo es que existe una insuficiente derivación de pacientes y cuidadores hacia los recursos sociales disponibles. De ahí que el papel de las asociaciones de enfermos de Alzheimer resulte*

*fundamental cuando se asesora acerca de los distintos recursos que se ofrecen en la sociedad, las ayudas y demás, de forma que el cuidador sienta un respaldo efectivo”.*

En las Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer se realizan diferentes acciones de intervención, destinadas a los familiares cuidadores, con fines informativos sobre la enfermedad, los niveles de dependencia y sus consecuencias. Se conforman grupos de ayuda donde se intercambian experiencias sobre las vivencias individuales con sus familiares enfermos, se diseñan e implementan intervenciones psicoterapéuticas, terapias cognitivo-conductuales para enseñarles cómo manejar el estrés que les ocasiona el tener que cuidar a sus familiares; para mejorar su autoestima, desarrollar la asertividad, se les entrena en técnicas de autocontrol y relajación, entre otras. Paralelamente, en estas Asociaciones, se atiende al familiar enfermo de Alzheimer, a los que se les realiza la intervención a través de programas de psicoestimulación cognitivo-conductual a nivel individual y grupal.





## **CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Atendiendo a todo lo comentado hasta el momento, puede decirse que el síndrome de *burnout*, en las últimas décadas, está siendo objeto de estudio de investigadores en diferentes partes del mundo, por la incidencia y prevalencia de éste en distintas profesiones, cuyas consecuencias provocan altos costes personales y económicos. El *burnout* puede valorarse como un problema de salud pública y social, por el riesgo psicosocial que supone; de hecho ha sido considerado en sí mismo, como accidente laboral, con base a la Ley General de la Seguridad Social, al ser una enfermedad provocada exclusivamente por motivos del desempeño laboral (Giner Alegría, 2012; Martínez de Viergol, 2005).

En la sociedad actual, ha sido relevante el incremento de la participación de la mujer en las diferentes áreas del desarrollo social. Sin embargo, aún en determinados sectores se limita su autorrealización, especialmente en las que trabajan dentro del entorno familiar, las amas de casa. Este sector de la población ha sido estudiado en pocas ocasiones, como resultado de la deficiente valoración de la labor que realizan, devaluando también los riesgos psicosociales a los que les puede conllevar, entre los que se encuentra el síndrome de *burnout*. De ahí la importancia de desarrollar investigaciones multidisciplinarias dirigidas a la mujer, lo que propiciaría una paulatina desaparición de las barreras históricas que aún quedan por resolver.

Dado que en la literatura revisada, son escasos los estudios de *burnout* en amas de casa y en las amas de casa cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, profundizar en este tema es fundamental dada su importancia y repercusión psicosocial. A continuación exponemos las siguientes razones:

- El 50,84% de la población española es mujer, con una edad media de 43.38 años (INE, 2015). El 53,9 % de la población activa española es mujer, son las que trabajan fuera del hogar, según datos de la Encuesta de Población Activa, del cuarto trimestre del 2014, (INE, 2015).
- A la mujer como ama de casa, se le tiene designada histórica y socialmente, la responsabilidad de cuidar a todos y a todo lo concerniente a su hogar familiar.  
Es un compromiso que genera estrés, porque requiere de ella una total dedicación, que con frecuencia anula su individualidad. No obstante, el nivel de afectación varía de acuerdo a su disposición y actitud ante el rol que tiene que desempeñar, si lo valora como algo positivo o no, y si percibe la calidad de sus relaciones interpersonales con los miembros de su núcleo familiar como adecuada o no.
- Gran parte de las mujeres trabajan dentro del entorno familiar, sin remuneración, pero aún no está reconocido socialmente la labor que desempeñan, y son ellas las que se dedican al cuidado de carácter “informal”.
- La mujer andaluza realiza anualmente, de forma gratuita, un trabajo de cuidados (en el hogar y la familia) de 30.237 euros, valorado de

acuerdo al salario medio de los trabajadores de los servicios personales de la clasificación nacional de ocupaciones (Gálvez Muñoz, et al. 2013).

- Existen una serie de características que pueden definir a las mujeres; no obstante, no es un colectivo tan homogéneo como generalmente puede parecer (Gómez et al., 2008).

La mujer, es sensible ante eventos vitales como convivir en pareja, fundamentalmente la calidad de sus relaciones matrimoniales, las cuales deben representar estabilidad y armonía, aunque no en pocas ocasiones dichas relaciones se deterioran y derivan en maltratos psicológicos y físicos, con las consecuencias que esto implica para ella y su familia; también sufren la sensación de soledad cuando los hijos/as se hacen mayores, incluso la aceptación y adaptación a condiciones de vida diferentes, en caso de separaciones, divorcios o viudedad; otra situación que influye en ellas, es el hecho de tener que cuidar de los padres mayores, y más tarde el proceso de duelo cuando fallecen estos. Estas son algunas de las realidades, que las afectan en mayor o menor medida de acuerdo al desarrollo que tengan de sus recursos personales, lo que hace que cada una afronte la vida con una visión particular, y así se va fraguando el linaje de la mujer; estas son circunstancias que las acompañarán mientras desempeñen cualquiera de los roles designados por la sociedad.

- Cuando esta mujer ama de casa, además, tiene que desempeñar el rol de cuidadora familiar de un enfermo de Alzheimer, la situación puede convertirse en una amenaza que sobrepase los recursos con los que cuenta, porque el Alzheimer es una enfermedad

neurodegenerativa, progresiva e irreversible que se manifiesta con un marcado deterioro cognitivo, conductual y funcional e impide al enfermo valerse por sí mismo.

A medida que avanza la enfermedad, sus efectos negativos afectan a quien la padece y también a su familia, que debe enfrentar las nuevas condiciones de vida en medio de la incertidumbre, dudas, miedos, negación, y un gran desconocimiento que poseen de cómo enfrentar la situación a partir de haber recibido por parte del médico el diagnóstico de la enfermedad. Tienen que reestructurar su funcionamiento para facilitar la vida al familiar enfermo. En innumerables casos, trae consigo conflictos familiares, como las desavenencias entre hermanos, incomunicación entre padres e hijos/as, discrepancias e incomprensiones con la pareja, incluso llegando a la separación y divorcio, que pueden ocurrir durante el largo proceso de la enfermedad, o una vez que ha fallecido el enfermo siendo el momento en que, en esos casos, la cuidadora se da cuenta que su relación matrimonial se ha perdido. Además, para la familia representa un considerable coste económico, por la adaptación que debe hacer a la vivienda, para que sea un espacio accesible y facilitar la movilidad del enfermo. Deben asumir gastos considerables en artículos como muletas, andadores, sillas de ruedas, asientos de bañera, cama articulada, colchones especiales, productos de higiene, pañales, entre otros. Sin embargo, no todas las familias disponen de economía suficiente para asumir dicha

adaptación y esto provoca aún mayores situaciones estresantes e influye en la calidad de vida del enfermo y su entorno familiar.

- La mujer cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer, es la más afectada dentro de su entorno familiar, al tener que simultanear las labores domésticas, el cuidado de los miembros de su familia y especialmente de su familiar enfermo de Alzheimer, asumiendo así, una excesiva sobrecarga de trabajo. El acto de cuidar, generalmente es considerado como algo negativo para las cuidadoras por los efectos que tienen para su salud física y psicológica, además por la limitación que supone en el uso de su tiempo personal, así como por la repercusión que tiene a nivel económico-laboral. Sin embargo, aunque estos efectos cada cuidadora los percibe de manera diferente, a todas les impide cuidarse adecuadamente y subvaloran la importancia de mantener una adecuada vida social.
- El síndrome de *burnout* afecta especialmente a las mujeres (Soares, Grossi y Sundin, 2007), por ser las que asumen el rol de cuidadoras informales en la sociedad actual. Dicho síndrome, se va instalando paulatinamente, manifestando síntomas de cansancio, trastornos del sueño, dolores musculares, episodios de ira, ansiedad, tristeza, sintomatología depresiva, sentimiento de frustración, dificultad para concentrarse en la labor que realiza, deseos de abandonar su trabajo, con una tendencia al aislamiento social, un incremento en el consumo de sustancias como alcohol, café, tabaco y /o ansiolíticos, entre otros.

A pesar de las evidencias, sobre estrategias de intervenciones diseñadas específicamente para abordar la problemática psicosocial de la mujer ama de casa, no hemos encontrado referencias en la literatura. En realidad, no existe tratamiento específico, ni estrategia de prevención particular para eliminar o disminuir los efectos del *burnout* en este colectivo, de ahí la importancia de diseñar estrategias de intervención eficientes adaptadas a las condiciones personales y sociales de las amas de casa y cuidadoras familiares, que debe ser realizada en tres niveles de acción. Para ello, a partir de las técnicas comentadas, con anterioridad, que aparecen como posibles acciones que reducen la aparición y el desarrollo del síndrome de *burnout* en otras poblaciones, en general, y en el colectivo de las cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer, en particular, y de los datos que aquí se deriven, haremos una propuesta de diseño a tales efectos, que permita incidir positivamente en su bienestar emocional.

En definitiva, reiteramos la importancia del estudio del síndrome de *burnout* en esta población, porque es la mujer ama de casa cuidadora familiar de un enfermo de Alzheimer, la que convive con esta enfermedad y sufre en primera persona el deterioro irremediable de ese ser querido asumiendo, además de su rol de ama de casa, la atención de su familiar enfermo, en la ejecución de sus actividades de la vida diaria, de acuerdo a su nivel de deterioro, su marcada dependencia; la cuidadora está presente en actividades de acompañamiento y vigilancia, ocupándose de los cuidados más difíciles y rutinarios que requieren de una mayor dedicación que le condiciona a implantar drásticos cambios en su estilo de vida. Por tradición generacional, generalmente es la esposa o hija de la persona a cuidar es la que desempeña esta labor, sin remuneración, convirtiéndose

en la cuidadora principal. Este nivel de sobrecarga sostenido en el tiempo, que supone desempeñar un doble rol, ama de casa y familiar cuidadora de enfermo de Alzheimer, el escaso control sobre la situación, así como la falta de apoyo para ejercer su actividad, hacen de su labor un contexto idóneo para el desarrollo del síndrome, con las implicaciones negativas que pudiera conllevar para su salud física y mental. De ahí la importancia de su estudio en este colectivo, con el fin de profundizar en el conocimiento del mismo, sus causas y consecuencias, de cara a poder realizar propuestas de intervención efectivas tanto para su prevención como para su abordaje clínico.

Por todo lo expuesto, en el presente trabajo de investigación nos planteamos como **Objetivo general** estudiar el síndrome de *burnout* o “estar quemado” y el estado de salud en mujeres amas de casa en función de si desempeñan, además, el papel de cuidadoras de un familiar enfermo de Alzheimer, así como de determinadas variables sociodemográficas asociadas a la actividad del cuidado. Todo ello con el fin de diseñar estrategias de intervención para la promoción de la salud y prevención del síndrome en esta población.

De igual modo, los objetivos específicos e hipótesis de trabajo son los que se detallan a continuación:

*Objetivo específico 1.* Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout*, así como de problemas de salud (enfermedades crónicas y estado de salud general) asociados al tipo de actividad desempeñada como ama de casa (AC) o ama de casa cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer (ACC). Es de esperar que:

H<sub>1.1.</sub>: La prevalencia del síndrome de *burnout* en las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar sea, de al menos, un 2%.

H<sub>1.2.</sub>: Que dicha prevalencia sea mayor en aquellas mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar y que además se dedican a la atención y cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer.

H<sub>1.3.</sub>: La prevalencia de enfermedades crónicas y afectación de la salud en general, sea mayor en las mujeres ACC respecto a las que sólo ejercen su labor como AC.

*Objetivo específico 2.* Conocer cómo se relacionan las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en las mujeres que desempeñan su actividad laboral en el ámbito familiar, así como los niveles presentados en las mismas y si existen diferencias significativas en función del tipo de actividad desempeñada como ama de casa o ama de casa cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer. Cabe esperar que:

H<sub>2.1.</sub>: Las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización se relacionen de forma directa, de modo que cuanto mayor sea el agotamiento emocional mayor será el nivel de despersonalización.

H<sub>2.2.</sub> Las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización se relacionen de forma inversa con la dimensión realización personal, de modo que cuanto mayor sea el agotamiento emocional y la despersonalización menos sea el nivel de realización personal.



H<sub>2.3</sub>. Las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar obtengan puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional respecto a las otras dos dimensiones del síndrome de *burnout*.

H<sub>2.4</sub>. Los niveles obtenidos en cada dimensión del síndrome de *burnout* sean significativamente diferentes entre el grupo de ACC y el grupo de AC.

H<sub>2.5</sub>. Las mujeres amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer presentan mayores niveles de agotamiento emocional respecto a las amas de casa.

*Objetivo específico 3.* Determinar la influencia de distintas variables sociodemográficas (edad, estado civil, hijos, número de hijos e hijos que conviven en el hogar familiar) y variables asociadas a la actividad desempeñada como cuidadoras de un familiar enfermo de Alzheimer (años que llevan dedicadas al cuidado del familiar, número de horas diaria que dedican al cuidado) en las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Se espera que:

H<sub>3.1</sub>.: La edad de las mujeres participantes influya en los niveles de *burnout*, de modo que las más jóvenes presenten menores niveles de agotamiento emocional, despersonalización y mayores niveles de realización personal.

H<sub>3.2</sub>.: Las mujeres participantes que tengan pareja (casada o pareja de hecho) presenten puntuaciones más bajas en las dimensiones

agotamiento emocional y despersonalización y más altas en realización personal.

H<sub>3.3.</sub>: Las mujeres participantes que tengan hijos presenten menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización y mayores niveles de realización personal respecto a las que no los tienen.

H<sub>3.4.</sub>: El número de hijos que tengan al igual que la cantidad de hijos con los que conviven en el hogar familiar influya en los niveles obtenidos en las distintas dimensiones del síndrome de *burnout*.

H<sub>3.5.</sub> Las variables sociodemográficas influirán en los niveles obtenidos de las dimensiones de *burnout* en función del tipo de actividad desempeñada dentro del ámbito familiar como ama de casa cuidadora familia de enfermo de Alzheimer o ama de casa.

H<sub>3.6.</sub> Los niveles de agotamiento emocional y despersonalización serán mayores entre las amas de casa cuidadoras que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer. De igual modo es de esperar que dichas mujeres presenten bajo nivel en la dimensión realización personal.

H<sub>3.7.</sub> Existirán diferencias en los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en función de los años que las mujeres participantes lleven dedicadas al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer, siendo mayores los niveles en

agotamiento emocional y despersonalización y menores en realización personal.

*Objetivo específico 4.* Analizar las características más específicas de cada dimensión del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y comprobar si existen diferencias entre mujeres amas de casa y aquellas que además desempeñan el papel de cuidadoras de familiares con Alzheimer. Se espera que:

H<sub>4.1</sub>. Las características más específicas de cada una de las dimensiones del síndrome de *burnout* serán distintas en el grupo de ACC respecto al de AC.

*Objetivo específico 5.* Conocer cómo afecta la actividad desempeñada y el síndrome de *burnout* en el estado de salud general y, en particular, en la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). Cabe esperar que:

H<sub>5.1</sub>. Las puntuaciones en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal influirán en el estado de salud general de las mujeres participantes y existirán diferencias en función del grupo de pertenencia, ACC o AC.

H<sub>5.2</sub>. Las puntuaciones en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal influirán en las manifestaciones de ansiedad y depresión de las mujeres participantes y existirán diferencias significativas en función del grupo de pertenencia ACC o AC.



# Estudio empírico

---



## **CAPÍTULO 6: MÉTODO**

### **6.1. Participantes**

La muestra de estudio estuvo constituida por 193 mujeres amas de casa, que fueron distribuidas en dos grupos:

- Cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer (ACC) (n=96), que estaban asociadas en la Confederación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (CONFEAFA) durante el año 2009.
- Amas de casa (AC) (n=97), que estaban asociadas en la Federación de Asociaciones de Mujeres en la Provincia de Sevilla, en Asociaciones de Vecinos de Utrera, (Provincia de Sevilla), así como participantes en los cursos de formación básica en el Centro de Adultos “El Palmarillo” en Dos Hermanas, (Provincia de Sevilla), durante el año 2009.

Los criterios de inclusión y exclusión tomados en cuenta para formar parte de este estudio se indican en la siguiente Tabla 14.

**Tabla 14. Criterios de inclusión y exclusión en la muestra de estudio.**

<b>Cuidadoras familiares</b>	
<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
1. Ser mujer.	1. Ser menor de 20 años de edad.
2. Ser mayor de 20 años de edad.	2. No ser familia del enfermo/a del que cuida.
3. Desempeñar su actividad laboral dentro de su entorno familiar.	3. Recibir retribución económica por cuidar del enfermo/a.
4. Ser familiar del enfermo/a al que cuida.	
5. No recibir retribución económica por cuidar del enfermo/a.	

<b>Amas de casa</b>	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1. Ser mujer.	1. Ser menor de 20 años de edad.
2. Ser mayor de 20 años de edad.	2. Desempeñar su actividad laboral fuera del entorno familiar.
3. Desempeñar su actividad laboral solamente dentro del entorno familiar.	3. Recibir retribución económica por la labor que realiza.
4. No recibir retribución económica por la labor que realiza.	

Las 193 mujeres que participaron cumplían con los criterios de inclusión, fueron debidamente informadas del objetivo del estudio y dieron su consentimiento antes de responder a la batería de pruebas aplicadas. El hecho de participar no implicaba ningún tipo de compensación económica, pero las que lo solicitaban recibieron de forma gratuita, orientación psicológica, como acción preventiva a partir de sus resultados obtenidos en las pruebas realizadas, sugiriéndoles alternativas individualizadas de forma escrita o presencial, para lograr un adecuado funcionamiento psicológico, de acuerdo a las condiciones psicosociales en que se encontraba la participante. A continuación mostramos en la Tabla 15 la manera en que se realizó la orientación psicológica:

**Tabla 15. Distribución en porcentaje de la orientación psicológica solicitada por las participantes y la forma en que se le indicó.**

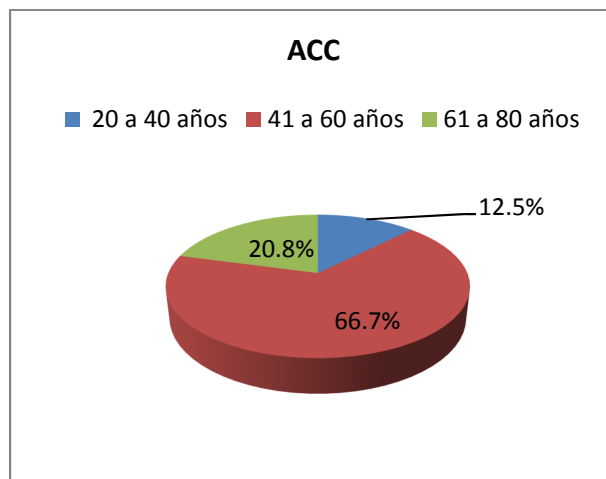
<b>Cuidadoras familiares (n=96), recibieron orientación psicológica 71.9% (n=69)</b>	
De forma escrita	De forma presencial
16 mujeres (16.7%)	53 mujeres (55.2%)
<b>Amas de casa (n=97), recibieron orientación psicológica 71.1% (n=69)</b>	
De forma escrita	De forma presencial
30 mujeres (30.9%)	39 mujeres (40.2%)



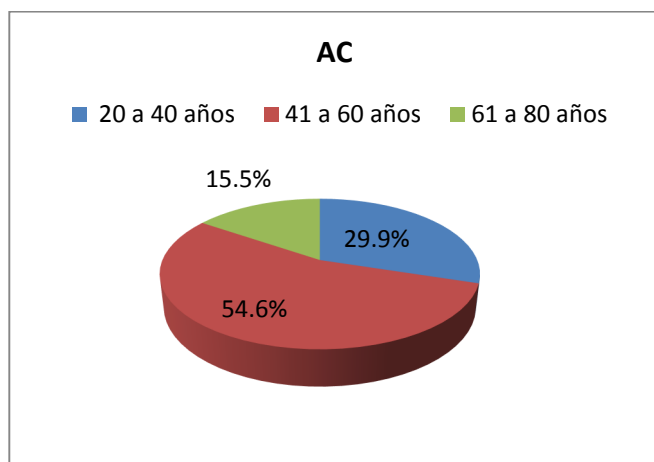
### **6.1.1. Características sociodemográficas de la muestra**

La media de edad de las participantes fue de 49 años ( $DT=11.31$ ) en un rango que osciló de 20 a 80 años de edad.

La muestra se distribuyó de la siguiente manera por rangos de edad: el 21.3% ( $n=41$ ) tenían edades comprendidas entre los 20 y los 40 años de edad, el 60.6% ( $n=117$ ) tenían de 41 a 60 años de edad y el 18.2% ( $n=35$ ) de 61 a 85 años de edad. Atendiendo De igual modo, a continuación se muestra la distribución por rango de edades atendiendo al grupo de pertenencia (véase Gráficos 8a y 8b).

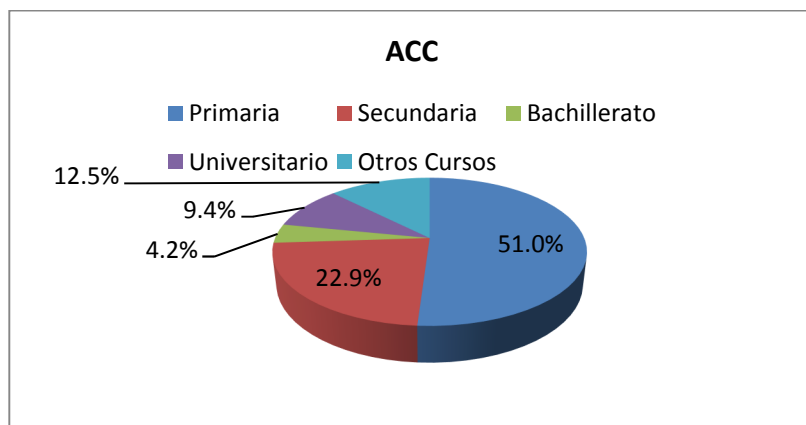


**Gráfico 8a. Distribución del grupo ACC por rangos de edad.**

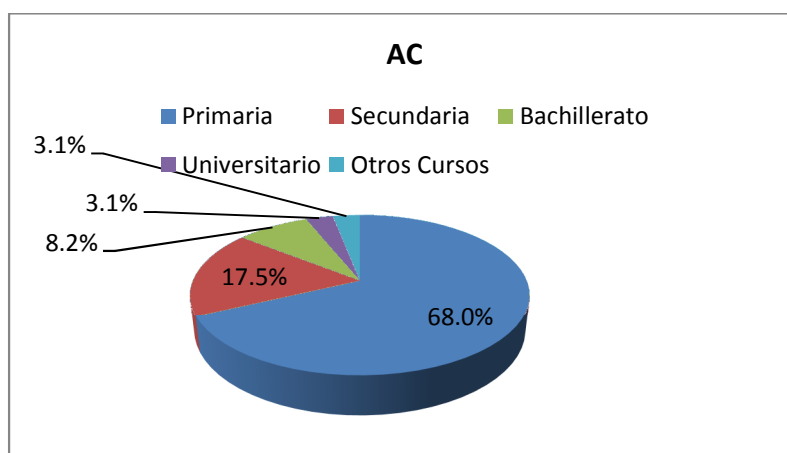


**Gráfico 8b. Distribución del grupo AC por rangos de edad.**

En la muestra general atendiendo a la distribución en función del nivel de estudio, el 59.6% (n=115) tenían estudios primarios y el 20.2% (n=39) secundarios, mientras que el resto había cursado estudios medios y superiores (6.2% (n=12) bachillerato, 7.8% (n=15) en otros cursos y el 6.2% (n=12) universitario). A continuación exponemos la distribución de los grupos ACC y AC, según el nivel de estudio alcanzado (véase Gráficos 9a y 9b).

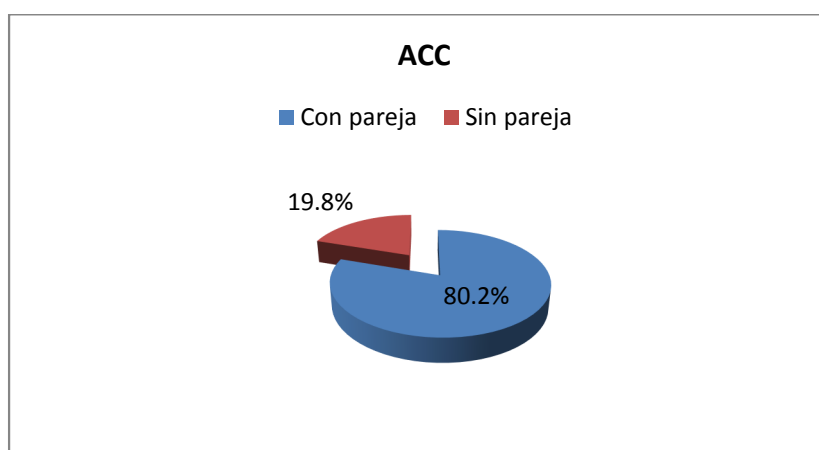


**Gráfico 9a. Distribución del grupo ACC según el nivel de estudio.**

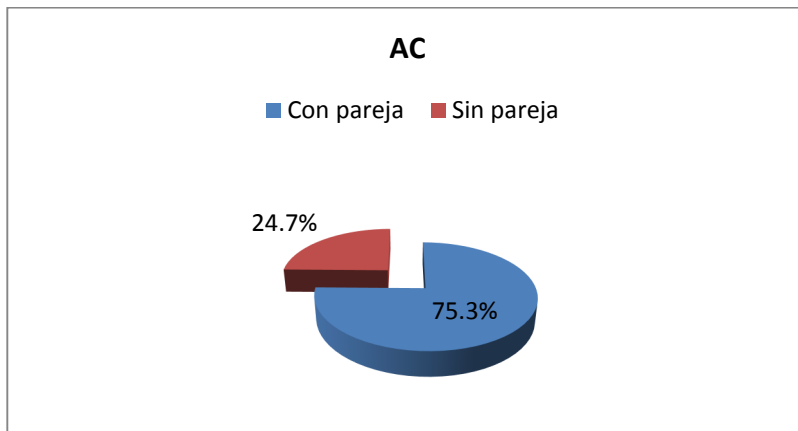


**Gráfico 9b. Distribución del grupo AC según el nivel de estudio.**

En cuanto al estado civil de las participantes, en la muestra general, el 75.1% (n=145) estaban casadas y el 2.6% (n=5) eran parejas de hecho, mientras que el 7.3% (n=14) estaban separadas o divorciadas, el 6.2% (n=12) eran viudas y el 8.8 % (n=17) solteras. Con el fin de facilitar los análisis las agrupamos en dos categorías: con pareja 77.7% (n=150) y sin pareja 22.3% (n=43). A continuación indicamos la distribución en cada grupo de estudio según el estado civil (véase Gráficos 10a y 10b).



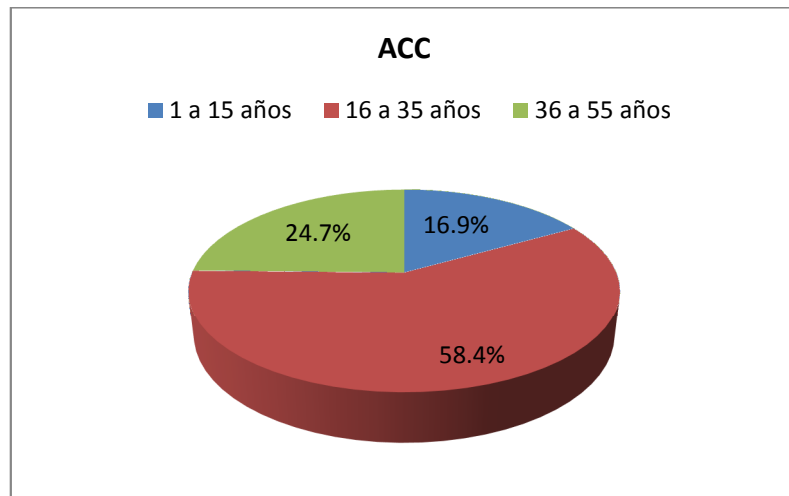
**Gráfico 10a. Distribución del grupo ACC según el estado civil**



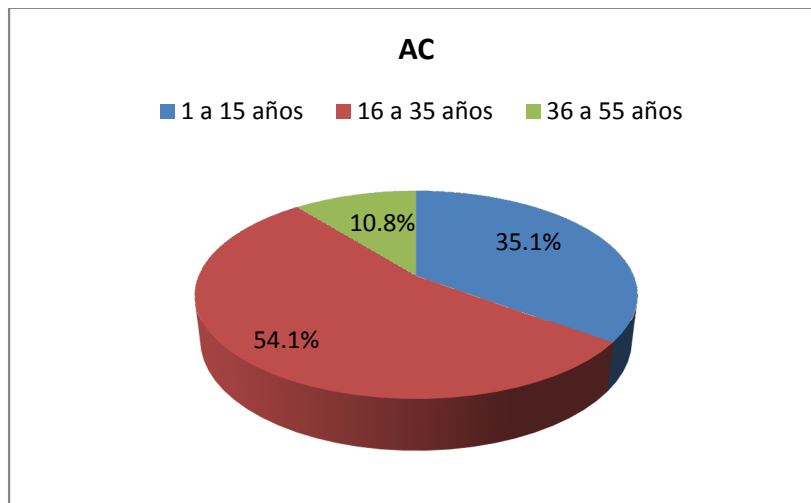
**Gráfico 10b. Distribución del grupo AC según el estado civil.**

Atendiendo a los años de convivencia en pareja, la media en el grupo ACC fue de 21.56 años ( $DT=15.10$ ) y en el grupo AC la media fue de 17.07 ( $DT=13.80$ ).

En las mujeres participantes el 77.7% ( $n=150$ ) convivían en pareja, tomando en cuenta los años de convivencia, en un rango que oscila de 1 a 55 años, se distribuyó la U invertida de la siguiente manera: el 20.2% ( $n=39$ ) tenían de 1 a 5 años de convivencia, el 44% ( $n=85$ ) tenían de 16 a 35 años de convivencia y el 13.9% ( $n=27$ ) tenían de 36 a 55 años de convivencia en pareja. A continuación mostramos como se presenta la distribución en cada grupo de estudio en función de los años de convivencia en pareja (véase Gráficos 11a y 11b).



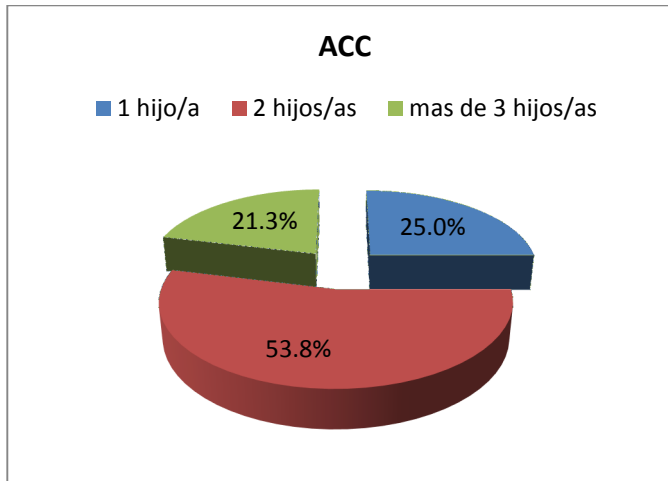
**Gráfico 11a.** Distribución del grupo ACC por rangos de años de convivencia en pareja.



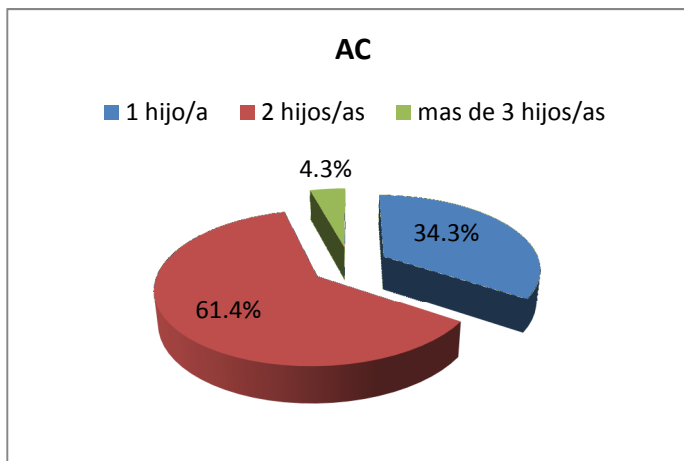
**Gráfico 11b.** Distribución del grupo AC por rangos de años de convivencia en pareja.

Respecto a si tienen o no hijos, el 87.6% (n=169) de las participantes afirmaron tener hijos, sin embargo, sólo el 74.1% (n=143) convive con ellos, atendiendo al número de hijos con el que conviven, la U invertida se distribuyó del siguiente modo: el 22.8% (n=44) con un hijo, el 40.9% (n=79)

con 2 hijos y el 10.4% (n=20) con más de 3 hijos. A continuación indicamos la distribución en ambos grupos según la cantidad de hijos con los que convive (véase Gráficos 12a y 12b).

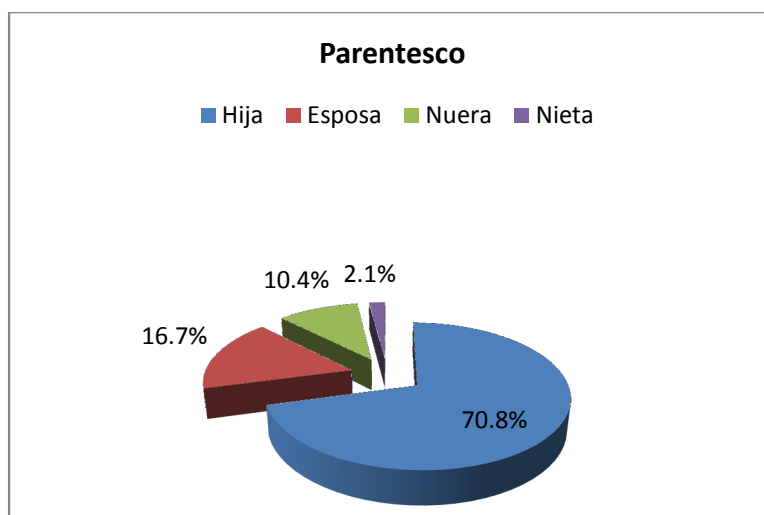


**Gráfico 12a.** Distribución del grupo ACC según la cantidad de hijos con los que convive.



**Gráfico 12b.** Distribución del grupo AC según la cantidad de hijos con los que convive.

En el grupo de las ACC, resulta de interés especificar el grado de parentesco que la relaciona con el familiar enfermo de Alzheimer (véase Gráfico 13).

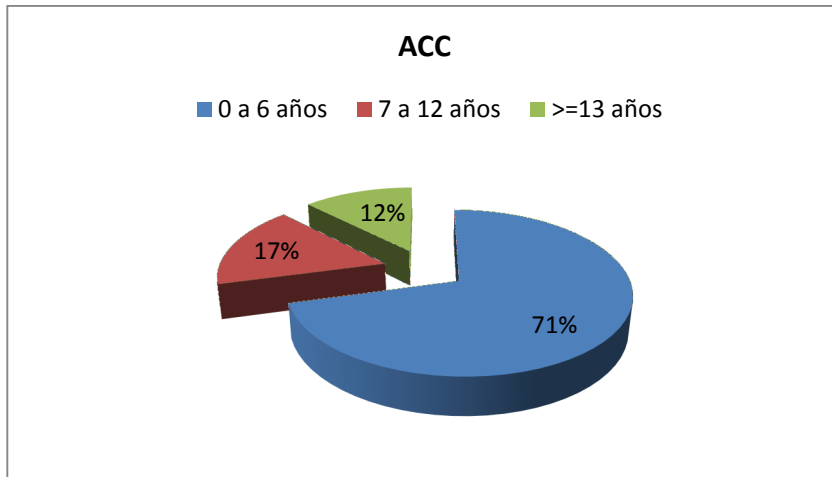


**Gráfico 13. Distribución del grupo ACC en función del parentesco con su familiar enfermo de Alzheimer.**

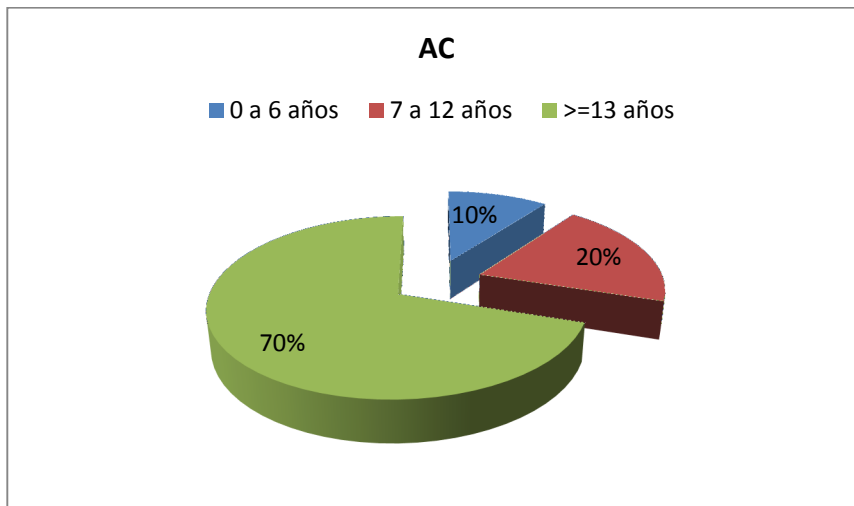
La media de años dedicados a la labor que realizan dentro del entorno familiar, fue de 14.91 años ( $DT=13.707$ ) en un rango que osciló de 1 a 61 años de dedicación. Al distribuir las por grupo, en las cuidadoras familiares la media fue de 6.28 años ( $DT= 6.11$ ) y en las amas de casa la media fue de 23.44 años ( $DT=13.81$ ).

Con el fin de ser más específicos con esta variable de tipo laboral, se recodificó en tres categorías, de 0 a 6 años de dedicación, de 7 a 12 años de dedicación y 13 años o más dedicadas a esa labor; de esta manera las participantes de la muestra general quedaron distribuidas de la siguiente manera: el 40.4% ( $n=78$ ) tenían de 0 a 6 años de dedicación a la labor que realizan dentro de su entorno familiar, el 18.1% ( $n=35$ ) tenían de 7 a 12

años de dedicación y el 41.5% (n=80) tenían de 13 años o más dedicación a su actividad laboral. A continuación se muestra el comportamiento de la distribución de los años dedicados a la labor que realizan dentro de su entorno familiar en cada uno de los grupos (véase Gráficos 14a y 14b).



**Gráfico 14a.** Distribución del grupo ACC por rangos de cantidad de años dedicados a la labor que realizan dentro de su entorno familiar.

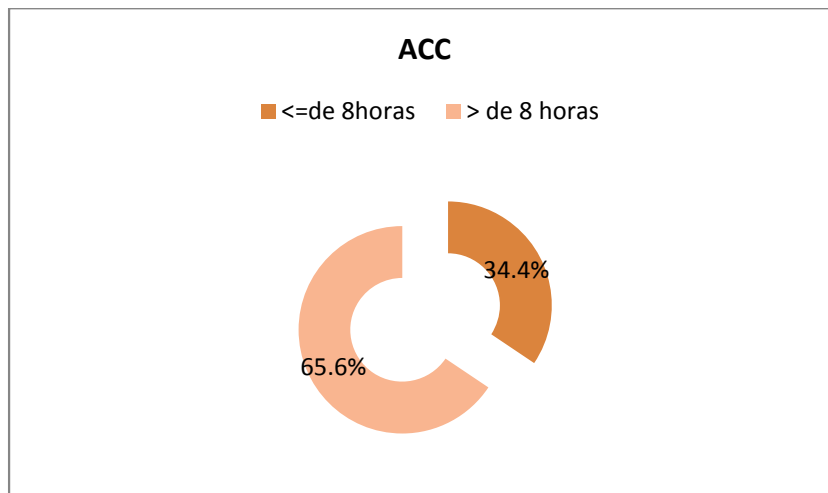


**Gráfico 14b.** Distribución del grupo AC por rangos de cantidad de años dedicados a la labor que realizan dentro de su entorno familiar.

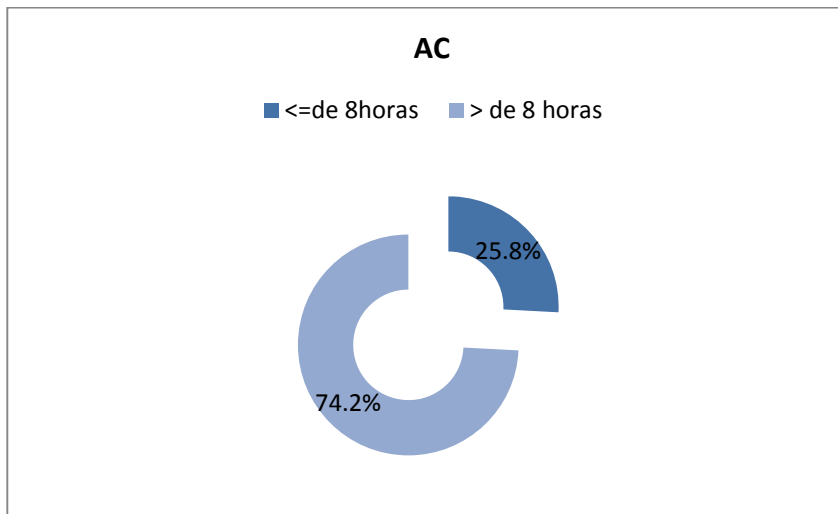


Atendiendo a las horas dedicadas a la labor que realizan dentro del entorno familiar, en un rango que oscila de 1 a 24 horas de dedicación, para el grupo de las ACC la media fue de 15.10 horas ( $DT=8.96$ ) y en las AC la media fue de 15.29 horas ( $DT=7.40$ ).

Se ha delimitado esta variable de tipo laboral, recodificándola en dos categorías, las que tenían igual o menos de 8 horas de dedicación y más de 8 horas de dedicación, así las participantes de la muestra general quedaban distribuidas de la siguiente manera: el 30% ( $n=58$ ) tenían igual o menos de 8 horas de dedicación a la labor que realizan dentro de su entorno familiar y el 70% ( $n=135$ ) tenían más de 8 horas de dedicación. A continuación exponemos el comportamiento de la distribución de las horas dedicadas a la labor que realizan dentro de su entorno familiar en cada uno de los grupos (véase Gráficos 15a y 15b).



**Gráfico 15a.** *Distribución del grupo ACC según la cantidad de horas dedicadas a la labor que realizan dentro de su entorno familiar.*



**Gráfico 15b.** Distribución del grupo AC según la cantidad de horas dedicadas a la labor que realizan dentro de su entorno familiar.

## 6.2. Variables de estudio e instrumentos de evaluación

### 6.2.1. Variables sociodemográficas y laborales. Cuestionario de datos socio demográficos y laborales (*ad hoc*).

Con el fin de obtener información referente a características sociodemográficas y laborales, se elaboró al efecto un cuestionario compuesto por 10 preguntas abiertas y cerradas: las seis primeras, referidas a las variables sociodemográficas y las cuatro últimas preguntas se referían a características laborales (Anexo 5).

### 6.2.2. Síndrome de *burnout*. Maslach *Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986)

Es el instrumento es utilizado con mayor frecuencia en diferentes países y diversas muestras poblacionales para la evaluación del síndrome de *burnout*. En nuestro estudio, utilizamos el Maslach *Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986) con la adaptación española realizada por

Seisdedos (1997) para Tea Ediciones. Elaborado por las autoras basándose en la estructura tridimensional (Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal) con la que conceptualizan el síndrome de *burnout*. Consta de 22 ítem, en forma de afirmaciones referidas a los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia las personas a quien brinda sus servicios (Anexo 6). Se responde utilizando una escala de frecuencia tipo Likert que va de 0 a 6, donde 0 es igual a “nunca” y 6 igual a “todos los días”.

Cuando las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización puntúan alto, y la dimensión realización personal puntúa bajo, significa que está presente el síndrome de *burnout*. En la Tabla 16 se muestra cada dimensión del *burnout*, la distribución de los ítems que la evalúan así como la clasificación y puntuación máxima que se puede obtener en cada una de ellas.

**Tabla 16. Las tres dimensiones del síndrome de burnout en el instrumento de medición.**

<b>Dimensiones del síndrome de burnout</b>	<b>Número de ítems que se refieren a esa dimensión</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Puntuación máxima a obtener</b>
Agotamiento Emocional (AE). Describe los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo que realiza, al brindar diariamente sus servicios a otros que demandan un considerable esfuerzo físico y emocional. Por ejemplo, se expresa en el ítem 3, “Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día	1-2-3-6-8-13-14-16-20	Bajo:<15 Medio:15-24 Alto: >24	54

de trabajo”.			
Despersonalización (DP). Describe los sentimientos y actitudes negativas, de endurecimiento en el trato que puede llegar hasta la deshumanización, en relación al personal al que dedica sus servicios. Por ejemplo, se evidencia en el ítem 15, “No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio”.	5-10-11-15-22	Bajo:<4 Medio:4-9 Alto: >9	30
Realización Personal (RP). Describe sentimientos de competencia y éxito en el trabajo que realiza con las personas a las que brinda sus servicios; sin embargo, la reducción de la autorrealización personal indica una tendencia a evaluarse negativamente, con sentimientos de insatisfacción consigo mismo y con el desempeño de su labor. Por ejemplo, se manifiesta en el ítem 17, “Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio”. No obstante, si es baja la realización personal su autovaloración será negativa.	4-7-9-12-17-18-19-21	Alta:>39 Media:33-39 Baja: <33	48

Para clasificar a las participantes, en puntuaciones altas, medias o bajas en cada una de las dimensiones referidas, han sido utilizados los criterios demostrados en el manual del inventario MBI para la muestra poblacional española (n=1.138), que confirman la validez y confiabilidad que tiene este instrumento. Autores como Hernández, Terán, Navarrete y León (2007) refieren que el instrumento cuenta con una fiabilidad de .90,

que permite de una manera rápida obtener resultados de medición del síndrome de *burnout* acorde a la realidad. En esa misma línea, Párraga (2005) plantea que la consistencia interna y fiabilidad es de .75 a .90. Aguayo (2013), por su parte, afirma que el Maslach *Burnout Inventory* presenta unos valores de fiabilidad media aceptables para propósitos de investigación.

### **6.2.3. Salud general. Cuestionario de Salud de Goldberg (General Health Questionnaire GHQ-28). (Goldberg e Hillier, 1979)**

El GHQ es un cuestionario autoadministrado que permite detectar la incapacidad de realizar las funciones “saludables” normales y la aparición de malestar psíquico, de ahí que sólo se pregunta por los síntomas que padecen durante dos semanas, siendo sensible a trastornos transitorios. Goldberg e Hillier, (1979) desarrollaron una versión “en escala” del GHQ de 28 ítem, el GHQ-28, que ha sido utilizado en un número considerable de investigaciones. Ahora bien, se debe tomar en cuenta que las subescalas: a) son dimensiones de sintomatologías, no diagnósticos psiquiátricos, b) no son independientes entre sí, c) la valoración del cuestionario se hace de manera integral porque el test no es diagnóstico, pero detecta trastornos psíquicos agudos. Se ha utilizado en nuestro estudio el Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28) de los autores Goldberg y Williams, versiones en lengua española validada por Lobo y Muñoz, (1996) (Anexo 7).

Las subescalas de GHQ-28 son las siguientes:

A - Síntomas somáticos: muestra síntomas somáticos de origen psicológico como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, sensación de enfermedad o malestar en general.

B - Ansiedad e insomnio: muestra los síntomas relacionados con la ansiedad, como la angustia, dificultades para conciliar el sueño, tensión psíquica, irritabilidad.

C - Disfunción social: muestra los síntomas relacionados con la disfunción social, como la agilidad para desarrollar el trabajo, la posibilidad de organizarse un horario ordenado, capacidad para tomar decisiones.

D - Depresión: muestra síntomas referidos a estado de ánimo, rasgos depresivos.

Cada ítem se refiere a una pregunta sobre recientes síntomas o conducta particular experimentada. Se utiliza una escala de puntuación que va desde “menos que lo habitual” a “mucho más de lo habitual”. Éstas pueden ser puntuadas por el método del GHQ, que es sencillo de marcar, y descarta errores en los casos de personas con tendencia a puntuar en los extremos o en los términos medios, por estar previsto en este método esas posibles faltas, al ser similar el valor de la puntuación independientemente si eligen las columnas extremas 1 y 4 o las columnas del medio 2 y 3, para indicar que sufren o no el síntoma en sí, sus valores son para la columna 1 y 2, “0”, y para la columna 3 y 4, “1”

Como podemos apreciar, cada ítem tiene cuatro posibles respuestas, aunque no se utiliza la misma forma de respuesta para las distintas subescalas, ni para todos los ítems, a pesar de que es similar la

manera de puntuarla; la persona puede señalar la opción que mejor manifieste su estado durante las últimas semanas, al interpretar las puntuaciones obtenidas las consideramos como un indicador del nivel de malestar psíquico que está padeciendo esa persona. A continuación mostramos en forma de ejemplo algunas de las preguntas del instrumento, algunas de las respuestas posibles y el valor indicado (ver Tabla 17).

**Tabla 17. Distribución de la puntuación del GHQ-28 ítem, por el método GHQ.**

Algunas de las preguntas del cuestionario	Respuesta posible y su valor en la columna 1	Respuesta posible y su valor en la columna 2	Respuesta posible y su valor en la columna 3	Respuesta posible y su valor en la columna 4
	Menos que lo habitual. (0)	No más que lo habitual. (0)	Bastante más que lo habitual. (1)	Mucho más que lo habitual. (1)
<b>A 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b>	Mejor que lo habitual. (0)	Igual que lo habitual. (0)	Peor que lo habitual. (1)	Mucho peor que lo habitual. (1)
<b>D 1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b>	No, en absoluto. (0)	No más que lo habitual. (0)	Bastante más que lo habitual. (1)	Mucho más que lo habitual. (1)

Este instrumento ha sido utilizado durante décadas en investigaciones realizadas en diversas poblaciones de diferentes países demostrando su validez y fiabilidad; como se refiere en la Guía para el usuario de las distintas versiones en lengua española del Cuestionario de salud general (Golberg y Williams, 1996), la entrevista psiquiátrica estructurada que ha sido utilizada frecuentemente en los estudios de validez del GHQ es la *Clinical Interview Schedule (CIS)* su validez es de .76 y con el *Present State Examination* es de .67.

En nuestro estudio hemos utilizado el punto de corte 4/5 para determinar los casos que se consideran precisan de una intervención especializada, este punto de corte coincide con el utilizado en una investigación realizada con cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer en el que un 66% resultaron ser casos clínicos (Marriott, Donaldson, Tarrier y Burns, 2000). Sin embargo, en un estudio realizado en España con cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer utilizaron un punto de corte de 6/7 y los resultados alcanzados de 65% considerados casos clínicos fueron similares al estudio anterior (Saavedra, Bascón, Arias, García y Mora, 2013).

### **6.3. Procedimiento**

Se trata de un estudio transversal mediante encuesta. El procedimiento de muestreo fue a conveniencia. La investigadora para tener acceso a las mujeres objeto de estudio, estableció un contacto inicial con los centros requeridos para explicar los motivos de la investigación y pautas a seguir. Al Presidente de la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer en Sevilla, se le solicitó autorización para comunicar en las diferentes Asociaciones de los municipios sevillanos sobre la importancia del presente estudio, y solicitar la participación voluntaria de las amas de casa cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer. En el caso del municipio Utrera, se comunicó directamente la información a las asociadas y a las mujeres que llegaban por primera vez buscando apoyo para su familiar enfermo. Para acceder a las mujeres amas de casa, la investigadora contactó con el Director del Centro de Adultos “El Palmarillo” de Dos Hermanas, en Sevilla, y con Presidentes de distintas Asociaciones de Vecinos, en distintas Barriadas de Sevilla. En todos los



casos, primero se les informaba del interés de estudiar específicamente esa población, los objetivos del estudio, los criterios de inclusión y exclusión de la muestra poblacional, así como los detalles para planificar la posible administración de las pruebas psicológicas a cada mujer una vez que aceptara participar.

Previa autorización de los distintos responsables de los centros, la investigadora, durante varios días, se desplazó a los diferentes lugares en distintos municipios sevillanos para reunirse con grupos de mujeres o de forma individual. En ese momento, se les explicaba todo lo referente a la investigación, se les entregaba el acta de consentimiento informado y los instrumentos de evaluación a responder. Paralelamente se les leía las instrucciones para cumplimentar de forma correcta cada prueba y se les indicaba la importancia de la sinceridad y precisión de sus respuestas. Las participantes podían elegir responder en ese instante, en presencia de la investigadora, o entregar las respuestas en un tiempo límite de 15 días a partir de la fecha de entrega.

En algunos casos de municipios distantes, la entrega de los instrumentos de medición y acta de consentimiento, se hizo a través de las psicólogas de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la localidad, las cuales previamente habían sido informadas del objetivo del estudio, del criterio de inclusión y exclusión de la muestra poblacional, los instrumentos que se aplicarían y la forma en que se debía cumplimentar. Además, se les indicó cómo tratar las posibles incidencias durante la aplicación y recogida de la información, con independencia de que mantuvieran contacto directo con la investigadora. En un periodo de 15

días enviaban las respuestas por vía e-mail. En el caso de la Asociación de Utrera, se contó con el apoyo de sus dos auxiliares clínicas para la recogida de las respuestas a domicilio, cuando por motivos obvios de atención al enfermo a la mujer ama de casa cuidadora le era imposible llegar a la Asociación.

En cada caso, se insistió en los aspectos éticos de la investigación, en cuanto a consentimiento informado de las participantes, respecto a su intimidad, solución de dudas, custodia de los datos e información de los propios resultados a aquellas que estuviesen interesadas, atendiendo a las recomendaciones señaladas por Del Río (2005) (Anexo 8).

#### **6.4. Métodos estadísticos**

Una vez obtenida toda la información se introdujeron todos los datos obtenidos en este estudio en una matriz estadística y se realizó el tratamiento estadístico a través del programa informático SPSS para Windows, en su versión 22.

Los procedimientos estadísticos empleados se detallan a continuación:

1. Estadísticos descriptivos: Para conocer detalladamente los datos de la muestra de estudio, se calcularon para cada variable descriptivos básicos de tendencia central (media, mediana), dispersión (desviación típica) y las distribuciones de frecuencias.
2. Análisis de comparaciones: Para comparar las muestras de estudio se utilizó el estadístico  $Chi^2$ , se comparó las variables sociodemográficas con las variables estudiadas respectivamente para lo que se hizo la Tabla de contingencia cuando teníamos dos

variables cualitativas, se valoraba la  $Chi^2$ , la significación de la  $Chi^2$  y el coeficiente de contingencia para valorar el tamaño del efecto. Se compararon las medias de ambos grupos de estudio con la prueba  $t$  de *student*. Para las comparaciones de medias entre más de tres grupos independientes, se empleó la prueba F del análisis de varianza (ANOVA). Para apreciar la certeza de los resultados se ha calculado r la magnitud de los efectos con la prueba del “tamaño del efecto” (Cohen, 1988), que ha permitido instaurar la relevancia de las diferencias encontradas en las distintas variables de estudio, considerándose como nivel de relevancia baja las comprendidas entre .10 a .29, relevancia media entre .30 a .49 y relevancia alta a partir de .50, estos criterios de Cohen se tuvieron en cuenta independientemente del nivel de significación estadística.

3. Análisis de correlaciones: Con el objetivo de analizar la asociación entre las variables objeto de estudio, se utilizó la correlación  $r$  de *Pearson* cuando teníamos dos variables cuantitativas y la correlación de *Rho Spearman*, como prueba no paramétrica alternativa al coeficiente de correlación de *Pearson*; se diferencia de la correlación de *Pearson* en que utiliza dos variables con valores medidos a nivel de una escala ordinal.
4. Análisis de regresión: Para predecir el peso de una variable sobre otra se utilizó la Regresión lineal.



## **CAPÍTULO 7. RESULTADOS**

### **7.1. Prevalencia del síndrome de *burnout* y problemas de salud.**

En el objetivo específico 1, pretendemos determinar la prevalencia del síndrome de *burnout*, así como de problemas de salud (enfermedades crónicas y estado de salud general) asociados al tipo de actividad desempeñada como ama de casa (al que denominamos AC) o ama de casa cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer (al que denominamos ACC).

Para este fin, planteamos tres hipótesis. En la primera (H<sub>1.1.</sub>) esperábamos que la prevalencia del síndrome de *burnout* en las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar fuera de al menos, un 2 %. En la segunda (H<sub>1.2.</sub>) esperábamos que dicha prevalencia fuera mayor en aquellas mujeres que, además de desempeñar su actividad laboral dentro del ámbito familiar como amas de casa, se dedicaran a la atención y el cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer (ACC). Consecuentemente, consideramos (H<sub>1.3.</sub>) que la prevalencia de enfermedades crónicas y afectación en la salud, en general, fuera mayor en las mujeres ACC respecto a las que sólo ejercen su labor como AC.

Configuramos la variable presencia de *burnout* en función de si cumplían los criterios indicados en el manual del M.B.I. Inventario “*Burnout*” de Maslach para una muestra española (Seisdedos, 1997). Se reconoce la presencia de síndrome de *burnout*, en aquellos casos en que la persona obtiene puntuaciones altas en las dimensiones agotamiento emocional (AE alto >24) y despersonalización (DP alto >9), a la vez que bajas en la dimensión realización personal (RP bajo <33).

En primer lugar, realizamos un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes para obtener la presencia o ausencia de *burnout* en la muestra de mujeres estudiada, lo que se puede apreciar en la Tabla 18.

**Tabla 18. Presencia de síndrome de burnout en la totalidad de amas de casa (AC y ACC).**

	Total (N=193)		Amas de casa AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	<i>Chi</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Presencia de <i>burnout</i>	23	11.9	11	5.7	12	6.22	.062	.800
Ausencia de <i>burnout</i>	170	88.1	86	44.6	84	43.5		

El resultado obtenido muestra que el 11.9% de las mujeres participantes reflejan presencia de *burnout*, quedando superado el porcentaje esperado. Por tanto, se cumple la ( $H_{1.1}$ ).

Así mismo, al comparar ambos grupos, puede apreciarse en la Tabla 18 que el 5.7% del grupo de AC muestra presencia de *burnout*, porcentaje ligeramente superado en el grupo de ACC (6.22%). No obstante, los resultados indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ( $p=.800$ ). Por tanto, no se cumple la ( $H_{1.2}$ ).

A continuación, para conocer la prevalencia de problemas de salud (enfermedades crónicas) asociadas al tipo de actividad desempeñada en el ámbito familiar, creamos tres variables: 1) *presencia/ausencia de enfermedad*, en la que se agrupaban en función de si padecían o no alguna enfermedad crónica; 2) *cantidad de enfermedades que padece*, donde se

agrupaban en función de si padecían 1, 2 ó 3 enfermedades crónicas y 3) *patologías médicas*, donde se agrupaban en función de los tipos de enfermedades que padecían, distribuidas en las referidas a problemas cardiovasculares, endocrino-metabólicos y del aparato locomotor, según los criterios indicados en el Cuestionario de datos socio demográficos y laborales (ad hoc). Para ser tomada en consideración una dolencia como presencia de enfermedad crónica, debían ser enfermedades por las que recibiera tratamiento médico especializado durante más de seis meses.

Como puede apreciarse en la Tabla 19, en primer lugar, hemos realizado análisis descriptivos de frecuencia y porcentaje de la presencia o no de enfermedades crónicas.

**Tabla 19. Presencia o no de enfermedades crónicas en las mujeres participantes y en función de la actividad desempeñada.**

	Total (N=193)		Amas de casa AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	$Chi^2$	$p$
Ausencia de enfermedad	90	46.6	56	29	34	17.7	20.421	.000**
Presencia de enfermedad	103	53.4	41	21	62	32.3		

\*\*  $p \leq .01$

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p=.000$ ), indicando que hay una mayor presencia de enfermedades crónicas en el grupo de ACC (32.3%), respecto al grupo de AC (21%).

En segundo lugar, para conocer la cantidad de enfermedades que padecen, con el análisis descriptivo podemos observar en la Tabla 20 que de aquellas que afirman padecer enfermedades crónicas, el 53.4% soporta de uno a tres tipos diferentes de éstas. No obstante, predominan con el 37.9% las que padecen una sola enfermedad crónica.

**Tabla 20. Cantidad de enfermedades crónicas que padecen en función de la actividad desempeñada.**

	Total (n=103)		Amas de casa AC (n=41)		Cuidadoras ACC (n=62)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Chi <sup>2</sup>	p
1 enfermedad	73	37.9	28	14.4	45	23.4	90.301	.000**
2 enfermedades	23	11.9	11	5.6	12	6.3		
3 enfermedades	7	3.6	2	1.0	5	2.6		

\*\* p≤.01

Así mismo, al observar los porcentajes obtenidos en ambos grupos, destaca el 32.3% del grupo ACC, las cuales sufren en un porcentaje mayor esta condición, existiendo un número mayor de mujeres que padecen enfermedades crónicas que en el grupo de las AC con un 21%, llegando a ser estas diferencias significativas (p=.000). Y, en tercer lugar, para conocer el tipo de patologías médicas, se observa que la mayor afectación está en los problemas referidos al aparato locomotor (24.4%), resaltando el 18.7% en el grupo de las ACC, considerablemente mayor al porcentaje respecto al grupo de las AC, con el 5.7%., llegando a ser significativas las diferencias encontradas (p=.000) (Ver Tabla 21).



**Tabla 21. Presencia de patologías médicas en las participantes**

	Total (N=196)		Amas de casa AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Chi <sup>2</sup>	p
Ninguna	90	46.6	56	29	34	17.6	102.259	.000**
Problemas cardiovasculares	16	8.3	7	3.6	9	4.7		
Problemas endocrino- metabólicos	16	8.3	8	4.1	8	4.1		
Problemas en el aparato locomotor	47	24.4	11	5.7	36	18.7		
Otros	24	12.4	15	7.8	9	4.7		

\*\* p≤.01

Junto a la presencia/ausencia de enfermedades, la cantidad de las mismas y el tipo de patologías médicas más frecuentes, quisimos conocer la prevalencia de problemas de salud (salud general) asociadas al tipo de actividad desempeñada en el ámbito familiar. Se creó la variable *afectadas en la salud*. Las AC y ACC se agrupaban en función de si cumplían los criterios indicados en el Cuestionario de salud general (GHQ-28) de Goldberg e Hillier, versión en lengua española validadas por Lobo y Muñoz (1996). Las que se reconocen como afectadas son las que habían puntuado con 5 ó más puntos y las que no son afectadas, las que habían puntuado 4 ó menos puntos.

Como podemos apreciar en la Tabla 22, hemos realizado análisis descriptivos de frecuencia y porcentaje en función de si presentan afectación o no en la salud general.

**Tabla 22. Afectación en la salud general de las participantes.**

	Total (N=193)		Amas de casa AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	$\chi^2$	$p$
Afectadas (Mayor o igual a 5)	123	63.7	44	22.8	79	40.9	28.062	.000**
No afectadas (Igual o menor de 4)	70	36.3	53	27.5	17	8.8		

\*\*  $p \leq .01$

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p=.000$ ). Indican la presencia de mayor afectación de la salud en general en el grupo de las ACC con un 40.9%, en comparación con el 2.8% del grupo de AC.

Resumiendo los resultados de esta  $H_{1.3}$ , se comprueba que, tal y como esperábamos, es el grupo de ACC el que muestra una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y afectación en la salud en general. Por tanto, se confirma la  $H_{1.3}$ .

En conclusión, una vez expuestos los resultados, podemos confirmar la hipótesis  $H_{1.1}$ . La prevalencia del síndrome de *burnout* en las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar de nuestro estudio superior al 2% esperado. En nuestro estudio se ha obtenido un porcentaje de presencia *burnout* del 11.9%. De igual modo, se confirma la hipótesis  $H_{1.2}$ , dado que esperábamos que dicha prevalencia fuera mayor en aquellas mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar y que además se dedican a la atención y cuidado

de un familiar enfermo de Alzheimer (ACC). En nuestro estudio, el porcentaje presentado por el grupo de las ACC es ligeramente superior al de las AC, aunque sin llegar a ser significativa dicha diferencia. Finalmente, se confirma la hipótesis H<sub>1.3</sub>. La prevalencia de enfermedades crónicas y afectación de la salud en general, es mayor en las mujeres ACC respecto a las que sólo ejercen su labor como AC.

## **7.2. Relación entre las dimensiones del síndrome de *burnout* y las amas de casa.**

Atendiendo al objetivo específico 2 pretendíamos conocer cómo se relacionan las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en las mujeres que desempeñan su actividad laboral en el ámbito familiar, así como los niveles presentados en las mismas y si existen diferencias significativas en función del tipo de actividad desempeñada como ama de casa (AC) o ama de casa cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer (ACC).

En nuestra hipótesis de partida, esperamos encontrar una relación directa entre el agotamiento emocional y la despersonalización (H<sub>2.1</sub>) e inversa de estas dos dimensiones con la realización personal (H<sub>2.2</sub>). Planteamos que el agotamiento emocional se mostrará más elevado, respecto a la despersonalización y la (falta) de realización personal (H<sub>2.3</sub>) y que serán las mujeres ACC las que presentarán mayores niveles de agotamiento emocional respecto a las AC (H<sub>2.4</sub>). Finalmente, en la línea de esta última hipótesis, en la H<sub>2.5</sub> esperamos encontrar que los niveles obtenidos en cada dimensión del síndrome de *burnout* indicaran diferencias entre el grupo AC y el grupo de cuidadoras (ACC).

Para determinar la relación entre las tres dimensiones del síndrome de *burnout* hemos realizado análisis de correlaciones ( $r$  de Pearson). Los resultados muestran como la despersonalización se relaciona positivamente con el agotamiento emocional ( $r=.32$ ;  $p=.000$ ) y la despersonalización se relaciona negativamente con la dimensión realización personal ( $r=-.148$ ;  $p=.040$ ). Por el contrario, entre la despersonalización y la realización personal no queda demostrada la relación ( $r=-.115$ ;  $p=.112$ ). Por tanto, se confirma la hipótesis  $H_{2.1}$ . El agotamiento emocional y la despersonalización se relacionen de forma positiva, de modo que cuanto mayor sea el agotamiento emocional mayor será el nivel de despersonalización.

En cambio, se confirma parcialmente la hipótesis  $H_{2.2}$ ., Si bien se cumple que la despersonalización se relaciona de forma inversa con la realización personal, esta relación inversa no queda demostrada entre el agotamiento emocional y la realización personal. Por tanto, se cumple parcialmente que cuanto mayor sea el agotamiento emocional y la despersonalización menor sea el nivel de realización personal; tan sólo se produce que cuanto mayor es la despersonalización, menor es la realización personal.

Para responder a nuestra tercera hipótesis del objetivo específico 2, era necesario conocer si las puntuaciones que han obtenido las mujeres participantes en la dimensión agotamiento emocional eran más elevadas respecto a las otras dos dimensiones del síndrome de *burnout*. Para ello, hemos realizado un análisis de estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) para cada una de las dimensiones del síndrome.

Como se puede apreciar en la Tabla 23, en la totalidad de las mujeres participantes la puntuación media del agotamiento emocional es de 27.78, lo que indica que se encuentran en el nivel alto de dicha dimensión. La media de la dimensión despersonalización es de 7.21, indicando que se encuentra en el nivel medio y la media obtenida en la dimensión realización personal es de 34.28, correspondiendo al nivel medio de esta dimensión.

**Tabla 23. Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las dimensiones del síndrome de burnout.**

	Total (N=193)		Amas de casa AC (n=97)		Cuidadoras ACC (n=96)		Prueba de contraste	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	$T_{(191)}$	$p$
Agotamiento emocional (Bajo: <15 Medio:15-24 Alto: >24)	27.78	14.92	21.71	11.90	33.9	15.21	6.205	.000
Despersonalización (Bajo: <4 Medio: 4-9 Alto: >9)	7.21	6.43	7.10	5.41	7.31	7.35	.225	.820
Realización personal (Alto: >39 Medio: 33-39 Bajo: <33)	34.28	8.99	30.05	9.00	33.51	8.97	$t_{(190,99)}$ -1.19	.230

\*\*  $p \leq .01$

A continuación hemos utilizado la prueba  $t$  de Student para la igualdad de medias y como se puede observar en la Tabla 23, los resultados muestran que existen solamente diferencias estadísticamente significativas

en la dimensión agotamiento emocional entre el grupo de las AC y de las ACC ( $p=.000$ ), mostrando un mayor nivel de agotamiento emocional en las ACC respecto a las AC. Por el contrario, no existen diferencias significativas en las dimensiones despersonalización ( $p=.820$ ) y realización personal ( $p=.230$ ).

Por tanto, se confirma la hipótesis  $H_{2.3}$ . Las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar obtienen puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, respecto a las otras dos dimensiones del síndrome de *burnout*. En concreto, se sitúan en alto agotamiento emocional alto y medio en despersonalización y realización personal.

A continuación, para responder a la hipótesis  $H_{2.4}$ , necesitamos conocer si los niveles obtenidos en cada dimensión del síndrome de *burnout* eran diferentes entre los grupos de AC y ACC. Tras la realización del análisis descriptivo (frecuencia y porcentaje) podemos apreciar en la Tabla 24. que el 59.1% del total de las amas de casa obtiene puntuaciones elevadas en la dimensión agotamiento emocional, es decir, se sitúan en el nivel alto. Los valores alcanzados en las otras dimensiones indican que el 31.1% presenta nivel alto de despersonalización y el 43% presenta nivel bajo de realización personal.

**Tabla 24. Distribución de las participantes en función de la afectación en las dimensiones del burnout en los niveles bajo, medio y alto**

	Total (N=193)						Amas de casa AC (n=97)						Cuidadoras ACC (n=96)						Prueba de contraste	
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		$\chi^2$	p
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
A.E.	51	26.4	28	14.5	114	59.1	37	19.2	13	6.7	47	24.4	14	7.3	15	7.8	67	34.7	14.019	.001**
D.P.	78	40.4	55	28.5	60	31.1	33	17.11	31	16.1	33	17.1	45	23.3	24	12.4	27	14	3.332	.189
R.P.	83	43	54	28	56	29	40	20.7	26	13.5	31	16.1	43	22.3	28	14.5	25	13	.820	.664

\*\* p≤.01

Considerando los datos mostrados anteriormente en las Tablas 23 y 24, se puede apreciar al detallar las medias y desviaciones típicas en ambos grupos, que en el grupo ACC la puntuación media es de 33.9, que refleja altos niveles de agotamiento emocional. En las AC, en cambio, la puntuación media en agotamiento emocional es de 21.71, representando el nivel medio de la dimensión. Sin embargo, en las AC, a pesar de esta puntuación media obtenida en agotamiento emocional, se puede observar que en la distribución por frecuencia la mayor parte de ellas, el 24.4% presentan niveles altos de agotamiento emocional.

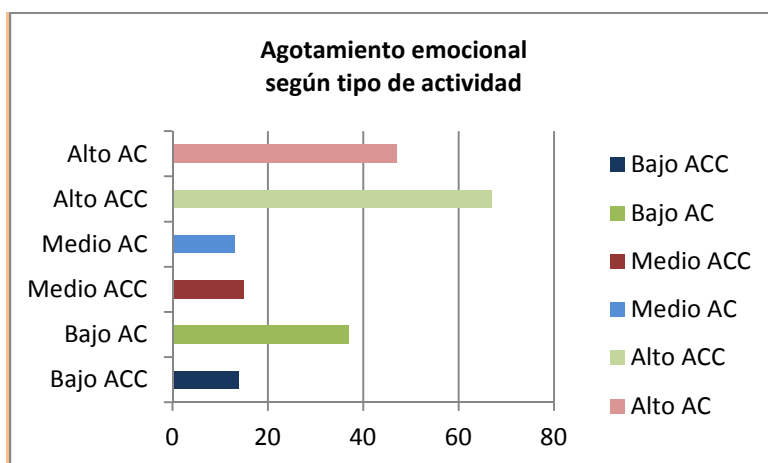
En cuanto a las medias obtenidas en la dimensión despersonalización, en el grupo de las AC fue de 7.10 y en el de las ACC de 7.31. El resultado es bastante similar en ambos grupos que presentan un nivel medio de despersonalización. Por último, en la dimensión realización personal, observamos que en el grupo de AC la media fue de 30.05, indicando que presentan bajo nivel en dicha dimensión y en el grupo de las ACC la puntuación media alcanzada fue de 33.51 que denota nivel medio. Sin embargo, en la distribución por frecuencia, tanto el grupo de las AC (20.7%), como el de las ACC (22.3 %) presentan niveles bajo de realización personal.

Además podemos observar en el Gráfico 16 cómo se han distribuido los porcentajes obtenidos en la dimensión de agotamiento emocional, en función del tipo de actividad laboral que realizan como AC o ACC. En los niveles altos de agotamiento emocional destaca el elevado porcentaje obtenido por las ACC con un 34.7%, respecto a las AC con un 24.4%. Se refleja que la mayor proporción de las mujeres participantes se encuentran



en los niveles altos de agotamiento emocional, donde destacan los superiores porcentajes del grupo de las ACC.

**Gráfico 16. Distribución de las mujeres participantes en los diferentes niveles de agotamiento emocional en función del tipo de actividad laboral que realizan dentro del ámbito familiar.**



Por tanto, se confirma de forma parcial la hipótesis H<sub>2.4.</sub>. Esperábamos encontrar que los niveles obtenidos en cada dimensión del síndrome de *burnout* fueran significativamente diferentes entre las AC y las ACC, con diferencias significativas en los niveles. En nuestro estudio, en contra de lo esperado, no resultaron ser significativamente diferentes las dimensiones despersonalización y realización personal.

Finalmente, para conocer si los niveles de agotamiento emocional son superiores en las mujeres ACC respecto a las AC, hemos realizado análisis descriptivo (frecuencia y porcentaje) que puede apreciarse en la Tabla 24, donde los resultados evidencian que existe diferencia significativa ( $p=.001$ ) entre los grupos AC y ACC. Sin embargo, esta condición sólo se produce para la dimensión agotamiento emocional.

Así se confirma la hipótesis H<sub>2.5.</sub> Era de esperar que las mujeres amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer (ACC) presentaran mayores niveles de agotamiento emocional respecto a las amas de casa (AC). En nuestro estudio, tal y como habíamos planteado, el grupo de las ACC presentan un mayor porcentaje de mujeres con nivel alto de agotamiento emocional (34.7%) respecto a las AC (24.4%).

Una vez expuestos los resultados, destacamos que se confirman, al menos parcialmente, las cinco hipótesis. Así, en respuesta a la hipótesis H<sub>2.1.</sub> se confirma que el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan de forma positiva, de tal manera que cuanto mayor sea el agotamiento emocional mayor será el nivel de despersonalización. En cambio, se confirma parcialmente la hipótesis H<sub>2.2.</sub> Si bien se cumple que la despersonalización se relaciona de forma inversa con la realización personal, esta relación inversa no queda demostrada entre el agotamiento emocional y la realización personal; es decir; tan sólo se produce que cuanto mayor es la despersonalización, menor es la realización personal. En nuestro estudio, las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar obtienen puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, respecto a las otras dos dimensiones del síndrome de *burnout*. En concreto, se sitúan en alto agotamiento emocional alto y medio en despersonalización y realización personal. Por tanto, se confirma la hipótesis H<sub>2.3.</sub> Además, esperábamos encontrar que las AC y ACC se agruparan en niveles diferentes en cada dimensión del síndrome de *burnout*, con diferencias significativas. En contra de lo esperado, no resultan ser significativamente diferentes las dimensiones despersonalización y realización personal. Por tanto, se confirma de forma

parcial la hipótesis H<sub>2.4.</sub> Finalmente, se confirma la hipótesis H<sub>2.5.</sub> El grupo de las ACC presenta un mayor porcentaje de mujeres con nivel alto de agotamiento emocional respecto a las AC.

### **7.3. Influencia de las variables sociodemográficas y variables asociadas a la actividad que desempeñan, en las dimensiones del síndrome de *burnout*.**

En nuestro objetivo específico 3, nos proponemos determinar la influencia de distintas variables sociodemográficas (edad, estado civil, hijos, número de hijos e hijos que conviven en el hogar familiar) y variables asociadas a la actividad desempeñada como cuidadoras familiar de enfermo de Alzheimer (años que llevan dedicadas al cuidado del familiar y número de horas diaria que dedican al cuidado,) en las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

En nuestro planteamiento de partida las más jóvenes (H<sub>3.1.</sub>) y aquellas que cuenten con pareja (H<sub>3.2.</sub>), con hijos (H<sub>3.3.</sub>), presentarían menores niveles de agotamiento emocional, despersonalización y mayores niveles de realización personal. Además, el número de hijos que se tenga al igual que la cantidad de hijos con los que conviven en el hogar familiar influirán en los niveles obtenidos en las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (H<sub>3.4.</sub>). Estas variables sociodemográficas podrán influir en los niveles de las diferentes dimensiones de *burnout* en función del tipo de actividad desempeñada, es decir, si se dedica al ámbito familiar como ama de casa cuidadora familia de enfermo de Alzheimer (ACC) o ama de casa (AC) (H<sub>3.5.</sub>).

Por último, esperamos encontrar que los niveles de agotamiento emocional y despersonalización serán más elevados, en cambio, será más bajo el nivel de realización personal entre las amas de casa cuidadoras que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) ( $H_{3.6.}$ ) y durante más años ( $H_{3.7.}$ ) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer (ACC).

### 7.3.1. Variables sociodemográficas

Para determinar la influencia de las distintas variables sobre el *burnout*, se analizó, en primer lugar, cada una de ellas con la totalidad de las amas de casa, para conocer si se producían diferencias significativas, obteniendo diferencias en cuatro: edad, estado civil, tener vs no tener hijos y cantidad de hijos que conviven en el hogar.

De las tres dimensiones que componen el *burnout*, sólo el agotamiento emocional se mostró significativo. Por tal razón, optamos por mostrar solamente los resultados obtenidos con esta dimensión, excepto en la variable cantidad de hijos que conviven en el hogar, variable que resultó significativa en realización personal.

#### 1. Edad.

Podemos apreciar en la Tabla 25 que la edad resultó ser estadísticamente significativa en función del nivel de afectación del agotamiento emocional ( $p=.000$ ) con un tamaño del efecto de .34.

En general, del 21.2% de participantes con edades entre 20 a 40 años, el 11.4% se sitúa en el nivel bajo de agotamiento emocional. Aquellas

con edades entre los 41 a 60 años, así como aquellas entre los 61 a 85, se ven afectadas en porcentajes más elevados (42.5% y 10.4%, respectivamente) con los niveles altos de agotamiento emocional.

Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis H<sub>3.1.</sub>: La edad de las mujeres participantes influye en los niveles de agotamiento emocional, de modo que son las más jóvenes las presentan menores niveles de agotamiento emocional. En cambio, no queda demostrado que se cumpla para las dimensiones despersonalización y realización personal.

**Tabla 25. Distribución de las mujeres participantes en la variable edad en función del nivel de afectación en la dimensión agotamiento emocional**

	Total (N=193)		Bajo (n=51)		Medio (n=28)		Alto (n=114)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Edad</b>										
De 20 a 40 años	41	21.2	22	11.4	7	3.6	12	6.2	26.015	.000**
De 41 a 60	117	60.6	22	11.4	13	6.7	82	42.5		
De 61 a 85	35	18.1	7	3.6	8	4.1	20	10.4		

\*\*p≤ .01

## 2. Estado civil

En cuanto al estado civil, podemos observar que no aparecen diferencias significativas en la variable sociodemográfica estado civil (p=.870), en función del nivel de afectación en la dimensión agotamiento emocional (Tabla 26).

Por lo tanto, no se cumple la hipótesis H<sub>3.2.</sub>: Las mujeres participantes que tengan pareja (casada o pareja de hecho) no muestran en un porcentaje mayor un nivel bajo de agotamiento emocional, despersonalización y alto en realización personal.

**Tabla 26. Distribución de las participantes en las variables estado civil, si tienen o no pareja, hijos, número de hijos que conviven en el hogar, en función del nivel de afectación en la dimensión agotamiento emocional**

	Total (N=193)		Bajo (n=51)		Medio (n=28)		Alto (n=114)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Estado civil</b>										
Sin pareja	43	22.3	17	8.8	5	2.6	21	10.9	4.895	.087
Con pareja	150	77.7	34	17.6	23	11.9	93	48.2		
<b>Tener hijos</b>										
Sí	169	87.6	39	20.2	24	12.4	106	54.9	8.926	.012*
No	24	12.4	12	6.2	4	2.1	8	4.1		
<b>Hijos que conviven en el hogar</b>										
Ninguno	50	25,9	18	9,3	9	4,7	23	11,9	5.035	.539
1	44	22,8	10	5,2	6	3,1	28	14,5		
2	79	40,9	19	9,8	10	5,2	50	25,9		
3 o más	20	10,4	4	2,1	3	1,6	13	6,7		

\*p≤ .05

### 3. Tener hijos.

Como se observa en la Tabla 26, la variable sociodemográfica referida a las mujeres estudiadas que tienen hijos o no, ha resultado que existen diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de afectación en la dimensión agotamiento emocional (p=.012) con un

tamaño del efecto en la muestra general de .21. Aunque este valor es bajo indica que, en general, las mujeres que no tienen hijos tienden a tener un agotamiento emocional de nivel bajo (6.2%), mientras que las que sí tienen hijos presentan en un porcentaje mayor altos niveles de agotamiento emocional (54.9%).

Por lo tanto, no se cumple la hipótesis H<sub>3.3</sub>.: En contra de lo predicho, son las mujeres participantes que tienen hijos las que presentan en un porcentaje considerable niveles altos de agotamiento emocional. En cambio, en despersonalización y realización personal los resultados son similares.

#### 7. Cantidad de hijos con los que convive.

Como se muestra en la Tabla 26 en la variable sociodemográfica cantidad de hijos con los que convive no aparecen diferencias significativas en función del nivel de afectación en la dimensión agotamiento emocional ( $p=.539$ ).

De forma puntual, en esta variable, como podemos observar en la Tabla 27, sí existen diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de afectación en la dimensión realización personal ( $p=.022$ ) con tamaño de efecto de .26., lo que indica que en las mujeres estudiadas predomina el nivel bajo de realización personal, pero esta tendencia se invierte cuando ellas conviven con dos hijos.

Por lo tanto, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.4</sub>.: Tener hijos, especialmente dos, contribuye a presentar elevado agotamiento emocional. En cambio no afecta a la despersonalización ni a la realización

personal. Por otro lado, la convivencia en el hogar con hijos influye, exclusivamente, contribuyendo a presentar baja realización personal.

**Tabla 27. Distribución de mujeres participantes en la variable cantidad de hijos con los que convive en función del nivel de afectación en la dimensión realización personal**

	Total (N=193)		Bajo (n=51)		Medio (n=28)		Alto (n=114)		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Chi <sup>2</sup>	p
<b>Hijos que conviven en el hogar</b>										
Ninguno	50	25.9	24	12.4	11	5.7	15	7.8	14.738	.022*
1 hijo	44	22.8	24	12.4	14	7.3	6	3.1		
2 hijos	79	40.9	24	12.4	23	11.9	32	16.6		
3 o más	20	10.4	11	5.7	6	3.1	3	1.6		

\*p ≤ .05

De entre las variables sociodemográficas consideradas en este objetivo 3., hemos obtenido diferencias significativas en agotamiento emocional, en general, en tres de ellas: edad, tener hijos y cantidad de hijos que conviven en el hogar. Por tanto, y con la finalidad de conocer si estas variables afectan de idéntico modo a las mujeres, en función de la actividad desempeñada (AC vs ACC), comparamos, en segundo lugar, a ambos grupos de amas de casa, dando con ello respuesta a la hipótesis H<sub>3.5</sub>.

#### 1. Edad.

En la Tabla 28, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos estudiados, en la variable edad en función del nivel de afectación, en la dimensión agotamiento emocional, en el grupo ACC (p=.000) con una razón de verosimilitud de 16.15 (tamaño del efecto .42) y en el grupo de AC (p=.032) con una razón de verosimilitud 11.07 (tamaño del efecto .31).



Como podemos observar, en el grupo AC con edades entre 20 a 40 años, hay mayor cantidad de mujeres con nivel bajo de agotamiento emocional (16.5%) que en las del grupo ACC (6.3%) en ese mismo rango de edades. Sin embargo, vemos que al aumentar el rango de edad 41 a 60 años, también aumenta en ambos grupos la cantidad de mujeres que padecen nivel alto de agotamiento emocional. En el caso de las AC, el porcentaje asciende al 33%, mientras que en las ACC es considerablemente superior, es de 52.1%. A partir de los 61 años decrece el número de mujeres que padecen altos niveles de agotamiento emocional, quedando en el grupo de AC el 8.2% y en el de las ACC el 12.5%, no obstante, destaca que en las ACC decrece en menor proporción la cantidad de mujeres con nivel alto, por lo que existe una tendencia en las ACC a seguir manteniéndose niveles altos de agotamiento emocional a partir de los 61 años.

## 2. Tener hijos.

De modo similar a la variable años de convivencia en pareja, también podemos observar en la Tabla 28 que en la variable sociodemográfica tener o no tener hijos, no se encuentran diferencias significativas en ambos grupos, AC ( $p=.195$ ) y ACC ( $p=.177$ ), en función de la afectación en la dimensión agotamiento emocional.

## 3. Cantidad de hijos que conviven en el hogar.

En la variable cantidad de hijos con los que convive, se puede apreciar en la Tabla 28 que no se existen diferencias significativas en

ambos grupos, AC ( $p=.449$ ) y ACC ( $p=.363$ ), en función de la afectación en la dimensión agotamiento emocional.

Para determinar el peso de las variables sociodemográficas, hemos realizado análisis de regresión con las variables independientes que fueron significativas (edad), atendiendo a los dos grupos, en relación a las dimensiones del *burnout*. Dado que únicamente ha mostrado ser significativa la dimensión agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal no se incluyeron en el análisis de regresión. En el modelo de regresión resultante, la edad y la actividad desempeñada (AC vs ACC) fueron significativos, en el modelo general ( $\text{Chi}^2=33.976$ ;  $p=.000$ ), en la variable grupo ( $\text{Chi}^2=9.190$ ;  $p=.010$ ) y en la variable edad ( $\text{Chi}^2=19.550$ ;  $p=.001$ ). Las AC tienen tres veces mayor riesgo de presentar nivel bajo de agotamiento emocional que las ACC, además las que tienen de 20 a 40 años tienen cuatro veces mayor riesgo de presentar nivel bajo de agotamiento emocional, por lo que ser ama de casa y tener de 20 a 40 años es un factor protector del agotamiento emocional. Por tal razón, las ACC tienen tres veces mayor riesgo de padecer nivel alto de agotamiento emocional que las AC.

**Tabla 28. Comparación de las participantes por grupo en las variables años de convivencia y relacionadas con los hijos en función del nivel de afectación en la dimensión agotamiento emocional.**

	Amas de casa (AC)									Cuidadoras (ACC)										
	Total		Bajo		Medio		Alto		Prueba de contraste <i>Chi</i> <sup>2</sup> <i>p</i>	Total		Bajo		Medio		Alto		Prueba de contrast. <i>Chi</i> <sup>2</sup> <i>p</i>		
	F	%	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	F	%			
<b>Edad</b>																				
De 20 a 40	29	29.9	16	16.5	6	6.2	7	7.2	10.560	.032*	12	12.5	6	6.3	1	1	5	5.2	20.549	.000**
De 41 a 60	53	54.6	15	15.5	6	6.2	32	33			64	66.7	7	7.3	7	7.3	50	52.1		
De 61 a 85	15	15.5	6	6.2	1	1	8	8.2			20	20.8	1	1	7	7.3	12	12.5		
<b>Tener hijos</b>																				
Sí	83	85.6	28	28.9	11	11.3	44	45.4	5.407	.067	86	89.6	11	11.5	13	13.5	62	64.6	2.583	.275
No	14	14.4	9	9.3	2	2.1	3	3.1			10	10.4	3	3.1	2	2.1	5	5.2		
<b>Hijos que conviven en el hogar</b>																				
Ninguno	27	27.8	13	13.4	4	4.1	10	10.3	5.779	.449	23	24	5	5.2	5	5.2	13	13.5	6.561	.363
1	24	24.7	6	6.2	2	2.1	16	16.5			20	20.8	4	4.2	4	4.2	12	12.5		
2	43	44.3	17	17.5	6	6.2	20	20.6			36	37.5	2	2.1	4	4.2	30	31.3		
3 ó más	3	3.1	1	1	1	1	1	1			17	17.7	3	3.1	2	2.1	12	12.5		

\*\**p* ≤ .01\**p* ≤ .05

En vista de los resultados obtenidos, la H<sub>3.5</sub> se cumple parcialmente. Las variables sociodemográficas estudiadas no influyen de diferente manera en los niveles de las diferentes dimensiones de *burnout* en función del tipo de actividad desempeñada, es decir, si se dedica al ámbito familiar como ama de casa cuidadora familia de enfermo de Alzheimer (ACC) o como ama de casa sin cuidado a un familiar enfermo de Alzheimer (AC). La única variable significativa es la edad, afectando por igual a AC y ACC sobre el agotamiento emocional; en cambio, estas variables sociodemográficas no influyen en la despersonalización ni en la realización personal en las AC y ACC.

### **7.3.2. Variables asociadas a la actividad desempeñada**

Las variables asociadas a la actividad desempeñada como cuidadora de familiar de enfermo de Alzheimer que hemos tenido en consideración en este objetivo 3, son la cantidad de horas diarias que dedican al cuidado y los años que llevan al cuidado del familiar. En nuestro planteamiento de partida, esperamos encontrar que los niveles de agotamiento emocional y despersonalización serían más elevados, en cambio, sería más bajo el nivel de realización personal entre las amas de casa cuidadoras que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) (H<sub>3.6</sub>) y durante más años (H<sub>3.7</sub>) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer (ACC).

#### *1. Cantidad de horas dedicadas a la actividad laboral.*

Dado que nuestro interés se centra, especialmente en cómo afecta el tiempo dedicado por las amas de casa al cuidado de un familiar enfermo con Alzheimer, hemos querido profundizar en este aspecto teniendo en

cuenta que el 32.7% invierte más de 8 horas. Al categorizar por niveles de agotamiento emocional, exclusivamente a las ACC, en la Tabla 29 podemos observar que existen diferencias significativa ( $p=.007$ ) con un tamaño del efecto alto de .30.

**Tabla 29. Distribución de las mujeres del grupo ACC en función de las horas dedicadas a su actividad laboral en los niveles bajo, medio, alto de agotamiento emocional.**

	Total		Menos de 8 horas		8 horas o más		Prueba de contraste	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	$Chi^2$	$p$
Agotamiento emocional								
Bajo	14	14.6	10	10.4	4	4.1	9.991	.007**
Medio	15	15.6	4	4.1	11	11.4		
Alto	67	69.8	19	20	48	50		
TOTAL	96	100	33	34.5	63	65.5		

\*\* $p \leq .01$

Los resultados obtenidos muestran una presencia notable de agotamiento emocional en las mujeres ACC, en función de la cantidad de horas que dedican a su actividad como cuidadoras. Cabe destacar un alto de agotamiento emocional en el 69.8% de las ACC, especialmente en aquellas que dedican más de ocho horas a su actividad de cuidar al familiar enfermo de Alzheimer (50%).

En cuanto a las otras dos dimensiones, no observamos diferencias significativas en función del número de horas dedicadas en cuanto al nivel de afectación en dichas dimensiones, despersonalización ( $Chi^2=8.063$ ;  $p=.018$ ) y en realización personal ( $Chi^2=5.813$ ;  $p=.055$ ).

Por tanto, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.6</sub>. Los niveles de agotamiento emocional son mayores entre las amas de casa cuidadoras que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias)

su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer. En cambio, en los niveles de despersonalización y realización personal no se confirma que sean más elevados ni en realización más bajos, en la ACC.

*2. Cantidad de años dedicados a la actividad laboral dentro del ámbito familiar.*

Para conocer la presencia de agotamiento emocional en función de los años dedicados al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer, realizamos para el grupo ACC un análisis descriptivo en cuanto a la frecuencia y el porcentaje en que se han distribuido dichas mujeres. Al desglosar por niveles de bajo, medio y alto de agotamiento emocional cada rango de cantidad de años dedicados (0-6 años, 7 a 12 años y 13 o más años), los resultados muestran que no existen diferencias significativas ( $p=.082$ ) con un tamaño del efecto de 0.28, indicando que no es relevante la cantidad de años que dedican a su actividad en los niveles de agotamiento emocional las ACC (ver Tabla 30).

**Tabla 30. Distribución de las mujeres del grupo ACC en función de los años dedicados a su actividad laboral en los niveles bajo, medio, alto de agotamiento emocional.**

	Total		0 a 6 años		7 a 12 años		13 o más años		Prueba de contraste	
	<i>Frec</i>	%	<i>Frec</i>	%	<i>Frec</i>	%	<i>Frec</i>	%	$Chi^2$	$p$
Agotamiento emocional										
Bajo	14	14.6	13	13.5	0	0	1	1.1	8.289	.082
Medio	15	15.6	13	13.5	2	2.1	0	0		
Alto	67	69.8	42	43.8	14	14.6	11	11.5		
TOTAL	96	100	68	70.8	16	16.7	12	12.5		

Por lo que no se cumple la hipótesis H<sub>3.7</sub>. No existen diferencias en los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en función de los años que las mujeres participantes lleven dedicadas al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer ( $p < .05$ ).

En conclusión, una vez expuestos los resultados, destacamos que se confirman, al menos parcialmente, cuatro hipótesis. Así, en respuesta la hipótesis H<sub>3.1</sub>. se confirma parcialmente. La edad de las mujeres participantes influye, de modo que son las más jóvenes las que presentan menores niveles de agotamiento emocional. En cambio, no queda demostrado que se cumpla para la despersonalización ni la realización personal.

Respecto a tener o no tener pareja (H<sub>3.2</sub>.) y tener o no tener hijos (H<sub>3.3</sub>.), estas hipótesis no se cumplen. En contra de lo predicho, un porcentaje notable de las mujeres que conviven en pareja (H<sub>3.2</sub>.) y de las que tienen hijos (H<sub>3.3</sub>.) presentan alto nivel de agotamiento; en cambio, los niveles son similares en despersonalización y realización personal. Sin embargo, en relación con la cantidad de hijos que se tenga así como con la cantidad de los que viven en el hogar, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.4</sub>.: La cantidad de hijos, especialmente dos, afecta al agotamiento emocional, contribuyendo a presentar niveles altos. En cambio no afecta a la despersonalización ni a la realización personal. Por otro lado, la convivencia en el hogar con hijos influye, exclusivamente, contribuyendo a manifestar baja realización personal. La H<sub>3.5</sub>. se cumple parcialmente. Las variables sociodemográficas estudiadas no influyen de diferente manera en los niveles de las dimensiones de *burnout* en función del tipo de actividad

desempeñada (ACC vs AC). La única variable significativa es la edad, afectando por igual a ambos grupos de amas de casa, sobre el agotamiento emocional; en cambio, estas variables sociodemográficas no influyen en la despersonalización ni en la realización personal en las AC y ACC. Respecto a las hipótesis centradas en la actividad desempeñada como cuidadoras, es decir las ACC, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.6.</sub>, no así la H<sub>3.7.</sub>. Mientras que no se confirma que los niveles despersonalización y realización personal sean más elevados en despersonalización ni en realización más bajos, los niveles de agotamiento emocional son mayores en aquellas que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer (H<sub>3.6.</sub>). Finalmente, la influencia que pueda ejercer los años que lleven dedicadas al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer, no queda demostrada. Por tanto, no se cumple la hipótesis H<sub>3.7.</sub>, dado que no se observa la existencia de diferencias en los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en las ACC.



#### **7.4. Manifestaciones más relevantes del síndrome del *burnout* presentes en las amas de casa**

Con el objetivo específico 4 pretendíamos conocer las características más específicas de cada dimensión del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) presentes en las participantes, analizando si existen diferencias entre mujeres amas de casa y aquellas que además desempeñan el papel de cuidadoras de familiares con Alzheimer. En nuestra hipótesis de partida (H<sub>4.1.</sub>) se esperaba que las manifestaciones específicas de cada una de las dimensiones del síndrome de *burnout* discreparan en el grupo de ACC respecto al de AC.

Para ello, analizamos los ítems del M.B.I. (Maslach y Jackson, 1986) que componen cada una de sus dimensiones (ver Tabla 31).

**Tabla 31. Distribución de los ítems del M.B.I. en cada dimensión del *burnout*.**

Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”.</li> <li>• 2. “Me siento cansado al final de la jornada de trabajo”.</li> <li>• 3. “Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo”.</li> <li>• 6. “Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo”.</li> <li>• 8. “Me siento “quemado” por mi trabajo”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5. “Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales”.</li> <li>• 10. “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión”.</li> <li>• 11. “Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente”.</li> <li>• 15. “No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4. “Fácilmente comprendo como se sienten las personas”.</li> <li>• 7. “Trato muy eficazmente los problemas de las personas”.</li> <li>• 9. “Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás”.</li> <li>• 12. “Me siento muy activo”.</li> <li>• 17. “Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy</li> </ul>

---

<ul style="list-style-type: none"><li>• 13. "Me siento muy activo".</li><li>• 14. "Creo que estoy trabajando demasiado".</li><li>• 16. "Trabajar directamente con personas me produce estrés".</li><li>• 20. "Me siento acabado".</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 22. "Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas".</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>servicio".</li><li>• 18. "Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas".</li><li>• 19. "He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión".</li><li>• 21. "En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma".</li></ul>
---	--	---

---

En primer lugar, obtuvimos las puntuaciones medias y medianas, así como las desviaciones típicas en cada ítem. Elegimos, para garantizar que no afectaran al resultado las puntuaciones extremas (grandes o pequeñas), el valor la mediana (m) (ver Tablas 32, 33 y 34).

Como podemos observar, en la dimensión agotamiento emocional, alcanzan puntuaciones más elevadas el ítem 2 (*"Me siento cansado al final de la jornada de trabajo"*) y el ítem 14 (*"Creo que estoy trabajando demasiado"*). En despersonalización, no se observa ningún ítem que aparezca como representativo de dicha dimensión. En la dimensión realización personal, los ítems con puntuaciones más elevadas son el ítem 4 (*"Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas"*) y el ítem 9 (*"Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás"*).

**Tabla 32. Medianas y desviaciones típicas de las puntuaciones de los ítems referidos al agotamiento emocional en la totalidad de las amas de casa.**

		Ítem																	
		1		2		3		6		8		13		14		16		20	
m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT
<b>4.00</b>	2.16	5.00	2.03	3.00	2.36	2.00	2.56	4.00	2.36	3.00	2.39	5.00	2.45	2.00	2.47	0.00	2.28		

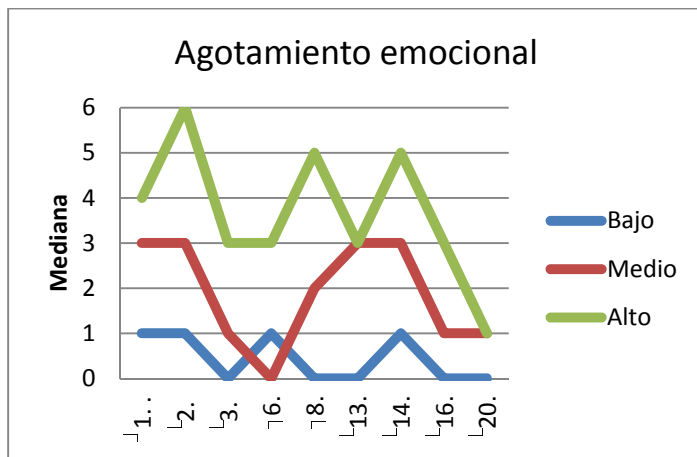
**Tabla 33. Medianas y desviaciones típicas de las puntuaciones de los ítems referidos a despersonalización en la totalidad de las amas de casa.**

		5		10		11		15		22	
m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT
.00	1.49	.00	2.12	.00	2.36	.00	2.56	.00	2.07		

**Tabla 34. Medianas y desviaciones típicas de las puntuaciones de los ítems referidos a realización personal en la totalidad de las amas de casa.**

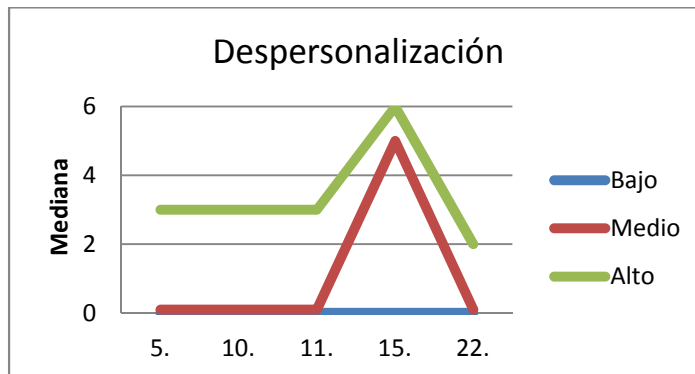
		4		7		9		12		17		18		19		21	
m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT	m	DT
6.00	1.84	5.00	2.01	6.00	2.13	5.00	1.86	5.00	1.97	5.00	1.90	5.00	2.10	5.00	2.01		

Dado que clasificamos a las participantes en función de los tres niveles de afectación del síndrome de *burnout* (bajo, medio y alto), a continuación, llevamos a cabo el cálculo de las medianas de las puntuaciones alcanzadas por las mujeres participantes en cada ítem de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* (ver Gráficos 17, 18 y 19)



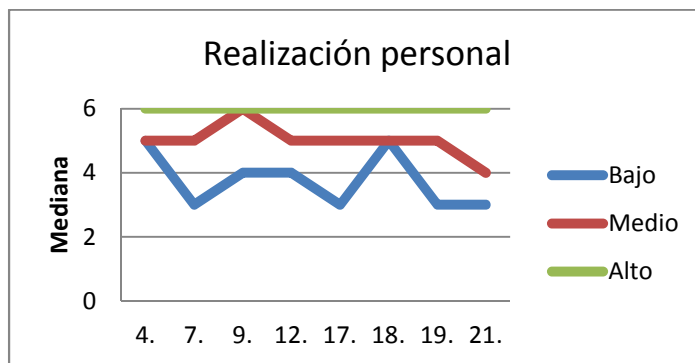
Nota: Ítem 1. "Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo"/ 2. "Me siento cansado al final de la jornada de trabajo"/ 3. "Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo"/ 6. "Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo"/ 8. "Me siento "quemado" por mi trabajo"/ 13. "Me siento muy activo"/ 14. "Creo que estoy trabajando demasiado"/ 16. "Trabajar directamente con personas me produce estrés"/ 20. "Me siento acabado".

**Gráfico 17. Mediana en la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout en la totalidad de las amas de casa, en función del nivel de afectación.**



Nota: Ítem 5. "Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales"/ 10. "Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión"/ 11. "Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente"/ 15. "No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio"/ 22. "Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas".

**Grafico 18. Mediana en la dimensión despersonalización del síndrome de burnout en la totalidad de las amas de casa, en función del nivel de afectación.**



Nota Ítem 4. "Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas "/ 7. "Trato muy eficazmente los problemas de las personas"/ 9. "Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás"/ 12. "Me siento muy activo"/ 17. "Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio"/ 18. "Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas"/ 19. "He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión"/ 21. "En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma".

**Grafico 19. Mediana en la dimensión realización personal del síndrome de burnout en la totalidad de las amas de casa, en función del nivel de afectación.**

Como podemos observar, cabe destacar que, en la amas de casa consideradas de modo global, en la dimensión agotamiento emocional se han mantenido los ítems 2 (*“Me siento cansado al final de la jornada de trabajo”*) y 14 (*“Creo que estoy trabajando demasiado”*) como notables en los tres niveles. En el nivel alto, la puntuación de 6 en el ítem 2 indica que *“todos los días me siento cansado al final de la jornada de trabajo”*. Del mismo modo, la puntuación de 5, en el ítem 14, indica que *“pocas veces a la semana creo que estoy trabajando demasiado”* y en el ítem 8 se corresponde con la idea *“pocas veces a la semana me siento quemado por mi trabajo”*.

En la dimensión despersonalización, coincidiendo con los resultados generales, las puntuaciones son menos representativas, indicando que las manifestaciones que denotan despersonalización apenas se encuentran presentes. Destacamos el ítem 15, en el que las amas de casa agrupadas en el nivel alto puntúan 6 (todos los días) *“No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio”* y, en cambio, en el nivel medio el valor de 5 indica *“unas pocas veces a la semana”*.

En la dimensión realización personal vemos, por un lado, que las puntuaciones de los ocho ítems, en las mujeres del nivel alto, indican que las manifestaciones que se enuncian en esta dimensión se encuentran presentes *“todos los días”*. Además, en las mujeres del nivel medio se produce *“todos los días creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás”* (ítem 9) y el ítem 4 en aquellas de los niveles medio y bajo se produce *“unas pocas veces a la semana fácilmente comprendo cómo se sienten las personas”* (ítem 4), así como *“unas pocas*

*veces a la semana me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas” (ítem 18).*

Además de querer identificar las manifestaciones específicas presentes en las amas de casa, hemos querido conocer cuáles son aquellas manifestaciones más frecuentes en las diferentes dimensiones del síndrome de *burnout*.

Como se observa en la Tabla 35 en la dimensión agotamiento emocional, son los ítems 2 (“*Me siento cansado al final de la jornada de trabajo*”) y 14 (“*Creo que estoy trabajando demasiado*”) los que han obtenido el porcentaje más elevado de contestaciones en la opción de respuesta “*todos los días*”; con el 44% (n=85) y el 39.9% (n=77), respectivamente. En la dimensión despersonalización, no se observa relevancia en las puntuaciones obtenidas, no obstante, es el ítem 15 (“*No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio*”) el que presenta el porcentaje más elevado, el 23.6% (n=45), en la opción de respuesta “*todos los días*”, seguido por el ítem 11 (“*Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente*”) con el 15,5% (n=30). Por último, en la dimensión realización personal, los ítems 4 (“*Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas*”) y 9 (“*Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás*”) han obtenido un porcentaje más llamativo de contestaciones en la opción de respuestas “*todos los días*”, con el 60.1% (n=116) y el 52.8% (n=102), respectivamente.

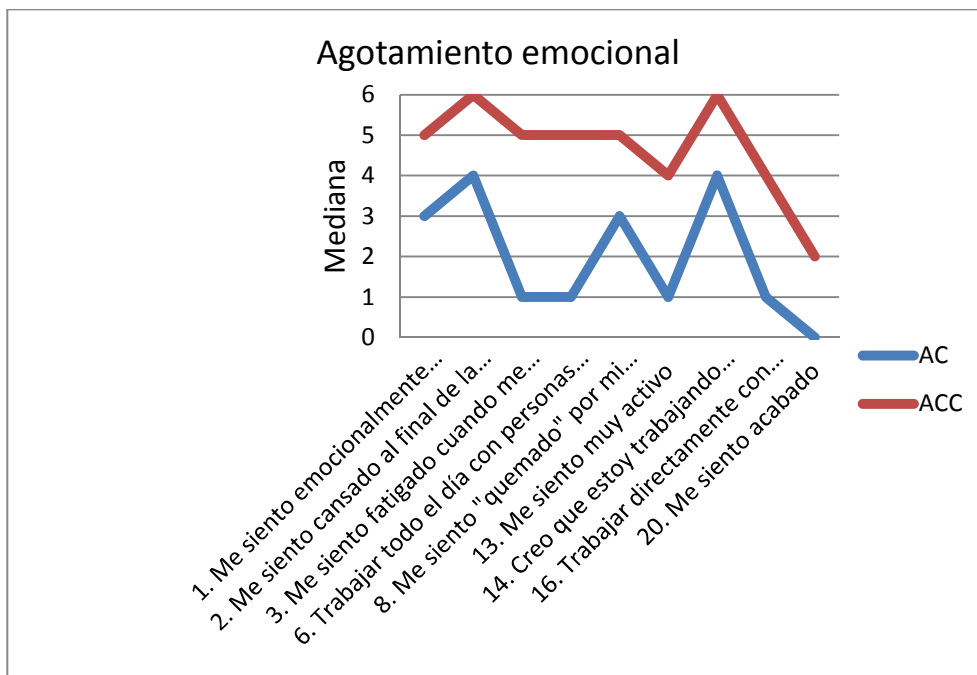
**Tabla 35. Frecuencia y porcentajes en los ítem de las dimensiones del síndrome de burnout**

	Ítem dimensión agotamiento emocional																	
	1		2		3		6		8		13		14		16		20	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nunca	30	15.5	12	6.2	45	23.3	68	35.2	40	20.7	61	31.6	41	21.2	77	39.9	97	50.3
Pocas veces al año o menos	18	9.3	20	10.4	27	14	21	10.9	17	8.8	25	13	13	6.7	12	6.2	18	9.3
Una vez al mes o menos	12	6.2	13	6.7	15	7.8	9	4.7	15	7.8	10	5.2	14	7.3	14	7.3	10	5.2
Unas pocas veces al mes	32	16.6	14	7.3	20	10.4	10	5.2	17	8.8	19	9.8	11	5.7	13	6.7	9	4.7
Una vez a la semana	21	10.9	19	9.8	8	4.1	13	6.7	9	4.7	15	7.8	13	6.7	14	7.3	16	8.3
Unas pocas veces a la semana	30	15.5	30	15.5	34	17.6	19	9.8	40	20.7	24	12.4	24	12.4	24	12.4	24	12.4
Todos los días	50	25.9	85	44	44	22.8	53	27.5	55	28.5	39	20.2	77	39.9	39	20.2	19	9.8
	Ítem dimensión despersonalización																	
	5		10		11		15		22									
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%								
Nunca	162	84.9	116	60.1	99	51.3	116	60.1	110	57.0								

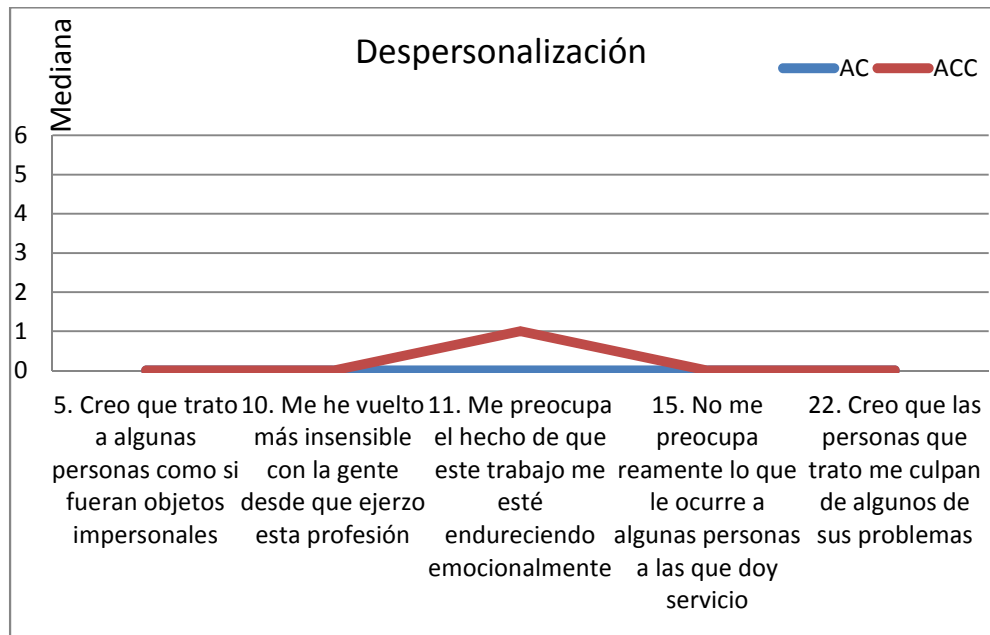


Pocas veces al año o menos	9	4.7	16	8.3	18	9.3	11	5.7	22	11.4						
Una vez al mes o menos	1	0.5	9	4.7	11	5.7	4	2.1	10	5.2						
Unas pocas veces al mes	4	2.1	13	6.7	12	6.2	7	3.6	12	6.2						
Una vez a la semana	6	3.1	9	4.7	8	4.1	4	2.1	12	6.2						
Unas pocas veces a la semana	6	3.1	18	9.3	30	15.5	6	3.1	10	5.2						
Todos los días	6	3.1	18	9.3	30	15.5	45	23.6	17	8.8						
<b>Ítem dimensión realización personal</b>																
	4		7		9		12		17		18		19		21	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nunca	10	5.2	17	8.8	25	13	16	8.3	19	9.8	15	7.8	26	13.5	22	11.4
Pocas veces al año o menos	11	5.7	12	6.2	5	2.6	6	3.1	9	4.7	10	5.2	9	4.7	7	3.6
Una vez al mes o menos	3	1.6	12	6.2	6	3.1	7	3.6	11	5.7	8	4.1	8	4.1	11	5.7
Unas pocas veces al mes	18	9.3	18	9.3	12	6.2	15	7.8	26	13.5	16	8.3	20	10.4	34	17.6
Una vez a la semana	15	7.8	17	8.8	15	7.8	37	19.2	19	9.8	22	11.4	28	14.5	21	10.9
Unas pocas veces a la semana	20	1.4	43	22.3	28	14.5	35	18.1	49	25.4	47	24.4	36	18.7	35	18.1
Todos los días	116	60.1	74	38.3	102	52.8	77	39.9	60	31.1	75	38.9	66	34.2	63	32.6

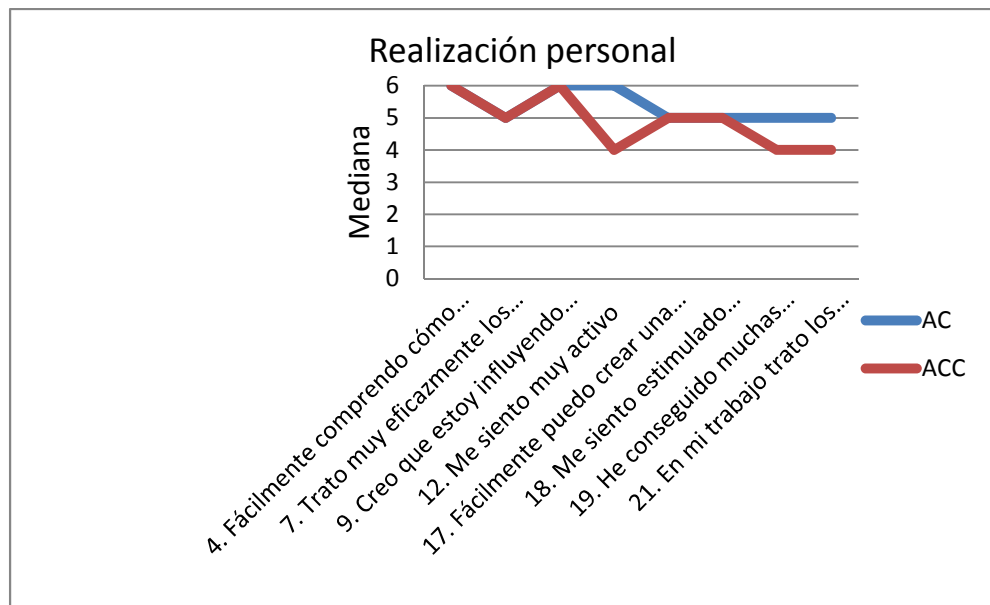
A continuación, con el fin de demostrar las posibles diferencias entre los grupos AC y ACC en cuanto a las características específicas de cada una de las dimensiones, hemos analizado el comportamiento de las puntuaciones obtenidas en cada una de las respuestas a través de las medianas, en cada dimensión del síndrome de *burnout* (ver Gráficos 20, 21 y 22):



**Grafico 20. Medianas en la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout, por grupos, AC o ACC.**



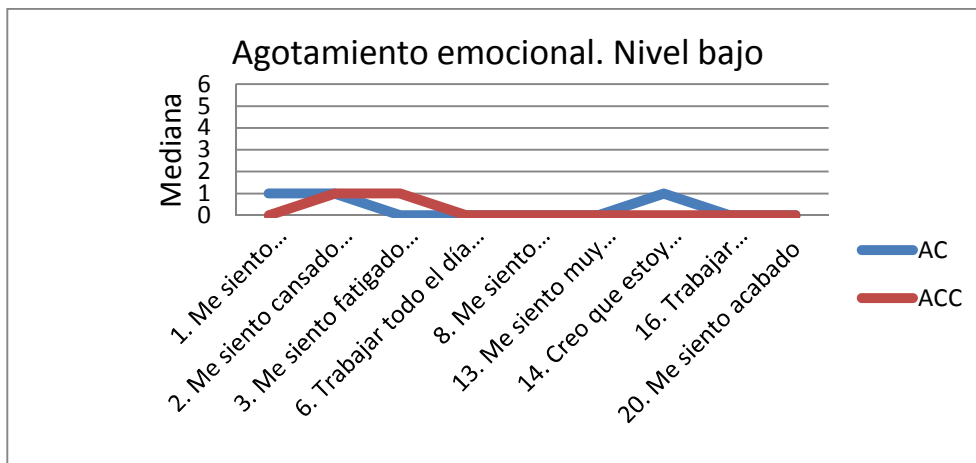
**Grafico 21. Medianas en la dimensión despersonalización del síndrome de burnout, por grupos, AC o ACC.**



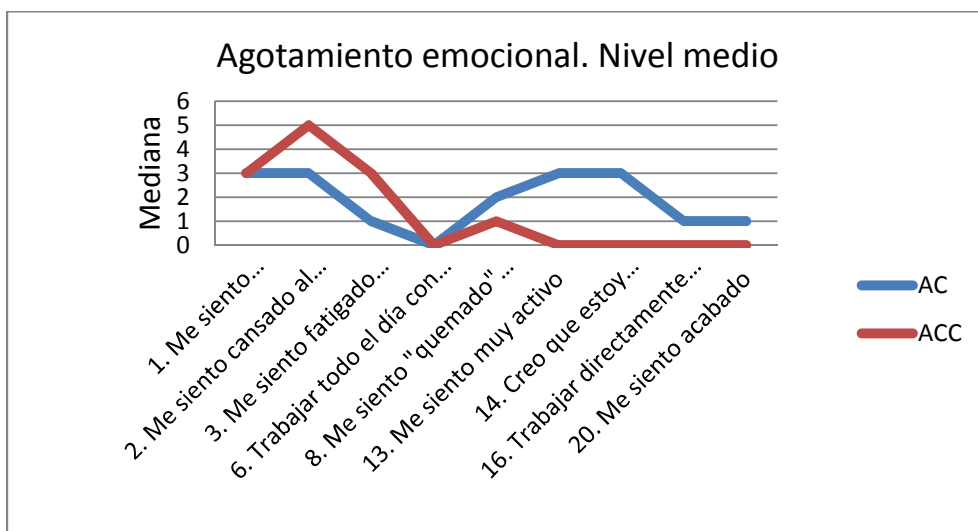
**Grafico 22. Medianas en la dimensión realización personal del síndrome de burnout, por grupos, AC o ACC.**

Como podemos observar, en la dimensión agotamiento emocional, ambos grupos, presentan una manifestaciones similares, si bien el hecho de que las puntuaciones sean más elevadas en el grupo ACC indica que son éstas las que presentan esos síntomas con una mayor frecuencia. En las otras dos dimensiones, despersonalización y realización personal, también se observa que las manifestaciones son similares, con una frecuencia prácticamente nula de síntomas de despersonalización, así como con una elevada frecuencia de síntomas indicativos de realización personal. Por tanto, la discrepancia existente entre ambos grupos en las manifestaciones del síndrome de *burnout*, fundamentalmente, se centra en una mayor frecuencia de los síntomas de agotamiento emocional.

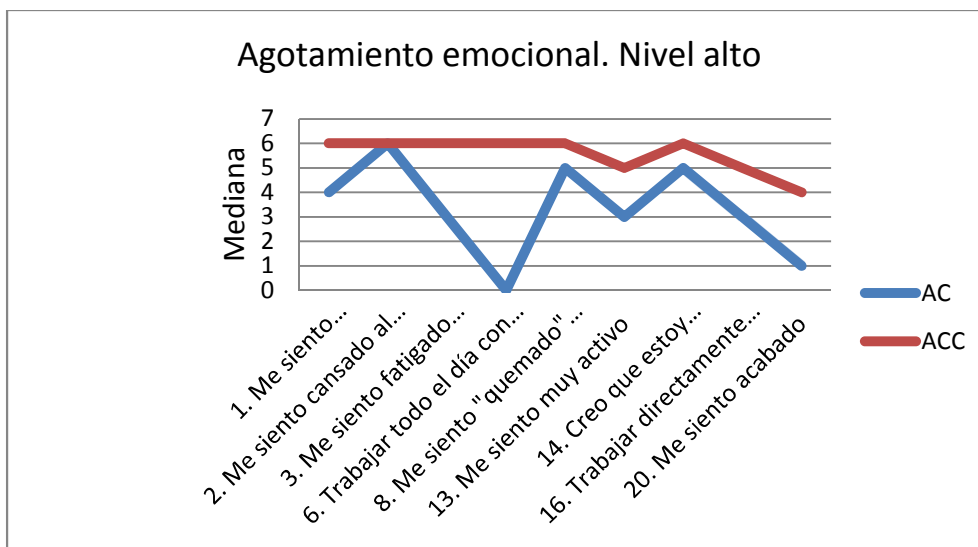
Una vez identificados las discrepancias entre las AC y las ACC en las manifestaciones, nos propusimos conocer cómo se presentaban estos síntomas en función del nivel de afectación del síndrome de *burnout* (bajo, medio y alto) (Ver Gráficos 23, 24 y 25).



**Gráfico 23. Mediana en la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación bajo.**



**Grafico 24. Mediana en la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación medio.**

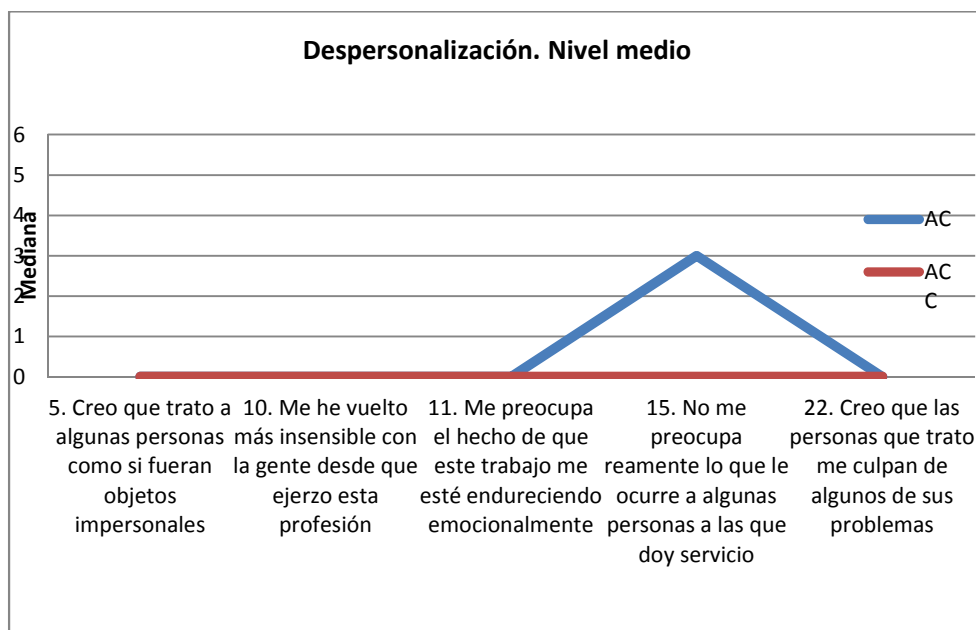


**Grafico 25. Mediana en la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación alto.**

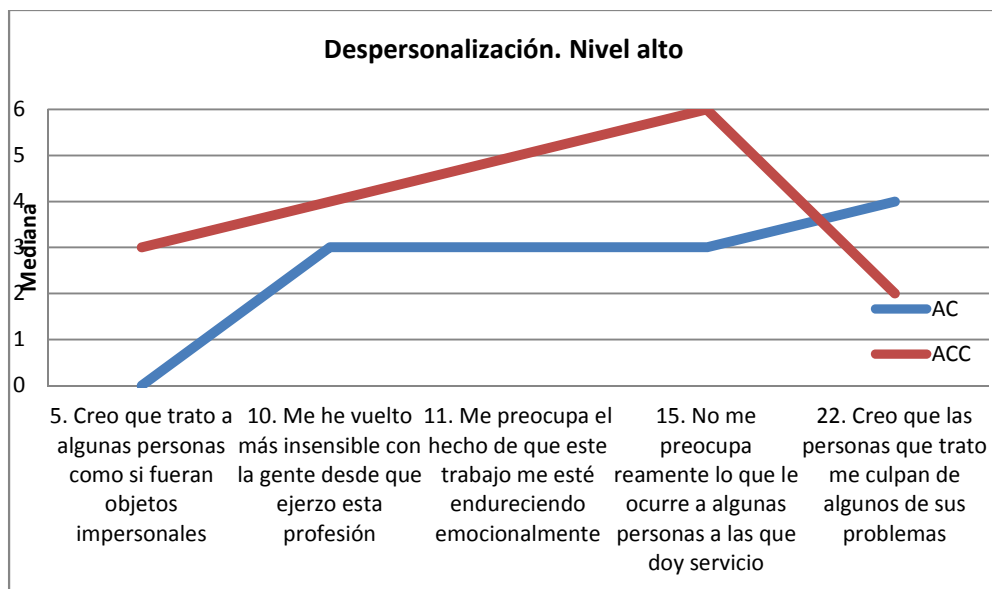
En agotamiento emocional, a partir de los gráficos por niveles de afectación, podemos observar que, al categorizar a las participantes en función de la frecuencia con que se presentan los síntomas de esta dimensión, en general muestran unas características similares en su modo de pensar, sentir y actuar.

En despersonalización, tal y como se observa en los resultados del objetivo 2., son prácticamente inexistentes las manifestaciones propias de esta dimensión, de ahí que no se haya incorporado el gráfico correspondiente al nivel bajo y que en el nivel medio tan sólo se observa la presencia de un pensamiento de baja frecuencia, como es el ítem 15 (*“No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio”*) en el grupo AC. En el nivel alto, sí se muestra una manifestación similar en AC y ACC, si bien dichos síntomas son de frecuencia moderada, más elevada en el grupo ACC. Resulta llamativa la frecuencia en el ítem 15 (*“No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio”*), indicativo del efecto que produce el rol de cuidadora (ver Gráficos 26, 27 y 28).

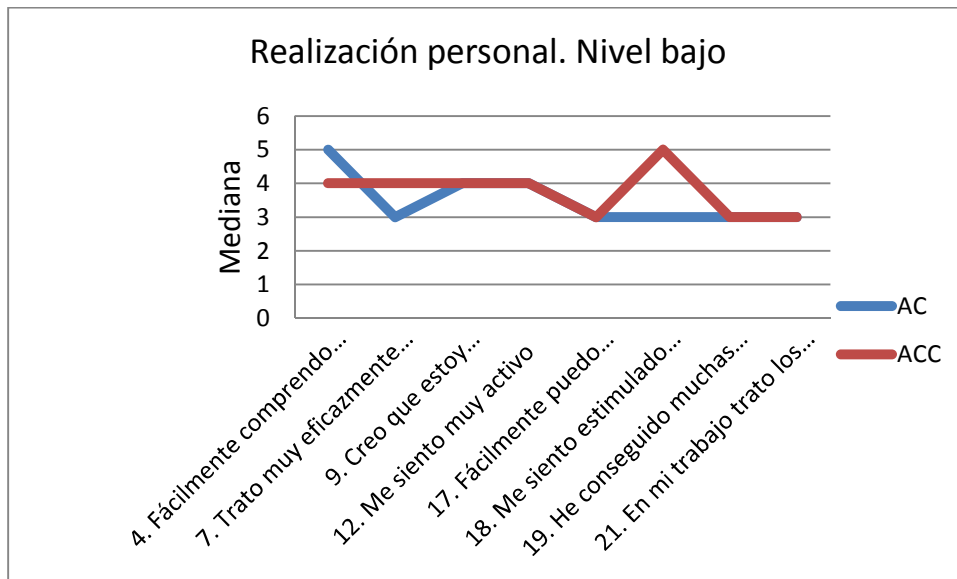
De modo parecido a la despersonalización, en realización personal, se observa unas características similares en las manifestaciones en esta dimensión, con una frecuencia elevada de aparición de los síntomas de realización personal en los tres niveles (ver Gráficos 29 y 30).



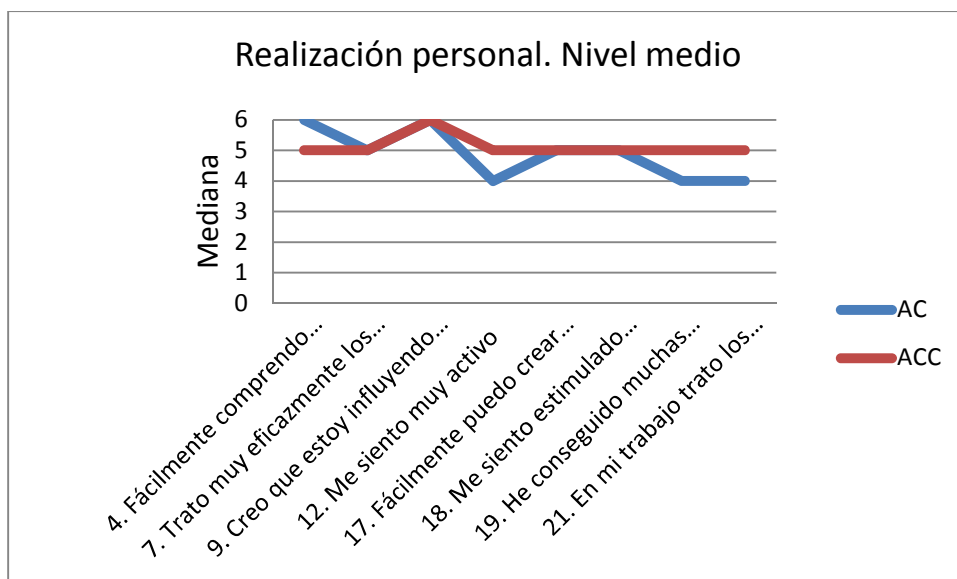
**Grafico 26. Mediana en la dimensión despersonalización del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación medio.**



**Grafico 27. Mediana en la dimensión despersonalización del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación alto.**



**Grafico 28. Mediana en la dimensión realización personal del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación bajo.**



**Grafico 29. Mediana en la dimensión realización personal del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación medio.**





**Grafico 30. Mediana en la dimensión realización personal del síndrome de burnout por grupos AC o ACC, en función del nivel de afectación alto.**

Atendiendo a todo lo comentado, puede decirse que no se cumple la hipótesis (H<sub>4.1.</sub>) en la esperábamos que las manifestaciones específicas de cada una de las dimensiones del síndrome de *burnout* discreparían en el grupo de ACC respecto al de AC. En contra de nuestra hipótesis, ambos grupos presentan unas manifestaciones similares en respuesta a su desempeño laboral.

### **7.5. Influencia de la actividad desempeñada y el síndrome de *burnout* en el estado de salud y en alteraciones emocionales (ansiedad y depresión).**

Con el último objetivo específico de nuestro estudio, objetivo 5, queríamos conocer en qué medida la actividad desempeñada y el síndrome de *burnout* afecta a la salud (estado de salud general) y, en particular, a la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). Nuestra

premisa de partida plantea, por un lado, que el agotamiento emocional, la despersonalización y la (falta de) realización emocional influirán en la salud (estado de salud general y número de enfermedades presentes) (H<sub>5.1</sub>.) así como en las alteraciones emocionales (sintomatología de ansiedad y depresiva) (H<sub>5.2</sub>).

Para conocer las consecuencias que han tenido en las mujeres estudiadas el contenido en sí mismo de la actividad que desempeñan, hemos realizado, en primer lugar, los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) para cada una de las subescalas y la puntuación total de salud general, a partir del cuestionario GHQ-28 (Tabla 36).

**Tabla 36. Medias y desviaciones típicas en las subescalas de salud general GHQ-28**

	Total (n=193)		Amas de casa (n=97)		Cuidadoras (n=96)		Prueba de contraste	
	M	DT	M	DT	M	DT	t <sub>(191)</sub>	p
Síntomas somáticos	2.79	2.37	1.57	1.93	4.03	2.12	- 8.445	.000**
Síntomas de ansiedad	3.37	2.47	2.25	2.15	4.51	2.25	- 7.154	.000**
Funcionamiento psicosocial	1.75	1.8	0.99	1,34	2.51	1.92	t <sub>(169,58)</sub> - 6.360	.000**
Síntomas depresivos	1.43	1.91	0.68	1.43	2.19	2.03	t <sub>(170,81)</sub> - 5.957	.000**
Salud general TOTAL	9.34	7.40	5.48	5.74	13.23	6.85	- 8.518	.000**

\*\* p≤.01

Los resultados muestran que, tanto en las distintas subescalas como en la puntuación total en la salud general, en el grupo ACC los valores medios son más elevados, estadísticamente significativos ( $p=.000$ ), reflejando una mayor afectación respecto a las participantes del grupo AC.

A continuación, para determinar la relación entre la salud en general y el *burnout*, llevamos a cabo análisis de correlaciones ( $r$  de Pearson), tanto para las AC como para las ACC (Tabla 37a y 37b).

**Tabla 37a. Correlaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout y las subescalas de salud general en el grupo de AC.**

		S.S.	S.A	F.P.	S.D.	S.G.	A.E.	D.
		Salud general				Burnout		
	S.S							
Salud general	A.I.	.67**						
		.000						
	F.P.	.68**	.67**					
		.000	.000					
	S.D.	.46**	.49**	.59**				
		.000	.000	.000				
	S.G.	.86**	.88**	.86**	.72**			
		.000	.000	.000	.000			
Burnout	A.E.	.52**	.56**	.45**	.37**	.58**		
		.000	.000	.000	.000	.000		
	D.	.16	.19	.28**	.26**	.25*	.31**	
		.125	.066	.005	.009	.012	.002	
	R.P.	-.22*	-.18	-.14	-.09	-.20	-.04	-.06
		.032	.070	.167	.416	.054	.678	.543

\*\*  $p \leq .01$

\*  $p \leq .05$

**Tabla 37b. Correlaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout y las subescalas de salud general en el grupo de las ACC**

		S.S.	S.A.	F.P.	S.D.	S.G.	A.E.	D.
		Salud general				Burnout		
Salud general	S.A.	.76**						
		.000						
	F.P.	.55**	.58**					
		.000	.000					
Salud general	S.D.	.50**	.57**	.56**				
		.000	.000	.000				
	S.G.	.84**	.88**	.80**	.79**			
		.000	.000	.000	.000			
Burnout	A.E.	.45**	.46**	.23*	.37**	.46**		
		.000	.000	.022	.000	.000		
	D.	.34**	.35**	.42**	.32**	.43**	.36**	
		.001	.000	.000	.001	.000	.000	
	R.P.	-.24*	-.19	-.12	-.23*	-.24*	-.12	-.21*
		.017	.067	.251	.025	.017	.037	.037

\*\* p≤.01

\* p≤.05

Subescalas de salud general (S.S.: Síntomas somáticos, S.A.: Ansiedad e insomnio, F.P.: Funcionamiento psicosocial, S.S.: Síntomas depresivos, S.G.: Puntuación total de Salud general) Dimensiones del síndrome de *burnout* (A.E.: Agotamiento emocional, D.P. Despersonalización, R.P.: Realización personal)

Como se puede apreciar, tanto en el grupo de las AC como en las ACC, el agotamiento emocional correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con el estado de salud en general (p=.000), así como con los síntomas somáticos (p=.000), los síntomas de ansiedad e insomnio (p=.000), el funcionamiento psicosocial (AC: p=.000; ACC: p=.022) y los síntomas depresivos (p=.000). En otras palabras, el agotamiento emocional, se asocia con una afectación en la salud.

Del mismo modo, la despersonalización, en ambos grupos, correlaciona de forma positiva y con significación estadística con el estado de salud en general (AC:  $p=.001$ ; ACC:  $p=.001$ ), síntomas depresivos ( $p=.000$ ) y funcionamiento psicológico ( $p=.000$ ). Y, a diferencia del grupo de las mujeres del grupo AC, en las del ACC, los síntomas somáticos y de ansiedad se asocian con la despersonalización ( $p=.000$ ).

En cuanto a la realización personal, para el grupo de las AC sólo existe correlación significativa, negativa, con los síntomas somáticos ( $p=-.032$ ), mientras que para las ACC se asocia negativa y significativamente con los síntomas somáticos ( $p=-.017$ ), con los síntomas depresivos ( $p=.025$ ) y con salud en general ( $p=.017$ ).

De modo complementario, dado que otro de los indicadores de salud que hemos considerado en el objetivo 1 es la cantidad de enfermedades crónicas que presentan las mujeres AC y ACC, para determinar la relación entre cantidad de enfermedades que padecen y el *burnout*, hemos utilizado el coeficiente de correlación rho de spearman. Los resultados obtenidos indican que salvo el agotamiento emocional, no existen relaciones significativas con las otras dos dimensiones. No obstante, hemos de señalar que únicamente son las ACC las que muestran una correlación positiva y significativa ( $r=.28$ ;  $p=.005$ ). En otras palabras, la actividad de cuidadora se asocia con la presencia de alguna enfermedad, que recordando los resultados del objetivo 1., está en su mayoría relacionada con el aparato locomotor.

Una vez obtenidas las relaciones entre el *burnout* y la salud, a continuación hemos querido conocer el peso que dichas dimensiones,

junto con la actividad realizada, ejercen en la salud en general. Para ello, hemos llevado a cabo análisis de regresión lineal con las variables independientes o predictoras agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y actividad desempeñada y con la variable dependiente o criterio la puntuación total de salud general (Tabla 38).

**Tabla 38. Análisis de regresión de la influencia de las variables burnout y actividad desempeñada sobre la salud.**

	Beta	Error típico	t	p
Constante	3.638	1.783	2.041	.043
Agotamiento emocional	0.199	.030	6.75	.000**
Despersonalización	0.187	.063	2.98	.003**
Realización personal	-0.109	.043	-2.55	.011*
Actividad desempeñada	5.106	.835	6.12	.000**

\*\* p≤.01

\* p≤.05

Los resultados obtenidos indican que dichas variables explican el 51% ( $R^2=.51$ ) de la afectación en la salud ( $F=48.911$ ;  $p=.000$ ). En relación a los coeficientes de la recta de regresión, sabemos que cuando todas las variables independientes valen 0, la salud mental parte de 3.638 puntos. Además, por cada unidad que aumenta el agotamiento emocional, aumenta en .199 puntos la salud; por cada unidad que aumente la despersonalización, aumenta en .187 puntos la salud y que por cada unidad que aumente la realización personal, disminuye en .109 puntos la salud. Cuando la actividad la desempeñan las AC, y considerando valores medios en el resto de variables, la salud presenta valores de 6.76. Dicho nivel aumenta a 11.87 cuando se trata de las ACC.

Por tanto, elevado agotamiento emocional y despersonalización, baja realización personal así como dedicarse al cuidado de familiar con Alzheimer explica el 51% de la afectación en la salud.

Como se ha señalado, como objetivos nos propusimos determinar el peso que el síndrome de *burnout*, además de afectar en la salud, en la aparición o presencia de síntomas de ansiedad y síntomas depresivos. Para ello, realizamos análisis de regresión con las mismas variables.

**Tabla 39. Análisis de regresión de la influencia de las variables burnout y actividad desempeñada sobre la sintomatología de ansiedad**

	<i>Beta</i>	<i>Error típico</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	1.772	.624	2.839	.005
Agotamiento emocional	.079	.010	7.834	.000**
Realización personal	-.035	.015	-2.305	.022*
Actividad desempeñada	1.250	.298	4.199	.000**

\*\* p≤.01

\* p≤.05

Los resultados obtenidos indican que estas variables explican el 41.6% ( $R^2=.416$ ) de la aparición o presencia de síntomas de ansiedad ( $F=46.63$ ;  $p=.000$ ). En relación a los coeficientes de la recta de regresión, sabemos que cuando todas las variables independientes valen 0, la ansiedad parte de 1.772 puntos (ver Tabla 39). Además, por cada unidad que aumente el agotamiento emocional, aumenta en .079 puntos la ansiedad; y que por cada unidad que aumente la realización personal, disminuye en .035 puntos la ansiedad. Sabemos que cuando la actividad la desempeñan las AC, y considerando valores medios en el resto de variables, la ansiedad presenta valores de 2.767 y que dicho nivel aumenta a 4.017 cuando se trata de ACC.

Por tanto, elevado agotamiento emocional, baja realización personal y dedicarse al cuidado de familiar con Alzheimer explica el 41,6% de la presencia de los síntomas de ansiedad.

**Tabla 40. Análisis de regresión de la influencia de las variables burnout y actividad desempeñada sobre la sintomatología depresiva.**

	Beta	Error típico	t	p
Constante	-.556	.255	-2.178	.031
Agotamiento emocional	.039	.009	4.344	.000**
Despersonalización	.054	.019	2.820	.005**
Actividad desempeñada	1.017	.255	3.986	.000**

\*\* p≤.01

Respecto a la sintomatología depresiva, las variables referidas explican el 29.3% ( $R^2=.293$ ) de la aparición o presencia de estos síntomas ( $F=27.562$ ;  $p=.000$ ). El peso más elevado corresponde a la actividad desempeñada, seguido de la despersonalización y finalmente al agotamiento emocional (ver Tabla 40). En relación a los coeficientes de la recta de regresión, sabemos que cuando todas las variables independientes valen 0, la depresión parte de -.556 puntos. Además, por cada unidad que aumente el agotamiento emocional, aumenta en .039 puntos la depresión; y que por cada unidad que aumente la despersonalización, aumenta en .054 puntos la depresión. Sabemos que cuando la actividad la desempeñan las AC, y considerando valores medios en el resto de variables, la depresión presenta valores de .916 y que dicho nivel aumenta a 1.933 cuando se trata de ACC.



Por tanto, elevado agotamiento emocional y despersonalización, así como dedicarse al cuidado de familiar con Alzheimer explica el 29.3% de la presencia de los síntomas depresivos.

Una vez expuestos los resultados, podemos confirmar las hipótesis del objetivo 5. Nuestra premisa de partida planteaba, por un lado, que el agotamiento emocional, la despersonalización y la (falta de) realización emocional influirían en la salud (estado de salud general y número de enfermedades presentes) (H<sub>5.1.</sub>) así como en las alteraciones emocionales (síntomatología de ansiedad y depresiva) (H<sub>5.2.</sub>). Tal y como preveíamos, estas variables influyen tanto en la salud como en los síntomas de ansiedad y depresivos. El peso que ejercen estas variables y las dimensiones varían de una a otra, tanto en la salud (51%) (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) como en la presencia de síntomas depresivos (29.3%) (agotamiento emocional, despersonalización) y en mayor medida, en los síntomas de ansiedad (43.3%) (agotamiento emocional y baja realización personal), resultando ser el agotamiento emocional la dimensión que mayor influencia ejerce, especialmente en las mujeres cuidadoras.



## **CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN**

Con el **objetivo específico 1** pretendíamos determinar la prevalencia del síndrome de *burnout*, así como de problemas de salud (enfermedades crónicas y estado de salud general) asociados al tipo de actividad desempeñada como AC o ACC.

Atendiendo a los resultados obtenidos en nuestro estudio se confirma la hipótesis H<sub>1.1</sub>. en la que esperábamos que *la prevalencia del síndrome de burnout en las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar sea, de al menos, un 2%*. En este estudio se ha obtenido un porcentaje mayor de prevalencia de *burnout*.

Si nos referimos a algunos datos de prevalencia del *burnout* que aparecen en el marco teórico, vemos que nuestro resultado se aproxima más al 14.9% de prevalencia de *burnout*, que según refieren autores como Gil-Monte (2009) y Grau et al.(2009) se han obtenido en el sector sanitario en estudios realizados en diferentes países europeos, incluido España.

Nuestra muestra refleja las relaciones de servicio que existen hacia quienes dedican su cuidado, que les exige un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional, lo que generalmente les es gratificante, pero a la vez puede ser muy estresante, propiciando ambientes laborales con elevada exigencia y pobres recursos (Maslach, 2009).

A pesar de que en la literatura actual continúan siendo escasas las investigaciones dedicadas al síndrome de *burnout* en la mujer ama de casa, el 11.9% de prevalencia obtenido en este estudio supera el porcentaje de

prevalencia 1.95% informado en el estudio de Pascual (2001). En su muestra de amas de casa, incluía a mujeres que trabajaban tanto dentro del entorno familiar como fuera de éste con remuneración económica. De hecho, la diferencia de resultados pudiera responder a que las participantes, en nuestro estudio, realizan su actividad laboral exclusivamente dentro del entorno familiar, sin remuneración. Son mujeres dedicadas a las labores domésticas y este tipo de trabajo por sus propias características se convierte en estresante. La mujer ama de casa realiza actividades de limpieza y organización de la casa, lavado y organización de las ropas, plancha, costura, compra de alimentos, cocina, friega la vajilla, hace gestiones y compras relacionadas con el trabajo doméstico y atención a la familia, así como el cuidado de hijos, nietos y/o familiares mayores dependientes, entre otras. Todo ello, podría actuar como desencadenante del síndrome de *burnout*, debido a que resultan tareas repetitivas, poco específicas, que deben realizarse de forma continua, sin disponer de tiempos de descanso. Su desempeño depende en gran medida del tipo de ocupación y circunstancias individuales de los miembros de su núcleo familiar, no obstante, carece del reconocimiento social que merece. Este rol, que desempeñan, le generaría una importante sobrecarga laboral (García et al. 2004).

De igual modo, los datos aquí obtenidos, van en la línea de lo informado por Rodríguez, Trillos y Baute (2014) quienes obtuvieron un porcentaje de prevalencia de *burnout* de 11.3% en mujeres amas de casa, similar al obtenido en nuestra muestra (11.9%).

Esto se agudiza en los casos en que, además, esta mujer ama de casa tiene que dedicarse al cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer (Son et al 2014), al que tiene que ayudarlo o realizarle todas las acciones básicas de la vida diaria, como puede ser: la higiene personal, vestir, alimentar y facilitar la movilidad al familiar enfermo, que puede encontrarse en cualquiera de las fases de la evolución de su enfermedad. Dicha enfermedad, implica un marcado deterioro cognitivo, funcional y conductual que hace se manifieste con agresividad, negatividad y otros síntomas demenciales. El manejo de esta situación requiere por parte de la mujer ama de casa cuidadora una estrecha interacción con el familiar enfermo, exigiendo de ellas una mayor dedicación (García-Calvente et al.2004; Fernández de Larrinoa et al 2011), y una excesiva sobrecarga laboral, que en la medida que aumente también incrementará el deterioro de su salud (Aldana y Guarino, 2012; Campos et al. 2014b).

Si atendemos a la hipótesis H<sub>1.2</sub>. en la que esperábamos que *dicha prevalencia sea mayor en aquellas mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar y que además se dedican a la atención y cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer (ACC)*, en este caso, el grupo de las ACC presenta un porcentaje ligeramente superior al obtenido por las AC. Por tanto, se confirma nuestra hipótesis de partida.

Como hemos referido, con anterioridad, estas mujeres soportan una sobrecarga laboral añadida por su dedicación al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer (Pinquart et al 2012; Rivera y Requena, 2013) que puede justificar, de alguna manera, la sutil diferencia en el porcentaje mayor obtenido por las ACC. No obstante, los niveles de sobrecarga laboral

que resisten las AC, dada por la propia característica de su actividad, también pudiera explicar la presencia de *burnout* en este grupo (González et al. 2009). Es innegable el avance de la sociedad, en cuanto a los cambios de roles de la mujer actual, no obstante, la responsabilidad de cuidar es aún asumida, en gran medida, por ellas que, con frecuencia, lo aceptan como parte de su obligación moral, siendo posible que la mayoría de las participantes en este estudio percibieran la acción de cuidar, con una actitud positiva que les permite vivenciarlo como una manera de estrechar sus relaciones familiares.

Por último, los resultados nos permiten confirmar la hipótesis H<sub>1.3</sub>. en la que esperábamos que *la prevalencia de enfermedades crónicas y afectación de la salud en general, sea mayor en las mujeres ACC respecto a las que sólo ejercen su labor como AC.*

Como se ha señalado, la realización de labores domésticas y cuidados de diversa índole a los miembros de su entorno familiar, de una manera continuada durante un largo periodo de tiempo, puede influir en la aparición del síndrome de *burnout*, cuyo riesgo de aparición, se acentúa aún más por los sucesos vitales estresantes por los que puede pasar a lo largo de su vida (cambios en la adolescencia, embarazos, pérdidas, crisis matrimoniales, entre otros) y por las condiciones en las que ha de desempeñar su actividad (estrés de rol, ambiente físico desfavorable, falta de apoyo social, etc.)(Evolahti et al. 2013). Esto puede conllevar daños graves en su salud. De hecho, en nuestro estudio, los resultados obtenidos van en la línea de lo informado en distintas investigaciones, poniéndose de manifiesto la afectación de la salud, de acuerdo a la cantidad de dolencias

que padecen y se considera como negativa la repercusión que ha tenido la labor de cuidar, en la salud física y psíquica de las mujeres estudiadas, que se dedican de una u otra manera al cuidado informal en su entorno familiar (García et al. 2004; Melamed, 2009; Pinguart y Sorensen, 2003; Sánchez-Herrero y Sánchez-López, 2011; Suñer et al., 2013).

Las ACC son mujeres que generalmente postergan sus proyectos personales para centrarse en la atención y el cuidado de su familiar enfermo (Espín, 2009), lo que propicia, con frecuencia, que minimicen la importancia que tiene dedicar parte de su tiempo a su autocuidado. Con frecuencia evitan o retrasan al máximo las visitas a consultas médicas para su atención personal, aun sintiendo malestares y dolores diversos. Con el paso del tiempo dichas dolencias, pueden llegar hasta incapacitarlas temporalmente para realizar su labor, de ahí que finalmente se vean obligadas a utilizar los servicios de Salud.

El cuidado a un familiar con Alzheimer supone un factor de riesgo añadido para el cuidador. Existen estudios que confirman la existencia de alteraciones, tales como dolencias musculoesqueléticas y del aparato locomotor (Muñoz y Barba, 2007), afectaciones que con mayor frecuencia se ha detectado en nuestro amas de casa cuidadoras.

Atendiendo al **objetivo específico 2** pretendíamos conocer cómo se relacionan las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en las mujeres que desempeñan su actividad laboral en el ámbito familiar, así como los niveles presentados en las mismas y si existen diferencias significativas en función

del tipo de actividad desempeñada como ama de casa (AC) o ama de casa cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer (ACC).

Los resultados hallados, nos han permitido confirmar, al menos parcialmente, las cinco hipótesis de las que partíamos en este objetivo.

Así, en respuesta a la hipótesis H<sub>2.1.</sub> se confirma que el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionen de forma directa y positiva, de tal manera que cuanto mayor sea el agotamiento emocional mayor será el nivel de despersonalización. En cambio, se confirma parcialmente la hipótesis H<sub>2.2.</sub> Si bien se cumple que la despersonalización se relaciona de forma inversa con la realización personal, esta relación inversa no queda demostrada entre el agotamiento emocional y la realización personal; es decir; tan sólo se produce que cuanto mayor es la despersonalización, menor es la realización personal.

Los resultados obtenidos se encuentran dentro de lo esperado para la primera hipótesis de este objetivo, considerando que las mujeres participantes en nuestro estudio soportan una importante sobrecarga laboral y, con frecuencia, acompañada de conflictos personales emanados del desempeño de su trabajo. Todo esto les genera una sensación de vacío de recursos emocionales y físicos que favorecen la aparición del agotamiento emocional, lo que a su vez hace que surjan una serie de reacciones que derivan en respuestas inadecuadas, con poca sensibilidad y de alguna manera con tendencia al desapego afectivo hacia las personas a las que cuidan, que aunque no dejan de atenderles por el sentido latente de su responsabilidad, si puede verse afectada la calidad de su desempeño (Maslach, 2009). De manera que podemos decir que la despersonalización



se asocia con el agotamiento emocional, por lo que en la medida que aumente el agotamiento emocional que padecen, aumentará también su nivel de despersonalización.

Ahora bien, en cuanto a lo que se esperaba demostrar con la hipótesis segunda de este objetivo específico referente a que la dimensión agotamiento emocional se relacione de forma directa y negativa con la dimensión realización personal, no es de extrañar. El resultado obtenido pudiera explicarse si consideramos las características propias de las mujeres participantes, las cuales tienen una media de edad de 49 años, el 79.8% (n=154) de ellas tiene un nivel de estudios primarios/secundarios, y están dedicadas a las labores domésticas y de cuidados, durante jornadas intensas en una media de 14.9 años de dedicación, sin remuneración, asemejándose este perfil socio demográfico a lo apuntado por distintos autores (García-Calvente et al. 2004; Felberg et al. 2011; López-Gil et al. 2009). Es de destacar, que aunque las mujeres participantes se sienten sobrecargadas de trabajo por las características de su actividad (Larrañaga et al. 2008), lo que favorece en gran medida el padecimiento de altos niveles de agotamiento emocional, sin embargo, esa situación no siempre se revierte en una baja realización personal, porque en su gran mayoría tienen interiorizada su labor como un rol asignado históricamente, y que deben tratar de sobrellevarlo lo mejor posible, llegando, en muchas ocasiones, a abandonar sus propios proyectos personales para cumplir con este (Espín, 2009).

De igual modo, al considerar las características concretas de nuestra muestra, se podría explicar que las participantes que presentan niveles

elevados de despersonalización provocado por las propias condiciones de su trabajo, realizan sus tareas, aunque con menor rigor que lo acostumbrado, lo que repercute en la ejecución de estas. Esto podría estar afectando a la disminución de sus niveles de realización personal. De manera que coincidimos con la afirmación de Rutherford et al. 2015, en que las dimensiones despersonalización y realización personal tienen un efecto indirecto sobre el rendimiento en su actividad laboral.

En definitiva, las relaciones halladas entre las dimensiones del síndrome de *burnout*, se ajustan al planteamiento de Leiter y Maslach (1988), estos autores consideran que cuando una persona durante un determinado tiempo está sometida a excesivas demandas laborales emerge el agotamiento emocional que provoca la aparición de sentimientos y actitudes propias de la despersonalización, que a su vez induce a una falta de compromiso e implicación en el trabajo originándose una sensación de falta de logro personal.

En nuestro estudio, las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar obtienen puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, respecto a las otras dos dimensiones del síndrome de *burnout*. En concreto, se sitúan en alto agotamiento emocional y medio en despersonalización y realización personal. Por tanto, se confirma la hipótesis H<sub>2.3</sub>. Estos resultados van en la línea de lo informado en distintas investigaciones sobre *burnout* (Avargues, 2006; Gil-Monte et al. 2005), de modo que el planteamiento de las autoras Maslach y Jackson (1986) que refiere al agotamiento emocional como la dimensión central del síndrome de *burnout*, y la afirmación de los autores Moreno-

Jiménez et al.(2001), que lo considera el factor más predictivo de las consecuencias del *burnout*, nos permitirá argumentar los resultados de nuestro estudio, al ser precisamente la dimensión agotamiento emocional, como hemos comentado en el apartado de resultados, la única que ha resultado ser estadísticamente significativa de las tres dimensiones del síndrome de *burnout*.

Por último, esperábamos encontrar que las AC y ACC se agruparan en niveles diferentes en cada dimensión del síndrome de *burnout*, con diferencias significativas. En contra de lo esperado, no resultan ser significativamente diferentes las dimensiones despersonalización y realización personal. Por tanto, se confirma de forma parcial la hipótesis H<sub>2.4</sub>. Finalmente, se confirma la hipótesis H<sub>2.5</sub>. El grupo de las ACC presenta un mayor porcentaje de mujeres con nivel alto de agotamiento emocional respecto a las AC.

Los datos obtenidos respecto a la dimensión agotamiento emocional son congruentes con todo lo argumentado en párrafos anteriores sobre lo aportado en la literatura científica. Las exigencias emocionales derivadas del cuidado de un familiar enfermo de alzheimer hacen de la tarea de cuidar, en sí misma, un factor de riesgo para la aparición del síndrome, en el que el agotamiento emocional cobra protagonismo como dimensión central. El hecho de que no se hayan encontrado diferencias significativas entre las AC y ACC en las dimensiones despersonalización y realización personal, podría explicarse si atendemos al porcentaje de participantes que, en ambos grupos, manifiestan niveles altos de despersonalización y bajos de realización personal, muy parecidos

en ambos casos y menores de lo esperado para el grupo de ACC. Respecto a la despersonalización, la baja representación de ACC en los niveles altos y medios pudiera deberse, no a que esta no exista en estas mujeres, sino a que se esté manifestando de forma distinta a como ha sido evaluada con el instrumento de medida utilizado, por existir un vínculo familiar con la persona a la que presta sus servicios o que precisamente, debido a ese vínculo y a que la persona a la que atiende forma parte de su entorno inmediato, la forma de afrontar las demandas emocionales sean distintas en estas mujeres respecto a otros profesionales del sector servicios. Este vínculo afectivo-familiar, también podría explicar la baja representación de ACC en niveles bajos de realización personal, ya que su actividad puede estar aceptándose como algo que han de hacer por su familiar y que les reconforta, en cierta medida, al entender que forma parte de su proyecto vital.

En resumen, nuestras ACC presentan un mayor agotamiento y hastío emocional respecto a las AC, sin embargo, al igual que éstas, en su mayoría, se sienten realizadas y no presentan a priori actitudes de despersonalización, quizás por el sentido que le dan a su actividad en el ámbito familiar (valores sociales, codependencia, rasgos de personalidad, rol familiar, etc.). Cuestión ésta, que a nuestro entender, debería ser objeto de estudio en futuros trabajos de investigación.

Siguiendo con el **objetivo específico 3**, con el que pretendíamos determinar la influencia de distintas variables sociodemográficas (edad, estado civil, hijos, número de hijos e hijos que conviven en el hogar familiar) y variables asociadas a la actividad desempeñada como

cuidadoras familiar de enfermo de Alzheimer (años que llevan dedicadas al cuidado del familiar y número de horas diaria que dedican al cuidado) en las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). En nuestro planteamiento de partida, las más jóvenes (H<sub>3.1.</sub>) y aquellas con pareja (H<sub>3.2.</sub>), con hijos (H<sub>3.3.</sub>), presentarían menores niveles de agotamiento emocional, despersonalización y mayores niveles de realización personal. Además, el número de hijos que se tenga al igual que la cantidad de hijos con los que convivan en el hogar familiar influirían en los niveles obtenidos en las distintas dimensiones del síndrome de *burnout* (H<sub>3.4.</sub>). Estas variables sociodemográficas podrían influir en los niveles de las diferentes dimensiones de *burnout* en función del tipo de actividad desempeñada, es decir, si se dedicara al ámbito familiar como ama de casa cuidadora familia de enfermo de Alzheimer (ACC) o ama de casa (AC) (H<sub>3.5.</sub>). Por último, esperamos encontrar que los niveles de agotamiento emocional y despersonalización serían más elevados, en cambio, sería más bajo el nivel de realización personal entre las amas de casa cuidadoras que dedicaran durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) (H<sub>3.6.</sub>) y durante más años (H<sub>3.7.</sub>) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer (ACC).

Una vez expuestos los resultados, destacamos que se confirman, al menos parcialmente, cuatro hipótesis. Así, en respuesta la hipótesis H<sub>3.1.</sub> se confirma parcialmente. La edad de las mujeres participantes influye, de modo que son las más jóvenes las que presentan menores niveles de agotamiento emocional. En cambio, no queda demostrado que se cumpla para la despersonalización ni la realización personal.

Respecto a tener o no tener pareja (H<sub>3.2.</sub>) y tener o no tener hijos (H<sub>3.3.</sub>), estas hipótesis no se cumplen. En contra de lo predicho, un porcentaje notable de las mujeres que conviven en pareja (H<sub>3.2.</sub>) y de las que tienen hijos (H<sub>3.3.</sub>) presentan alto nivel de agotamiento; en cambio, los niveles son similares en despersonalización y realización personal. Sin embargo, en relación con la cantidad de hijos que se tenga así como con la cantidad de los que viven en el hogar, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.4.</sub> La cantidad de hijos, especialmente dos, afecta al agotamiento emocional, contribuyendo a presentar niveles altos. En cambio no afecta a la despersonalización ni a la realización personal. Por otro lado, la convivencia en el hogar con hijos influye, exclusivamente, contribuyendo a manifestar baja realización personal. La H<sub>3.5.</sub> se cumple parcialmente. Las variables sociodemográficas estudiadas no influyen de diferente manera en los niveles de las dimensiones de *burnout* en función del tipo de actividad desempeñada (ACC vs AC). La única variable significativa es la edad, afectando por igual a ambos grupos de amas de casa, sobre el agotamiento emocional; en cambio, estas variables sociodemográficas no influyen en la despersonalización ni en la realización personal en las AC y ACC. Respecto a las hipótesis centradas en la actividad desempeñada como cuidadoras, es decir las ACC, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.6.</sub>, no así la H<sub>3.7.</sub> Mientras que no se confirma que los niveles despersonalización y realización personal sean más elevados en despersonalización ni en realización más bajos, los niveles de agotamiento emocional son mayores en aquellas que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer (H<sub>3.6.</sub>). Finalmente, la influencia que pueda ejercer los años que lleven dedicadas al cuidado del familiar

enfermo de Alzheimer, no queda demostrada. Por tanto, no se cumple la hipótesis H<sub>3.7.</sub>, dado que no se observa la existencia de diferencias en los niveles en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en las ACC.

La hipótesis H<sub>3.1.</sub> se confirma parcialmente. La edad de las mujeres participantes influye, de modo que son las más jóvenes las que presentan menores niveles de agotamiento emocional. En cambio, no queda demostrado que se cumpla para la despersonalización ni la realización personal.

Como hemos explicado anteriormente, en nuestro estudio, de las tres dimensiones del *burnout*, sólo la dimensión agotamiento emocional es diferente en la variable sociodemográfica edad (H<sub>3.1.</sub>). Se ha comprobado que la edad, en las mujeres participantes, sí influye en los niveles de agotamiento emocional que padecen, siendo las más jóvenes representadas en el rango de 20 a 40 años de edad las que presentan niveles bajo de agotamiento emocional. Estos resultados coinciden con los datos informados por Rodríguez, Trillo y Baute (2014) en su estudio con amas de casa. En cambio, en otros estudios se ha afirmado que las personas jóvenes son más vulnerables a padecerlo por contar con menos edad, poca experiencia, menos confianza en sí mismos, mayor incertidumbre en el futuro y en las funciones que desempeñan (Averages, 2006; Maslach, 2009). Nuestros resultados no coinciden con ese planteamiento. Tal vez porque puede deberse a que al estar constituida nuestra muestra de estudio por mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del entorno familiar y sin remuneración, así como por sus

propias condiciones de trabajo dentro de su hogar que no la limitan en edad para desarrollarlo, lo que les esté brindando la posibilidad de pertenecer a un rango más amplio de edades que se enmarca de 20 a 85 años; siendo este rango menos frecuente en otros estudios con poblaciones dedicadas a diversas profesiones.

En nuestro estudio, recordamos, que el porcentaje de mujeres mayores de 41 años que padecen nivel alto de agotamiento emocional tanto en el grupo de las AC como en las ACC es notable, aunque a partir de determinado momento, en este caso después de los 61 años empieza a disminuir la frecuencia y porcentaje de éste. No obstante, aunque se mantiene la tendencia del alto nivel, puede ser que a medida que se va aumentando en edad, se tienda a desarrollar estrategias de afrontamiento más adecuadas y se tengan unas expectativas más reales de la actividad laboral que realizan (Rodríguez et al. 2014; Zabel y Zabel, 1982).

Este resultado también pudiera explicarse si nos referimos a la inherente condición de ser mujer, que implica una serie de cambios a nivel fisiológico que comienzan aproximadamente a partir de los 40 años, tomando en cuenta que esto coincide con el rango de edad de las mujeres estudiadas que padecen nivel alto de agotamiento emocional, las cuales se enmarcan en los 41 a 61 años de edad, es factible considerar como un factor de riesgo latente en ellas, el hecho de que comienzan a aparecer y se desarrollen una serie de procesos como el déficit hormonal, trastornos menstruales, climaterio, menopausia, que le provocan malestar y afectan emocionalmente (Master-Hunter y Heiman, 2006; Osayande y Mehulic, 2014; Rojas, Lopera, Cardona, Vargas y Hormaza, 2014).



Respecto a tener o no tener pareja (H<sub>3.2.</sub>) y tener o no tener hijos (H<sub>3.3.</sub>), estas hipótesis no se cumplen. En contra de lo predicho, un porcentaje notable de las mujeres que conviven en pareja (H<sub>3.2.</sub>) y de las que tienen hijos (H<sub>3.3.</sub>) presentan alto nivel de agotamiento emocional.

Al contrario de lo predicho, el 48.2% de las mujeres que conviven en pareja presentan alto nivel de agotamiento (H<sub>3.2.</sub>). En nuestras amas de casa, aquellas que tienen pareja son más susceptibles que las que no la tienen (solteras, divorciadas, viudas) a padecer agotamiento emocional. Coincidiendo con lo planteado por Gil-Monte y Peiró (1997), consideramos que el estado civil en sí mismo no es lo que posibilita el incremento del agotamiento emocional en las mujeres estudiadas, sino es la calidad de las relaciones entre la pareja lo que emocionalmente le compensa. En otras palabras, el soporte emocional que aporta la pareja durante la convivencia. Existen casos en que las relaciones matrimoniales se han consolidado y evolucionado hacia un sentimiento de amor profundo y estable, basado en el respeto mutuo, lo que les favorece, y disminuye el riesgo de padecer *burnout*, sin embargo, no en pocas ocasiones las relaciones matrimoniales, se caracterizan por la incomprensión, frecuentes desavenencias, indiferencia o agresividad, que les genera insatisfacción, afectando de forma negativa sus emociones. De hecho, existen estudios que revelan que quienes presentan altos niveles de *burnout* tienen bajos niveles de satisfacción en sus relaciones de pareja (Burke y Greenglass, 1989). Esta situación se agrava para las amas de casa que generalmente alrededor de los 40 años de edad, además, asumen la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo de Alzheimer que avanza progresivamente, por lo que la familia se ve obligada a hacer cambios estructurales imprescindibles en el

funcionamiento de su vida cotidiana para garantizarle una adecuada atención. Esta situación suele influir en la relación matrimonial, lo que afecta en especial a la mujer ama de casa cuidadora familiar de enfermo de Alzheimer, a la vez que se manifiesta con alto nivel de agotamiento emocional con el paso del tiempo.

En relación con la cantidad de hijos que viven en el hogar, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.4</sub>. La cantidad de hijos, especialmente dos, afecta al agotamiento emocional, contribuyendo a presentar niveles altos. Por otro lado, la convivencia en el hogar con hijos influye, exclusivamente, contribuyendo a manifestar baja realización personal. La calidad de las relaciones interpersonales con sus hijos no siempre son armónicas por la diferencia generacional o por la manera que tienen de comunicar a sus hijos el rigor de las pautas de educación que le intentan brindar, hecho que ocurre independientemente de las edades que éstos tengan. En nuestro estudio ha sido evidente que para las ACC, cuanto más hijos tengan su nivel de agotamiento emocional será mayor, en especial si tiene dos hijos, sin embargo, el hecho de convivir con dos hijos aumenta su nivel de realización personal, lo que pudiera explicarse si nos situamos en su realidad vital. Se trata de una mujer que se siente agobiada en medio de todas las tareas domésticas que tiene que desempeñar en el hogar y las labores inherentes al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer que tiene un marcado deterioro y actitudes demenciales. Junto a esto, el tener que atender a sus hijos es un esfuerzo más. Las agota emocionalmente, sin embargo, ese tipo de cuidado hacia sus hijos generalmente menores de edad que conviven con ella, especialmente si son dos hijos, les hace descentralizar el foco de atención que tiene hacia el enfermo, le

proporciona otro tipo de preocupación, que también brinda satisfacciones y alegría en un hogar, lo que propicia aumente su nivel de realización personal.

De entro los factores de riesgo que se relacionan con la sintomatología *burnout* (H<sub>3.5.</sub>), en nuestro estudio, es la edad la que resulta destacable, referida al agotamiento emocional, como única dimensión significativa. Se hace más evidente en el umbral de edad entre 41 a 60 años, en que se enmarcan las mujeres participantes que padecen nivel alto de agotamiento emocional, de ahí la importancia que tiene el sentimiento de afecto positivo percibido por ellas, procedentes de las personas con quien convive para proteger el deterioro de su salud (Park-Lee, et al.2009).

Respecto a las hipótesis centradas en la actividad desempeñada como cuidadoras, es decir las ACC, se cumple parcialmente la hipótesis H<sub>3.6.</sub>, no así la H<sub>3.7.</sub> Los niveles de agotamiento emocional son mayores en aquellas que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer (H<sub>3.6.</sub>). En cambio, la influencia que pueda ejercer los años que lleven dedicadas al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer, no queda demostrada. Es necesario enfatizar en que la cantidad de horas (H<sub>3.6.</sub>) y años (H<sub>3.7.</sub>) dedicados por la mujer ACC es referido al tiempo que desempeña su actividad laboral cuidando y atendiendo a su familiar enfermo de Alzheimer, independientemente de sus labores domésticas como ama de casa, sin embargo, el hecho de que aun manteniendo sus niveles altos de agotamiento emocional, no haya sido relevante la cantidad de años, aunque sí para las horas al día, por el

agotamiento físico y emocional que padecen estas mujeres, pudiera estar asociado a que el pasar de los años va cambiando la situación de su familiar enfermo de Alzheimer. Al cambiar su nivel de deterioro funcional-conductual, lo incapacita cada vez más, y es posible que la intensidad de las tareas repetitivas que ella debe realizar también disminuyan. Además, debemos tomar en consideración que ese tiempo dedicado diariamente a lo largo de los años, representa para ellas una incalculable fuente de conocimientos y experiencia en el desempeño de su actividad.

Tal y como se señala en la bibliografía, en la medida que dediquen más cantidad de años de su actividad, a pesar del malestar y complicaciones en la salud que pudieran experimentar, desarrollarán también mejores habilidades, capacidades y actitudes que les facilitará la adecuación a la solución de los problemas que genera su actividad laboral dentro de su entorno familiar, lo que de hecho también contribuirá a lograr un adecuado bienestar individual y social (Pérez et al. 2014).

En el **objetivo específico 4** se planteaba conocer las características más específicas de cada dimensión del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) presentes en las participantes, analizando si existen diferencias entre mujeres amas de casa y aquellas que además desempeñan el papel de cuidadoras de familiares con Alzheimer. En nuestra hipótesis de partida ( $H_{4.1.}$ ) esperamos que las manifestaciones específicas de cada una de las dimensiones del síndrome de *burnout* discreparan en el grupo de ACC respecto al de AC.

Tras el análisis de los perfiles presentados por cada grupo, puede decirse que, en contra de nuestra hipótesis de partida, ambos grupos

presentan unas manifestaciones similares en respuesta a su desempeño laboral. Ahora bien, si atendemos a la frecuencia de aparición de las distintas manifestaciones características del síndrome de *burnout*, observamos que en el nivel alto de agotamiento emocional, los síntomas en los que se aprecia una mayor diferencia serían: el sentirse fatigadas en el día a día (ítem 3) y el esfuerzo que le supone trabajar a diario con personas (ítem 6), siendo más frecuentes en el grupo de ACC. Ambos síntomas son reflejo de las exigencias físicas y emocionales que supone el cuidado de este tipo de familiares. De acuerdo con Muela et al. (2001), la atención a un enfermo de Alzheimer requiere que el cuidador posea una serie de recursos personales que le permitan afrontar las exigencias diarias (como por ejemplo, pedir ayuda a otros familiares, reclamar información a los médicos, tomar decisiones, ayudar en las habilidades para la vida diaria, entre otras). Además, según estos autores, el cuidador ha de ser capaz de admitir sus limitaciones personales, lo que habitualmente no ocurre, autoexigiéndose por encima de sus posibilidades. De igual modo, como señalan Cervera et al. (2014), en la mayoría de los casos, las cuidadoras son mujeres sin preparación previa sobre la enfermedad y los cuidados que requieren este tipo de pacientes, de ahí que experimenten con mayor frecuencia sentimientos de sobrecarga, tanto subjetiva como objetiva lo que redundará en que se incremente el nivel de sobrecarga total (Aldana y Guarino, 2012) y con ello, desde nuestro punto de vista, la sensación de no poder dar más de sí mismas.

Para terminar nuestro estudio, con el **objetivo específico 5** queríamos conocer en qué medida la actividad desempeñada y el síndrome

de *burnout* afecta a la salud (estado de salud general) y, en particular, a la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad y depresión).

Una vez expuestos los resultados, podemos confirmar las hipótesis del objetivo 5. Nuestra premisa de partida planteaba, por un lado, que el agotamiento emocional, la despersonalización y la (falta de) realización emocional influirían en la salud (estado de salud general) (H<sub>5.1.</sub>) así como en las alteraciones emocionales (síntomatología de ansiedad y depresiva) (H<sub>5.2.</sub>). El peso que ejercen estas variables supera el 30%, siendo el peso total de 51% en salud, 36.8% en sintomatología depresiva y del 43.3% en síntomas de ansiedad. En todas ellas, el agotamiento emocional resulta ser la dimensión que mayor influencia ejerce, especialmente en las mujeres cuidadoras.

Respecto a la afectación del estado de salud general, nuestros hallazgos son congruentes con lo aportado en las distintas investigaciones sobre *burnout* y salud (Suñer et al., 2013). En concreto, en el caso de las amas de casa, Pascual (2001) señala que las mujeres que trabajan de forma exclusiva como amas de casa presentan más problemas de salud y niveles más altos de ansiedad que aquellas que, además, trabajan fuera de casa con remuneración. Además, los datos obtenidos parecen apuntar a que la salud de las cuidadoras se ve comprometida por el hecho de proporcionar cuidados. Dato congruente con lo aportado en distintos estudios en donde se señala la existencia de disfunciones en el estado de salud mental y global del cuidador, en comparación con la población en general (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Rogero, 2010; Savage y Bailey, 2004.), presentando síntomas físicos como cansancio, dolores de espalda, cefaleas

y algías musculares, entre otros (Palomino et al. 2008). Todo lo cual, cobra más sentido si atendemos a que, como hemos comentado, la tarea de cuidado requiere una alta demanda emocional y aumenta el sentimiento de sobrecarga, al tener que afrontar solas, en la mayoría de los casos, esta tarea. Según distintos autores, la falta de apoyo social facilitaría fundamentalmente la aparición del agotamiento emocional, así como la vulnerabilidad ante el estrés y el deterioro de la salud (Aranda et al., 2004, Gil-Monte y Peiró, 1997 y Vinaccia y Alvaran, 2004).

En cuanto a la salud mental y, en concreto, en el caso de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, los datos obtenidos son consistentes con lo informado en distintos trabajos de investigación, que confirman las relaciones existentes entre ansiedad y salud, siendo éstas más frecuentes en mujeres (Sánchez et al., 2008). De igual modo, se ha podido constatar que aquellas mujeres que trabajan fuera de casa presentan niveles de ansiedad más bajos que las amas de casa (McDonough et al., 2002). Además, como señalan Crespo et al. (2005) y Cuijpers (2005), los cuidadores informales presentarían mayor riesgo de padecer problemas emocionales como ansiedad y depresión.

Concluyendo, el cuidado a familiares con problemas de Alzheimer genera más deterioro y desgaste físico, psicológico y emocional en personas vinculadas afectivamente con el enfermo. Este es el caso de las amas de casa cuidadoras informales que han de hacer frente al cuidado, como se ha comentado, en la mayoría de los casos, sin preparación previa y, en ocasiones, sin el apoyo de su entorno, a costa de renunciar a su

propia vida, y con un nivel de compromiso muy elevado, durante mucho tiempo y viviendo el deterioro progresivo de su familiar.

### 8.1. Contrastación de hipótesis de partida

A modo de resumen, en la Tabla 41 se presenta la información referente a la contrastación de hipótesis de partida.

**Tabla 41. Contrastación de hipótesis de partida.**

Objetivos específicos y formulación de hipótesis	Se confirma / Se rechaza la H <sub>0</sub>
<i>Objetivo específico 1. Determinar la prevalencia del síndrome de burnout, así como de problemas de salud (enfermedades crónicas y estado de salud general) asociados al tipo de actividad desempeñada como ama de casa (AC) o ama de casa cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer (ACC).</i>	
H <sub>1.1.</sub> : La prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> en las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar sea, de al menos, un 2%.	Se confirma. El porcentaje de presencia de <i>burnout</i> es del 11.9%.
H <sub>1.2.</sub> : Que dicha prevalencia será mayor en aquellas mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar y que además se dedican a la atención y cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer (ACC).	Se rechaza. Tanto el grupo de las AC como de las ACC presentan porcentajes similares de <i>burnout</i> .
H <sub>1.3.</sub> : La prevalencia de enfermedades crónicas y afectación de la salud en general, sea mayor en las mujeres ACC respecto a las que sólo ejercen su labor como AC.	Se confirma. La prevalencia de enfermedades crónicas y afectación de la salud en general, es mayor en las mujeres ACC.
<i>Objetivo específico 2. Conocer cómo se relacionan las distintas dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en las mujeres que desempeñan su actividad laboral en el ámbito familiar, así como los niveles presentados en las mismas y si existen diferencias significativas en función del tipo de actividad desempeñada como ama de casa (AC) o ama de casa cuidadora de familiar enfermo de Alzheimer (ACC).</i>	
H <sub>2.1.</sub> : Las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización se relacionarán de forma positiva, de modo que cuanto mayor sea el agotamiento emocional mayor será el nivel de despersonalización.	Se confirma. El agotamiento emocional y la despersonalización se relacionen de forma directa.
H <sub>2.2.</sub> : Las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización se relacionarán de forma negativa con la dimensión realización personal, de modo que cuanto mayor sea el agotamiento emocional y la despersonalización menos sea el	Se confirma parcialmente. La despersonalización se relaciona de forma negativa con la realización personal. No queda demostrada entre el agotamiento



nivel de realización personal.	emocional y la realización personal.
H <sub>2.3</sub> . Las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del ámbito familiar obtendrán puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional respecto a las otras dos dimensiones del síndrome de <i>burnout</i> .	Se confirma. Se obtienen puntuaciones más elevadas en agotamiento emocional, respecto a las otras dos dimensiones del síndrome de <i>burnout</i> .
H <sub>2.4</sub> . Los niveles obtenidos en cada dimensión del síndrome de <i>burnout</i> serán significativamente diferentes entre el grupo de mujeres amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer (ACC) y el grupo amas de casa (AC).	Se confirma parcialmente. Los niveles en agotamiento emocional son diferentes. Los niveles en despersonalización y realización personal no resultan ser diferentes entre AC y ACC.
H <sub>2.5</sub> . Las mujeres amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer (ACC) presentan mayores niveles de agotamiento emocional respecto a las amas de casa, (AC).	Se confirma. Las ACC presentan un mayor porcentaje de mujeres situadas en el nivel alto de agotamiento emocional.
Objetivos específicos y formulación de hipótesis	Se confirma / Se rechaza la H <sub>0</sub>
<i>Objetivo específico 3. Determinar la influencia de distintas variables sociodemográficas (edad, estado civil, hijos, número de hijos e hijos que conviven en el hogar familiar) y variables asociadas a la actividad desempeñada como cuidadoras de un familiar enfermo de Alzheimer (años que llevan dedicadas al cuidado del familiar, número de horas diaria que dedican al cuidado) en las distintas dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).</i>	
H <sub>3.1</sub> .: La edad de las mujeres participantes influirá en los niveles de <i>burnout</i> , de modo que las más jóvenes presentarán menores niveles de agotamiento emocional, despersonalización y mayores niveles de realización personal.	Se confirma parcialmente. Las más jóvenes son las que presentan menores niveles de agotamiento emocional. No queda demostrado para la despersonalización y la realización personal.
H <sub>3.2</sub> .: Las mujeres participantes que tengan pareja (casada o pareja de hecho) presentarán puntuaciones más bajas en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización y más altas en realización personal.	Se rechaza. El 48.2% de las que conviven en pareja presentan alto nivel de agotamiento, así como niveles similares en despersonalización y realización personal.
H <sub>3.3</sub> .: Las mujeres participantes que tengan hijos presentarán menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización y mayores niveles de realización personal respecto a las que no los tienen.	Se rechaza. Las mujeres que tienen hijos presentan en un porcentaje considerable niveles altos de agotamiento emocional. En despersonalización y realización personal los niveles son similares.

---

H <sub>3.4.</sub> : El número de hijos que tengan al igual que la cantidad de hijos con los que conviven en el hogar familiar influirá en los niveles obtenidos en las distintas dimensiones del síndrome de <i>burnout</i> .	Se confirma parcialmente. Tener hijos, especialmente dos, contribuye a presentar elevado agotamiento emocional. En cambio no afecta a la despersonalización ni a la realización personal. La convivencia en el hogar con hijos influye, exclusivamente, contribuyendo a presentar baja realización personal.
H <sub>3.5.</sub> Las variables sociodemográficas influirán en los niveles obtenidos de las dimensiones de <i>burnout</i> en función del tipo de actividad desempeñada dentro del ámbito familiar como ama de casa cuidadora familia de enfermo de Alzheimer (ACC) o ama de casa (AC).	Se confirma parcialmente. La única variable significativa es la edad, afectando por igual a ambos grupos de amas de casa, sobre el agotamiento emocional. Las variables sociodemográficas no influyen en la despersonalización ni en la realización personal en las AC y ACC.
H <sub>3.6.</sub> Los niveles de agotamiento emocional y despersonalización serán mayores entre las amas de casa cuidadoras que dedican durante un período intenso de tiempo (más de 8 horas diarias) su actividad laboral en el ámbito familiar al cuidado y atención del familiar enfermo de Alzheimer. De igual modo es de esperar que dichas mujeres presenten bajo nivel en la dimensión realización personal.	Se confirma parcialmente. Los niveles de agotamiento emocional son mayores. No queda demostrado que los niveles despersonalización y realización personal sean más elevados en despersonalización ni en realización más bajos, en función de las horas de dedicación al día.
H <sub>3.7.</sub> Existirán diferencias en los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en función de los años que las mujeres participantes lleven dedicadas al cuidado del familiar enfermo de Alzheimer, siendo mayores los niveles en agotamiento emocional y despersonalización y menores en realización personal.	Se rechaza. No queda demostrado que los niveles de agotamiento emocional despersonalización sean más altos ni más bajos los de realización personal en función de los años de dedicación al cuidado del familiar.
Objetivos específicos y formulación de hipótesis	Se confirma / Se rechaza la H <sub>0</sub>
<i>Objetivo específico 4. Analizar las características más específicas de cada dimensión del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y comprobar si existen diferencias entre mujeres amas de casa y aquellas que además desempeñan el papel de cuidadoras de familiares con Alzheimer.</i>	
H <sub>4.1.</sub> Las características más específicas de cada una de las dimensiones del síndrome de <i>burnout</i> serán distintas en el grupo de amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer (ACC) respecto al de amas de casa (AC).	Se rechaza. AC y ACC presentan unas manifestaciones similares en respuesta a su desempeño laboral.

---

---

*Objetivo específico 5. Conocer cómo afecta la actividad desempeñada y el síndrome de burnout en el estado de salud general y, en particular, en la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad y depresión).*

---

H<sub>5.1</sub>. Las puntuaciones en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal influyan en el estado de salud general de las mujeres participantes y existan diferencias en función del grupo de pertenencia, como amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer (ACC) o amas de casa (AC).

Se confirma.  
El agotamiento emocional, la despersonalización y la (falta de) realización emocional influyen en la salud en general. Explican el 51%.

---

H<sub>5.2</sub>. Las puntuaciones en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal influirán en las manifestaciones de ansiedad y depresión de las mujeres participantes y existirán diferencias significativas en función del grupo de pertenencia como amas de casa cuidadoras de familia enfermo de Alzheimer (ACC) o amas de casa (AC).

Se confirma.  
El agotamiento emocional y la despersonalización influyen en la sintomatología depresiva). Explican el 29.3%  
El agotamiento emocional y la (falta de) realización emocional influyen en la sintomatología depresiva). Explican el 43.3.3%  
El agotamiento emocional es la que mayor influencia ejerce, especialmente en las mujeres cuidadoras.

---

## 8.2. Limitaciones

Para finalizar este capítulo, señalamos algunas limitaciones que podrían realizarse a nuestro trabajo de investigación:

- Al haber sido el procedimiento de muestreo a conveniencia, dirigido a determinados centros (Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer, Asociación de Vecinos y el Centro de Adultos “El Palmarillo”) donde se concentraban las mujeres encuestadas que participaron de manera voluntaria, podría estar sesgando de alguna manera los datos. Quizás hubiera resultado mayor las cifras de prevalencia, en el caso de haber incluido otras mujeres amas de casa y amas de casa cuidadoras de familiar enfermo de Alzheimer con mayor sintomatología de *burnout* que no hayan asistido a los

centros de referencia el día que se efectuó la reunión de contacto para explicar el objetivo del estudio y donde se entregaba el acta de Consentimiento Informado.

- No haber incluido en la evaluación el cuestionario Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) adaptado al español por Martín, et al. (1996). Su aportación podría haber favorecido los resultados del estudio.
- No haber incluido el estudio de otras variables tales como la autoestima, la calidad de las relaciones interpersonales con esposo e hijos, o la ambigüedad de roles, que desde la perspectiva clínica se muestra evidente que habrían resultado e interés en el estudio de las amas de casa.

## **CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **9.1. Conclusiones**

Referente a la prevalencia del síndrome de *burnout* y problemas de salud:

1. La prevalencia del síndrome de *burnout* en el grupo de AC es elevada, respecto a la informada en estudios realizados en España en este sector de la población.
2. La prevalencia del síndrome de *burnout* en el grupo de ACC es elevada. No obstante no podemos contrastar datos al no constarnos la existencia de estudios similares en nuestro país.
3. La prevalencia de enfermedades crónicas es superior en las ACC respecto a las AC.
4. Las ACC presentan mayor afectación en su salud general respecto a las AC.

Referente a las dimensiones de *burnout*:

1. La dimensión agotamiento emocional ha resultado ser la única significativa respecto a las otras dos dimensiones de *burnout*, alcanzando niveles elevados de prevalencia. Refleja los sentimientos de excesiva demanda física y emocional del contacto diario con la atención y cuidados en el ámbito familiar.

Referente a la influencia de las variables sociodemográficas y las asociadas a la actividad desempeñada en las dimensiones del síndrome de *burnout*:

1. La edad de las mujeres participantes influye en las puntuaciones que han obtenido en la dimensión agotamiento emocional del síndrome de *burnout*, siendo las más jóvenes las que menos agotamiento emocional presentan.
2. La cantidad de horas dedicadas a su actividad laboral influye en los niveles de agotamiento emocional del síndrome de *burnout*, siendo el grupo de ACC que dedican más de 8 horas a su actividad laboral dentro del entorno familiar las que presentan mayores niveles de agotamiento emocional respecto al grupo de AC.

Referente a las manifestaciones más relevantes del síndrome del *burnout* presentes en las amas de casa

1. Las características del síndrome de *burnout* que presentan tanto las AC como las ACC son prácticamente similares. De ahí se desprende que de cara a la intervención, los objetivos marcados podrían ser idénticos.
2. Las manifestaciones del síndrome de *burnout* resultaron ser más relevantes en la dimensión agotamiento emocional en ambos grupos, sin embargo las puntuaciones son más elevadas en el grupo ACC.

Referente a la influencia de la actividad desempeñada y el síndrome de *burnout* en el estado de salud general y en alteraciones emocionales (ansiedad y depresión):

1. El nivel de agotamiento emocional que padecen las mujeres participantes influye en el estado de salud general que presentan, siendo el grupo de ACC las más afectadas.
2. El nivel de agotamiento emocional influye en mayor medida en las manifestaciones de ansiedad como en las manifestaciones depresivas que presentan, siendo el grupo de las ACC las más afectadas.

Finalmente, y en respuesta al objetivo general planteado, podemos concluir que un número elevado de mujeres, amas de casa, presentan agotamiento emocional asociado al desempeño de su actividad laboral en el ámbito familiar, siendo más acusada la afectación en el plano físico y emocional en aquellas que, además, dedican una parte importante de su tiempo a lo largo de su vida al cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer.

Por ello, a la vista de estos resultados, elaboramos una propuesta de intervención psicológica con la finalidad de contribuir a un mayor bienestar físico y mental en las amas de casa.

## **9.2. Propuesta de intervención**

Las mujeres que desempeñan su actividad laboral dentro del entorno familiar por las características de su trabajo, si no solicitan ayuda es difícil acceder a ellas, de ahí que la intervención que se debe poner en práctica precisa contemplar diferentes tipos de acciones dentro de los niveles organizacional, grupal e individual para que al ser de modo integral, resulte de la mayor efectividad posible.

Durante las últimas décadas se han desarrollado en España, por parte de instituciones estatales, diferentes tipos de programas dirigidos a resaltar el rol de la mujer e integrarlas en la sociedad. A pesar de ello, es necesario además diseñar programas con el fin de distinguir el mérito de la mujer que desempeña su actividad laboral dentro del ámbito familiar, reconocimiento necesario a la labor que éstas realizan, que sin duda, influyen en que las actividades estudiantiles y laborales de los miembros de su familia se desarrollen satisfactoriamente.

Como aportación a destacar de nuestro estudio, consideramos que sería positivo poner en marcha estrategias de intervención destinadas a la prevención del síndrome de *burnout*, especialmente del agotamiento emocional que les provoca la sobrecarga laboral a la que están expuestas, sin excluir otros factores estudiados que han facilitado la aparición del síndrome.

a) Las acciones preventivas requeridas a nivel organizacional y grupal deberían orientarse en función de:

- ✚ Los medios de comunicación (prensa, televisión, radio), con una reorientación de los mensajes emitidos sobre la imagen de la mujer para que se incluya a aquellas que realizan su actividad laboral sin remuneración dentro del entorno familiar, y que además se dedica a cuidar de un familiar enfermo de Alzheimer, previo diseño de campaña publicitaria de sensibilización donde se transmitan valores como:



- La importancia que tiene para la familia la labor que realiza la mujer que desempeña su actividad laboral dentro del entorno familiar.
  - Lo beneficioso que sería para la salud mental y física de esa mujer recibir apoyo emocional y demostraciones de afecto por parte de cada miembro de la familia.
  - El valor que tiene practicar la solidaridad y colaboración entre todos los miembros de la familia.
  - Lo favorable que sería para la salud física y mental de esta mujer, contar con apoyo familiar para lograr una adecuada administración del tiempo en la actividad que desempeñan, que le facilite compatibilizar la realización de su labor con la participación en actividades de ocio.
- ✚ Las instituciones ya existentes, que en el caso del grupo de las AC puede ser con el Instituto Andaluz de la Mujer (IAM), las cuales a través de sus Centros Provinciales y de las diferentes Asociaciones de Mujeres que agrupan, dedican programas de acciones directas para el desarrollo e integración social de la mujer, pero aún falta mucho por hacer para llegar a todas las que lo necesitan. Y para el grupo de las ACC, en Andalucía, puede ser a través de CONFEEFA organización sin ánimo de lucro, que cuenta con ocho Federaciones provinciales donde se agrupan 116 Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, aunque aún falta por lograr que todas las ACC se integren en este tipo de organización, no obstante puede ser factible:
- ✚ Las Asociaciones de mujeres y las de familiares de enfermos de Alzheimer, a través de la realización de cursos y talleres formativos

diseñados en conjunto para trabajar los temas referidos a la planificación de las diferentes tareas domésticas y de cuidado que realizan las AC y las ACC.

- Coordinar y reorientar de acuerdo al tiempo que deben dedicarle y la manera más adecuada de ejecutarlas, transmitiéndoles la importancia de lograr el trabajo en equipo dentro de su entorno familiar, con el objetivo de disminuir los niveles de sobrecarga laboral que padecen.
- Realizar charlas informativas y de orientación sobre pautas para minimizar los problemas de salud física y mental que se deriven de la actividad laboral que desempeñan dentro del entorno familiar.
- Propiciar su integración en las actividades sociales y de ocio que se realicen, o en su defecto, orientar la realización de éstas dentro de su entorno de familiares y amigos.
- Trasladar algunas de las acciones de intervención hasta los domicilios, especialmente a las ACC, independientemente que sean atendidas en las instalaciones propias de la Asociación por el equipo de profesionales (psicóloga, trabajadora social y auxiliares clínicos), que complementan la acción de los servicios del sistema sanitario andaluz para la atención cotidiana del enfermo de Alzheimer y su familiar.
- Además, debería contemplarse:
  - ✓ Estrechar las relaciones existentes entre el Centro de Salud y la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, para lograr iniciar el programa de

intervención psicológica a partir del mismo momento en que una mujer recibe por parte del especialista en medicina la noticia de diagnóstico de enfermedad de Alzheimer a su familiar, para garantizarle una adecuada atención médica paralelamente a la que se le brinde al enfermo, ya que ellas tienden a priorizar la asistencia a las consultas médicas dirigidas a su familiar enfermo.

- ✓ Desarrollar por parte del equipo de profesionales de la Asociación, programas informativos que les permita conocer las características de la enfermedad de Alzheimer, incluyendo las consecuencias que puede ocasionarles tanto al familiar cuidador principal como al entorno familiar en que se desenvuelve el enfermo, dependiendo del grado de deterioro que presente.
- ✓ Fomentar talleres de formación para el aprendizaje de técnicas que favorezcan el cuidado y trato adecuado al familiar enfermo en cada etapa de evolución de la enfermedad.
- ✓ Entrenarla en técnicas de gestión del tiempo, para facilitar el desarrollo de las tareas domésticas que realiza y las tareas referidas al cuidado de su familiar enfermo de Alzheimer, además proporcionar la conciliación entre su actividad laboral y las actividades sociales, de ocio en las que debe participar.

- ✓ Diseñar programas psicoeducativos que enfatizen la importancia de su autocuidado, fomentando estilos de vida saludables.
- ✓ Fomentar la realización de actividad física con ejercicios sencillos de acuerdo a las características y necesidades de cada una que se realizarían en un entorno adecuado, concientizándola de que el ejercicio físico le es beneficioso, al incrementar el funcionamiento del aparato respiratorio, el sistema nervioso, el sistema metabólico y cardiovascular; mejora sus habilidades motoras, incrementa sus relaciones sociales, e influye positivamente en su imagen corporal y en su nivel de confianza en sus capacidades, reduce los niveles de ansiedad y favorece el buen estado de ánimo. Esta actividad se completaría con la actuación del fisioterapeuta para mejorar los trastornos que padecen en el aparato locomotor.

b) Las acciones preventivas a nivel individual para las ACC, requieren de un programa de intervención cognitivo-conductual donde se puedan utilizar diferentes técnicas en dependencia de las necesidades y características personales de cada cuidadora, con la que se debe conciliar los horarios y duración de la intervención de acuerdo a su disponibilidad de tiempo para minimizar la posibilidad de abandono por causas inherentes a las condiciones y características de su actividad laboral. En este sentido, se debería realizar:

- ✚ Entrenamiento en autoinstrucciones y actividades agradables para mejorar su nivel de autoestima, incrementar su sentimiento de autoeficacia, fomentar las emociones y situaciones positivas que apoya las fortalezas y la resiliencia frente a las situaciones adversas (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).
- ✚ Entrenamiento en reestructuración cognitiva, ayudando a modificar sus pensamientos, creencias, expectativas, etc. con la idea de disminuir los niveles de ansiedad y depresión (Ramos, 2006).
- ✚ Entrenamiento en control de la activación, en concreto, en las técnicas de relajación y respiración, para propiciar su autocontrol ante las posibles respuestas fisiológicas que le provoquen situaciones estresantes.
- ✚ Entrenamiento en asertividad, para mejorar su estilo de comunicación, adecuar los mensajes que le faciliten la efectividad en la solicitud de ayuda a sus familiares referida al cuidado del enfermo, mejorar la calidad de las relaciones de convivencia con esposo e hijos.

La integración de estas estrategias en la vida de las amas de casa, especialmente de aquellas que se dedican al cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer, favorecería el manejo de las consecuencias que este tipo de vivencia ejerce tanto en su vida a lo largo de los años, que en nuestro estudio podemos afirmar se manifiesta con síntomas de agotamiento emocional, afectando a su salud.



# Referencias

A decorative blue L-shaped line is positioned to the right and below the word 'Referencias'. It consists of a vertical line on the right side and a horizontal line extending to the left from the bottom of the vertical line.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Abrahamson, K., Suitor, J.J. y Pillemer, K. (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families: Does it increase *burnout*?. *Journal of Aging and Health*, 21 (6), 895-912.
- Ackerley, G.D., Burnell, J., Holder, D.C. y Kurdek, L.A. (1988). *Burnout* among licensed psychologists. *Professionals Psychology: Research and Practice*, 19, 624-631.
- Adil, A. y Kamal, A. (2013). Moderating role of affectivity in emotional labor and emotional exhaustion among customer services representatives. *Psychological Studies*, 58 (1), 89-98.
- Aguayo Estremera, R. (2013). Modelo clásico para la revisión sistemática de la literatura científica y su aplicación al estudio del *burnout*. Tesis doctoral Dpto Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Granada. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/31728/1/2300955x.pdf>.
- Aguirre, R. (2008). Las familias como proveedoras de servicios de cuidado. En J. Astelarra (coord.). *Género y Cohesión Social*. Documento de Trabajo nº 16. Fundación Carolina. Madrid.
- Agust, S., Grau, R. y Beas, M. (2001). *Burnout* en mujeres: Un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Revista Ansiedad y Estrés*, 7 (1), 79-88.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A. y Lonnqvist, J. (2006). *Burnout* in the general population: Results from the Finnish Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (1), 11-17.
- Ahola, K. y Hakanen, J. (2007). Job strain, *burnout* and depressive symptoms: A prospective study among dentist. *Journal of Affective Disorders*, 104 (1-3), 103-110.
- Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koshinen, S., Vahtera, J. y Lonnqvist, J. (2008). Occupational *burnout* and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (2), 185-193.

- Alberca, R., Montes-Latorre, E., Gil-Néciga, E., Mir-Rivera, P. y Lozano-San Martín, P. (2002). Enfermedad de Alzheimer y Mujer. *Revista de Neurología*, 35, 571-579.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 093-107. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.0a?id=41011135004>.
- Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista SUMMA psicológica UST*, 9 (1), 5-14.
- Allerhand, M., Gale, C.R. y Deary, I. J. (2014). The dynamic relationship between cognitive function and positive well-being in older people: a prospecting study using the english longitudinal study of aging. *Psychology Aging*, 29 (2), 306-318. DOI: 10.1037/10036551.
- Aloe, A.M., Amo, L.C. y Shanaham, M.E. (2014). Classroom management self-efficacy and *burnout*: A multivariate meta- analysis. *Educational Psychology Review*, 26 (1), 101-126.
- Aluja, A. (1997). *Burnout* profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.
- Alzheimer Disease International (2012). *World Alzheimer report 2012: Overcoming the stigma of dementia*. Executive summary. Londres: Autor.
- Amigo, I., Asensio, E., Menéndez, I., Redondo, S. y Ledesma, J.A. (2014). Working in direct contact with the public as a predictor of *burnout* in the banking sector. *Psicothema*, 26 (2), 222-226.
- Anderson, D.G. (2000). Coping strategies and *burnout* among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 24, 839-848.
- Appels, A., Hoppener, P. y Mulder, P.A. (1987). A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarctions. *International Journal Cardiology*, 17, 15-24.
- Aranda, C., Pando, M., Aldrete, M.G., Salazar, J.G. y Torres, T.M. (2004). El síndrome de *burnout* y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, México. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31 (4), 196-205.
- Arber, S. y Cooper, H. (2000). Gender and inequalities in health across the life course. In E. Annandale y K. Hunt (Eds). *Gender inequalities in health*. Buckingham: Oxford Univ. Press.
- Armon, G., Melamed, S., Shirom, A. y Shapira, I. (2010). Elevated *burnout* predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15 (4), 399-408.

- Armon, G., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S. y Shapira, I. (2014) Joint effect of chronic medical illness and *burnout* on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychology*, 33 (3), 264-272.
- Arón, A.M. y Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3, 447-466.
- Artaso I., B., Goñi S., A. y Gómez M. R. (2001). Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Revista de Psicogeriatría*, 1, 18-22.
- Artaso, B., Goñi, A. y Biurrún, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 8 (4), 212-218.
- Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H. y Pont, P. (2004). *La salud de las personas adultas*. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 56-68.
- Astorga, C.M. (2007). Diferencias en cansancio emocional entre amas de casa. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 17 (1), 79-87.
- Avargues, M.L. (2006). *El core of burnout y los síntomas de estrés del personal de la Universidad de Sevilla: Prevalencia, factores psicosociales y análisis del efecto mediador de la competencia personal percibida*. (Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla). Recuperado de <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/424/el-core-of-burnout-y-los-sintomas-de-estrés/>.
- Avargues, M.L. y Borda, M. (2010). Estrés laboral y síndrome de *burnout* en la Universidad: análisis descriptivo de la situación actual y revisión de las principales líneas de investigación. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 73-78.
- Ayalon, L., Gum, A.M., Feliciano, L., y Areán, P.A. (2006). Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 166 (20), 2182-2188.
- Bährer-Köhler, S. (2013). *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (Ed). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Bakker, A. y Schaufeli, W.B. (2000). *Burnout* contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (11), 2289-2308.
- Bakker, A., Demerouti, E. y Schaufeli, W.B. (2002). Validation of the Maslach *Burnout Inventory-General Survey*: an internet study. *Anxiety, Stress, Coping*. 15, 245-260.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy mechanism in human agency. En R.S. Lazarus y S. Folkman, *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barnes, V.A. y Orme –Johnson, D.W. (2008). El impacto de la reducción del estrés en la hipertensión esencial y las enfermedades cardiovasculares. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 12, 1-30.
- Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., Muller, U., Wirsching, M. y Schaarschmidt, U. (2006). Correlation between *burnout* syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79, 199-204.
- Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bendicho, J. (2012). Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del “Programa de Atención a Afectados de Alzheimer” de la Asociación COTLAS. *Información Psicológica*, 104, 84-99. Disponible <http://www.informaciopsicologica.info/uploads/revistas/IP104.pdf>
- Benevides-Pereira, A.M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2002). La Evaluación específica del síndrome de *burnout* en Psicólogos: el Inventario de *Burnout* en Psicólogos. *Clínica y Salud*, 13, 257-283.
- Bermejo, F., Castilla, J.G. y Martínez, P. (2006). *Manual informativo para cuidadores de pacientes con demencia (y enfermedad de Alzheimer) moderada e intensa*. Fundación Alzheimer España, Fundación Neurociencias y Envejecimiento.
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D. y Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of *burnout* and depression. *Journal of Health Psychology*, 18 (6), 782-787.
- Blanch, A., Aluja, A. y Biscarri, J. (2002). Síndrome de quemarse en el trabajo (*burnout*) y estrategias de afrontamiento: un modelo de relaciones estructurales. *Revista de Psicología, del Trabajo y de las Organizaciones*, 18, 57-74.
- Blom, V. (2012). Contingent self-esteem, stressors and *burnout* in working women and men. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 43 (2), 123-131.
- Boardman, A.P. (1987). The General Health Questionnaire and the detection of emotional disorder by general practitioners: A replicated study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 373-381.

- Bolandzadeh, N., Kording, K., Salowitz, N., Davis, J. C., Hsu, L., Chan, A., Sharma, D., Blohm, G. y Liu-Ambrose, T. (2015). Predicting cognitive function from clinical measures of physical function and health status in older adults. *PLoS One Journal, Mar. 3, 10* (3). Disponible en: DOI: 10.1371/journal.pone.0119075.
- Bolle, J.L. (1988). Supporting the deliverers of care: Strategies to support nurses and prevent *burnout*. *The Nursing Clinics of North America, 23* (4), 843-850.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28. DOI:10.1037/0003-066X.59.1.20.
- Bouman, A.M., Brake, H.T. y Hoogstraten, J. (2002). Significant effects due to rephrasing the Maslach *Burnout Inventory's* personal accomplishment items. *Psychological Reports, 91* (3), 825-826.
- Braunstein-Bercovitz, H., Frish-Burtein, S. y Benjamín, B.A. (2012). The role of personal resources in work-family conflict: Implications for young mother's well-being. *Journal of Vocational Behavior, 80* (2), 317-325.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W.B. y Nagareda, C. (2007). *Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición*. Nota Técnica de Prevención, 732. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R. Briceño-León, M. de Souza, M. y C. Coimbra (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brill, P.L. (1984). The need for an operational definition of *burnout*. *Family & Community Health, 6*, 12-24.
- Bujalance, J., Vilanueva F., Guerrero S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S. y Martín, F. (2001). *Burnout* y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 1*, 32-40.
- Burisch, M. (1993). In search of theory some ruminations on the nature and etiology of *burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout. Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Burke, R. (1992). Occupational stress, psychological *burnout* and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping, 5* (1), 3-6.
- Burke, R. (1993). Stress, work and professional satisfaction and militancy among Canadian physicians. *Journal of Organizational Behavior, 14*, 459-465.
- Burke, R.J., Shearer, J. y Deszca, G. (1984). Correlates of *burnout* phases among police officers. *Group & Organization Studies, 9*, 451-466.

- Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (1989). Psychological *burnout* among men and women in eaching: an examination of the Cherniss models. *Human Relations*, 42, 261-273.
- Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (2002). Reestructuración organizacional, reducción de plantilla y bienestar laboral. En J. Buendía y F. Ramos (Coord). *Empleo, estrés y salud*. (131-146). Madrid: Pirámide.
- Burke, A., Hall.G. y Tariot , P.N.(2013). The clinical problem of neuropsychiatric signs and symptoms in dementia. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 19 (2), 382-396.
- Burns, R. B. (1990). *El autoconcepto*. Bilbao: Ega.
- Butler, S.S. (2013). Older women doing home care: Exploitation or ideal job?. *Journal of Gerontological Social Work*, 56 (4), 299–317. DOI: [10.1080/01634372.2013.773392](https://doi.org/10.1080/01634372.2013.773392)
- Butler, S.S., Wardamasky, S. y Brennan-Ing, M. (2012). Older women caring for older women: The rewards and challenges of the home care aide job. *Journal of Women & Aging*, 24 (3), 194-215.
- Buunk, B.P. y Schaufeli, W.B. (1993). *Burnout*: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (53-69) UK: Taylor & Francis.
- Cachioni, M., Lima-Silva, T.B., Ordonez, T.N., Galo-Tiago, J., Alves, A.R., Suzuki, M. Y. y Falcão, D.V.S. (2011). Elderly patients with Alzheimer’s disease and their family relationships: Caregiver perspectives. *Dementia & Neuropsychology*, 5 (2), 114-122.
- Calvete, E. y Villa, A. (2000). *Burnout* y síntomas psicológicos. Modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión. El papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*, 11 (2-3), 203-214.
- Campos, A.M. y Rodríguez, J.M. (2002). *Burnout y malestar Psíquico. Estudio piloto en subdirectores de entidades del Banco Santander Central Hispano de la Región de Andalucía Occidental*. Tesina defendida en Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad. de Sevilla.
- Campos, A.M., Borda, M., Avargues, M.L., Sánchez, M. y Asuero, R. (2014a). *Alteraciones psicológicas, enfermedades crónicas y deterioro cognitivo-funcional en pacientes enfermos de Alzheimer*. Trabajo presentado en la VII Conferencia Internacional Psicología de la Salud, 10-14 de Noviembre, La Habana, Cuba.
- Campos, A.M., Borda, M., Avargues, M.L., López, A.M. y Párraga, C. (2014b). Salud y *Burnout* en amas de casa y familiares cuidadoras de enfermos de

- Alzheimer. Trabajo presentado en la VII Conferencia Internacional Psicología de la Salud, 10-14 de Noviembre, La Habana, Cuba.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17 (1), 75-97.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 129-143.
- Cañadas-de la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R. y de la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of *burnout* syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (1), 240-249.
- Capel, S.A. (1987). The incidence of and influences on stress and *burnout* in secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57 (3), 279-288.
- Carrillo, E.R., Gómez, H.K. y Espinoza, D.E.I.(2012). *Síndrome de burnout en la práctica médica. Medicina Interna de México*, 28 (6), 579-584.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. En T. Field, P.M. McCabe y N. Schneiderman (Eds.). *Stress and Coping*, 305-330. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1988). A control process perspective on anxiety. *Anxiety, Research: An International Journal*, 1, 17–22. Reprinted in R. Schwarzer & R.A. Wicklund (Eds.).(1991) *Anxiety and Self-focused attention*. Chur, Switzerland: Harwood.
- Cerquera, A. M. y Galvis, M. J. (2014). Efectos del cuidado de las personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12 (1), 149-167. DOI: 10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.ecpa
- Chatterjee, J. y Mc Carrey, M. (1991). Sex-role attitudes, values and instrumental-expressive traits of women in traditional vs non traditional Programmes. *Applied Psychology*, 40 (3), 281-297. DOI: 10.1111/j.1464-0597.1991.tb00991.x.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of *burnout*. En W.B. Schaufeli, T. Moret y C. Maslach (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (135-149). Washington DC: Hemisphere.
- Chiu, L.Y.L., Stewart, K., Woo, C., Yatham, L.N. y Lam, R.W. (2015). The relationship between *burnout* and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 172, 361-366.

- Clyburn, L.D., Stones, M.J., Hadjistavropoulos, T. y Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 55, 2-13.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooper, C.L., Dewew, P. y O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational stress. A review and critique of theory. Research and applications*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Cotton, D.G. (1990). *Stress management: An integrated approach to therapy*. New York: Brunner/ Mazel.
- Corcoran, K, J, (1995). Measuring *burnout*: An updated reliability and convergent validity study. En R. Crandall y P.L. Perrewe (Eds). *Occupational stress: A handbook* (263-268) Philadelphia PA: Taylor & Francis.
- Cox, T. y Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds.). *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (7-30). New York: John Wiley & Sons.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). *Burnout*, health, work stress and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (177-193) UK: Taylor & Francis.
- Crespo, M., López, J. y Zarit, S. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: A comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591- 592.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares dependientes en el hogar: desarrollo del programa Cómo mantener su bienestar*. (1ª ed.) Madrid: ARTEGRAF, S.A.
- Crespo, M. y López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Perfiles y Tendencias. *Boletín sobre envejecimiento*, 35, 1-33. Madrid: IMSERSO.
- Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*. [online]. 31 (1) 19-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241> .
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging & Mental Health* 9 (4), 325-330.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Daniel Ebert, D., Koole, S. L. y Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149 (1-3), 1-13.
- D'Aurora, D.L. y Fimian, M.J. (1988). Dimensions of life and school stress experienced by young people. *Psychology in the Schools*, 25 (4), 44-53.



- Dale, M. R. (1979). Preventing worker *burnout* in child welfare. *Child Welfare*, 58 (7), 443-450.
- De la Gándara, J.J., García, C., González-Correales, R. y Álvarez, M.T. (2005). Estudio del *burnout* mediante el test CUBO (Cuestionario Urgente de *Burnout*). Análisis de fiabilidad. *Anales de Psiquiatría*, 21, 223-229.
- De Francisco, I. (1986). La salud del ama de casa: el síndrome que acecha. *Mujeres*, 10, 36-37.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Naschreiner, F. y Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of *burnout*. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Demers, A. y Lavoie, J. P. (1996). Effect of support groups on family caregivers to the frail elderly. *Canadian Journal on Aging*, 15, 129-144.
- Di Benedetto, M. y Swadling, M. (2014). *Burnout* in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviors. *Psychology, Health & Medicine*, 19 (6), 705-715.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van, D.D.(2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Dippel, R.L. y Hutton, J.T. (2002). *Asistencia y cuidado del paciente de Alzheimer: Decálogo del cuidador*. Madrid: Témpora.
- Dishon-Berkovits, M. (2014). *Burnout*: Contributing and protecting factors within the work-family interface. *Journal of Career Development*, 41 (6), 467-486.
- Donelan, K., Tlik, M. y DesRoches, C.M. (2001). Caregiving: Challenge and implication for Women's Health. *Women's Health Issues*, 11, 185-200.
- Duberstein, P. R., Chapman, B. P., Tindle, H. A., Sink, K. M., Bamonti, P., Robbins, J., Jerant, A. F. y Franks, P. (2011). Personality and risk for Alzheimer's disease in adults 72 years of age and older: A 6-year follow-up. *Psychology and Aging*, 26 (2), 351-362.
- Durán, M.A. (1986). *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria.
- Durán, M.A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao. Fundación BBVA.
- Durán, M.A. (2007). El desafío de una innovación necesaria: el trabajo no remunerado en las economías actuales. En: Rosario Aguirre (Coord.). *Encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado*. UNIFEM-PNUD-Universidad de la República. Montevideo.
- Durán, A. (2012). *Los trabajadores sociales no remunerados en España. La contribución del trabajo no remunerado a la economía española. Alternativas metodológicas*. Madrid. España. Ministerio del Trabajo. Instituto de la Mujer.

- Duxbury, L. y Higgins, C. (2009). Report 6: Work-Life Conflict in Canada in the New Millennium: Key Findings and Recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study. Ottawa: Health Canada. Recuperado de: [http://www.hcsc.gc.ca/ewh-semt/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/occuptravail/balancing\\_sixequilibre\\_six/balancing\\_six-equilibre\\_six-eng.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/occuptravail/balancing_sixequilibre_six/balancing_six-equilibre_six-eng.pdf)
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press.
- Ellis (2010). Does cognitive impairment influences burden in caregivers of patient of Alzheimer. *Journal of Alzheimer Disease*, 17 (6), 105-114.
- Emener, W.G., Luck, R.S. y Gohs, F.X. (1982). A theoretical investigation of the construct *burnout*. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6, 188-196.
- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (3), 1-13.
- Espín, A. (2009). Escuela de cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019)
- Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (3), 393-402.
- Espinosa Almendro, J.M., Muriel Fernández, R., Coello Villanego, S., et al (2010). *Al Lado, itinerario de atención compartida: Demencias / Alzheimer*. Cádiz: Confeafa.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-*burnout* relationship. *Journal of Applied Psychology*, 69 (4), 615-622.
- Etzion, D. (1988). The experience of *burnout* and work / non work success in male and female engineers: A matched-pairs comparison. *Human Resource Management*, 27 (2), 163-180.
- Evolahti, A., Hultell, D. y Collins, A. (2013). Development of *burnout* in middle-aged working women: A longitudinal study. *Journal of Women's Health*, 22 (1), 94-103.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. y Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y *burnout* en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33, 1-10.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age, and gender differences. *Psicothema*, 18, 42-48.

- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2010). Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 165 (1), 47 – 60.
- Farber, B.A. (1983 a). Introduction: A critical perspective on *burnout*. En B.A. Farber (Ed.). *Stress and burnout in the human service professions* (1985, 2ª Ed.) (1-20). New York: Pergamon Press Inc.
- Faber, B.A. (1983 b). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. En B.A. Farber (Ed.). *Stress and Burnout in the human service professions* (1985, 2ª Ed.) (97-118). New York: Pergamon Press Inc.
- Farber, B.A. (1984). Stress and *burnout* in suburban teacher. *Journal or Educational Research*, 77 (6), 325-331.
- Farber, B. A. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *Clinical Psychologist*, 38 (1), 10-13.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education*. San Francisco: Jossey Bass.
- Feldberg, C., Tartaglino, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., y Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3 (1), 11-17.
- Fernández-Lansac, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. *Clínica y Salud*, 2, 21–40.
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta J. y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23 (3), 388-393.
- Fernández, L.N. y Manzano, G.G. (2002). *Síndrome de burnout: sus efectos y prevención en las organizaciones*. *Capital Humano*, 151. Disponible en: <http://www.bdntraining.com/web/noticias/repo26.asp>
- Ferrer, V.A., Bosch E. y Gili, M.(1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 10 (1), 53-63.
- Figueira-McDonough, J. (1993). Policy practice: the neglected side of social work intervention. *Social Work*, 38 (2), 179-188.
- Fillit, H., Nash, D.T., Rundek, T. y Zuckerman, A.(2008). Cardiovascular risk factors and dementia. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*, 6 (2), 100-118. DOI: 10.1016/j.amjopharm.2008.06.004
- Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D.B. (1983). Social network interactions: a buffer or a stress? *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-439.

- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P. y Britton, P. (1987). Professional depression, *burnout* and personality in logstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24 (3), 227-237.
- Firth, H. y Britton, P. (1989). *Burnout*, absence and turnover amongst british nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62 (1), 55-59.
- Fimian, M.J. (1984). Organizational variables related to stress and *burnout* in community base programs. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 19, 201-209.
- Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of *burnout*. In B.A. Farber (Ed.). *Stress and burnout in human service professions* (40 – 46). New York: Pergamon Press.
- Flowers, J.V., Booraem, C.D. y Schwartz, B. (1992). Development of a measure of work-related distress: Psychometric properties. *Journal of occupational Rehabilitation*, 2 (3), 123-129.
- Ford, D.L.Jr., Murphy, C.J. y Edwards, K.L. (1983). Exploratory development and validation of a perceptual job *burnout* inventory: Comparison of corporate sector and human services professional. *Psychological Reports*, 52, 995-1006.
- Fredy, J.R. y Hobfoll, S.E. (1994). Stress inoculation for reduction *burnout*: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 311-325.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff *burnout*. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H.J. (1975). The staff *burnout* syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 12, 73-83.
- Freudenberger, H.J. (1981). *Burnout: Contemporary issues and trends*. Paper presented at the National Conference on Stress and *Burnout*. New York.
- Freudenberger, H.J. (1986). The issues of staff *burnout* in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 3, 247-251.
- Freudenberger, H.J. y Richelson, G. (1980). *Burn-out: How to beat the high cost of success*. New York: Bantam Books.
- Freudenberger, H.J. y Nort, G. (1985). *Women's burnout*. Londres: Penguin Books.
- Friedman, I.A. (1991). High and low *burnout* schools: School culture aspects of teacher *burnout*. *Journal of Educational Research*, 84 (6), 325-333.
- Friedman, I.A. (1995). School principal *burnout*: The concept and its components. *Journal of Organizational Behavior*, 16 (2), 191-198.
- Friedman, I.A. y Lotan, I. (1987). Teacher's world as a predictor of *burnout*. *Megamot*, 30 (4), 417-434.
- Froese, N.R. (2009). Emotional Intelligence: Risk factor for caregiver *burnout*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 70 (3-B), 1968.

- Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J., McKibbin, C., Coon, D., Futterman, A. y Thompson, L. W. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 91-110.
- Gale, C.R., Cooper, C., Deary, I. J. y Sayer, A.A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women: the English longitudinal study of Ageing. *Psychological and Medicine*, 44 (4), 697 -706. DOI: 10.1017/S0033291713001384.
- Gallo, L. C., Troxel, W. M., Matthews, K. A., Jansen-McWilliams, L., Kuller, L.H. y Sutton-Tyrell, K. (2003). Occupation and subclinical carotid artery disease in women: Are clerical workers at greater risk?. *Health Psychology*, 22, 19-29.
- Gálvez, L., Rodríguez, P., Agenjo, A., Domínguez, M. (2013). *El Trabajo de cuidados de mujeres y hombres en Andalucía. Medición y valoración*. (1ª ed.). Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Instituto Andaluz de la Mujer.
- Gammie, E. y Whiting, R. (2013). Women accountants: Is the grass greener outside the profession?. *The British Accounting Review*, 45 (2), 83-98.
- Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (1997). *Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de burnout: su aportación a un modelo educativo y al establecimiento de estrategias de prevención*. Congreso Nacional de Psicología del Deporte (6º 1997. Las Palmas de Gran Canaria, España). Asociación Canaria de Psicología del Deporte, ACAPDE; Federación Española de Psicología del Deporte, 21.
- Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (1998). Delimitación conceptual del constructo *burnout*. *Información Psicológica*, 68, 15-23.
- Garcés de los Fayos, E.J. (2004). *Burnout en deportistas. Propuesta de un sistema de evaluación e intervención integral*. Madrid: EOS.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 83-92.
- García, M. (1991). *Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7 (8), 3-12.
- García, M., Sáez, M.C. y Llor, B. (2000). *Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 215-228.
- García, M. y Velandrino, A.P. (1992). EPB: una escala para la evaluación del *burnout* profesional en las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8 (1-2), 131-138.

- García-Vesga, M. C. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77. DOI: 10.11600/1692715x.1113300812
- Gardner, A.M. (1987). Despersonalization: A valid dimension of *burnout*?. *Human Relations*, 40, 545-560.
- Garrido, M., del Moral, G., González, E. y López, A.M. (2009). Estudio del *burnout* entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3): 517-537.
- Gascón, S., Olmedo, M. y Ciccotelli, H. (2003). La prevención del *burnout* en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 55-66.
- Gascón, S., Leiter, M.P., Andrés, E., Santed, M.A., Pereira, J.P., Cunha, M.J., Albesa, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J. y Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of *burnout*. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (21-22), 3120-3129.
- Gaxiola-Villa, E. (2014). Well-being & *burnout* in university's housewife-teachers. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6 (1), 79-88. DOI: 10.5460/jbhsi.v6.1.47605
- Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T. y Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: An exploratory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 5 (1), 76-80.
- Gil-Monte, P.R. (2004). *La evaluación del síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) en centros para personas con discapacidad: construcción y validación test-retest del Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT-versión PD)*. Memoria Técnica. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral, de la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (2), 169-173.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter Models*. Trabajo presentado en el "Seven European Congress on Work and Organizational Psychology", Gyö (Hungría).
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en trabajadores de

- centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12 (1), 67-80.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M., Valcárcel, P. y Grau, R. (1996 b). La incidencia del síndrome de *burnout* sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 16 (4), 37-42.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 2 (15), 261-268.
- Gil-Monte, P.R., Carretero, N., Roldán, M.D. y Núñez, E.M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo en monitores de talleres para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 107-123.
- Gil-Monte, P.R. y Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Grupos Profesionales de Riesgo. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R., García-Jueas, J.A. y Caro Hernández, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de Enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (1), 113-118.
- Giner, C.A. (2012). Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. *Anales de Derecho*, 30, 254-296. ISSN: 1989-5992. Recuperado <http://dx.doi.org/10.6018/analesderecho>.
- Gitlin L. N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A. y Hauck, W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41, 4-14.
- Goenka, S., Ajay, V.S. Jeemon, P., Prabhakaran, D., Varghese, C. y Reddy, K.S. (2007). Powering India's growth. World Health Organization and IC Health Scientific Secretariate, New Delhi, India, 2007. Disponible en: [http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health\\_Promotion\\_Health\\_Promotion](http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health_Promotion_Health_Promotion)
- Gold, Y. (1984). The factorial validity of the Maslach *Burnout* Inventory in a sample of California elementary and junior school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 1009-1016.
- Goldberg, D.P. e Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire)*. Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas por A. Lobo y P.E. Muñoz. Barcelona: Masson. ISBN:84-458-0413-8

- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive *burnout* and their work site covariant: critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioural Science*, 4, 461-481.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Stevenson, J.G. (1984). *Physical symptoms and Burnout phases*. Segunda Conferencia Annual sobre Política y Desarrollo Organizacional. Lousville: Universidad de Lousville.
- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R.(1988). *Phases of Burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Gómez-Alcaina, B., Montero-Marín, J., Demarzo, M.M.P., Pereira, J.P. y García-Campayo, J. (2013). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de *burnout*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3), 245-253.
- Gómez, M.A., Mateos, R.A., Lorenzo, D.M., Simón, H.M., García, N.L. y Cutanda, C.B. (2008). Representaciones socio-culturales sobre la menopausia: Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index de Enfermería*. 17 (3), 159-163. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-2962002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962002&lng=es).
- González, J.L. y Garrosa, E. (2007). Líneas y estrategias de actuación focalizadas en el individuo: propósitos específicos. En P.R. Gil-Monte y GB. Moreno-Jiménez (Eds). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
- González, M.T., Landero, R. y Moral, J. (2009). Cuestionario de *Burnout* para Amas de Casa (CUBAC): Evaluación de sus propiedades psicométricas y del modelo secuencial de *burnout*. *Revista Universitas Psychologica*, 8 (2), 533-544.
- González-Morales, M.G., Peiró, J.M., Rodríguez, I. y Bilese, P.D. (2012). Perceived collective *burnout*: A multilevel explanation of *burnout*. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 25 (1), 43-61.
- Grajales, T. (2000). Estudio de la validez factorial de Maslach *Burnout* Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. Disponible en URL: <http://www.tgrajales.net/mbivalidez.pdf>.
- Gray-Toft, P. y Anderson, J. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science & Medicine*, 15, 639-647.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de *burnout* en personal sanitario Hispanoamericano y Español (2007). *Revista Española de Salud Pública* 83 (2), 215-230.



- Greenglass, E.R., Burke, R.J. y Ondrack, M.(1990). A gender role perspective of coping and *Burnout*. *Applied Psychology: An International Review*, 39 (1), 5-27.
- Greenglass, E.R. y Burke, R.J. (1988). Work and family precursors of *burnout* in teachers: Sex differences. *Sex Roles*, 18 (3-4), 215-229.
- Grodstein, F. (2007) Cardiovascular risk factors and cognitive function. *Alzheimer's & Dementia. The journal of the Alzheimer's Association*, 3 (2 Suppl), 16-22. DOI: 10.1016/j.jalz.2007.01.001
- Grossi, G., Perski, A., Evengard, B., Biomkvist, V. y Orth-Gomér, K. (2003). Physiological correlates of *burnout* among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (4), 309-316.
- Guillén, F. y Sánchez, M.C. (2010) La intervención del psicólogo/a del ejercicio y el deporte en la mejora de la salud y la calidad de vida en poblaciones especiales". *Apuntes de Psicología*, 18 (2), 329-340.
- Hakanen, J. (1999). *Gender-role related differences in burnout*. Työterveiset 2. (Small workplace program of the Finnish Institute of Occupational Health). World Wide Web: <http://www.occuphealth.fi/ttl/tiedo-tus/tyoterv/299engl/burnout7.htm>.
- Halbesleben, J.R.B. y Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of *burnout*. Investigating the English Translation of the Oldenburg *Burnout Inventory*. 19, 208-220.
- Hall, D. T. (1976). *Careers in organizations*. Pacific Palisades, CA: Good Year.
- Hallman, T., Thomsson, H., Burell, G., Lisspers, J. y Setterlind, S. (2003). Stress, *Burnout* and Coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *Journal of Health Psychology*, 8 (4), 433-45.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. In W.B. Shaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (95-113).
- Hammer, J.S., Jones, J.W., Lyons, J.S., Sixsmith, D. y Afficiando, E. (1985). Measurement of occupational stress in hospital settings: Two validity studies of a emergency rooms. *General Hospital Psychiatry*, 7, 156-162.
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of *burnout*. En B. A. Farber (Ed.). *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 2ª Ed.) (29-39). New York: Pergamon Press.
- Hensel, J.M, Lunskey, Y. y Dewa, C.S. (2015). Exposure to aggressive behaviour and *burnout* in direct support providers: The role of positive work factors. *Research in development Disabilities*, 36, 404-412.
- Hernández, T.J., Terán, O.E., Navarrete, D.M. y León, A. (2007). El síndrome de *burnout*: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes,

- modelos explicativos y de medición. *Revista Internacional La Nueva Gestión Organizacional* 3 (5), 50-68.
- Hobfoll, S.E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to *burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (115-129). UK: Taylor & Francis.
- Hodgins, M.J., Wuest, J. y Malcolm, J. (2011). Modeling the effects of past relationship and obligation on changes in the health and health promotion of women caregivers of family members with dementia. *Research in Nursing & Health*, 34 (6), 440-456.
- Holland, P.J. y Michael, W.B. (1993). The concurrent validity of the Holland *Burnout Assessment Survey* for a sample of Middle School Teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 1067-1077.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. y Lönnqvist, J. (2006). The association between *burnout* and physical illness in the general population. Results from the Finnish Health 2000 study. *Journal of Psychosomatic Research* 61 ( 1): 59-66.
- Hueros, A., Arroyo, C. Díaz, M., et al. (2008). *Atender a una persona con Alzheimer*. Pamplona: CEAFA.
- Hwang, Y.S. y Kearney, P. (2014). Mindful and mutual care for individuals with developmental disabilities: A systematic literature review. *Journal of Child and Family Studies*, 23 (3) 497-509.
- Iavarone, A., Ziello, A.R., Pastore, F., Fasanaro, A.M. y Poderico, C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1407-1413.
- INE. (2010). *Mujeres y hombres en España*. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadísticas/mujereshombres/docs/mujereshombres2010.pdf>.
- INE. (2011). *Modulo especial (EPA). Problemas de salud y su relación con el empleo*. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_salud.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm).
- INE. (2014). *Indicadores de Crecimiento y estructura de la Población. Proporción de personas mayores de 64 años*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?divi=IDB&his=0&type=db&L=0>
- INE. (2014). *Proyección de la población de España 2014-2064. Notas de Prensa*. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- INE. (2015). *Demografía y Población de España*. Disponible en: [http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp\\_inicio.htm](http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm)
- INE. (2015). *Encuesta de la Población Activa (EPA) Cuarto Trimestre 2014. Notas de Prensa 22 Enero 2015*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?divi=IDB&his=0&type=db&L=0>

[www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0414.pdf](http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0414.pdf).

INSHT. (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: MTAS

- International Labour Organization I.L.O. (2009). *Gender equality at the heart of decent work*. Report VI International Labour Conference 98 Session, p.93.
- Ironson, G.H. (1992). Job stress and Health. En C.J. Cranny, P.C. Smith and E.F. Stone. *Job Satisfaction*. Lexington Books. New York.
- Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M. y Sastre, E. (1997). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 2 (1), 1-24.
- Jackson, S.E. y Maslach, C. (1982). After-effects of job related stress: families as victims. *Journal Occupational Behavior*, 3, 63-77.
- Jackson, S.E., Schwab, E.L. y Schuler, R.S. (1986). Toward an understanding of the *burnout* phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630- 640.
- Jain, F.A., Nazarian, N. y Lavretsky, H. (2014). Feasibility of central meditation and imagery therapy for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (8), 870-876.
- Jayarathne, S. y Chess, W.A. (1983). Job satisfaction and *burnout* in social work. En B.A. Farber (Ed). *Stress and Burnout in the human service professions* (1985, 2ª Ed.) (129-141). New York: Pergamon Press Inc.
- Johansson, L. (2014). Can stress increase Alzheimer's disease risk women?. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14 (2), 123-125.
- Jones, J.W. (1980). *The staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, IL: London House.
- Johnson, R.W. y Wiener, J.M. (2006). *A profile of frail older Americans and their caregivers*. Washington, DC: The Urban Institute. Disponible en: [http://www.urban.org/UploadedPDF/311284\\_older\\_americans.pdf](http://www.urban.org/UploadedPDF/311284_older_americans.pdf).
- Juvel, M. (2007). *Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora*. Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/2002330.pdf>.
- Kahill, S. (1988). Interventions for *burnout* in the helping professions: A review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counselling*, 22 (3) 162-169.
- Karasek, R.A. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Keenan, K. y Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 95-113.
- Keijsers, G.J. y Schaufeli, W.B. (1993). *Nurse burnout, nurse autonomy and the use of sophisticated technology in intensive care units*. Trabajo presentado en el 6º European Congress on Work and Organizational Psychology, Alicante.

- Keyes, C. L., Ryff, C. D. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. DOI: 10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Kielcot-Glaser, J., Glaser, R., Shuttleworth, E., Dyer C., Ogrocki, P. y Speicher, C. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine*, 49, 523-535.
- Kim, Y. (2012). Music therapists' job satisfaction, collective self-esteem, and burnout. *The Arts in Psychotherapy*, 39 (1), 66-71.
- Knight, B.G., Lutzky, S.M. y Macofsky-Urban, F. (1993). Meta-analytic review of interventions for caregiver distress. *Gerontologist*, 33, 240-248.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (1), 168-177.
- Kremer, L. y Hofman, J.E. (1985). Teacher's professional identity and burnout. *Research in Education*, 34, 89-95.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*, 19, 192-207.
- Kushnir, T. y Melamed, S. (2006). Domestic stress and well-being of employed women: Interplay between demands and decision control at home. *Sex Roles*, 54, 687-694.
- Landero, R. y González, M. (2006). Mujeres, trabajo y salud. En M, Ribeiro & R. López (Eds). *Tópicos selectos en políticas de bienestar social* (Tomo I, 231-242). México. Gernika.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J.M., Valderrama, M. J. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22 (5), 443-450.
- Laserna, J., Castillo, A., Pélaez, E., Navío, L., Torres, C., Rueda, S., Ramírez, M. y Pérez, M. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología conductual*, 5 (3), 365-375.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lee, R.T. y Ashfort, B.E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.
- Lee, R.T. y Ashfort, B.E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.

- Lee, R.T. y Ashfort, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job *burnout*. *Journal of Applied Psychology*, 81 (2), 123-133.
- Leiter, M.P. (1988). *Burnout* as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies*, 138 (1), 111-128.
- Leiter, M.P. (1989). Conceptual implications of two models of *burnout*; A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 15-22.
- Leiter, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of *burnout*: A longitudinal study. *Human relations*, 43 (11), 1067-1083.
- Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of *burnout*: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12 (2), 123-144.
- Leiter, M.P. (1992). *Burnout* as a crisis in self-efficacy conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6 (2), 107-116.
- Leiter, M.P. (1993). *Burnout* as a developmental process: Consideration of Models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Hemisphere, 237-250.
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on *burnout* and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M.P. y Durup, J. (1994). The discriminant validity of *burnout* and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 357-373.
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (2000). *Preventing Burnout and Building engagement: A complete program for organizational renewal*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lizano, M., Brenes, M., Sánchez, C. (2014). Análisis de los factores internos que inciden en el ambiente laboral de los empleados, para el fortalecimiento del clima organizacional de la sede central del área de salud Paraíso-Cervantes. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI* (609), 67-77.
- Llibre, J. y Guerra, M. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (4), 264-269.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349.
- López-Gil, M.J., Orueta-Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez-Oropesa, A., Carmona de la Morena, J. y Alonso-Moreno, F.J. (2009) El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y

- su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia (online)*, 2 (7), 332-339. ISSN 1699-695X.
- López Herrera, H., Pedrosa, I., Vicente Galindo, M.O., Suárez-Álvarez, J., Galindo Villardón, M.P. y García-Cueto, E. (2014). Multivariate analysis of *burnout* syndrome in Latin-American priests. *Psicothema*, 26 (2), 227-234.
- López, J., López-Arrieta, J. y Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94. DOI:10.1016/j.archger.2004.12.001
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19 (1), 72-80.
- Lovell, B. y Wetherell, M. (2011). The cost of caregiving: Endocrine and immune implications in elderly and non elderly caregivers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 (6), 1342-1352.
- Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, G.(2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38 (8), 701-708.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B.G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15 (1), 57-76.
- Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562. DOI: 10.1111/1467-8624.00164.
- Malach Pines, A. (2004). Adult attachment styles and their relationship to *burnout*: a preliminary cross-cultural investigation. *Work Stress*, 18, 66-80.
- Manassero, M.A., García-Buades, M.E., Ramis, C. y Torrens, G. (2003). Relaciones entre trabajo emocional y *burnout* en el sector servicios. *Encuentros en Psicología Social*, 1 (4), 3-7.
- Mansilla Izquierdo, F. (2011). Consecuencias del estrés de rol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (225), 361-370.
- Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000400010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000400010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0465-546X
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de *burnout*. *Revista de Psicología de Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 197-213.
- Manzano, G. y Fernández, N. (2002). Síndrome de *burnout*. Sus efectos y prevención en las organizaciones. *Capital Humano*, 15, 50-57.
- Manzano-García, G. y Ayala-Calvo, J. C. (2013). New Perspective: Towards an Integration of the concept "*burnout*" and its explanatory models. *Anales de*

- Psicología*, 29 (3) 800-809. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.145241>.
- Marks, J., Goldberg, D. y Hillier, V.F. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Journal Psychological Medicine*, 9 (2), 337-353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700030853>.
- Marriot, A., Donalson, C., Tarrier, N. y Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- Marshall, D. A., Vernalis, M.N., Remaley, A.T., Walizer, E.M., Scally, J. P. y Taylor, A. J. (2006). The role of exercise in modulating the impact of an ultralow-fat diet on serum lipids and apolipoproteins in patients with or at risk for coronary artery disease. *American Heart Journal*, 151 (2), 484-491.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, I., Marques Pinto, A., Salanova, M. y Lopes da Silva, A. (2002). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal. Un estudio transcultural. *Ansiedad y Estrés*, 8 (1), 13-23.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de *Burnout*. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivatoca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martínez de Viergol Lanzagorta, A. (2005). La consideración del síndrome de *burnout* como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 59, 213-223.
- Maslach, C. (1973). "Detached concern" in health and social service professions. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Montreal, Quebec: Canada.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 9 (5), 16-22.
- Maslach, C. (1979). Negative emotional biasing of unexplained arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 953-969.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice-Hall Press.
- Maslach, C. (1993). *Burnout: A multidimensional perspective*. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (19-32) Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (2003). Job *burnout*; new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
- Maslach C. (2009). Comprendiendo el *burnout*. *Ciencia y Trabajo*, 11 (32), 37-43.

- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981a). *Maslach Burnout Inventory* (1986, 2ªEd). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981b). The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982). *Burnout* in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders, y J. Suls (Eds). *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1984). Patterns of *burnout* among a national sample of public contact workers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 189-212.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variable in *burnout*. *Sex Roles*, 12 (7/8), 837- 51.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2ª ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3ª Ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C. y Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of *burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (1-16). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matthews, D.B. (1990). A comparison of *burnout* in selected occupational fields. *The Career Development Quarterly*, 38 (3), 230-239.
- Matthews, G., Zeidner, Z. y Roberts, R.D. (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Cambridge, USA: The MIT Press.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?. En P. Salovey & D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (3-31). New York: Basic Books.
- McDonough, P., Walters, V. y Stroschein, L. (2002). Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Social Science and Medicine*, 54, 767-782.
- McMullen, M.B. y Krantz, M. (1998). *Burnout* in day care workers: The effects of learned helplessness and self-esteem. *Child and Youth Care Quarterly*, 17 (4), 275-280.
- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of *Burnout*. *Human Relations*, 36, 899-910.
- Melamed, S. (2009). *Burnout* and risk of regional musculoskeletal pain: A prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress and*



- Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 25 (4), 313-321.
- Melamed, S., Kushnir, T. y Shirom, A. (1992). *Burnout* and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18, 53-60.
- Melamed, S., Dhirom, A., Toker, S. y Shapira, I. (2006). *Burnout* and risk of type 2 Diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine*, 68 (6), 863-869.
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D. y Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5 (2), 137-145.
- Messing, K. y Ostlin, P. (2006) *Gender inequality, work and health: A review of the evidence*, World Health Organization. Geneva. <http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>
- Miles, R. H. y Perreault, W. D. (1976). *Organizational role conflict: its antecedents and consequences*. *Organizational Behavior and Human Performance*, 17, 19-44.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SNS (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS*. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Minuchin, S. (2012). *Family's therapy in Massachusetts*. Harvard University Press Edition. Harvard. E.U.
- Molina, J. M., Iañez, M. A., Iañez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*, 15 (1), 33-43.
- Montgomery, R. J. (2010). *Dementia and Social Work: Research Intervention*. New York: Springer Edition.
- Montalbán, F. M., Durán, F. M. y Bravo, M. (2000). Autorreferencialidad y síndrome de *burnout*. *Apuntes de Psicología*, 18, 77-95.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1). Versión impresa ISSN 0213-9111.
- Montes de Oca Hernández, D., Rodríguez Pulido, F., Pou Polanco, L. y Montes de Oca Hernández, H. (1997). El medio laboral y la salud mental (II): Estrés, *Burnout* y Drogodependencias. Una propuesta preventiva. *Psiquis*, 18 (3), 24-34.

- Moral, M.S., Ortega, J.J., López, M.J. y Pellicer, P. (2003). Profile and risk of mental illness in caregivers for home care patients. *Atención Primaria*, 32, 77-87.
- Moral, J., González, M.T. y Landero, R. (2011) . Estrés Percibido, ira y *burnout* en amas de casas mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2 (2), 123-143.
- Moreno, J.M.T., Bordas, C.S., López, M.O.L., Peracho, C.V., López, A.C.L. y de Miguel, E.E. (2010). Descriptive study of stress and satisfaction at work in the Saragossa University services and administration staff. *International Journal of Mental Health Systems*, 4, 7-18.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49 (1), 63-70.
- Moreno-Jiménez, B. y Oliver, C. (1993). El *burnout* como escala de estrés en profesiones asistenciales. Adaptación y nuevas versiones. En M. Fornis y M.T. Anguera (Coords.). *Apuntaciones recientes a la Evaluación Psicológica* (161-174). Barcelona: PPU.
- Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). La Evaluación del *burnout*. Problemas y alternativas: validación del CBB. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13, 185-207.
- Moreno-Jiménez , B ., Garrosa, E. y González, J.L. (2000 a). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3 (1), 18-28.
- Moreno – Jiménez , B ., Garrosa, E. y González, J.L. (2000 b ). La evaluación del estrés y el *burnout* del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 151-171.
- Moreno-Jiménez, B., González, J.L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (*burnout*), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds). *Empleo, estrés y salud* (59-83). Madrid: Pirámide.
- Moriana, J.A. (2006). *Burnout* y cuidado de la salud en voluntarios. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1 (2), 52-57.
- Moriana, J.A. y Herruso, J. (2004). Estrés y *burnout* en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 597-621.
- Muela, J.A., Torres, C.J. y Peláez, E.M. (2001). La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36 (1), 41-45.
- Muñoz, A., Martínez, A., Iraurgi, I., Galíndes, E. y Sáenz, M. (2004).El papel de la situación laboral de la mujer en su bienestar emocional. *Psiquis*, 25 (4), 176-184.

- Muñoz, M. (1993). Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes. *Geriátrika*, 9, 407-410.
- Muñoz, M. y Barba, M. (2007). *La enfermedad de Alzheimer como factor de riesgo psicossomático para el familiar cuidador de enfermos crónicos discapacitados*. Tesis Doctoral. RIUMA Universidad de Málaga. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10630/2688>
- Muñoz, M., Barba, M., Fernández, F., Barón, F.G., Sánchez, E. y Labajos, M.T. (2008). Enfermedades psicossomáticas musculoesqueléticas en cuidadores de enfermos de Alzheimer: necesidades de fisioterapia. *Revista Fisioterapia*, 30 (3), 116-121. DOI: 10.1016/S0211-5638(08)72968-7.
- Nagy, S. y Nagy, C. (1992). Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71 (2), 523-531.
- Nyamathi, A.M., Stein, J.A. y Bayley, L.J. (2000). TI: predictors of mental distress and poor physical health among homeless women. *Journal of Adolescence*, 23 (5), 569-582.
- Oerlemans, W.G.M. y Bakker, A.B. (2014) Burnout and daily recovery: A day reconstruction study. *Journal Occupational Health Psychology*, 19 (3), 303-314.
- Ogus, D., Greenglass, E. y Burke, R. J. (1990). Gender-role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5 (5), 387-398.
- Olivares, V. y Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia y Trabajo*, Julio-Sept. 11 (31), 160-167.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) – CIE-10 (1994) *Décima revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de Investigación*. OMS. División Salud Mental. Gineve. Madrid Meditor.
- Organización Mundial de la Salud OMS-Eur. (2012). *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020*. Disponible en: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre salud mental*. Disponible en: [http://www.new.paho.org/hq/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://www.new.paho.org/hq/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)
- Ory, M.G., Yee, J.L., Tennstedt, S.L. y Schulz, R. (2000). The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers. En R.

- Scultz (Ed). *Handbook on dementia caregiving: evidence-based interventions in family*. Springer Publishing Company.
- Ortega, C. y López, F. (2004). *Burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Otero, B.G.I., Grajeda, G.G., Canto, V.B., Venegas, J.M. y Luque, C.M. (2013). *Burnout* en Psicólogos de la salud: Características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23 (2), 217 – 226.
- Paine, W.S. (1982). *Job stress and burnout. Research, theory and intervention perspectives*. Beverly Hills: Sage.
- Palomino, G. L., González Pedraza, A. y Blanco, L. A. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*, 13 (4), 159-166.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G. y Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: the dementia caregivers. *Aging and mental health*, 15 (6), 1-10.
- Park-Lee, E., Fredman, L., Hochberg, M. y Faulkner, K. (2009). Positive affect and incidence of fragility in elderly women caregivers and non caregivers: results of caregiver-study of osteoporotic fractures. *Journal of American Geriatrics Society*, 57 (4), 627 – 633. DOI: 10.1111/j1532.2009.02183.x
- Párraga, J.M. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis doctoral Universidad de Extremadura Dpto.de Psicología y Sociología de la salud. Cáceres Disponible en: <http://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238706.pdf>.
- Pascual, G. (1999). *Guía para el cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer*. Zaragoza: Certeza.
- Pascual, E. (2001). *El ama de casa y el burnout*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Paun, O. (2003). Older women caring for spouses with Alzheimer’s disease at home: making sense of the situation. *Health Care of Women International*, 24 (4), 292-312.
- Peinado, A. I. y Garcés de Los Fayos Ruiz, E.J. (1998). *Burnout* en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14 (1), 83-93.
- Peiró, J.M. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J.M. (2003). Metodología Prevenlab para el análisis y prevención de riesgos psicosociales. *Capital Humano: Revista para la Integración y Desarrollo de los Recursos Humanos*, 16 (167), 82-90.

- Pérez, M. y García, J.M. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510.
- Pérez, J.M. (2010). *Historia del síndrome de Alzheimer-Perusini*. Madrid: Entheos.
- Pérez-Escoda, N., Velar-Ceballos, K. y Ruiz-Bueno, A. (2014). Competencias emocionales y depresión en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Ansiedad y Estrés* 20 (2-3), 181-191.
- Pérez, M., Cartaya, M. y Olano, B.L. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 28 (4), 509-520. Disponible en:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192012000400007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192012000400007&lng=es&nrm=iso)>.
- Phillips, J.R. (1984). Faculty *burnout*. *American Journal Nursing*, 82 (12), 1525-1526.
- Pietromonaco, P., Manis, J. y Frohardt-Lane, K. (1986). Psychological consequences of multiple social roles. *Psychology of Women Quarterly*, 10, 373-82.
- Pines, A.M. (1996). *Couple burnout*. New York: Routledge.
- Pines, A.M. (1997). Gender differences in *burnout*: Israeli's responses to the Intifada. *European Psychologist*, 2 (1), 28-34.
- Pines, A. y Kafry, D. (1978). Occupational tedium in the social services. *Social Work*, 23, 499-507.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Pines, A. (1993). *Burnout: An existencial perspective*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (19 -32) Washington, D.C: Taylor & Francis.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Wich interventios work and how large are their effects?. *International Psychogeriatrics*, 11, 1-19.
- Pinquart, M., Sorensen, S. y Zarit, I. (2012). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-Analysis. *Journal of Psychological Sciences y Social Sciences*, 58 (8), 112-128.

- Pisanti, R., Lombardo, C., Lucidi, F. y Violani, D. (2013). Psychometric properties of the Maslach *Burnout* Inventory for Human Services among Italian nurses: A test of alternative models. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (3), 697-707.
- Price, D.M. y Murphy, P.A. (1984). Staff *burnout* in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Price, L. y Spence, S. H. (1994): *Burnout* symptoms amongst drug and alcohol service employees: Gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 67-84.
- Procaccini, J. y Kiefaber, M.W. (1983). *Parent burnout*. New York: Doubleday.
- Poulin, J. y Walter, C. (1993). Social worker *burnout*: A longitudinal study. *Social Work Research and Abstracts*, 29 (4), 5-11.
- Purvanova, R.K. y Muros, J.P. (2010). Gender differences in *burnout*: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behaviour*, 77 (2), 168-185.
- Quick, J.C. y Quick, J. D. (1984). *Organizational stress and preventive management*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Rabins, P. V. (1997). Caring for persons with dementing illnesses. A current perspective. En L. L. Heston (Ed.). *Progress in Alzheimer's disease and similar conditions* (277-289). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Ramos, F. y Buendía, J. (2002). El síndrome de *burnout*: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía y F. Ramos (coord.). *Empleo, Estrés y Salud*. (33-57). Madrid: Pirámide.
- Ramos, J. (2006). La evaluación de los sesgos cognitivos en los trastornos de ansiedad. *Boletín de la SEAS Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 24, 9-27.
- Ramos, R. (2007). Metáforas sociales del tiempo en España: una investigación empírica. En: *Trabajo, género y tiempo social hacer*. Editorial Complutense: Madrid.
- Reisberg, B., Ferris, S., de León, M. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 139, 1136-1139.
- Rey, L., Extremera N. y Peña, M. (2012). *Burnout* and work engagement in teachers: are sex and level taught important. *Ansiedad y Estrés*, 18 (2-3), 119-129.
- Richardson, A.M., Burke, R.J. y Leiter, M.P. (1992). Occupational demands, psychological *burnout* and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, 5 (1), 55-68.
- Rickett, B. (2012). Working without sacrifice: Discourse, femininity and occupational risk. En Horrocks, Ch. y Johnson, S. (Ed). *Advances in health psychology: Critical approaches* (89-101). New York: Palgrave Macmillian.

- Ríos-Risquez, M.I., Carrillo-García, C. y Sabuco-Tebar, E.A. (2014). Resiliencia, síndrome de quemarse en el trabajo y malestar psicológico en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 20 (2-3), 115-126.
- Rivera, M. y Requena, C. (2013). Variables de riesgo asociadas al *burnout* entre cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en el Oeste de Puerto Rico. Tesis Doctoral, Universidad de León, Fundación Universitaria Iberoamericana. Disponible en: [https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2880/tesis\\_d5d851.PDF?sequence=1](https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2880/tesis_d5d851.PDF?sequence=1)
- Rivera, A. y Montero, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30 (1), 39-47.
- Robbins, S. (1996). *Comportamiento organizacional*. México: Editorial Hall.
- Robinson, J., Fortinsky, R., Shurgue, N. y Porter, M. (2009). A broader view of family caregiving: effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work and social isolation. *Journal of Gerontology & Social Sciences*, 64 (6), 788-798. DOI: 10.1093/geronb/gbp015
- Rodríguez, U., Trillos, L.F. y Baute, V.C. (2014). Caracterización del síndrome de *burnout* en amas de casa residentes en el barrio Rodrigo de Bastidas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicogente*, 17 (32), 431-441.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., de Rivas-Hermosilla, S., Álvarez-Bejarano, A. y Sanz-Vergel, A.I. (2010). Positive psychology at work: mutual gains for individuals and organizations. *Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26 (3), 235-253.
- Rodríguez del Álamo, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28 (4), 34-36.
- Rodríguez del Álamo, A. (2005). *Sobrecarga psicofísica en cuidadores de enfermos de Alzheimer: causas, problemas y soluciones*. Fundación SPF de Neurociencias: Barcelona.
- Rodríguez-Medina, R.M. y Landeros-Pérez, M.E. (2014). Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria-México*, 11 (3), 87-93. Disponible en: <<http://www.indexf.com/reu/11/08793.php>>
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (3), 393-405.
- Rogero-García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Rojas Marcos, L. (2007). *La autoestima, nuestra fuerza secreta*. (4ª Ed). Madrid: Espasa Calve, S.A.

- Rutherford, B.N., Shepherd, C.D. y Tashchian, A. (2015). Validating the reduced *burnout* scale and sequencing of *burnout*. *Journal of Business Research*, 68 (1), 67-73.
- Saavedra, F.J., Bascón, M.J., Arias, S., García, M. y Mora, D. (2013) Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica y Salud*, 24, 85-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a10>.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el *burnout* al engagement ¿Una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (2), 117-34.
- Salanova, M., Grau, R., Martínez, I. M., Cifre, E., Llorens, S. y García-Renedo, M. (2004). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Castellón: Colección Psique.
- Salanova, M., Martínez, I. y Lorente, L. (2005). Cómo los obstáculos y facilitadores organizacionales se relacionan con el *burnout* docente: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 21 (1-2), 37-54.
- Salas, D.J. (2010). Bienestar psicológico y síndrome de *burnout* en docentes de la UGEL N. 7. M.C. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Salgado, J.M. y Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre la inteligencia emocional percibida y la emocionalidad negativa. *Ansiedad y Estrés*, 12, 207-221.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1989). *Economía de la salud. Teoría social de la salud*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Sánchez-Herrero, S. y Sánchez-López, M.P. (2011). Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras. *Ansiedad y Estrés* 17 (1), 27-37.
- Sánchez-López, M.P., López- García, J.J., Corbalán-Berna, F.J. y Dresch, V. (2008). Sociodemographic, psychological and health related factors associated with poor mental health in midlife Spanish women. *Women & Health*, 48, 445-465.
- Sánchez-López, M.P., Aparicio-García, M.E. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18 (3), 584-590.
- Sánchez-López, M.P. y Quiroga, M.A. (1995). Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: Variables Moduladoras. 11 (1), 63-75.
- Santulli, R.B. (2011). *The Alzheimer's Family: Helping caregivers cope*. New York, US: WW Norton & Co.
- Sarros, J.C. y Friesen, D. (1987). The etiology of administrator *burnout*. *The Alberta Journal of Educational Research*, 33 (3), 163-179.



- Savage y Bailey (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: A review of the literature. *Australian Health Review*, 27, 111-117.
- Savicki, V. y Cooley, E.J. (1987). The relationship of work environment and client contact to *burnout* in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.
- Savicki, V. y Cooley, E.J. (1994). *Burnout* in child protective service workers: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 15 (7), 655-666. DOI:10.1002/job.4030150708.
- Schaufeli, W.B. (1990). *Burnout: about the job stress in the human services professions. The burnout syndrome*. Dinker: Rotherdam.
- Schaufeli, W.B., Enzman, D. y Girault, N. (1993). Measurement of *burnout*: A review. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout. Recent developments in theory and research* (199-212). London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B. y Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two *burnout* measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14 (7), 631-648.
- Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (2003). *Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing*. In M. J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.C. Cooper. (Eds). *Handbook of work and health psychology*, (2ª ed.) (383-429). West Sussex, UK: Wiley.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. y Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International*. 14 (3), 204-220.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. En L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* (303-346). New York: Academic Press.
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R. y Schaufeli, W.B. (2000). The factorial validity of the Maslach *Burnout Inventory General Survey* (MBI-GS) A cross occupational Groups and Nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 53-66.
- Schwenke, T.J., Ashby, J.S. y Gnilka, P.B. (2014). Sign language interpreters and *burnout*: The effects of perfectionism, perceived stress, and coping resources. *Interpreting*, 16 (2), 209-232.
- Segredo, A.M. (2013). Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Revista Cubana Salud Pública*, 39 (2), 385-393. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000200017&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200017&lng=es&nrm=iso)>.

- Seidman, S.A. y Zager, J. (1986). The Teacher *Burnout Scale*. *Educational Research Quarterly*, 11 (1), 26-33.
- Seira, M.P., Aller, A. y Calvo, A.(2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados en una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 713-721.
- Seisdedos, N. (1997). *Inventario de Burnout de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14. DOI:10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Selye, H. (1956). *Annual report of stress*. New York: Mc Graw-Hill.
- Sherman, C. W. y Bauer, J. W. (2008). Financial conflicts facing late-life remarried Alzheimer's disease caregivers. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 57 (4), 492-503.
- Shirom, A. (1989). *Burnout in work organizations*. En C. L. Cooper e I. Robertson (Eds). *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (25-48). New York: Wiley.
- Shirom, A. y Melamed, S. (2006). Comparison of the construct validity of two *burnout* measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13 (1), 176-200.
- Simón, R. W. (2002). Revisiting the relationship among gender, marital status and mental health. *American Journal of Sociology*, 107, 1065-1096.
- Small, G.W., Rabins, P.V., Barry, P.P., Buckholtz, N.S., DeKosky, S.T., Ferris, S.H., Finkel, S.I., Gwyther, L.P., Khachaturian, Z.S., Lebowitz, B.D., McRae, T.D., Morris, J.C., Oakley, F., Schneider, L.S., Streim, J.E., Sunderland, T., Teri, L.A. y Tune, L.E. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 278 (16), 1363-1371.
- Smerglia, V., Miller, N., Sotnak, D. y Geiss, C. (2007). Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health*, 11 (2), 205-217.
- Smith, N.M., Birch, N.E. y Marchant, M.P. (1984). Stress, distress, and *burnout*: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83-85.
- Spielberger, Agudelo y Buena-Casal (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo* (IDER). Madrid: TEA Ediciones.
- Soares, J.J.F., Grosi, G. y Sundin, Ö. (2007). *Burnout* among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10 (2), 61-72.

- Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A. y Akerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical *burnout*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17 (2), 175-183.
- Son, J., Erno, A., Shea, D.G., Femia, E.E., Zarit, S.H. y Stephens, M.A.P. (2007). The caregiver stress proves and health outcomes. *Journal of Aging and Health*, 19 (6), 871-887.
- Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. y Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effect strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 52B, 159-166.
- Sundin, Ö., Soares, J., Grossi, G. y Macassa, G. (2011). *Burnout* among foreign-born and native Swedish women: A longitudinal study. *Women & Health*, 51 (7), 643-660.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Bertran, C. y Sullman, M.J.M. (2013). *Burnout* and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (4), 305-313.
- Taris, T.W., Le Blanc, P.M., Schaufeli, W.B. y Schreurs, P.J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach *Burnout* Inventory?. A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 238-255.
- Thompson, M.S., Page, S.L. y Cooper, C.L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring *burnout* among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J. y Engedal, K. (2012). *Burnout* in familial caregivers of patients with dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34 (4), 405-412.
- Thomaé, M., Ayala, E., Sphan, M. y Stortti, M. (2006). Etiología y prevención del síndrome de *burnout* en los trabajadores de la Salud. *Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina*, 153 (7), 18-21.
- Tout, L.R. y Shama, D.D. (1990). A *burnout* instrument for hospice. *Hospice Journal*, 6 (4), 31-38.
- Tuithof, M., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. y de Graaf, R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target group for prevention. *BMC Psychiatry*, 15 (1), 406. DOI: 10.1186/S12888-015-0406-0.
- Valentino, C. C. y Bulmer, S. M. (2005). Using cognitive mapping to explore women caregivers' experiences. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20 (6), 331-339.

- Valls, C. (1994). *Mujeres y hombres: Salud y diferencias*. Barcelona: Folio.
- Van den Heuvel, E.T.P., de Witte, L.P., Nooyen-Haazen, I., Sanderman, R. y Meyboom-de Jong, B. (2000). Short-term effects of a group support program and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 40, 109-120.
- Van Durme, T., Marcq, J., Jeanmart, C. y Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (4), 490-504.
- Van Horn, J. E., Schaufeli, W.B., Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (1997). A Canadian-Dutch comparison of teachers' burnout. *Psychological Reports*, 81, 371-382.
- Varela, C. (1990). *Tratamiento del síndrome de ama de casa: Un estudio piloto*. En II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 5: Psicología y Salud: Psicología de la Salud (22-30). Valencia: COP.
- Varela, C. (1992). El síndrome de ama de casa. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 24, 35-43.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S.M. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones". *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vázquez, F.L., Otero, P. López, M., Blanco, V. y Torres, A. (2010) Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia. Estudio piloto. *Clínica y Salud*, 21 (1), 59-76.
- Vega, D. E. y Pérez Urdániz, A. (1998). *El síndrome de burnout en el médico*. SmithKline Beecham.
- Venturi, P., Dell'Erba, G. y Rizzo, F. (1994). Disagio mentale, uso di psicofarmaci e malattie psicosomatiche in due gruppi di soggetti a rischio per la síndrome del burnout. *Minerva Psichiatrica*, 35 (3), 155-167.
- Ventura, M., Salanova, M. y Llorens, S. (2015). Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: The role of challenge and hindrance demands. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149 (3), 277-302.
- Vinaccia, S. y Alvaran, L. (2004). El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 35-45.
- Viñuela, F y Olazarán, J. (2009). Criterios para el diagnóstico del síndrome de demencia. En J.L. Molinuevo y J. Peña-Casanova (Eds). *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones*. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología, 8, 1-8.

- Vitaliano, P.P., Zhang, J. y Scanlan J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (6), 946-972.
- Von Känel, R., Bellingrath, S. y Kudielka, B.M. (2008). Association between *burnout* and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in school teachers. *Journal of Psychosomatic Research*, 65 (1), 51-59.
- Walsh, J. (2013). Gender, the work-life interface and wellbeing: A study of hospital doctors. *Gender, Work and Organization*, 20 (4), 439 -453.
- Warshaw, L.J. (1998). *La violencia en el lugar de trabajo*. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Gestión editorial Chantal Dufresne. Ginebra.
- Whitehead, J.T. (1989). *Burnout in probation and corrections*. New York: Praeger Publishers.
- Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support and *burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (151-162). Washington DC: Hemisphere.
- World Health Organization WHO (2004). *Gender, Health and Work*. Disponible en: [http://www.who.int/entity/gender/otherhealth/gender\\_healthand\\_worklast.pdf](http://www.who.int/entity/gender/otherhealth/gender_healthand_worklast.pdf)
- World Health Organization WHO (2009). Mental health and Well-being at the Workplace. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/124047/e94345.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/124047/e94345.pdf)
- Yilmaz, A., Turan, E. y Gundogar, D. (2009). Predictors of *burnout* in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. *Australian Journal on Ageing*, 28 (1), 16-21.
- Young, C., Fang, D., Golshan, S., Moutier, C. y Zisook, S. (2012). *Burnout* in premedical undergraduate students. *Academic Psychiatry*, 36 (1), 11-16.
- Zabel, R. H. y Zabel, M.K. (1982). Factors in *burnout* among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49 (3), 261-263.
- Zarit, S.H., Zarit, J.M. y Reeve, K.E. (1982). Memory training for severe memory loss: effects on senile dementia patients and their families. *Gerontologist*, 22, 373-377.
- Zurriaga-Llorens, R., González-Navarro, P. y Martínez-Moreno, A. (2007). Prevención psicosocial del *burnout* en organizaciones laborales. En P. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Coords). *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout)*. Grupos profesionales de riesgo (71-82). Madrid: Pirámide.



# Anexos







## ANEXO 1. CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

### TESTIMONIO CUIDADORA

Este trabajo de investigación se corresponde con la Tesis Doctoral, que viene realizando Dña. Alina de las Mercedes Campos Puentes, bajo la dirección de las Profesoras del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, Dra. Mercedes Borda Mas y Dra. María Luisa Avargues Navarro. El objetivo de esta investigación es conocer la incidencia del síndrome de *burnout* o “estar quemado”, así como su afectación en la salud, en mujeres amas de casa y en aquellas que, además, desempeñan su actividad como cuidadoras de familiares enfermos de Alzheimer.

En esta ocasión, realizaremos una entrevista como Testimonio que detalle sus vivencias **como cuidadora familiar** de un enfermo de Alzheimer, y aprovechamos para agradecer su disposición de participar de manera voluntaria en la realización de esta técnica, que con fines científicos, dentro del marco de la investigación, podrá ser divulgada omitiendo sus datos personales.

Yo,....., con D.N.I....., mayor de edad , con domicilio en ..... , he sido informado de los objetivos de la investigación y he leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado

Firma

Fecha:

## ANEXO 2. CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

### TESTIMONIO AMA DE CASA

Este trabajo de investigación se corresponde con la Tesis Doctoral, que viene realizando Dña. Alina de las Mercedes Campos Puente, bajo la dirección de las Profesoras del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, Dra. Mercedes Borda Mas y Dra. María Luisa Avargues Navarro. El objetivo de esta investigación es conocer la incidencia del síndrome de *burnout* o “estar quemado”, así como su afectación en la salud, en mujeres amas de casa y en aquellas que, además, desempeñan su actividad como cuidadoras de familiares enfermos de Alzheimer.

En esta ocasión, realizaremos una entrevista como Testimonio que detalle sus vivencias **como ama de casa** de un enfermo de Alzheimer, y aprovechamos para agradecer su disposición de participar de manera voluntaria en la realización de esta técnica, que con fines científicos, dentro del marco de la investigación, podrá ser divulgada omitiendo sus datos personales.

Yo,.....,.....  
 con D.N.I....., mayor de edad , con domicilio en  
 .....  
 ....., he sido informado de los objetivos de la investigación y he leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado

Firma

Fecha:

### **ANEXO 3. ENTREVISTA A CUIDADORAS DE FAMILIAR ENFERMO DE ALZHEIMER.**

Preguntas:

1. ¿Qué cualidades te caracterizan?
2. ¿Qué frase te definiría?
3. ¿Cómo describirías tu relación matrimonial y familiar antes de que enfermara tu esposo?
4. ¿Cómo recuerdas el momento en que recibiste la noticia de que tu esposo estaba diagnosticado de Alzheimer?
5. ¿Cómo ha sido tu vida como Cuidadora durante las diferentes fases de la enfermedad?
6. ¿Te has sentido apoyada? ¿Por quienes?
7. ¿Cómo influyó la enfermedad de Alzheimer de tu esposo en la vida familiar?
8. ¿Has sentido en algún momento que te faltaban fuerzas para continuar cuidando de tu esposo?
9. ¿Padeces de alguna enfermedad? ¿Crees que tu salud ha empeorado desde que empezaste a cuidar de tu esposo?
10. ¿Participas en actividades sociales, deportivas, o recreativas fuera de casa? ¿Qué actividades de ocio realizas en casa? ¿La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer qué te ha aportado durante estos años?
11. Según tu experiencia ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer?
12. ¿Qué consejos puedes brindar a las Mujeres que cuidan de enfermos de Alzheimer?

#### **ANEXO 4. ENTREVISTA A MUJER AMA DE CASA.**

Preguntas:

1. ¿Qué cualidades te caracterizan?
2. ¿Qué frase te definiría?
3. ¿Cómo describirías tu relación familiar?
4. ¿Cuáles son las labores domésticas que realizas?
5. ¿Cómo es tu vida actual como Cuidadora de los miembros de tu familia?
6. ¿Te has sentido apoyada? ¿Por quienes?
7. ¿Has sentido en algún momento que te faltaban fuerzas para continuar cuidando de todos?
8. ¿Padeces de alguna enfermedad? ¿Crees que tu salud ha empeorado desde que empezaste a cuidar a tu padre y madre mayores enfermos?
9. ¿Participas en actividades sociales, deportivas, o recreativas fuera de casa? ¿Qué actividades de ocio realizas en casa? En caso positivo ¿qué te ha aportado?
10. ¿Pertenece a alguna Asociación de Mujeres, de Vecinos, o Centros de Adultos ?. En caso positivo ¿qué te ha aportado?
11. Según tu experiencia ¿Qué significa ser ama de casa?
12. ¿Qué consejos puedes brindar a las mujeres amas de casa?

## **ANEXO 5. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y LABORALES**

1. Edad\_\_\_\_
2. Estado Civil: Soltera\_\_\_\_ Casada\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_  
Separada\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_
3. Si es casada o pareja de hecho, ¿cuántos años lleva conviviendo con su actual pareja?\_\_\_\_
4. Tiene Hijos: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ . En caso afirmativo responda:
  - Cantidad de hijos \_\_\_\_\_
  - Edad de los hijos \_\_\_\_\_
  - ¿Cuántos conviven con usted? \_\_\_\_\_
5. Nivel de Estudio alcanzado: Primario\_\_\_\_ Secundario\_\_\_\_  
Bachillerato\_\_\_\_ Universitario\_\_\_\_ Otros cursos\_\_\_\_\_
6. Enfermedades crónicas que padece  
\_\_\_\_\_
7. Marque con una "X" el tipo de actividad laboral que realiza dentro de su entorno familiar: Ama de Casa\_\_\_\_\_ Cuidadora Familiar de enfermo/a de Alzheimer\_\_\_\_
8. Si ha marcado solamente la casilla ama de casa, responda:
  - Cantidad de años que ejerce como ama de casa \_\_\_\_\_

- Cantidad de horas que dedica diariamente al cuidado de la familia y la casa \_\_\_\_

9. Si ha marcado además la casilla cuidadora de un familiar enfermo/a de Alzheimer, responda:

- Cantidad de años que ejerce como Cuidadora Familiar de enfermo/a de Alzheimer \_\_\_\_
- Cantidad de horas que dedica diariamente al cuidado del familiar enfermo \_\_\_\_
- Parentesco con su familiar enfermo/a \_\_\_\_\_

10. ¿Trabajaba fuera de su entorno familiar antes de dedicarse a la actividad de:

- Ama de casa. Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- Cuidadora Familiar de enfermo de Alzheimer? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## **ANEXO 6. M.B.I.**

Instrucciones: El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran los distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos su trabajo y a las personas a quien dan servicio. Se usa el término “persona” para señalar a los sujetos a los que se proporciona el servicio, cuidado o atención. Aunque en su labor usted utilice otro término (por ejemplo, pacientes, alumnos, clientes, etc.) cuando responda a esta encuesta piense en los que reciben el servicio que usted da. Las 22 frases que mostramos están relacionadas con los sentimientos que usted experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días.

Ejemplo: “Me siento deprimido en el trabajo “

Si **NUNCA** se siente deprimido en el trabajo, debe contestar con un **0**. Si esto le ocurre alguna vez, indique su frecuencia de 1 a 6.

A continuación conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. \_\_\_\_\_
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. \_\_\_\_\_
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo. \_\_\_\_\_
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas. \_\_\_\_\_
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales. \_\_\_\_\_
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo. \_\_\_\_\_
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas. \_\_\_\_\_
8. Me siento “quemado” por mi trabajo. \_\_\_\_\_
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás. \_\_\_\_\_
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. \_\_\_\_\_
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. \_\_\_\_\_
12. Me siento muy activo. \_\_\_\_\_
13. Me siento frustrado en mi trabajo. \_\_\_\_\_
14. Creo que estoy trabajando demasiado. \_\_\_\_\_
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio \_\_\_\_\_
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. \_\_\_\_\_
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio. \_\_\_\_\_
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas. \_\_\_\_\_
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. \_\_\_\_\_
20. Me siento acabado. \_\_\_\_\_
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma. \_\_\_\_\_
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas \_\_\_\_\_



## ANEXO 7. G.H.Q.- 28

Nos gustaría conocer cómo es tu estado de salud en general. A continuación, te presentamos una serie de frases que hacen referencia al estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Al leer cada afirmación, valora y responde de forma espontánea tachando con un aspa (X) la opción de respuesta que, según tu criterio, mejor se adapte a tu situación.

### ÚLTIMAMENTE

#### A

1. ¿Te has sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

2. ¿Has tenido la sensación de que necesitabas un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Te has sentido una persona agotada y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Has tenido la sensación de que estabas enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

#### B.

1. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

absoluto	que lo habitual	más que lo habitual	más que lo habitual
----------	-----------------	---------------------	---------------------

5. ¿Has padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Has tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza te va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Has tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

2. ¿Has tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

	habitual	lo habitual	lo habitual
<b>3.</b> ¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>4.</b> ¿Te has sentido con los nervios “a flor de piel” y malhumorado?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>5.</b> ¿Te has asustado o has tenido pánico sin motivo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>6.</b> ¿Has tenido la sensación de que “todo se me viene encima”?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>8.</b> ¿Te has notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

**C**

<b>1.</b> ¿Te las has arreglado para mantenerte ocupado y activo?			
Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
<b>2.</b> ¿Te cuesta más tiempo hacer las cosas?			
Menos tiempo	Igual que lo habitual	Más tiempo	Mucho más

que lo habitual	habitual	que lo habitual	tiempo que lo habitual
<b>3.</b> ¿Has tenido la impresión, en conjunto, de que estás haciendo las cosas bien?			
Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
<b>4.</b> ¿Te has sentido satisfecho con tu manera de hacer las cosas?			
Más satisfecho que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
<b>5.</b> ¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?			
Más útil que lo habitual	Igual de útil que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
<b>6.</b> ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
<b>7.</b> ¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

**D.**

<b>1.</b> ¿Has pensado que eres una persona que “no valgo para nada”?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>2.</b> ¿Has estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?			

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Has tenido el sentimiento de que *“la vida no merece la pena vivirse”*?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Has pensado en la posibilidad de *“quitarme de en medio”*?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	---------------------------

5. ¿Has notado que, a veces, no puedes hacer nada porque tienes los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Has notado que deseas estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

1. ¿Has notado que *“la idea de quitarme la vida”* te viene repentinamente a la cabeza?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	---------------------------

## **ANEXO 8. INFORMACIÓN DEL ESTUDIO**

Estimada Amiga:

Ante todo agradecemos su disposición a participar de manera voluntaria en el presente estudio aprobado por el Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología en la Universidad de Sevilla, como parte de las investigaciones que se realizan en diferentes muestras poblacionales en Andalucía, con el objetivo de profundizar en los efectos psicológicos del Estrés sostenido en el tiempo.

Es fundamental la veracidad de la información que usted nos brinde al responder a las preguntas que le mostramos, para obtener una valoración adecuada del alcance de la problemática a estudiar.

Instrucciones:

1. Responda tan sinceramente como le sea posible, pues no existe ventaja alguna para usted en dar una impresión diferente.
2. Antes de comenzar a responder, lea las instrucciones de cada una de las pruebas psicológicas, respondiendo únicamente en el lugar y en la forma en que se le indica, para que su trabajo sea considerado válido.
3. Aunque no existe tiempo límite para responder, le rogamos lo haga en una sesión de mañana o tarde, no deje pasar tiempo de una a otra parte.

4. Si después de haber leído estas instrucciones, no desea continuar, le reiteramos nuestro agradecimiento a su colaboración, pero entregue por favor las pruebas en blanco.
5. La investigadora que va a trabajar con sus respuestas se atiene a secreto profesional, motivo por el que está garantizada la máxima confidencialidad de sus datos, y se realizará de forma anónima.

Si está interesada en conocer sus resultados particulares, indíquelo: Si \_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_. En caso positivo, escriba en letra legible sus datos para que les sean enviados por vía correo postal o pueda ser citada, si así lo prefiere, para recibir la orientación psicológica directamente por parte de la investigadora, elija la manera que desea recibir la información.

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección particular \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población/Ciudad \_\_\_\_\_