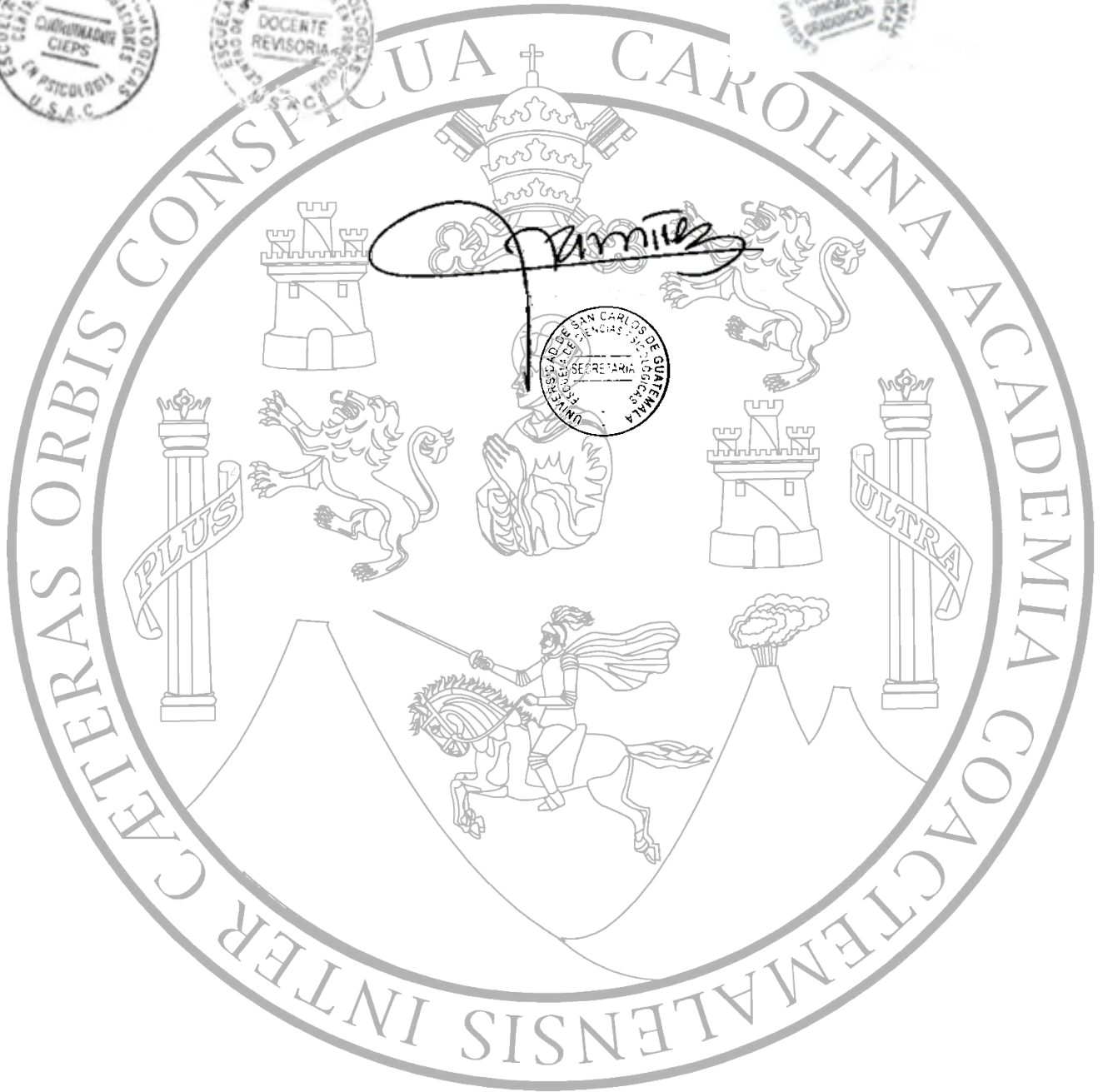


1er20

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
23/9/2020



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA – CIEPS- “MAYRA
GUTIÉRREZ”

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN FAMILIARES DE 35 A 45 AÑOS
ENCARGADOS DEL CUIDADO DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO DAÑO
CEREBRAL DURANTE EL AÑO 2018”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MILDRED ANDREA MORALES SAZO

SIGRID YERENA LÉMUS CHAVEZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA SEPTIEMBRE DE 2020

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIA PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTURDOLEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZABAL

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

LICENCIADA CLAUDIA JUDITH FLORES QUINTANA

REPRESENTANTES DE PROFESORES

ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA

LESLY DANINETH GARCÍA MORALES

REPRESENTANTES ETUDIANTILES

LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 191-2016
CODIPs.1351-2020

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

04 de septiembre de 2020

Estudiantes
Sigrid Yerena Lémus Chavez
Mildred Andrea Morales Sazo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUARTO (4º) del Acta CUARENTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL VEINTE (48-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 04 de septiembre de 2020, que copiado literalmente dice:

“CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“SÍNDROME DE BURNOUT EN FAMILIARES ENCARGADOS DEL CUIDADO DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO DAÑO CEREBRAL DURANTE EL AÑO 2018”**, de la carrera de: **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Sigrid Yerena Lémus Chavez
Mildred Andrea Morales Sazo

CARNÉ: 2140 58794 0101
CARNÉ: 2154 79343 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Heidi Marie Peña Riley y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez Ramos. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby



UGE-42-2020



Guatemala, 25 de agosto 2020

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM


Señores Miembros:


Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **SIGRID YERENA LÉMUS CHAVEZ, CARNÉ NO. 2140-58794-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2012-16510 y Expediente de Graduación No. L-45-2017-C-EPS / MILDRED ANDREA MORALES SAZO, CARNÉ NO. 2154-79343-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2012-16937 y Expediente de Graduación No. L-76-2017-C-EPS,** han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"SÍNDROME DE BURNOUT EN FAMILIARES ENCARGADOS DEL CUIDADO DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO DAÑO CEREBRAL DURANTE EL AÑO 2018"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 13 de ABRIL del año 2020.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Lucia, G.

CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo digital e Informe Final de Investigación digital.

ACTO QUE DEDICO A:

Por: Mildred Andrea Morales Sazo

DIOS: Por la fortaleza e iluminación durante toda la carrera.

MAMÁ Y PAPÁ: ambos son un ejemplo de personas y profesionales, a los cuales acudí incontables veces con dudas y ellos siempre me apoyaron para resolverlas, son un gran ejemplo de amor y apoyo incondicional.

HERMANAS Y HERMANO: Los tres me inspiran cada día para ser mejor persona, me motivan para alcanzar cada meta que me he propuesto y son una gran inspiración y ejemplo de disfrutar lo que se hace y perseverar para alcanzar cada sueño. Por darme a mi pequeña sobrina Fátima.

LUIS GIRÓN: Tu eres mi novio y mi cómplice este logro lo comparto contigo, porque cada vez que quise darme por vencida tú encontraste la forma de animarme y concientizarme de mis habilidades, tu celebraste conmigo cada meta que iba logrando, has sido un pilar en mi carrera me has enseñado la importancia de la dedicación y la fortaleza

SUEGROS: Ustedes son parte de este logro, han celebrado junto a mi cada logro, compartieron conmigo su casa y a su hijo, y me han tendido la mano cada vez que lo he necesitado.

AMIGOS Y AMIGAS: con todos y todas compartimos grandes momentos de alegría, estrés, enojo, pero sobre todo de ilusión por llegar a este momento, gracias por cada momento que compartimos.

HEIDI MARIE PEÑA RILEY: le agradecemos su apoyo y asesoría durante el proceso de tesis, gracias por el acompañamiento y guía que nos brindó.

ABUELA MARINA y ABUELO AMADEO: por su confianza, apoyo y por sentirse orgullosa de mi.

Por: Sigrid Yerena Lémus Chavez

DIOS: Por ser mi guía, mi fortaleza, por darme la oportunidad de tener estudios y darme la sabiduría para poder culminarlos con éxito.

PADRES: Por ser mi apoyo incondicional, por brindarme los recursos necesarios para tener estudios y poder llegar hasta la universidad, siendo mi soporte en todo momento.

HERMANAS: Por ser más que mis hermanas, mis amigas y mis confidentes, ser mi apoyo y brindarme consejos que no me permitieron rendirme.

A MI NOVIO: Por su amor, cariño, paciencia y palabras de aliento que me brindó durante todo este proceso.

AMIGOS Y AMIGAS: Por tantos momentos compartidos, por tantas risas y momentos divertidos, por el apoyo en consejos y hechos, por todos estos años que hemos compartido que hacen de la universidad una casa y de este proceso menos difícil.

A MIS PADRINOS: Por brindarme su apoyo profesional, sus consejos, y ser guía en mi camino profesional.

AGRADECIMIENTOS

DIOS: Quien nos dio vida, fuerza y oportunidad para poder llegar a este momento, quien nos sostuvo en los momentos más difíciles y quien está siempre para mí.

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por ser un lugar que nos permitió escoger una carrera profesional y poder prepararnos en la misma.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS: Por ser la sede de esta carrera humanista que nos enseñó el comportamiento del ser humano y ver más allá de lo que cualquier persona hace, aplicando técnicas científicas para el mejoramiento de la salud mental de la población guatemalteca.

ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y VIDA INDEPENDIENTE (PADIVI). Por ser la institución que nos abrió las puertas para poder realizar nuestro tema de investigación, dándonos mejores conocimientos que podemos aplicar en nuestra área profesional.

REVISOR DE TESIS: Por brindarnos su conocimiento y corregir nuestros errores en el proceso de investigación para poder entregar y tener un adecuado trabajo que sirva de conocimiento y guía para otras personas y estudiantes de la universidad.

ASESORA DE TESIS: Por guiarnos en este proceso, dándonos herramientas, métodos y técnicas que aplicamos para una adecuada investigación.

COMPAÑERA DE TESIS: mi compañera y amiga en este proceso, gracias por la paciencia, apoyo y amistad durante todos estos años, gracias por cada experiencia y aventura que vivimos en esta travesía.

AMIGOS Y AMIGAS: A quienes conocimos en esta profesión de vida y quienes nos apoyaron en momentos difíciles, gracias por cada momento que compartimos.

ÍNDICE

Resumen	12
Prólogo	13
Capítulo I	15
1. Planteamiento del problema	15
1.01 Planteamiento del problema	15
1.02 Objetivos	17
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
1.03 Marco teórico	19
Sociedad guatemalteca	19
Clases sociales en Guatemala	20
Monografía del lugar	22
La familia	23
Personalidad y desarrollo	24
Síndrome del cuidador	26
Etapas del cuidador	31
Sobrecarga	34
Síndrome de Burnout	35
Daño cerebral	44

Capitulo II	47
2. Técnicas e Instrumentos	47
Técnica de Muestreo	47
Técnica de recolección de datos	47
Técnica de análisis	49
2.03. Instrumentos	49
Criterios de elaboración de la entrevista (Primera Evaluación).	49
Escala de sobre carga del cuidador test de Zarit	51
Talleres de Tratamiento del Síndrome de Burnout	52
2.04. Operacionalización de objetivos	52
Capitulo III	55
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	55
3.01 Características del lugar y de la muestra	55
3.02 Resultados de la aplicación de la entrevista	56
Primera Entrevista	56
Escala de sobrecarga del cuidador -test de Zarit-	62
Segunda evaluación	73
3.03 Análisis general	77
Capítulo IV	81
4. Conclusiones y recomendaciones	81
4.01 Conclusiones	81

4.02 Recomendaciones	82
4.03 Referencias	83
12. Anexos	86
Anexo 1	86
Anexo 2	87
Anexo 3	89
Anexo 4	91

Resumen

“Síndrome de Burnout en familiares de 35 a 45 años encargados del cuidado de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018 en Grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente”

Autoras: Mildred Andrea Morales Sazo, Sigrid Yerena Lémus Chavez

El objetivo general fue: Aportar conocimiento para el tratamiento de familiares que han sufrido Síndrome de Burnout por atender a pacientes que padecen daño cerebral durante el año 2018, que asisten al grupo “Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente (PADIVI)”.

Se tuvo como objetivos específicos: determinar el nivel de afección por el síndrome de Burnout en los familiares de personas que sufrieron daño cerebral, conocer la experiencia de los cuidadores con el fin de comprender las valoraciones que los exhortan a permanecer a cargo del cuidado de su familiar, verificar la eficacia de un taller de acompañamiento para la mejora de la sintomatología que el síndrome de burnout ocasiona en los cuidadores de los pacientes con daño cerebral adquirido.

Este proyecto de investigación se realizó con enfoque cuantitativo ya que se trabajó con 20 personas a los que se les seleccionó mediante un muestreo no aleatorio, tomando la investigación un diseño descriptivo; las técnicas e instrumentos utilizados fueron: entrevista inicial, Test de Sobrecarga de Zarit, un taller y segunda evaluación. Lo que dio como principal conclusión que el síndrome de burnout afecta altamente a los familiares encargados del cuidado de personas con daño cerebral adquirido. El espacio familiar, las relaciones personales y roles familiares son factores importantes que influyen en la población objeto de estudio a desarrollar el síndrome.

Prólogo

La siguiente investigación tuvo como problema de investigación: Síndrome de Burnout en familiares de 35 a 45 años encargados del cuidado de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018 en Grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente (PADIVI).

Se buscó conocer la funcionalidad de un taller sobre los conocimientos básicos para el tratamiento del Síndrome de Burnout o síndrome del quemado. Ha sido realizada en la Ciudad de Guatemala, parte de los cuidadores participantes se observaron receptivos con las actividades realizadas. La importancia de esta investigación se encuentra relacionada a la necesidad de brindar soluciones a los padecimientos que puedan presentarse en el desarrollo de las actividades cotidianas y cuidados del familiar con daño cerebral.

En el desarrollo de la presente investigación se aportó conocimiento para el tratamiento de familiares que han sufrido el Síndrome de Burnout por atender a un familiar con daño cerebral adquirido. Al aplicar el Test de Zarit se determinó el nivel de afección por el Síndrome de Burnout en familiares de 35 a 45 años de pacientes que han sufrido daño cerebral en el año 2018.

Se realizó un taller en el cual se proporcionando técnicas e instrumentos que les permitieron a los cuidadores afrontarlo de una manera saludable, tanto física como emocionalmente delegar responsabilidades a otras personas reprimiendo sentimientos de culpa, se comprobó la efectividad del taller al haber realizado la aplicación de la segunda entrevista, en la gráfica número 20 se evidencio que el 75% de los participantes indicaron haberse sentido cómodos con el desarrollo de la actividad aportando experiencias y planteando interrogantes que les fueron surgiendo durante la actividad.

Esta investigación fue realizada con 20 integrantes del grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida independiente (PADIVI) quienes facilitaron la información para el desarrollo de la investigación.

Dentro de los alcances que se tuvieron en la investigación se encuentran: el acercamiento con los familiares de personas que padecen daño cerebral evidenciando el

poco acompañamiento que estos reciben por parte del sistema de salud y el resto de los integrantes de la familia, se brindaron herramientas para reducir sus niveles de estrés y ansiedad que estos experimentan.

En la investigación hubo limitaciones, como la falta de tiempo de los cuidadores debido a las diversas actividades del hogar como el cuidado de otros miembros de la familia, los cuidadores y los coordinadores de la asociación reflejaron estar satisfechos con el interés demostrado en sus necesidades, preocupaciones y retos durante el taller,

Se agradece a la Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente (PADIVI) y a sus miembros por el apoyo y confianza brindados durante el desarrollo de la investigación al brindar un espacio físico y ceder tiempo de sus actividades para que se desarrollaran las actividades de esta investigación.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema

1.01 Planteamiento del problema

El problema investigado fue el Síndrome de Burnout en familiares de 35 a 45 años encargados del cuidado de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018 en Grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente.

“El Síndrome de Burnout o síndrome del quemado es una enfermedad en respuesta al estrés crónico, que sufre una persona por la sobrecarga de trabajo que tiene”. (Moreno B, 1991),

La población que lo sufre presenta características de: Deterioro físico, apatía emocional, sentimientos de frustración, falta de interés en actividades de ocio y/o recreación, poco o nada de involucramiento en relaciones interpersonales y/o personales; muchas de estas personas tienen una calidad de vida baja y un estilo de vida poco saludable.

Tomamos en cuenta a las personas que asisten al grupo Asociación de personas con discapacidad y vida independiente que tienen a su cuidado un familiar que ha sufrido daño cerebral recientemente, presentando distintos síntomas del síndrome de Burnout por la sobrecarga de trabajo que conlleva tener a su cargo un familiar con daño cerebral, implicando: llevarlo al médico especialista, terapeutas rehabilitadores, cuidados en actividades básicas de la vida diaria como: bañarse, vestirse y alimentarse; ya que el familiar presenta secuelas neurológicas, físicas y emocionales; y en algunos casos queda con secuelas establecidas que lo llevan a tener una discapacidad en cualquiera de sus áreas (física o cognitiva).

Los cuidadores deben de tener cuidado y atención especial en los traslados del familiar dentro de la casa como fuera de ella, esto requiere involucrarse más en el bienestar físico, psicológico y emocional; ello descuidan su estado de salud físico y mental, muchas veces pese a que existan otros familiares, es muy común que solo una persona se encargue del

cuidado del mismo y tenga que sufrir desgaste por la sobrecarga del trabajo que tiene que realizar.

Ésta persona teóricamente es conocida como cuidador informal, supliendo las necesidades de un paciente sin ningún beneficio económico. El desgaste que esto implica conlleva al cuidador a aislarse socialmente presentando falta de interés al momento de interactuar con otro grupo social, estando encargados del cuidado de otra persona con dependencia física y emocional.

La familia es considerada la base de la sociedad, por lo que al momento de ser una persona afectada, se considera que la familia completa ha sido afectada, por lo cual cada uno es responsable de velar por el bienestar y cuidado de los integrantes, sin embargo cuando uno de los integrantes es afectado por daño cerebral, uno de ellos debe encargarse del cuidado absoluto para el bienestar físico y equilibrio emocional, quedando una sobrecarga con altos niveles de estrés sobre esta persona considerada cuidadora, que con el paso del tiempo llega a desarrollar el Síndrome de Burnout.

En esta investigación se definió como Síndrome de Burnout o quemarse a una respuesta al estrés crónico, que afecta de manera especial a los familiares que apoyan a alguien con daño cerebral. Como Daño Cerebral definimos a la afección de las estructuras encefálicas en personas que, habiendo nacido sin ningún daño, sufren en un momento posterior de su vida, lesiones cerebrales que afectan su funcionamiento físico y emocional. El grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente, es un grupo de apoyo tanto para las personas con discapacidad como para sus cuidadores, encargándose de brindar apoyo en insumos medicinales y actividades recreacionales a ambos grupos. Lo cual nos llevó a realizar las siguientes preguntas a resolver mediante la investigación:

¿Cuál es el nivel de afección por el síndrome de Burnout en familiares encargados del cuidado de pacientes que han sufrido daño cerebral que asisten al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente? ¿Cuáles son los criterios básicos para el tratamiento de familiares encargados del cuidado de pacientes que han sufrido daño cerebral durante el año 2018? ¿Qué nivel de efectividad tendría un programa para el

tratamiento de familiares de 35 a 45 años cuidadores de pacientes que han sufrido daño cerebral durante el año 2018?

1.02 Objetivos

Objetivo general

Aportar conocimiento para tratamiento de familiares que han sufrido el síndrome de Burnout, por atender pacientes con daño cerebral que asisten al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de afección por el Síndrome de Burnout en familiares de 35 a 45 años de pacientes que han sufrido daño cerebral durante el año 2018, que asisten al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente.
- Aportar conocimiento sobre el tratamiento de familiares con el Síndrome de Burnout de 35 a 45 años de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018, asistentes al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y vida Independiente.
- Comprobar la efectividad de un taller para el tratamiento de familiares de 35 a 45 años que han sido afectados por el Síndrome de Burnout al ser encargados del cuidado de pacientes que han sufrido daño cerebral durante el año 2018, asistentes al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente.

1.03 Marco teórico

Sociedad guatemalteca

Guatemala es un país diverso en muchos sentidos. La conformación geológica del territorio, la disposición geográfica de los ambientes físicos y humanos, la diversidad de sus recursos naturales y de su población, tanto de orígenes como de identidades de sus formas de vida y de sus pautas culturales.

Con casi 108,900 kilómetros cuadrados, Guatemala es el tercer país más extenso de Centroamérica luego de Nicaragua y Honduras. El territorio descansa sobre plataformas sísmicas, lo que hace que sea una región con alta probabilidad de eventos geodinámicas

Su variedad geográfica y climática entre otros factores, son responsables de la existencia de una amplia variedad de ecosistema y de especie. Conocida como Centro Mesoamericano, Guatemala es uno de los ocho centros mundiales principales de origen de plantas cultivadas.

La población guatemalteca es la más numerosa de la región centroamericana. Según los censos de población realizados por el Instituto Nacional de Estadística, entre 1950 y el 2006 la población de Guatemala aumentó en más de 10 millones de habitantes, al pasar de 2.8 millones en 1950 a más de 13 millones en el 2006.

La tasa de crecimiento poblacional sigue siendo elevada (alrededor de 2.5% anual), principalmente como resultado de la alta tasa de fecundidad -que si bien se ha reducido a lo largo del tiempo, todavía es de las mayores de la región (4.4 hijos por mujer para el año 20028)- y la reducción en las tasas de mortalidad⁹ que contribuyó a una mayor sobrevivencia de la población. A este ritmo de crecimiento, Guatemala tardará sólo 28 años en doblar su población.

Al igual que muchos otros indicadores demográficos y sociales, la desagregación de la tasa global de fecundidad muestra diferencias significativas entre los distintos grupos de población, fruto en gran medida del desigual acceso a educación y fuentes de información sobre salud reproductiva; aunque ciertamente, también como respuesta a diferencias culturales. Las tasas más bajas y que más reducción han tenido en los últimos años se dan

entre las mujeres urbanas (3.4 hijos) y las no indígenas (3.7 hijos), mientras que las mayores tasas y con poca evolución, entre las mujeres rurales (5.2 hijos) y las indígenas (6.1 hijos). La mayor diferencia observada en este indicador, se da según el nivel educativo de la mujer: aquellas sin nivel educativo tienen alrededor de 5.3 hijos, mientras que aquellas con secundaria y más solamente 1.9. (González, 2008)

Contexto socio cultural

El tratamiento de la diversidad cultural de Guatemala ha estado caracterizado por una fuerte dominación y opresión contra los pueblos indígenas y contra las mujeres dando lugar al racismo, diversas formas de violencia contra la mujer y la discriminación estructural, legal, institucional y cotidiana. Estas situaciones entre otros factores históricos han obstaculizado el ejercicio pleno de la ciudadanía de las mujeres y pueblos indígenas.

La situación del país muestra muchos desafíos no solamente relacionados con el respeto a la diversidad cultural y la no discriminación étnica sino con las dificultades que persisten para asumir dicha diversidad como riqueza, como potencial de desarrollo y como una herramienta principal para garantizar la vida, la convivencia armónica y el desarrollo humano sostenible. Aún existen dificultades para promover activamente la interculturalidad en dos vías: a lo interno de la propia estructura estatal, así como en todas las acciones orientadas hacia la sociedad en general. El principio de igualdad y no discriminación junto con las libertades (que implican en su conjunto el reconocimiento de la diversidad) posee un carácter transversal que debe ser asumido por el estado e incorporado dentro de todas las etapas de la política pública desde su concepción, hasta su evaluación.

El Estado guatemalteco aún tiene el reto de promover la diversidad, los derechos humanos y el enfoque de género como elementos transversales en sus acciones y, además, de dar cumplimiento a sus obligaciones internacionales en materia de combate a la discriminación, en particular, la que sufren las mujeres y los pueblos indígenas. (González, 2008)

Clases sociales en Guatemala

Las clases son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (relaciones que las leyes refrendan y formulan en gran parte), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo, y, consiguientemente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse el trabajo de otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social.

Debemos aclarar que no todos los grupos que existen en una sociedad se llaman clases sociales. Sólo se llaman clases sociales los grupos de la sociedad ligados directamente al proceso de producción de una sociedad.

Llamaremos BURGUESIA O CLASE CAPITALISTA a la clase que controla y dirige el sistema de producción capitalista. Con dinero acumulado compra medios de producción y fuerza de trabajo a fin de obtener una cantidad de dinero mayor de la que invirtió al iniciar este proceso, dinero que obtiene través del trabajo no pagado de los trabajadores del sector industrial.

Llamaremos PROLETARIADO O CLASE OBRERA a la clase explotada del sistema de producción capitalista, formada por trabajadores ligados a la producción de bienes materiales, que venden su fuerza de trabajo por un salario para producir o realizar plusvalía, desempeñando un trabajo parcial¹³, subordinado a las órdenes de sus superiores que son los que a distintos niveles controlan el proceso.

Llamaremos PEQUEÑA BURGUESIA a la clase social formada por pequeños productores independientes que venden sus productos en el mercado. (Harnecker, 1971).

Trabajo economía

Dentro del municipio de Guatemala se encuentran diferentes empleos, entre ellos encontramos trabajadores de oficina, trabajadores de salud, trabajadores de call center, maestros de obra, con los cuales se sustentan las necesidades básicas de las familias guatemaltecas.

La situación del trabajo en el país es un reflejo fiel de las contradicciones de la economía nacional e internacional, las exclusiones por razones de ingreso, género, etnia, lugar geográfico, estrategias de sobrevivencia de la población y procesos económicos como la globalización. Por lo tanto, se observa un mercado de trabajo segmentado en el que prevalece la oferta de una mano de obra no calificada y una demanda orientada a las exigencias del desarrollo del capital nacional e internacional.

Una de las consecuencias de la falta de calificación de la mano de obra, además de imitar el crecimiento económico, es reducir las posibilidades de acceso al sector formal. Desafortunadamente, la dificultad de obtener un trabajo bien remunerado y con cobertura de beneficios no salariales puede generar motivos para emprender actividades ilícitas, ligadas, a veces, a conductas criminales o violentas.

Durante los últimos veinte años, la Población Económicamente Activa (PEA) 110 y la Población Ocupada (PO) 111 mostraron un crecimiento acelerado. Ambas casi se duplicaron, manteniéndose la PO como porcentaje de la PEA casi constante, (ver gráfica No. 27). Además, el número de personas en edad de trabajar¹¹² que ingresó al mercado laboral –la tasa de participación¹¹³– alcanzó en 2006 el 42.4% para las mujeres y el 77.7% para los hombres. Estos incrementos respecto a años anteriores fueron el resultado de una serie de cambios estructurales en el mercado laboral, entre ellos el ingreso de un mayor número de mujeres e indígenas a la PEA. (González, 2008)

Monografía del lugar

La presente investigación se encuentra siendo realizada en el municipio de Guatemala en la 8va. Calle 14 – 09 Zona 1 con Cuidadores primarios informales asistentes al grupo “Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente de Guatemala, grupo zona 6”. El municipio de Guatemala es a su vez, la cabecera departamental, municipal y la ciudad capital de la República, se encuentra situado en la parte central del departamento. Cuenta con una extensión territorial de 228 kilómetros cuadrados, de los cuales 80 km. corresponden a la ciudad capital, incluyendo sus colonias; y se encuentra a una altura de 1498.89 metros sobre el nivel del mar, por lo que generalmente su clima es templado. (Martínez, 2009)

En lo que respecta a la ciudad de Guatemala, existe una gran producción artesanal que se puede encontrar dispersa en las diferentes zonas y aldeas que la conforman. Entre ellas se encuentra la loza mayólica de la alfarería La Reformita, las artesanías de papel como piñatas, objetos para fiestas infantiles, coronas de flores de papel, dulcería, hojalatería, cestería y cerería.

Salud

Esta se ve afectada a través del paso del tiempo conforme la responsabilidad del cuidado de otra persona que se encuentra con quebrantos de salud causando presión en el cuidador lo cual conlleva a: ansiedad, depresión, aislamiento social, esto derivado de la sobre carga de responsabilidades.

La mayor parte de las veces los cuidadores no recurren a recibir un acompañamiento debido a las limitantes económicas y de tiempo, al ser muy absorbentes el cuidado de otro ser humano con quebranto de salud.

La familia

La familia es considerada en la cultura guatemalteca como la base de la sociedad, siendo la responsable del cuidado de cada uno de sus miembros velando por el bien común en social.

La subjetividad también se encuentra construida desde el ámbito familiar, por lo cual si por algún motivo es alterado la subjetividad y el comportamiento de cada una de las personas que conforma de la familia; llegando a afectar a nivel social el individuo.

Tipos de familia

- ✓ **Familia Nuclear:** formada por la madre, el padre y los hijos, es la típica familia clásica.
- ✓ **Familia Extendida:** formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extendida puede incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines.

- ✓ **Familia Monoparental:** formada por uno solo de los padres (la mayoría de las veces la madre) y sus hijos. Puede tener diversos orígenes: padres separados o divorciados donde los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por un embarazo precoz donde se constituye la familia de madre soltera y por último el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- ✓ **Familia Homoparental:** formada por una pareja homosexual (hombres o mujeres) y sus hijos biológicos o adoptados
- ✓ **Familia Ensamblada:** está formada por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con hijos se junta con padre viudo con hijos). En este tipo también se incluyen aquellas familias conformadas solamente por hermanos, o por amigos, donde el sentido de la palabra “familia” no tiene que ver con parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos, convivencia y solidaridad, quienes viven juntos en el mismo espacio.
- ✓ **Familia de Hecho:** este tipo de familia tiene lugar cuando la pareja convive sin ningún enlace legal. (Pliego Carrasco, 2013)

Personalidad y desarrollo

Desarrollo

La personalidad con frecuencia parece referirse a algo que una persona posee en mayor o menor medida. En realidad, los distintos tipos de personalidad difieren no tanto en la cantidad como en la calidad. Cuando te refieres a tu personalidad, hablas acerca de tu naturaleza básica, de qué tipo de persona eres: valiente o temerosa, tacaña o generosa, alegre o melancólica.

Al encontrarse expuestos al estrés constante del el cuidado, tiempo y dedicación que requiere una persona con daño cerebral adquirido, la personalidad del cuidador tiende a modificarse trayendo consecuencias emocionales, físicas y sociales para los cuidadores, esto provoco el aislamiento y la limitación del desarrollo del cuidador.

Personalidad

Erik Erikson plantea que existen etapas vitales del individuo que dan pie al desarrollo de una serie de competencias, si en cada etapa la persona alcanza las competencias correspondientes a ese vitales momento experimentando la sensación de dominio que conceptualiza como fuerza del ego. Cada una de las etapas se ven determinadas por un conflicto que permite el desarrollo individual por lo cual crece psicológicamente. Esta investigación se enfocara en la sexta y séptima etapa debido a que los sujetos de investigación se encuentran dentro de los rangos de edad de esta, las cuales consisten en: (El desarrollo Psicosocial de Erik Erikson, El diagrama Epigenético del Adulto, 2005).

Intimidad frente al aislamiento

Este estadio comprende desde los 20 años hasta los 40, aproximadamente.

La forma de relacionarse con otras personas se modifica, el individuo empieza a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía, de confianza. (Bordington, 2005)

Si se evade este tipo de intimidad, se puede estar rozando la soledad o el aislamiento, situación que puede acabar en depresión.

Generatividad frente al estancamiento

Este estadio transcurre entre los 40 hasta los 60 años.

Es un lapso de la vida en el que la persona dedica su tiempo a su familia. Se prioriza la búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento; una productividad que está vinculada al futuro, al porvenir de los suyos y de las próximas generaciones, es la búsqueda de sentirse necesitado por los demás, ser y sentirse útil.

El estancamiento es esa pregunta que se hace el individuo: ¿qué es lo que hago aquí si no sirve para nada?; se siente estancado y no logra canalizar su esfuerzo para poder ofrecer algo a los suyos o al mundo.

Edad adulta

En esta etapa las personas se encuentran constantemente expuestas a la toma de decisiones que pueden traer repercusiones graves, estas pueden ir desde la salud, economía, hasta la ropa que deben vestir; al momento de convertirse en cuidador la presión y la toma de decisiones se multiplica exponiendo a las personas al agotamiento físico y emocional.

En esta etapa su personalidad y su carácter se presentan firmes y seguros y el individuo maduro se distingue por el control que logra de sus sentimientos y su vida emocional. Esto le permite afrontar la vida con mayor seguridad y serenidad que en las etapas anteriores. La adultez es la época de la vida del ser humano en el que mayor rendimiento en la actividad se presenta

Síndrome del cuidador

Cuidador

Se define como la persona (habitualmente un familiar directo o no), que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente incapaz de auto sostenerse necesita.

En términos generales, se puede definir como aquella persona que de un momento a otro cambia la dinámica de su vida familiar, laboral y social, para hacerse responsable del cuidado y apoyo de las actividades básicas de la vida diaria de un paciente con una o más enfermedades crónicas incapacitantes.

❖ El estrés del cuidador

“Cuidar de una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador. Es más, esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy, puede ser totalmente inútil mañana, haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria. Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido” (Cardona, 2014, pág. 25). En consecuencia, no es de extrañar que el cuidado de una persona dependiente se considere una situación de estrés; está ampliamente contrastado que cuidar es una experiencia estresante, lo que ha

llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales para el estudio del estrés crónico (especialmente en el caso de enfermedades degenerativas como la demencia), ya que por lo general tiende a ser una situación continua (en cuanto que ocupa gran parte del tiempo del cuidador) y de larga duración (puesto que es frecuente que se prolongue durante meses e incluso años). (Cardona, 2014)

❖ **Los efectos de cuidar**

Existe evidencia contrastada de que cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar, y de hecho afecta, de manera importante a la vida del cuidador. No es de extrañar que, dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente, los cuidadores sientan, por el hecho de serlo, afectados todos los demás ámbitos de su vida cotidiana. (Espín, 2008)

Además de ver mermado su tiempo libre y las actividades de ocio, de ver restringida su vida social, de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud. Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos, los cuales, aun pudiendo afectar a todos los familiares de la persona mayor dependiente, se hacen especialmente acusados en el cuidador principal. Cabe reseñar además, que a pesar de que los cuidadores se vean afectados tanto física como emocionalmente por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan pueden obedecer al hecho de que cuiden a su familiar. Pero no solo la observación de los profesionales de la salud que están en contacto con ellos, sino también los continuos estudios realizados, demuestran de manera fehaciente el malestar experimentado por los cuidadores.

❖ **Repercusiones emocionales**

En ocasiones los cuidadores pueden presentar altos índices de depresión, sin embargo muestran problemas emocionales sin llegar a cumplir el criterio para un diagnóstico clínico de un trastorno de ánimo o ansiedad.

“Así mismo, según algunas investigaciones, los cuidadores de familiares con demencia experimentan mayores problemas que aquellos que cuidan a otro tipo de enfermos. Dichos cuidadores padecen niveles más elevados de problemática emocional general que los cuidadores de personas con cáncer, y mayores niveles de ansiedad y depresión que los cuidadores de personas con Parkinson” (Espín, 2008, pág. 39). Sin embargo cabe resalta que la ira, depresión y aceptación del rol de cuidador puede ser confundido con las etapas del duelo anticipado de la lesión del familiar, impidiendo que el cuidador se exprese con libertad provocando la represión de emociones lo que los lleva a un Síndrome de Burnout más severo.

Cuidador principal informal (CPI)

“Se le llama así a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello”. (Estadística, 1994)

Estas personas poseen las siguientes características:

- a) Familiar, vecino cercano o amigo que invierte más de doce horas al cuidado de las necesidades físicas, mentales y económicas del paciente.
- b) Carecen de preparación académica o capacitación formal en cuidados especiales.
- c) En su gran mayoría son de género femenino.
- d) No reciben ningún salario ni remuneración alguna por el arduo trabajo realizado.
- e) Inician a presentar ausentismo laboral y en muchos casos hasta renuncia laboral por causa de las exigencias del cuidado integral que le demanda la situación de discapacidad leve, moderada o severa, a nivel físico, mental o ambos.
- f) En su mayoría son cónyuges, hijos, nueras.
- g) En muchas ocasiones conviven en la misma vivienda.

El cuidador primario, debe enfrentar todos los días situaciones difíciles e imprevistas. En muchas ocasiones estos cuidados rebasan la capacidad física y mental del cuidador.

Normalmente esta persona se siente comprometida con dicho cuidado por el afecto sentido hacia el paciente.

Cuidador formal

Hugo Valderrama, 1,997, describió a los cuidadores formales, como toda aquella persona que posee las siguientes características:

- a) Es un profesional certificado en Salud (Doctor, enfermera, terapeuta ocupacional, psicóloga, otros).
- b) Posee una preparación académica especializada en la materia con competencias, herramientas y actitudes adecuadas, para brindar atención preventiva, asistencial, educativa al enfermo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día y servicios especializados.
- c) Recibe un salario por dicho trabajo.
- d) Tienen un período de trabajo, goza de vacaciones y prestaciones de ley.
- e) Generalmente, es una persona ajena a la familia.
- f) Su experiencia la ha adquirido en instituciones médicas, universitarias o técnicas.
- g) Se mantiene cerca del paciente, lo apoya a afrontar sus enfermedades crónicas degenerativas o discapacidades y lo acompaña hasta la etapa final de su muerte.
- h) Trabajan interdisciplinariamente (enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros). En Guatemala, no se cuentan con estadísticas recientes que definan el porcentaje de estos trabajadores desarrollando dicha tarea. Actualmente existen una Universidad estatal y 5 privadas que brindan cursos teórico-prácticos de formación para brindar un buen cuidado del paciente.

Cuidador terciario

Es cualquier amigo o vecino cercano que expresa afecto por el paciente y que dependiendo de su disponibilidad de tiempo, contribuye al cuidado del paciente, algunas veces apoya con recurso económico, pero sin ninguna obligación directa. (López, 2009)

Perfil del cuidador

- a). Mujer de edad adulta. El promedio es entre los 40 – 60 años.
- b) Familiar directo del paciente. En todos los estudios anteriores el cuidador primario informal, en el 70% son de género femenino en edad media de 40 – 60 años, parentesco puede ser cónyuge, hijo (a), o nueras. (Torres & E, 2008)
- c) Al inicio trata de coordinar actividades familiares y laborales con el tiempo y recursos económicos del cuidado del adulto mayor con discapacidad.
- d). Cree que será una situación que exigirá poco esfuerzo y que será de poca duración en relación a tiempo.
- e). Paulatinamente la discapacidad del paciente a su cuidado, va aumentando, lo que le ocasiona un sobre esfuerzo físico y emocional, por lo que va perdiendo su independencia para sus actividades laborales, familiares, sociales, religiosas y de recreación.
- f). Es el único responsable de la administración de los medicamentos, aseo personal, alimentación y movilización del paciente.
- g). Mantiene la esperanza de ser ayudado en todas las esferas del paciente, por sus familiares cercanos.
- h). Brindan un cuidado mayor de 12 horas.
- I). No reciben remuneración económica.
- J). La mayoría no han recibido formación académica o capacitación sobre los cuidados de un adulto con enfermedad crónica incapacitante.
- k). Gran parte refiere no recibir apoyo, del resto de la familia, lo que obliga a ausentismo laboral, alejamiento de su núcleo familiar y aislamiento social.

L) El cuidado lo hace por el sentimiento de que está obligado moralmente a realizarlo

Etapas del cuidador

El hecho de cuidar a un enfermo provoca un amplio abanico de reacciones emocionales que podemos dividir en etapas.

Primera etapa

Entusiasmo: Es un periodo en el que las expectativas son muy altas, no dan miedo las dificultades.

Segunda etapa

Estancamiento: Se notan los primeros signos de cansancio y desilusión. El cuidador parece sentirse vacío y estar siempre en el mismo punto de partida. Comienzan a aparecer los primeros signos de irritabilidad, impaciencia, disgusto y nerviosismo.

Tercera etapa

Frustración: Afloran sentimientos o sensación de fracaso y de culpa. Surgen los primeros síntomas de ansiedad. Su cuerpo también comienza a resentirse, apareciendo molestias físicas. Se siente paralizado e impotente ante la nueva situación.

Cuarta etapa

Apatía: Es la fase límite y culminante. Ha entrado en un círculo vicioso en el que las relaciones resultan impersonales y sin participación afectiva. La actividad se percibe ya como una carga insuperable que no ofrece ninguna satisfacción. Nota que nada funciona ya debidamente, ni el trabajo ni su vida personal. Sus problemas de salud se agravan. (Pavon Ramírez, 2013)

Emociones Pde un cuidador

Los sentimientos que se viven cuando se está cuidando a un familiar son variados. En todos los cuidadores aparecen emociones tanto positivas como negativas hacia la persona que cuida y hacia uno mismo.

Emociones positivas: la satisfacción de cuidar, fortaleza emocional entre tu familiar y tú, superación de situaciones complejas, constancia, fuerza, descubrimiento de nuevas cualidades y habilidades personales...

Las emociones positivas contribuyen al bienestar del cuidador y revierten de forma positiva en el cuidado.

Emociones negativas: tristeza, preocupación, soledad, irritabilidad, culpa, frustración, enfado, resentimiento, ansiedad, nerviosismo, miedo, autocompasión...

Las emociones negativas interfieren en la dinámica de la prestación de cuidados.

Los sentimientos y emociones forman parte de nosotros, por lo que tenemos que contar con ellos. Aprender a reconocerlos y manejarlos (que no es lo mismo que controlarlos), que los asumamos como algo natural y sepamos gestionarlos es importante para redirigirlos.

Tristeza

A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La melancolía le empañará la vida y no le permitirá disfrutar de otros momentos felices. La tristeza es lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

Preocupación

Constantemente le abruma el futuro. El cuidador debe procurar serenarse. Lo que sea será y por pensarlo y darle vueltas, no va a tener mejor solución. Es inevitable que se encuentre preocupado, pero hay que vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto, no hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.

Soledad

Es vital no sentirse solo. Debe buscar amigos y compañía allí donde pueda: vecinos, centros recreativos, asociaciones, etc.

Irritabilidad

Porque está cansado de hacerse cargo del enfermo, porque nadie le ayuda o así lo siente, porque está sacrificando sus aficiones, porque los días pasan con pena y sin alegrías

Culpabilidad

Culpabilidad por los propios errores o inadecuaciones en la tarea. Debe asumirlos como inevitables y tratar de mejorar, dentro de lo que cada uno puede dar.

Miedo

Es común que las personas cuidadoras experimenten miedo, ya que cuando las personas no tenemos certeza de algo experimentamos inseguridad. Si no estoy seguro de mí mismo, de lo que debo hacer, de cómo van a suceder los acontecimientos, de en qué se transformará mi vida, probablemente tenga este asunto en la cabeza el suficiente tiempo como para impedirme hacer una vida normal. El desconocimiento puede conllevar la anticipación negativa de acontecimientos y con todo ello, el miedo.

Inquietud

La inquietud es un estado de incertidumbre y nerviosismo que hace que estemos más pendientes del porvenir que del presente. Ocurre cuando el futuro resulta incierto, cuando hay desconcierto, cuando hay tantas dudas acerca de lo que vendrá que paraliza.

Frustración

Cuando la sensación de frustración se alarga en el tiempo puede provocar problemas psicológicos que a su vez podrían desencadenar en un trastorno. Los cuidadores de personas dependientes son personas que se encuentran en riesgo de padecer esta situación. Sobre todo en casos en los que aparecen enfermedades degenerativas como las demencias. Los cuidadores deben dedicar el 100% de sus esfuerzos y su tiempo al enfermo, su objetivo es el cuidado, pero es posible que la evolución sea progresivamente negativa al ser degenerativa, algo que mina día a día la motivación, ánimo y fuerzas del cuidador creándoles una gran frustración. Deberán estar muy preparados psicológicamente para afrontar una situación similar y no desistir en su labor a pesar de los acontecimientos.

Desconcierto

El desconcierto es una sensación que aparece en numerosas situaciones de la vida de un cuidador de una persona enferma. Desconcierto, confusión, desorientación. No tienen por qué saber cómo realizar esa labor que les ha tocado pero deben aprender a buscar recursos

y a saber aplicar los conocimientos que adquieren cada minuto, por su bien y por el de su ser querido.

Depresión

Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa se enferma de depresión.

Es decir, cuando estos sentimientos que causan infelicidad no se mitigan, o se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc., causan depresión en el cuidador. (Rubio, 2007).

Sobrecarga

Es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidados principales de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva de responsabilidad de cuidado, para la cual no estaba preparada, que consume al inicio gran parte de su tiempo y energía.

Se considera es provocado por el estrés continuado (no por una situación puntual), es una lucha diaria contra la enfermedad y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. A todo lo anterior hay que agregar lo prolongado de la enfermedad, el tratamiento y el alejamiento de su familia y aislamiento social derivado de la misma situación.

Crónico

Es todo aquello que v en declive, refiriéndose esto a la salud no solo del paciente cuidado si no de su cuidador ya que este al tener que aumentar los cuidados paulatinamente hacia su familiar descuida su salud propia provocando desequilibrio físico y mental en el cuidador.

Estresores:

“Estrés es la respuesta no específica a toda demanda que se hace”, dicho con mucha simpleza esto implicaría la interacción del organismo con el medio ambiente:

- ✓ Según el estímulo, este es la fuerza que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.
- ✓ Según la respuesta, es la reacción fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.
- ✓ Según el concepto estímulo-respuesta, es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrática del individuo. (Pose, 2006)

El estrés es un trastorno biopsicosocial que afecta actualmente a la población mundial, que se encuentra inmersa en una sociedad globalizada que exige y demanda cada día individuos aptos y capacitados para enfrentar y resolver cada una de los problemas de índole familiar, laboral, social y emocional que se le presenten.

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye, quien definió el estrés, como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante.

“El desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto es lo que produce el fenómeno conocido como estrés, debido por tanto a unas demandas inadecuadas o a factores individuales”, la búsqueda de una adecuación justa permitirá evitar problemas posteriores de salud, bajas laborales, rendimiento inadecuado e insatisfacción generalizada en el trabajo. (Navas, 2007)

Existen muchos estresores, pero se visualizan como los más importantes los que se perciben en la presión familiar; ambigüedad de rol, conflictos en el rol, sobrecarga de trabajo, cuidados médicos y cuidados personales.

Los cuidadores se someten al constante estrés durante su rutina cotidiana derivado de la cantidad de cuidados que debe tener para con la otra persona, al punto de dejar de lado su salud emocional y física.

Síndrome de Burnout

“El síndrome de Burnout o quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés crónico que afecta de manera especial a los familiares que ayudan y apoyan a alguien con daño cerebral adquirido así como a otros daños en otras personas” Generando síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales.

❖ **Descripción:**

Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, por esto se entiende la tendencia de los familiares a evaluarse negativamente y afecta a la habilidad en el desempeño laboral y a la relación con las personas a las que atienden, el agotamiento emocional alude a la situación en la que los familiares y cuidadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.

El síndrome es una situación de agotamiento de la energía a los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotados debido al contacto diario y manteniendo con el familiar afectados la despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia los individuos destinatarios de la atención.

Gil-Monte ha señalado que la respuesta de estrés aparece cuando falla las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud, este fallo supone sensación de fracaso personal y en las relaciones interpersonales con los familiares; en esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal y de agotamiento emocional.

“El síndrome de Burnout se caracteriza por un proceso con etapas progresivas, marcado por el cansancio emocional, apareció definido como tal por primera vez en 1974; el autor de ésta denominación fue el psiquiatra Herbert Freunderberguer, y más adelante, Cristina Maslach, una psicóloga social reconocida por ser la creadora de la principal herramienta para el estudio de ésta enfermedad, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI)”, (Moreno B, 1991) instrumento que se utiliza para medir el nivel del síndrome que una persona padece dentro de su entorno familiar.

El síndrome es un tipo específico de estrés ante el trabajo, padecido por aquellos que en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y calidad del servicio.

Según Chernis, el síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos es decir se tratarían de una situación de estrés psicosocial.

En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica.

En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal por lo que hay una tendencia a tratar a los familiares de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades y el servicio que presta.

❖ **Características:**

Es insidioso: se impregna poco a poco, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona.

Se tiende a negar: Se vive como un fracaso personal, son los familiares y amigos los que primero lo notan; lo que representa una baza importante para el diagnóstico precoz.

Existe una fase irreversible: entre un 5% y 10% de los profesionales el síndrome adquiere tal virulencia que resulta irreversible y la única solución es el abandono de la responsabilidad del cuidado y protección del familiar afectado.

El síndrome de Burnout también se caracteriza por un proceso con etapas progresivas:

Agotamiento emocional: es la disminución y pérdida de recursos emocionales, cansancio y fatiga, esta dimensión hace referencia a sensaciones de sobre esfuerzo físico que se produce como consecuencia del contacto con las personas que se tienen a atender;

Cristina Maslach, en la Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo (2001), hace referencia a la sensación de haberse sobrepasado emocionalmente y de no poder dar más de sí mismo a los demás, incluye específicamente síntomas como: ansiedad, tensión, irritabilidad y abatimiento. (R, 2007),

“Por su lado, Bartolote y Fleishmann (2002), utilizan el término extenuación emocional, y hacen mención que resulta perceptible cuando la persona siente que le queda poco por entregar a los demás”, aparecen sentimientos de impotencia, desesperación, depresión, cólera, impaciencia, conflictos, y otros; y síntomas físicos como hipo-actividad, cansancio crónico, vulnerabilidad a las enfermedades, cefaleas, tensión muscular e incluso trastornos del sueño. (Perel, 2004)

Despersonalización o deshumanización: consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado; se acompaña de pérdida de motivación; el cuidador trata de distanciarse no solo de la persona a la que cuida sino también de otros familiares cercanos, y trata de hacerlos culpables de sus frustraciones, y su descenso del rendimiento laboral y síntomas como: insensibilidad, agresividad, frialdad, inhibición y aislamiento.

“Bartolote y Fleishmann (2002), agregan que se refiere a un sentimiento de alienación respecto a los demás, se pasa a tener una visión negativa de los otros, aquellos a los que les “cuidaba” o con quienes convive, ahora resultan desagradables, y se les evita sumergiéndose totalmente en actividades de la vida diaria al obviar o abreviar citas o reuniones familiares”, provocando aislamiento o inhibición social dentro y fuera del ámbito familiar. (Perel, 2004, pág. 113)

Nivel de realización personal. Se refiere a una menor sensación de competencia y logros dentro de la familia, consiste en la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional; específicamente en síntomas como reducción en la eficacia y la calidad del desempeño profesional, problemas para plantear y responder las demandas del puesto, autoimagen de limitación en sus competencias y deseos de abandonar un puesto laboral.

Bartolote y Fleishmann, describen la falta de realización, como la sensación de que se ha logrado muy poco y de que lo realizado no ha valido la pena; lo cual en algunos casos es real, y en otros se pierde la capacidad de darle valor al propio trabajo

❖ **Etiología**

“Considerando que el síndrome de Burnout es un proceso multi-causal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobre carga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento” que se deben identificar al realizar el diagnóstico del síndrome. (Ortega, 2003)

A las causas que provocan el síndrome colaboran componentes personales pre-mórbidos que aumentan la susceptibilidad personal como:

La edad, relacionada con la experiencia.

El sexo, las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.

Variables familiares, la armonía y la estabilidad familiar conserva el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.

Personalidad.

Inadecuada información profesional, por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional o escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.

Factores laborales o profesionales, condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización en el cuidado familiar, nulo salario, sobrecarga de trabajo.

Factores sociales, la presión social a la cual los familiares se encuentran sometidos al hacerse cargo de una persona con daño cerebral, y el mantenimiento adecuado que estos deben tener.

Factores ambientales, cambio significativo de la vida tanto en la persona que sufre daño cerebral como el cuidador.

❖ **Factores desencadenantes**

Según Horacio Cairo los factores desencadenantes de síndrome de Burnout Son:

La de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.

El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas personales y familiares de la persona cuidada.

El conflicto de rol y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.

La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el cuidado a otras personas (horario, medicaciones, citas médicas, rutinas, etc.,)

La falta de equidad o justicia organizacional.

Las relaciones tensas y/o conflictivas con los demás familiares de la persona.

Los impedimentos por parte de resto de familiares al respecto de las decisiones medicas de la persona.

La falta de participación en el cuidado de la persona en cuestión.

La imposibilidad de poder realizar otras actividades personales quedando con la responsabilidad del cuidado de la otra persona.

Las relaciones conflictivas con otros familiares al dejarlos a cargo de la persona con daño cerebral.

La falta de compromiso de otros familiares para dar un cuidado adecuado a la persona con daño cerebral.

❖ **Clínica**

“Es de un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emergente de forma paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad, es un proceso clínico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo”, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo. (Ortega, 2003, pág. 60)

Los tres componentes que puede experimentar una persona son:

- ✓ Cansancio o agotamiento emocional como consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc.
- ✓ Despersonalización, es el núcleo de Burnout, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefinición, y desesperanza personal.
- ✓ Abandono de la realización personal, aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Se sistematizan cuatro niveles clínicos de Burnout:

- ✓ Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- ✓ Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- ✓ Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- ✓ Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos.

❖ **Sintomatología:**

- ✓ Signos y síntomas físicos: cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, mareos, dolores musculares, infecciones, manchas o afecciones en la piel, trastornos respiratorios, circulatorios o digestivos.
- ✓ Signos y síntomas psíquicos: falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, frustración desesperanza.

- ✓ Síntomas familiares: no comparte ni delega el cuidado, ausentismo familiar; el cuidado no tiene fin y , a pesar que se hace todo para cumplir con los compromisos, el trabajo nunca se termina, lo que anteriormente era motivo de alegría ahora no lo es.

❖ **Consecuencias**

Resulta importante establecer diferencias entre los síntomas cognitivos del Burnout y sus consecuencias, los primeros son manifestaciones fisiológicas que se registran en el sujeto “quemado”, como las cefaleas, dolores musculares, dolores de muelas, náuseas, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida del apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño, pero también pueden ser de carácter cognitivo emocional.

Las consecuencias del Burnout se pueden analizar desde una perspectiva multinivel:

Las producidas a nivel individual se caracterizan porque el afectado tiene dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, se comporta de forma clínica, realiza una autocrítica orientada hacia la desvalorización propia, el auto sabotaje, la desconfianza y la baja consideración hacia el propio trabajo.

Las que se producen sobre la conducta del cuidador y la familia donde desarrolla el cuidado ya que la persona afectada querrá aislarse y evitar la interacción social, disminuye su interés por el cuidado, solicita momento de descanso y disminuye su compromiso con la persona cuidada, se quejan y reclaman constantemente el interés por ser apoyados.

Las producidas a nivel personal y conyugal, se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión.

❖ **Prevención:**

Los puntos que se deben fortalecer para no caer dentro del problema del Burnout también pueden ayudar para mejorar nuestra calidad de vida laboral además de prevenir el estrés dentro de las actividades de la vida diaria.

Teniendo en cuenta que está en el entorno laboral se deberá trabajar a nivel de organización, a nivel interpersonal y a nivel individual, todos ellos deberán ser programados por la empresa ya que son de tipo organizacional, también es importante adiestrarse en técnicas de autorregulación o de control. De gestión del tiempo, de delegación, desarrollo en habilidades sociales, asertividad y de entrenamiento en solución de problemas para conseguir mantener la motivación y el sentido que se le da al trabajo, se puede añadir el aprendizaje de técnicas de relajación, yoga o cualquier otra técnica que permita estar en buenas condiciones. (Torres P. , 2003)

- **Estrategias de afrontamiento:**

Como se trata de una patología, las estrategias para evitarlo han de incidir sobre el propio paciente, sus relaciones interpersonales en el ámbito laboral y sobre la organización a la que pertenece.

En el plano individual, las estrategias adecuadas para minimizar los efectos del Burnout pasan por detectar y atacar las fuentes de estrés, los expertos señalan que es conveniente mantener una comunicación constante, establecer roles delimitados y concretos, adecuados para las capacidades de cada profesional, e instaurar sistemas de recompensa laborales, en el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema parece prevenir el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, muchas personas utilizan la evitación y el escape para intentar “controlar” la aparición de Burnout, pero con esas estrategias solo consiguen incrementar su aparición.

A nivel de equipo, los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el Burnout:

- ✓ En el diagnóstico precoz: son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado.
- ✓ Son una importante fuente de apoyo: son quienes mejor comprenden, ya que pasan por lo mismo, por el contrario cuando las relaciones son malas contribuyen a una rápida evolución del síndrome.
- ✓ Por todo esto es de vital importancia fomentar una buena atmósfera familiar:
- ✓ Facilitando espacios de convivencia familiar mensual.
- ✓ Fomentando la colaboración en el cuidado de la persona con daño cerebral.

- ✓ Establecer rutinas en las cuales otras personas puedan participar en el cuidado diario de las personas con daño cerebral.
- ✓ Propiciar la visita a un psicólogo familiar.

Daño cerebral

“El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es la afectación de las estructuras encefálicas en personas que, habiendo nacido sin ningún tipo de daño cerebral, sufren en un momento posterior de su vida, lesiones cerebrales que llevan a una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico”.

Las causas más comunes de daño cerebral son:

Traumatismo craneoencefálico: es la lesión del cerebro por un trauma o golpe. Las causas más frecuentes son accidentes de tráfico, laborales y deportivos.

Ictus: los accidentes cerebro vasculares son lesiones derivadas de una interrupción del sistema de riego sanguíneo del cerebro, como las embolias y trombosis, o las hemorragias cerebrales, incluyendo ruptura de aneurismas, o malformaciones de las venas y arterias que riegan el cerebro.

Anoxias o hipoxias: es la ausencia o pobre oxigenación del cerebro durante un tiempo determinado, lo que provoca la muerte neuronal de parte del tejido cerebral.

Tumores cerebrales: tanto el propio tumor como los procedimientos orientados a su eliminación (cirugía, radiación) causan daños importantes en el tejido cerebral circundante.

Otras causas: encefalitis de diversas etiologías, que pueden ser consecuencia de procesos infecciosos, víricos, o de envenenamiento por tóxicos.

Las fases por las que pasa la persona tras sufrir el DCA

- ✓ Fase Crítica: La persona se encuentra hemodinámicamente estable pero persiste la probabilidad de aparición de complicaciones existiendo aún riesgo para su vida. Esta fase se desarrolla en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales y/o en las plantas de neurología/neurocirugía

- ✓ Fase Aguda: La persona se encuentra estable neurológicamente, disminuyendo el riesgo de presentar complicaciones. Comienzan a identificarse las secuelas a nivel físico, cognitivo, conductual y funcional. Se mantiene la atención en régimen hospitalario y la duración es independiente para cada persona.
- ✓ Fase Rehabilitadora: Tras el alta hospitalaria comienza el periodo de rehabilitación especializada. Esta fase incluye la rehabilitación en régimen de hospitalización así como el tratamiento de manera ambulatoria cuando la persona ya no requiere de asistencia médica continua. Si las secuelas se mantienen con carácter crónico la atención se desarrollará en diferentes recursos socio sanitarios especializados, como son los Centros de Día, Pisos Tutelado o dentro del hogar quedando a cargo de un cuidador quien muchas veces es uno de los hijo, padres o hermano, influyendo en que estos deban estar pendiente de las necesidades y requerimientos médicos y personales del paciente.

Secuelas

- ✓ Déficits físico-motores: Pueden producirse alteraciones del equilibrio, incapacidad para la bipedestación (mantenerse de pie), incapacidad para la marcha, limitaciones en el movimiento de una o varias extremidades, o incluso el control del tronco y cabeza en situación de reposo. Otras alteraciones que pueden surgir son: temblores, falta de sensibilidad y movilidad fina en miembros del cuerpo, e incluso pérdida parcial o total de alguno de los sentidos como la vista.
- ✓ Déficits Cognitivos: Podemos citar déficits de aprendizaje y memoria, déficits atencionales, alteraciones del lenguaje, alteraciones del pensamiento formal (razonamiento lógico-deductivo, resolución de problemas, abstracción) y alteraciones en la regulación de la conducta propositiva o dirigida a una meta (planificación, iniciación y autorregulación conductual). En definitiva, puede verse afectada la capacidad de pensamiento, toma de decisiones y control consciente de nuestra conducta.
- ✓ Alteraciones de la comunicación: Estas secuelas se producen como consecuencia de la alteración de habilidades físicas y cognitivas o la combinación de las mismas. Cuando se trata de alteraciones físicas, se ve afectada la expresión oral (debido a la

pérdida de control de los músculos fono articulatorios), escrita (pérdida de control de los miembros superiores) o de la comprensión (pérdida de la capacidad de audición o interpretación de sonidos). También existen alteraciones del lenguaje que producen la incapacidad para la expresión o comprensión oral, a pesar de que el sistema físico-motor permanezca intacto (por ejemplo, alguien que podría hablar, pero no encuentra las palabras). En este caso, se trata de una alteración de los procesos del lenguaje (comprensión, expresión) denominada afasia.

- ✓ Alteraciones Conductuales y/o Emocionales: A la par que las alteraciones cognitivas aparecen alteraciones conductuales y/o emocionales asociadas con cambios de carácter o personalidad. El origen de las alteraciones conductuales se podría considerar de dos formas: Falta de inhibición, lo que causa desinhibición conductual, en ocasiones la desinhibición provoca conductas física o verbalmente agresivas. Otras personas muestran exceso de inhibición o pobre iniciativa conductual; el afectado muestra apatía no iniciando actividades si no se le pide explícitamente, no disfruta tanto de las cosas que antes le gustaban, tiene sensación de agotamiento y letargo, y a nivel afectivo apenas expresa las emociones.
- ✓ A nivel emocional, es posible que la persona con daño cerebral se encuentre más irritable, impaciente, con explosiones súbitas de ira, síntomas de depresión, desánimo o labilidad emocional.

Finalmente, una característica frecuente en las personas con daño cerebral es su falta de conciencia de los déficits derivados de la lesión cerebral (Anosognosia), especialmente cuando se trata de alteraciones cognitivas y emocionales. Si aparece este síntoma, frecuentemente la persona afectada rechaza la ayuda o dirección de quien le supervisa, dificultando su cuidado y rehabilitación.

Esta diversidad en las secuelas tras sufrir un DCA, no solo las sufre la persona si no también el familiar o cuidador ya que la mayoría de las explosiones emocionales serán en el hogar, siendo el cuidador quien deberá apoyar y cuidar de la persona durante sus rutinas cotidianas al dedicarse por completo a la atención del paciente en cuestión, aunado a esto el cuidador deberá encargarse de las citas médicas y de rehabilitación para que la persona con DCA tenga la máxima rehabilitación posible.

Siendo esto motivo de descuido y agotamiento del cuidador, lo que le lleva a experimentar diversas emociones que van desde la sensación de encierro, tristeza, ira y dolor provocando que el cuerpo lo exprese en enfermedades como úlceras, presión arterial anormal, dolores musculares y deterioro físico. (Navarro Pérez, 2010)

Capítulo II

2. Técnicas e Instrumentos

Enfoques y modelos de investigación

Las técnicas que se utilizaron en el desarrollo de la investigación con enfoque cuantitativo basándose en un modelo descriptivo para encontrar las variables del Síndrome de Burnout fueron:

Técnica de Muestreo

La técnica de muestreo no aleatorio se llevó a cabo de la siguiente forma:

- 20 personas encargados del cuidado directo de pacientes con daño cerebral adquirido, entre el rango de edad de 35 a 45 años.
- Los participantes en la investigación fueron integrantes de la Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente PADIVI.

Técnica de recolección de datos

Primera entrevista:

Esta se llevó a cabo en día domingo 16 de febrero del 2019, en el punto de reunión Iglesia Corpus Cristi zona 6 de la ciudad capital con la hora aproximada 13:00 hrs., la forma de aplicación fue escrita individual.

Técnica test psicométrico Escala de sobre carga del cuidador test de Zarit

Esta se llevó a cabo el día domingo 16 de febrero del 2019, en el punto de reunión Iglesia Corpus Cristi zona 6 de la ciudad capital con la hora aproximada 15: 00 hrs., la forma de aplicación será escrita individual

Taller explicativo

Este se llevó a cabo en día domingo 16 de febrero de 2019, en el punto de reunión Iglesia Corpus Cristi zona 6 de la ciudad capital con la hora aproximada 15:30 hrs., la forma de aplicación será escrita individual.

Segunda entrevista

Esta se llevó a cabo el día domingo 16 de febrero de 2019, en el punto de reunión Iglesia Corpus Cristi zona 6 de la ciudad capital con la hora aproximada 16:00 hrs la forma de aplicación fue escrita individual.

Evaluación

La evaluación se aplicó de la siguiente forma: primero: se realizó la evaluación diagnóstica que fue al inicio, siendo el instrumento la guía de la entrevista. Segundo: Evaluación del test de Zarit para tener conocimiento de quienes padecían el Síndrome de Burnout, Tercero: se realizó un taller explicativo sobre el síndrome de Burnout Cuarto: Se realizó una segunda evolución utilizando como instrumento una segunda entrevista.

Técnica de análisis

La información recabada se analizó mediante gráficas y cuadros explicativos de los resultados, que se tomó con base a la clasificación numérica que da la Escala de Zarit la cual se basa en: 1 nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 bastantes veces y 5 casi siempre y preguntas de la primera y segunda evaluación de la entrevista en las cuales las respuestas varían en: sí, no o tal vez.

2.03. Instrumentos

Criterios de elaboración de la entrevista (Primera Evaluación).

Objetivo	Pregunta	Criterio de elaboración	Criterio de evaluación
Aportar conocimientos sobre el tratamiento de	¿Había oído hablar del Síndrome de Burnout?	Conocimiento del tema.	Sí, No, Talvez, Mucho Poco o Nada
	¿Sabe usted quienes lo padecen?	Conocimiento de personas que lo padecen.	Sí, No, Talvez, Mucho Poco o Nada

familiares de 35 a 45 años de personas que han sufrido daño en el año 2018, asistentes al grupo “Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente.	¿Conoce usted a una persona que cuide a otra con daño cerebral?	Posibilidad de proyección personal	Sí, No, Talvez, Mucho Poco o Nada
	¿Considera usted padecer el síndrome de Burnout?	Identificación de padecimiento	Sí, No, Talvez, Mucho Poco o Nada
	¿Sabe usted como combatir los síntomas del síndrome?	Sensibilización acerca del síndrome	Sí, No, Talvez, Mucho Poco o Nada

Segunda evaluación de entrevista

Comprobar la efectividad de un taller para el tratamiento de familiares de 35 a 45 años que han sido afectados por el Síndrome de Burnout al ser encargados del cuidado de pacientes que han sufrido daño cerebral durante el año 2018,	¿Se sintió cómodo con las actividades realizadas?	Comodidad, compañerismo	Sí, No, Poco, Mucho
	¿Conoció acerca del Síndrome de Burnout?	Conocimientos	Sí, No, Poco, Mucho

asistentes al grupo “Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente.	¿Cree que puede poner en práctica en su vida diaria las actividades del taller?	Prácticas en la vida cotidiana	Sí, No, Poco, Mucho
	¿Aportó a su vida las actividades planificadas del taller?	Beneficios	Sí, No, Poco, Mucho

Escala de sobre carga del cuidador test de Zarit

Ficha técnica del test de Zarit

Nombre	Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit
Nombre Original	Zarit Care Burden Interview (ZCBI)
Autores	Zarit, Rever Y Bach- Peterson
Tipo de instrumento	Cuestionario
Población	Cuidadores adultos
Número de ítems	Veintidós
Tiempo de administración	Cinco minutos

Objetivo	Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona.
Descripción	Los 22 ítems tienen formato de pregunta que el cuidador debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos: (0= Nunca, 1= Casi Nunca, 2= A veces, 3= Bastantes Veces, 4= Casi siempre.)

Talleres de Tratamiento del Síndrome de Burnout

Ver anexo 3

2.04. Operacionalización de objetivos

Objetivos específicos	Categorías conceptuales/variables	Técnicas	Instrumentos
Determinar el nivel de afección por el síndrome de Burnout en familiares de 35 a 45 años encargados de pacientes que han sufrido daño cerebral durante el año 2018 asistentes al grupo “Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente”.	<u>Daño cerebral:</u> Son lesiones producidas en el cerebro, ocasionadas por cualquier evento sea de tipo traumático u ocasional.	Entrevista	Protocolo de la entrevista

<p>Aportar conocimientos sobre el tratamiento de familiares de 35 a 45 años de personas con daño cerebral adquirido durante el año 2018 asistentes al grupo “Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente”.</p>	<p><u>Familia:</u> Constituye una comunidad interhumana constituida al menos por 3 integrantes lo cual se dice es la base de la sociedad.</p>	<p>Técnica de taller. Test Psicométrico</p>	<p>Programa del taller del tratamiento del Síndrome de Burnout Protocolo del Test de Zarit (Escala de sobrecarga del cuidador).</p>
---	---	--	--

<p>Comprobar la efectividad de un taller para el tratamiento de familiares de 35 a 45 años encargados de pacientes que han sufrido daño cerebral durante el año 2018 asistentes al grupo “Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente”.</p>	<p><u>Síndrome de Burnout:</u></p> <p>Este consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante factores estresantes, emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo o la vida diaria como lo es el desarrollo de una afección a nivel cerebral de un familiar a cargo del cuidado del mismo.</p> <p><u>Cuidador:</u></p> <p>La persona que se hace responsable del cuidado y apoyo de las actividades básicas de la vida diaria de un paciente.</p>	<p>Técnica de Evaluación</p>	<p>Protocolo de evaluación del taller</p>
--	---	------------------------------	---

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

Características del lugar

El salón en el que se realizó las actividades cuenta con entrada accesible para las personas que llegan en silla de ruedas, así como una división con la cual se logró trabajar con los cuidadores asistentes en un ambiente aislado. Las instalaciones cuentan con baños amplios, equipo de sonido, sillas y mesas que nos permitieron utilizar.

Características de la muestra

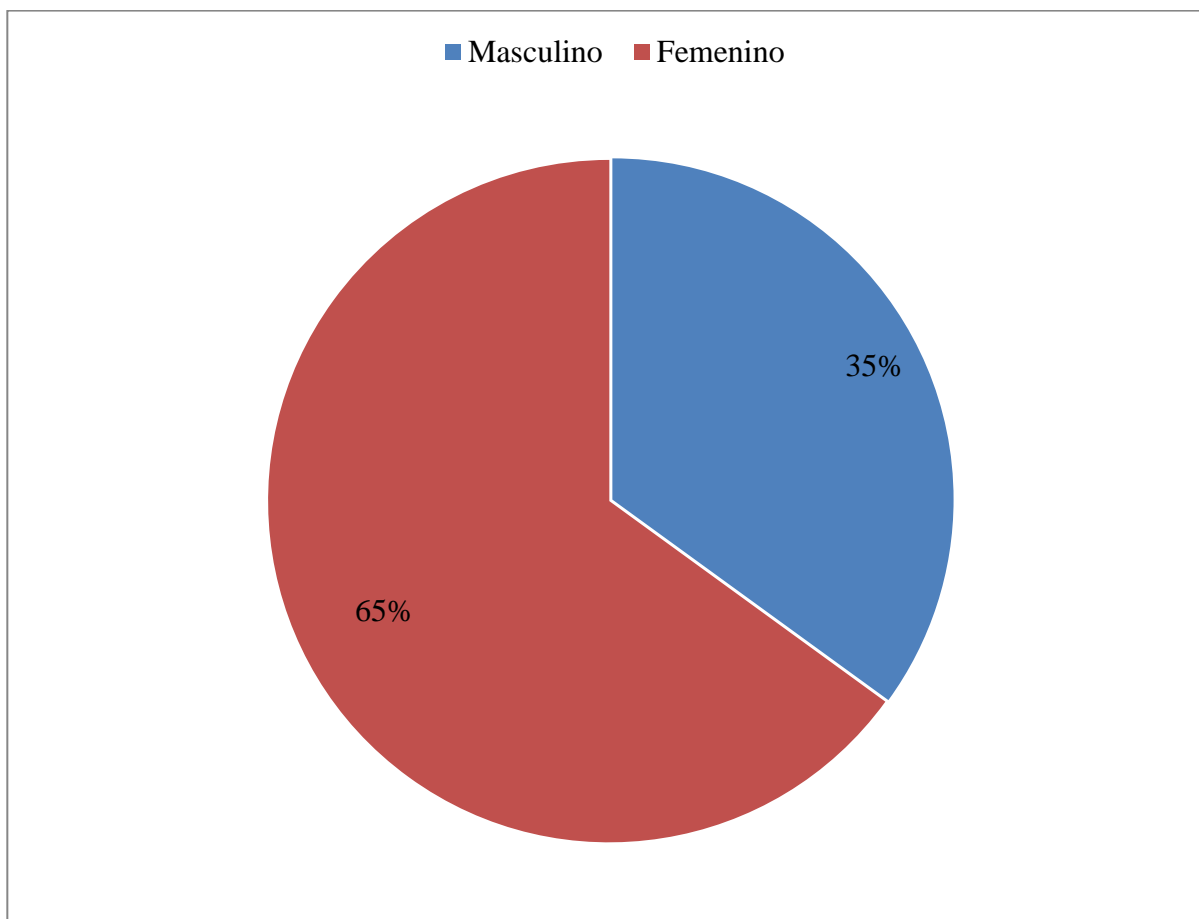
Las pruebas y el taller se realizaron con 20 personas el día 16 de febrero del año 2019, en el salón en el que se reúnen los integrantes y asistentes al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente (PADIVI). La población con la que se trabajó se encontraba dentro del rango de edad de 35 a 45 años, siendo cuidadores de un paciente con daño cerebral adquirido durante el año 2018, las actividades generaron interés en la temática, expresando lo importante que es el hecho de que se tome el tiempo para cuidar de quienes cuidan, expresaron sentirse olvidados la mayor parte del tiempo debido a que la atención principal es su familiar con daño cerebral, sin embargo al ser ellos quienes los cuidan muchas veces se sienten agotados y frustrados.

3.02 Resultados de la aplicación de la entrevista

Primera Entrevista

Gráfica No. 1:

Determinación del género de las personas

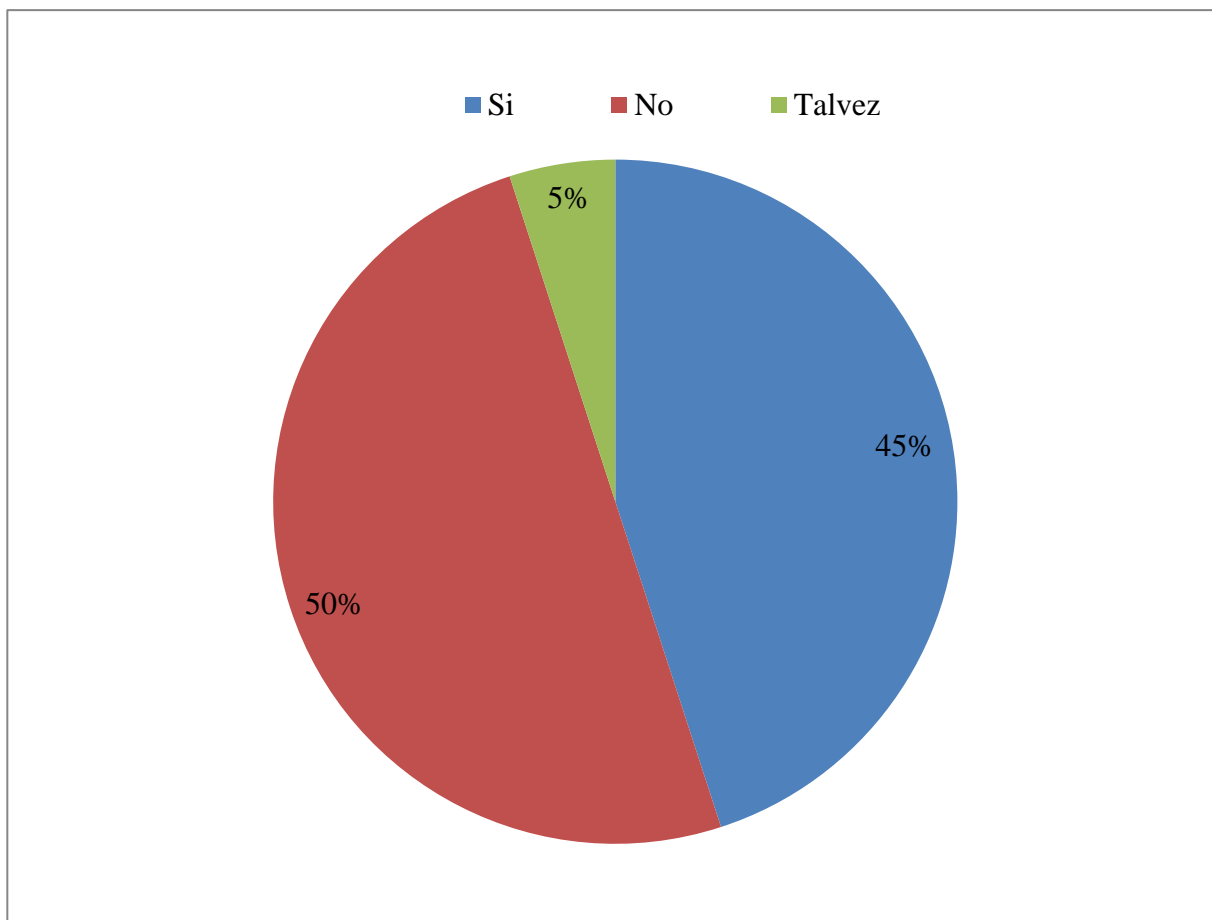


Fuente: Aplicación de la primera entrevista a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

Se denota que el 65% de las personas que se encargan del cuidado de un familiar con daño cerebral son mujeres, debido a que en nuestra sociedad el rol que desempeña la mujer es de encargarse del cuidado del hogar, hijos y personas enfermas dentro de la familia, ya que se maneja la idea de que estas son más cuidadosas y dedicadas al hogar. Por tal motivo se evidencia en la muestra que el 35% son hombres.

Gráfica No. 2:

Conocimiento del tema

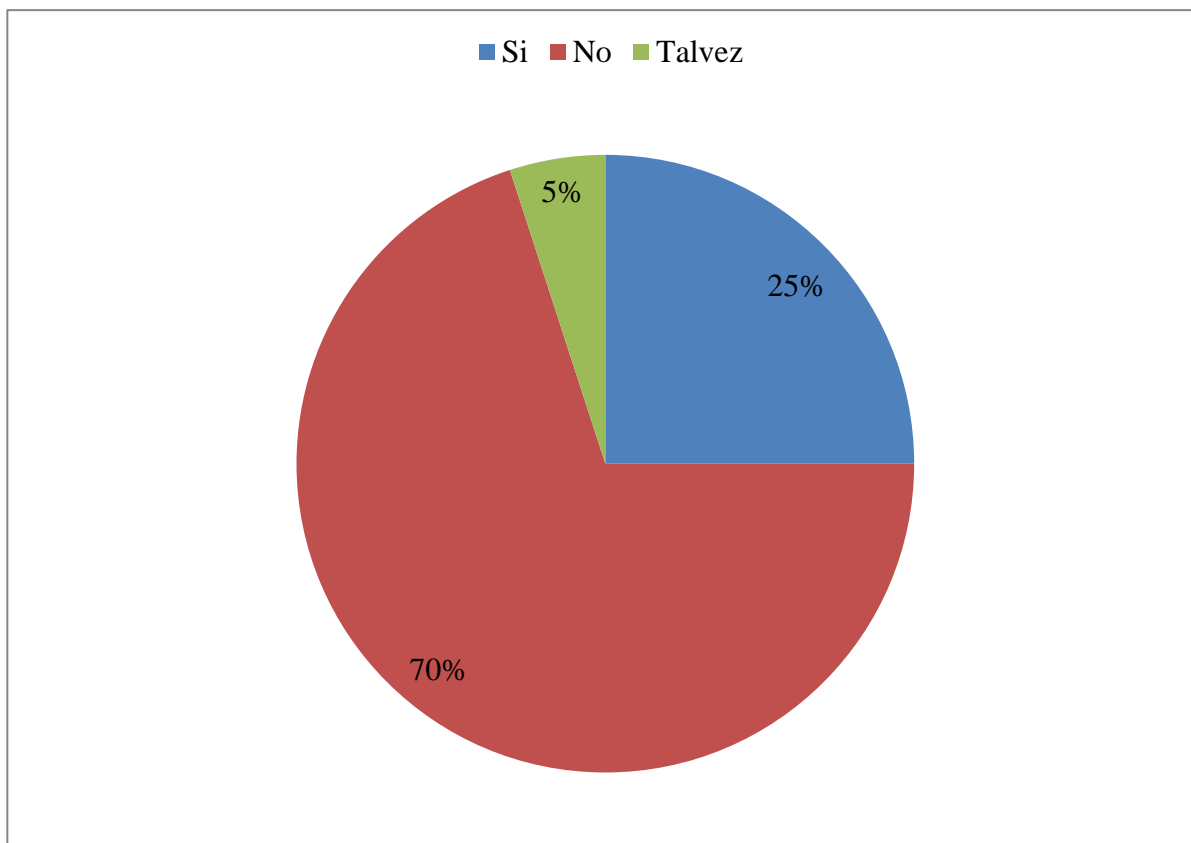


Fuente: Aplicación de la primera entrevista a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 50% de las personas entrevistadas no habían escuchado acerca del síndrome de Burnout, esto se debe a la poca información que hay del mismo, ya que la mayoría de estudios existentes en el tema se encuentran enfocados al área industrial y médica. Debido a que las personas con las que se está realizando el estudio no conocían el tema no han podido reconocer la sintomatología que describe al síndrome, ellos se dedican principalmente al cuidado de su familiar, no están conscientes de que ellos mismos deben cuidarse y responsabilizarse por sí mismos.

Gráfica No. 3:

Conocimiento de personas que lo padecen

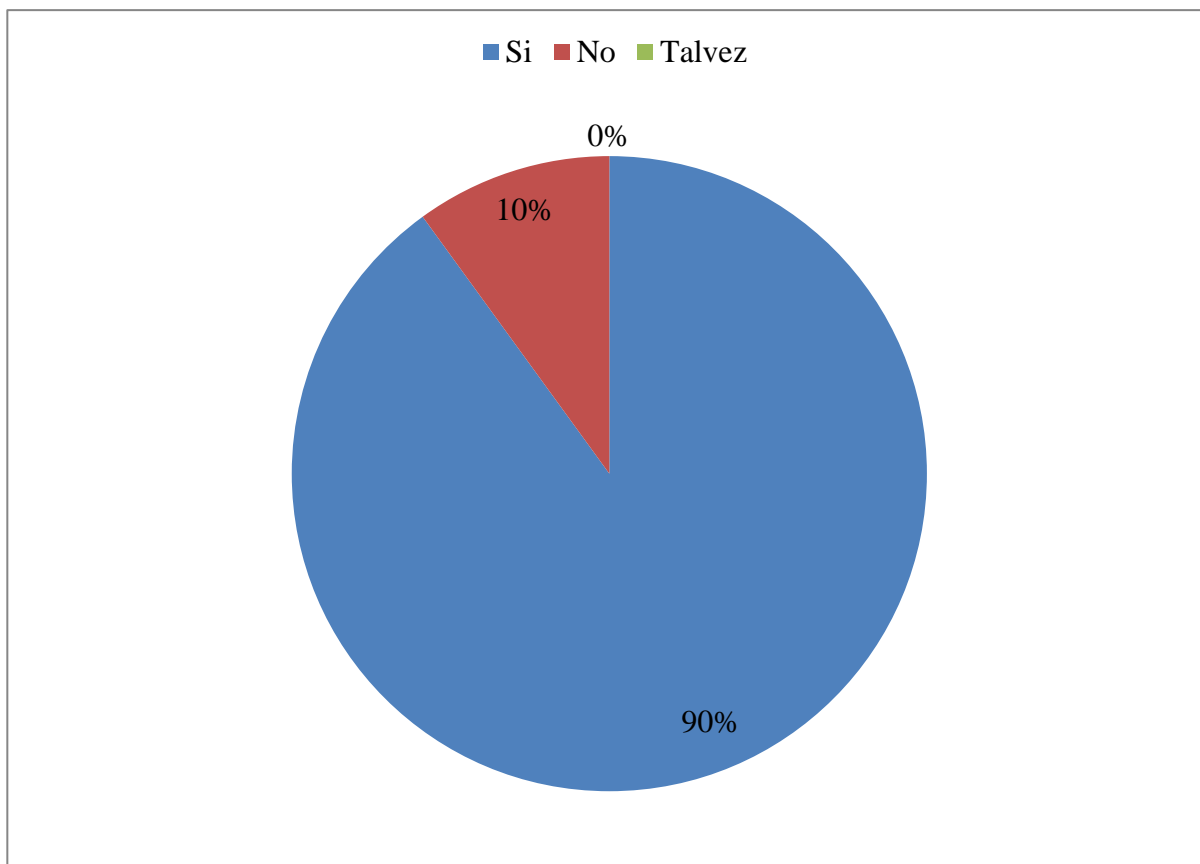


Fuente: Aplicación de la primera entrevista a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 70% de las personas entrevistada, consideró tener una idea mínima al respecto de quienes son los que padecen el Síndrome de Burnout, debido a que conocen muy poco del tema y esta información fue importante para poder realizar un acercamiento efectivo y profundización del concepto que tenían los participantes acerca del síndrome de Burnout, así como la eliminación de mitos que se manejaban en torno al tema, como por ejemplo que esto lo padecen únicamente personas que laboran dentro de oficinas (fuente: comentario hecho por una participante).

Gráfica No. 4:

Posibilidad de proyección personal

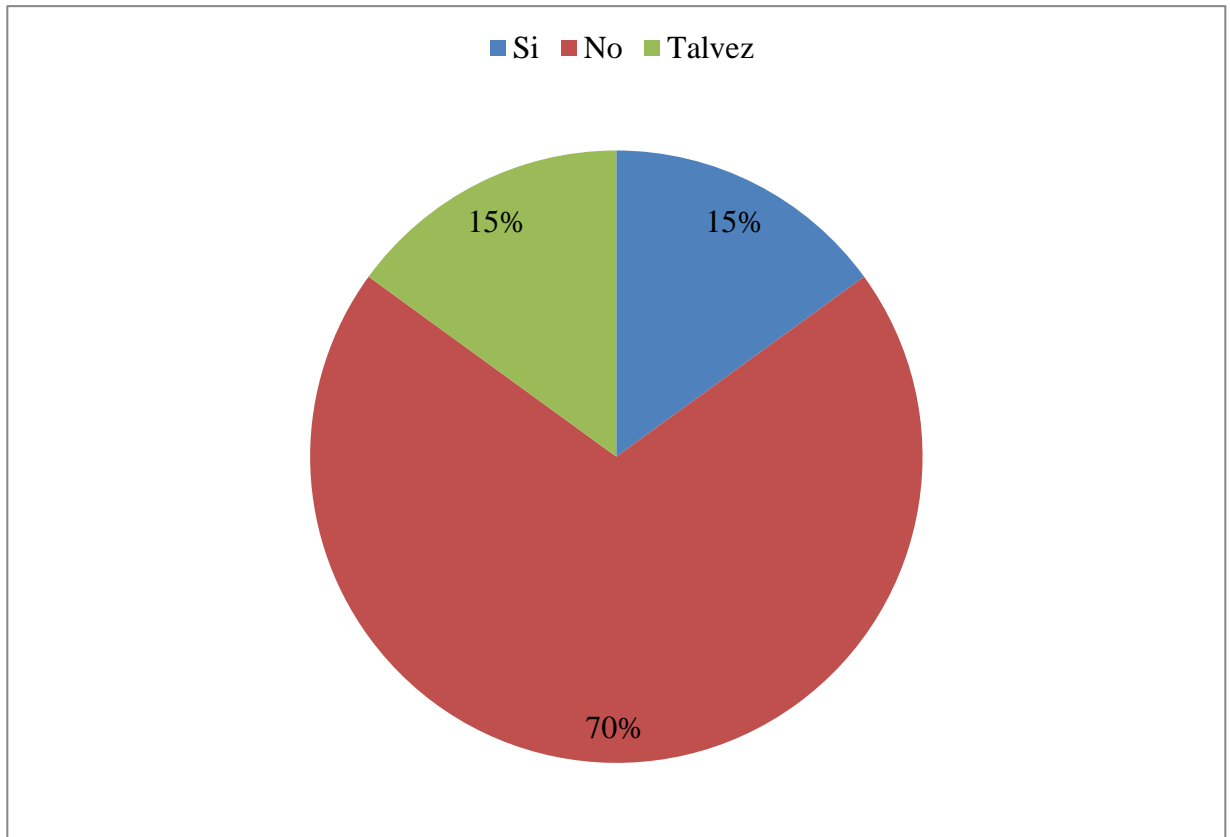


Fuente: Aplicación de la primera entrevista a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El daño cerebral es una enfermedad frecuente en nuestra sociedad, que el 90% de los entrevistados tiene un conocido o un familiar que se encuentra en el mismo estado que el entrevistado. A través de este enunciado se buscó la posibilidad de proyección emocional del entrevistado con algún conocido en la misma situación, facilitando la expresión de sintomatología que este pueda estar experimentando y reafirmado los signos que pueden ser observados en estas personas.

Gráfica No. 5:

Identificación del padecimiento

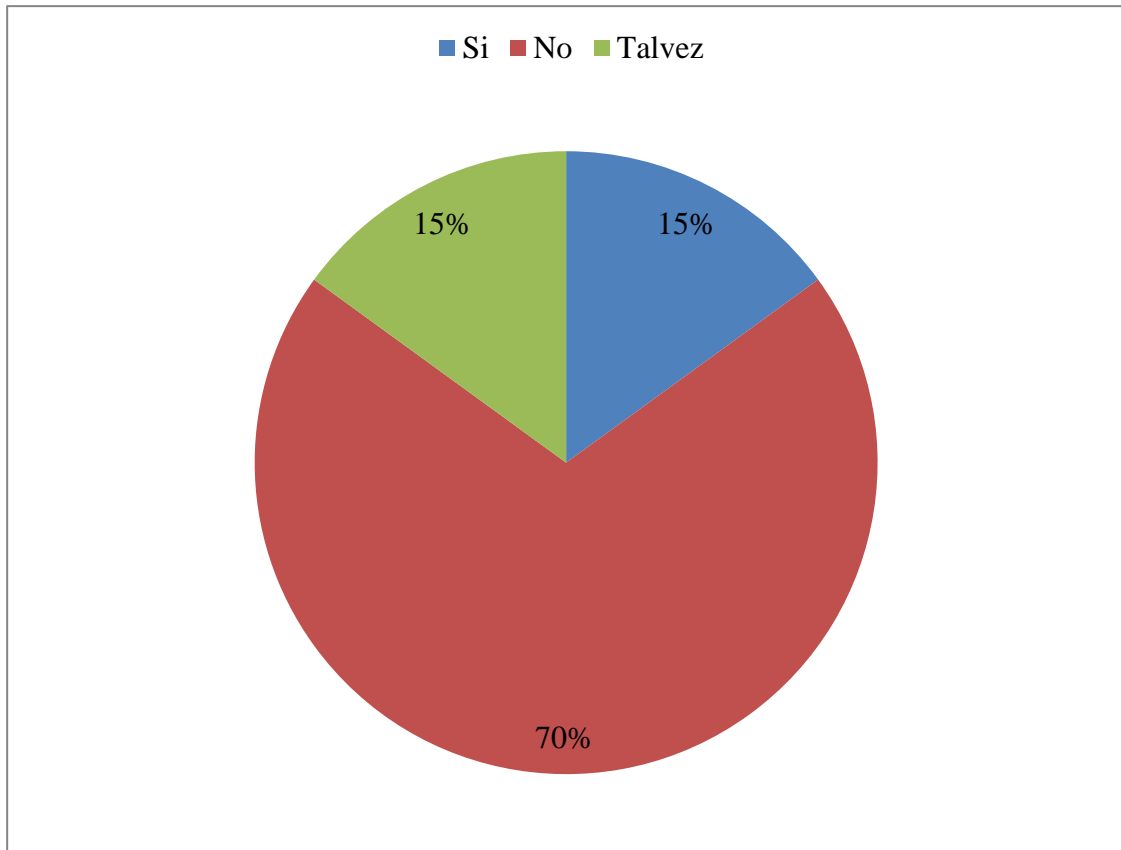


Fuente: Aplicación de la primera entrevista a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 70% de las personas al no contar con un conocimiento básico del tema, no considera padecer el Síndrome de Burnout. Los entrevistados no han considerado padecer este Síndrome, sin embargo al exponer la información en el taller se observó a los participantes interesados, expresando que en algunas ocasiones si han llegado a sentir la sintomatología que este síndrome determina.

Gráficas No. 6:

Sensibilización acerca del síndrome



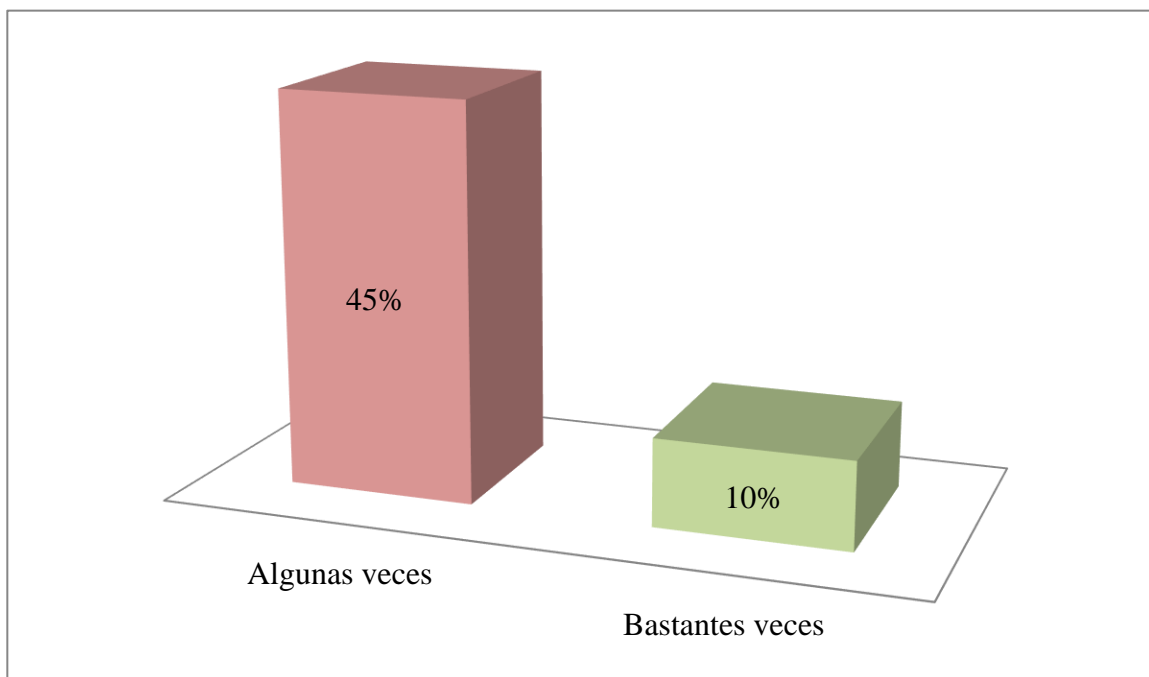
Fuente: Aplicación de la primera entrevista a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 70% de las personas entrevistadas no conoce la sintomatología del síndrome por lo cual no sabe cómo combatirlos, teniendo como consecuencia la agudización de los signos del Síndrome de Burnout.

Escala de sobrecarga del cuidador -test de Zarit-

Gráficas No. 7:

Nivel de agobio del cuidador al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades.

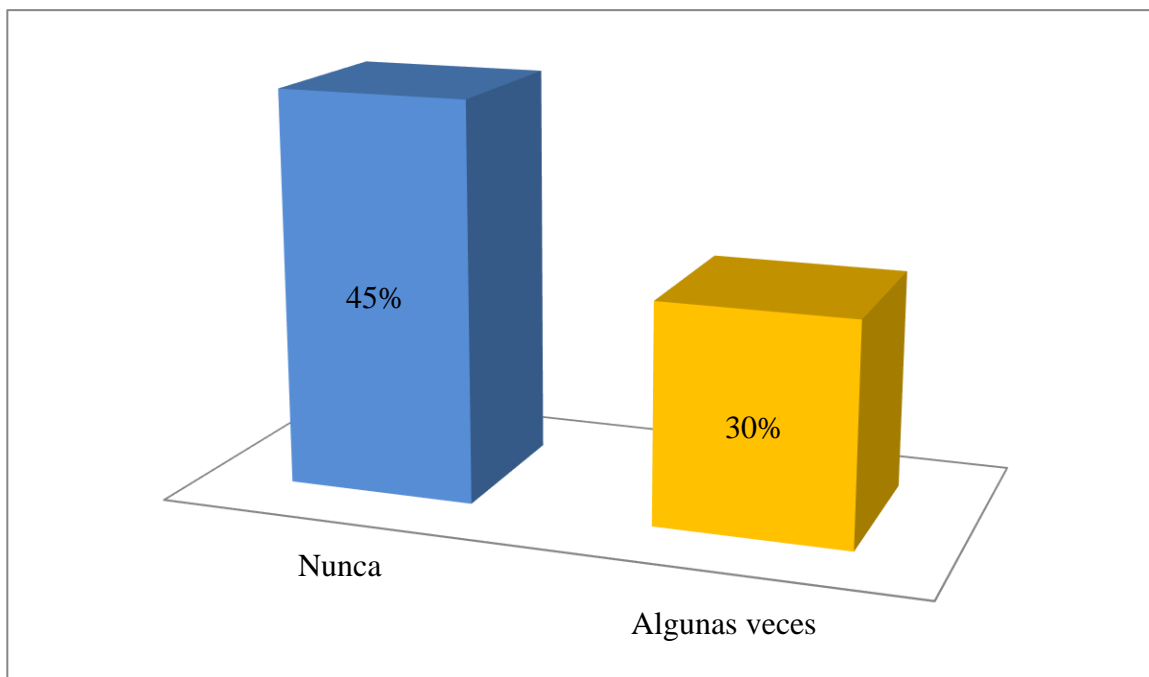


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 45% de los entrevistados refiere que algunas veces se siente agobiado al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con daño cerebral, sus terapias y el tiempo que conlleva la atención que este requiere para realizar las actividades de la vida diaria con otras responsabilidades que los cuidadores tiene dentro de sus hogares e instituciones laborales. Ningún participante refiere sentirse bastantes veces agobiado por sus responsabilidades y el cuidado de su familiar.

Gráfica No. 8:

Sentimientos de vergüenza por la conducta del familiar con Daño Cerebral.

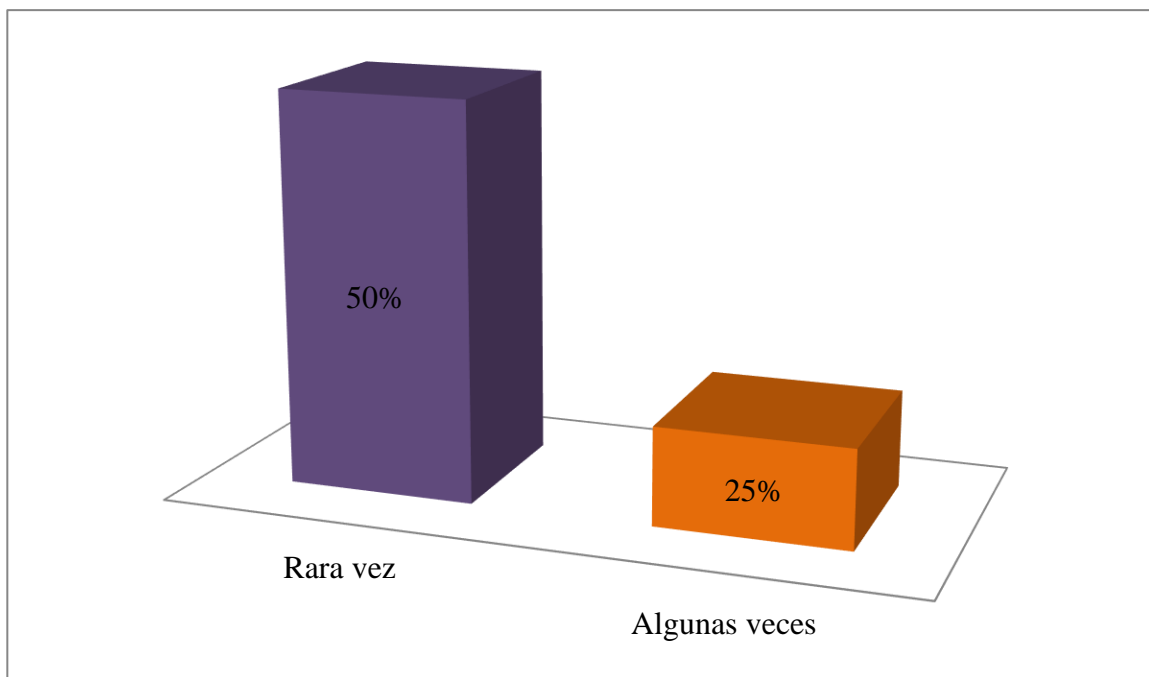


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 45% de los entrevistados refirió no sentir nunca vergüenza por la conducta de su familiar con daño cerebral, sin embargo un familiar se comporta, esto se debe a la presión social que los cuidadores se encuentran sometidos, sintiéndose observados constantemente y por lo mismo señalados por no controlar el comportamiento de su familiar, así como el impacto que genera cuando su familiar no tiene la conducta que los cuidadores observaban previo a padecer daño cerebral.

Gráfica No. 9:

Sentimiento de enfado al estar cerca de su familiar con daño cerebral.

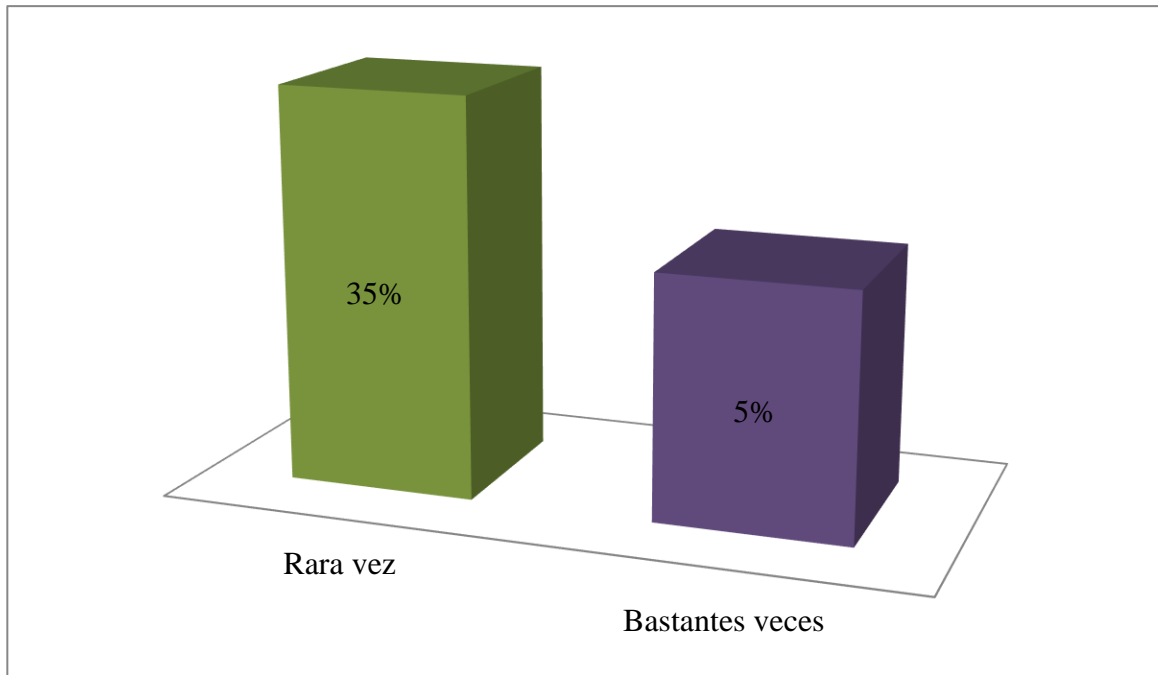


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 50% de los entrevistados ha referido sentirse rara vez enfadado al estar cerca de su familiar, estos han argumentado que el familiar con daño cerebral no tiene la culpa de comportarse de esta forma porque “ellos no están bien de su cabeza” (comentario hecho por una entrevistada), 25% de los entrevistados refirió sentirse enfadado algunas veces al estar cerca de su familiar, esto sienten que nadie más los ayuda con los cuidados y es difícil cubrir con las responsabilidades con su familia y aún deben cuidar a una persona que depende de ellos para realizar algunas actividades básicas como vestirse, trasladarse y en algunos casos incluso comer, tomando en cuenta que algunos pacientes con daño cerebral pueden tornarse agresivos y a la defensiva.

Gráfica No. 10:

Relación del cuidador con otros miembros de la familia

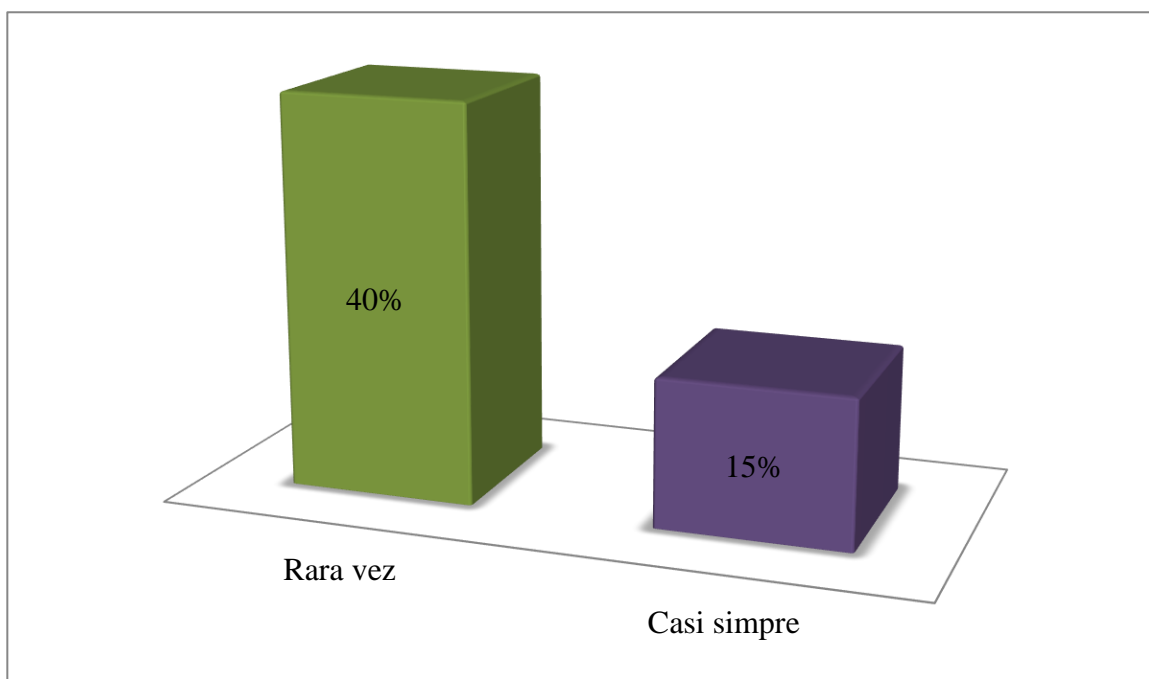


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 35% de los cuidadores han elegido rara vez para la interrogante del nivel en que su relación con otros miembros de su familia ha sido afectada posterior a dedicarse a cuidar a su familiar con daño cerebral, sin embargo existen participantes que han visto gravemente afectada su relación con otros familiares debido a que estos no se sienten apoyados por el resto de la familia, así como la carga del cuidado y mantenimiento del hogar y familia que un cuidador debe soportar, presentando aislamiento de las actividades familiares y sociales.

Gráfica No. 11:

Sentimiento de miedo por el futuro de su familiar.

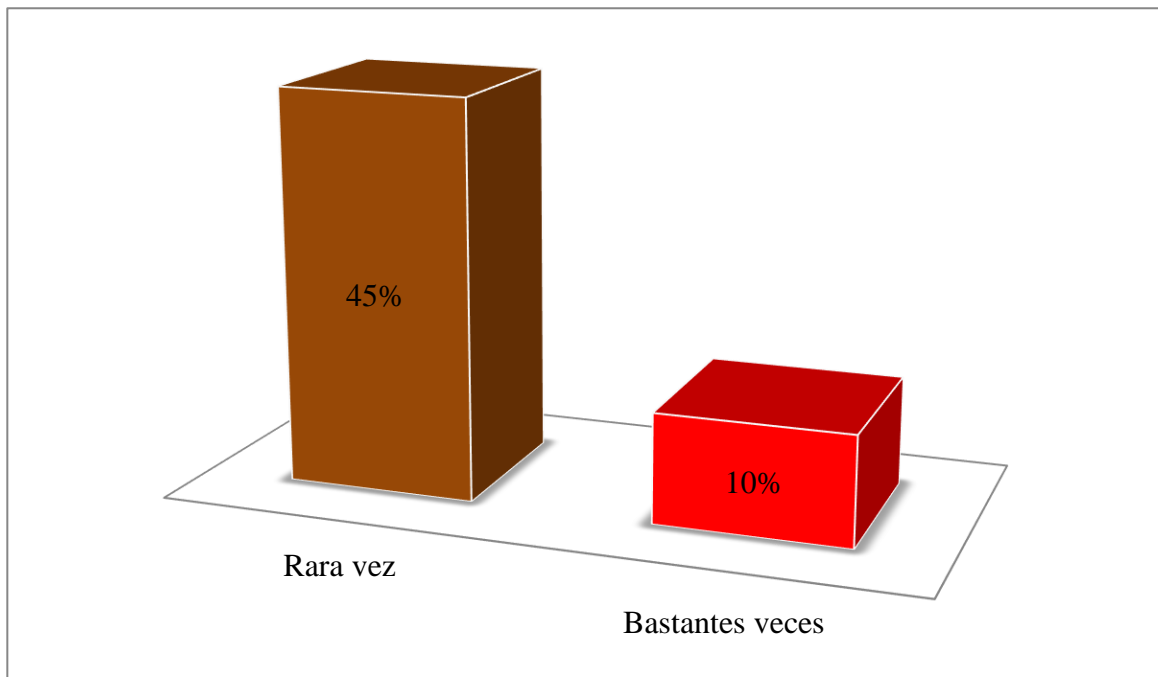


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

40% de las personas entrevistadas ha referido temer por el futuro de su familiar con daño cerebral casi siempre, esto se debe a la poca confianza en los otros miembros de su familia para delegar el cuidado de ese paciente con daño cerebral lo que provoca sobre carga severa en el cuidador al sentir que no puede alejarse de su familiar. El 40% de cuidadores ha referido tener miedo rara vez por el futuro de su familiar. Esta grafica evidencia la constante preocupación y sentimiento de dependencia que un cuidador siente que tiene su familia de ellos.

Gráfica No. 12:

Percepción del nivel de daños en la salud del cuidador.

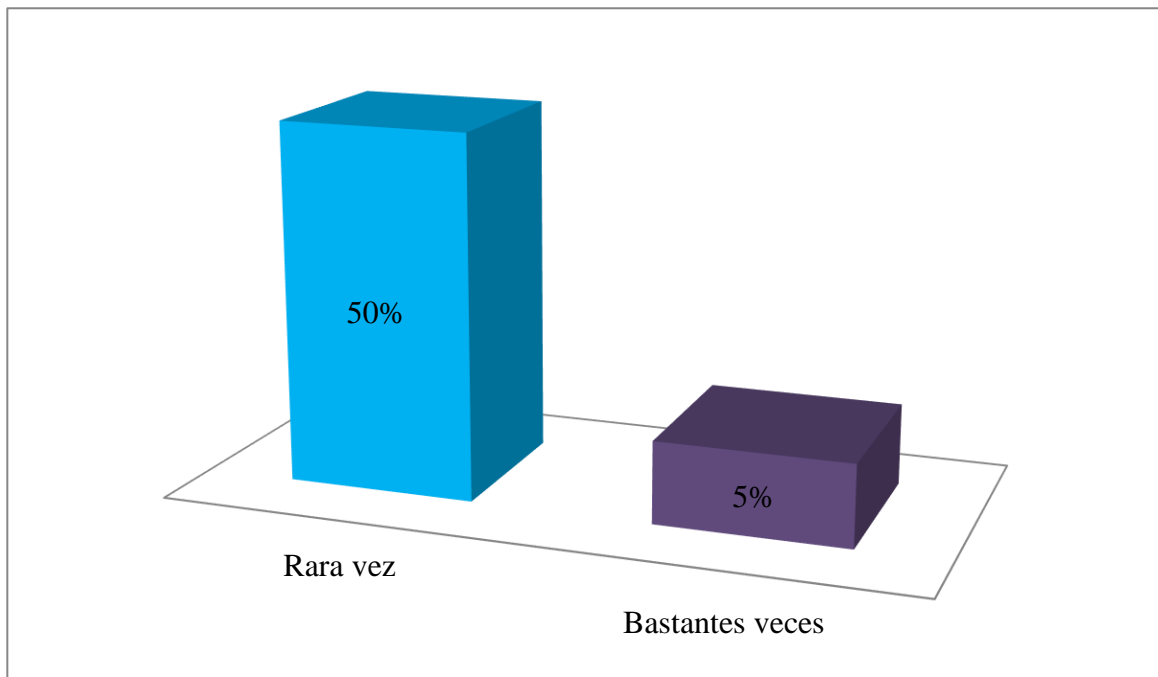


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 45% de los cuidadores no ha percibido el decaimiento en su salud posterior a agregar a sus responsabilidades el cuidado de un familiar con daño cerebral, mientras 10% de los entrevistados si ha referido que su salud ha decaído a partir de que su familiar adquiriera daño cerebral, esto se debe a que su familiar tiene muy poco tiempo de padecer daño cerebral, así como que siente apoyo al asistir a grupos de la iglesia donde ellos se alejan por corto tiempo de la presión que conlleva las responsabilidades en sus hogares.

Gráfica No. 13:

Nivel de percepción de aislamiento social.

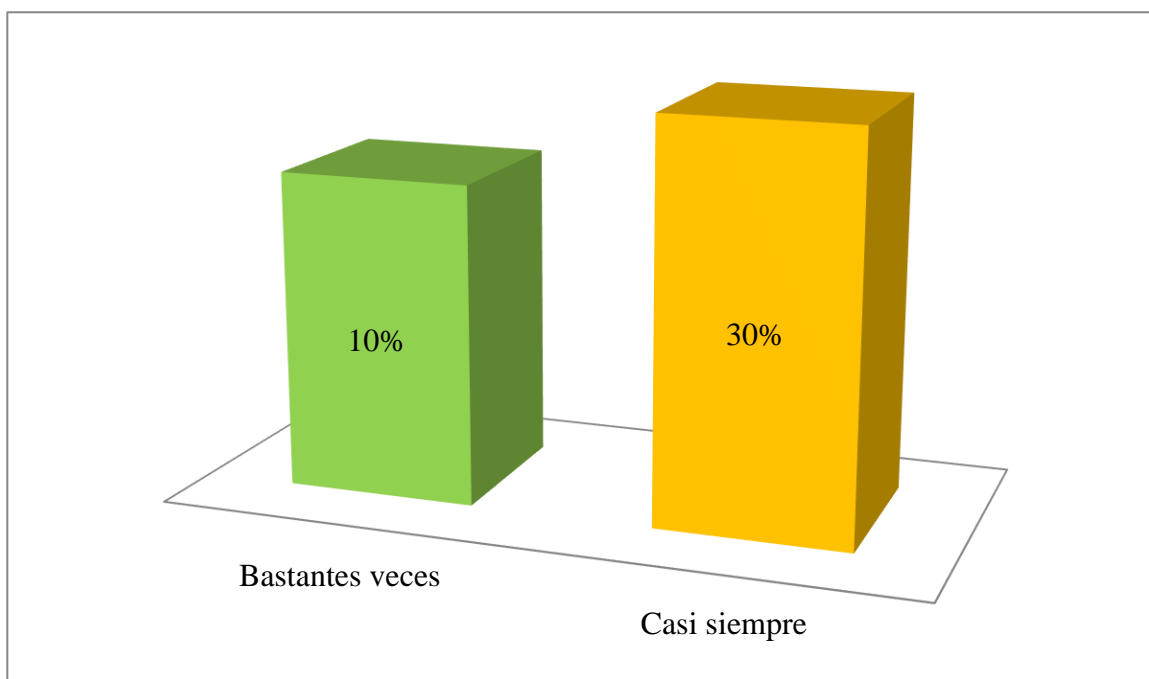


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 50% de los cuidadores consideran sentirse rara vez distanciados de sus familiares, por lo cual consideran que su vida social ha sido afectada de forma mínima por el cuidado de su familiar con daño cerebral, sin embargo el 5% expresa sentir que su vida social ha sido afectada de forma severa a partir de que su familiar ha adquirido daño cerebral ya que necesita mayor atención y el ser ellos los encargados de dársela descuidan su vida como tal.

Grafica No. 14:

Dependencia del paciente con daño cerebral de su cuidador.

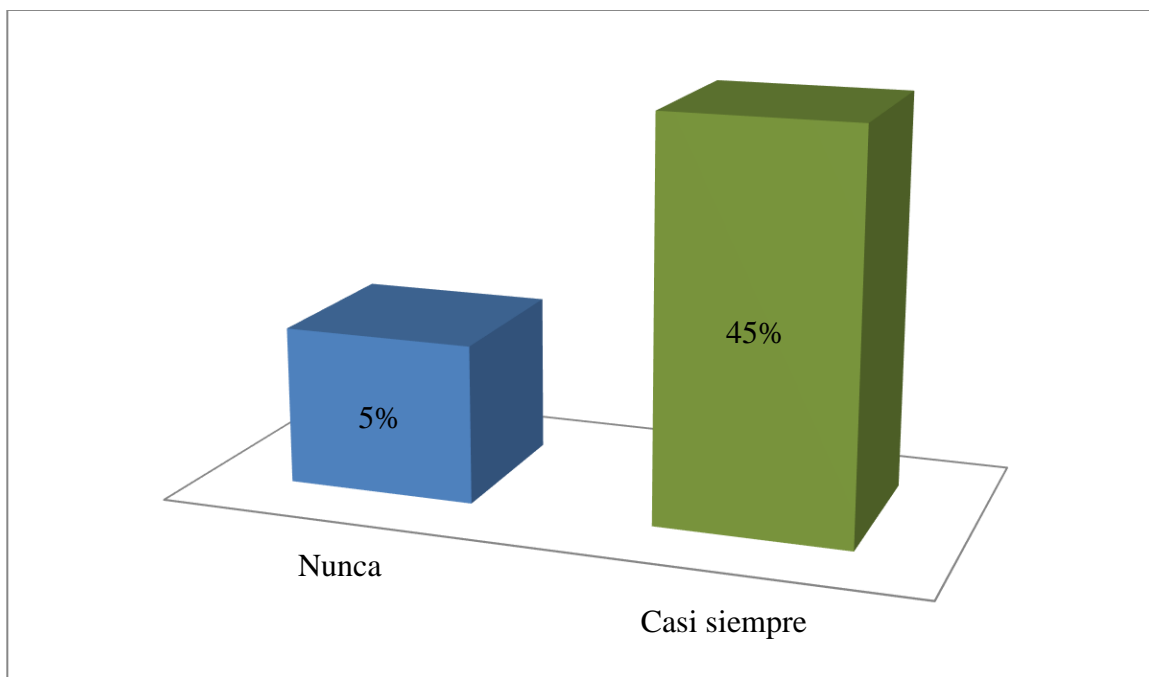


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 30% de los cuidadores perciben que su familiar los considera la única persona que puede cuidarlos y atenderlos como a ellos les gusta y como lo necesita, Debido a que el paciente con daño cerebral en muchas ocasiones tienen horarios para medicinas, terapias y dietas específicas entre otros, por lo cual se les dificulta delegar los cuidados provocando sobre carga de trabajo.

Gráfica No. 15:

Los ingresos económicos que perciben alcanzan para solventar los gastos de su familia con daño cerebral y los de su hogar.

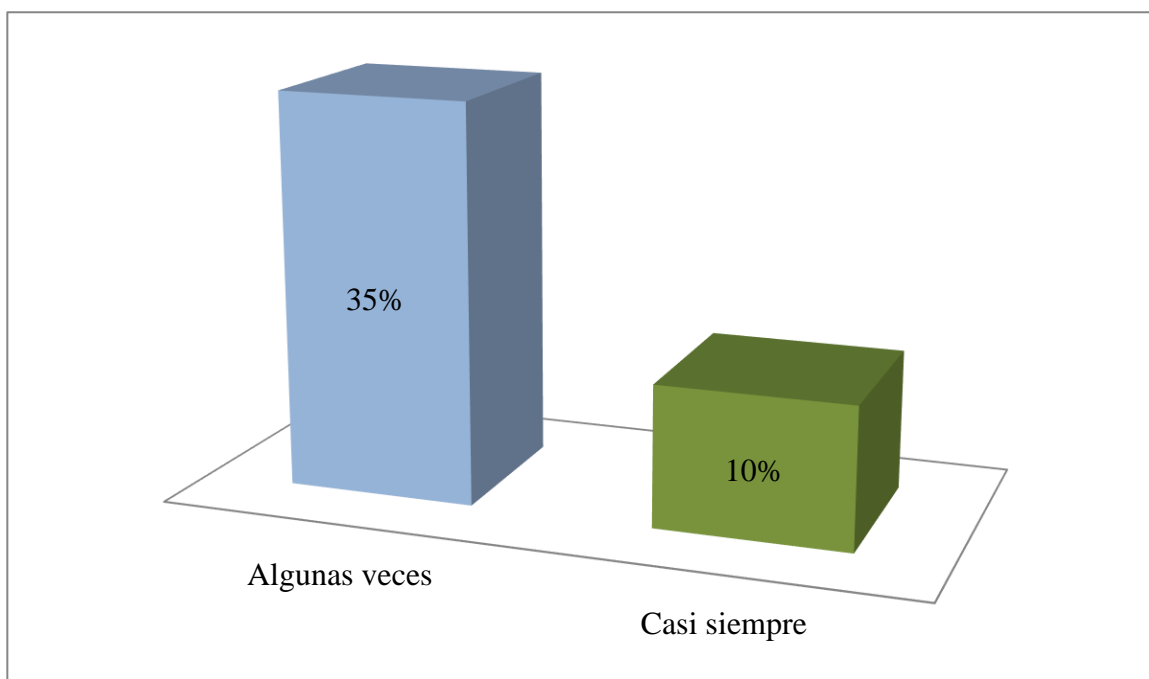


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

El 45% de los cuidadores consideran poder solventar los gastos médicos y adaptaciones en su hogar para su familiar con daño cerebral casi siempre, sin embargo, el 5% ha expuesto no solventar todos los gastos de la enfermedad de su familiar y los pagos cotidianos que conlleva administrar un hogar. Los entrevistados expresaron verse en la necesidad de buscar una fuente de ingresos extra para cubrir los gastos de necesidades básicas de toda la familia, esto agudiza la sintomatología del síndrome de burnout, provocando que algunos de ellos lo padezcan.

Gráfica No. 16:

Podría cuidar mejor a su familia.

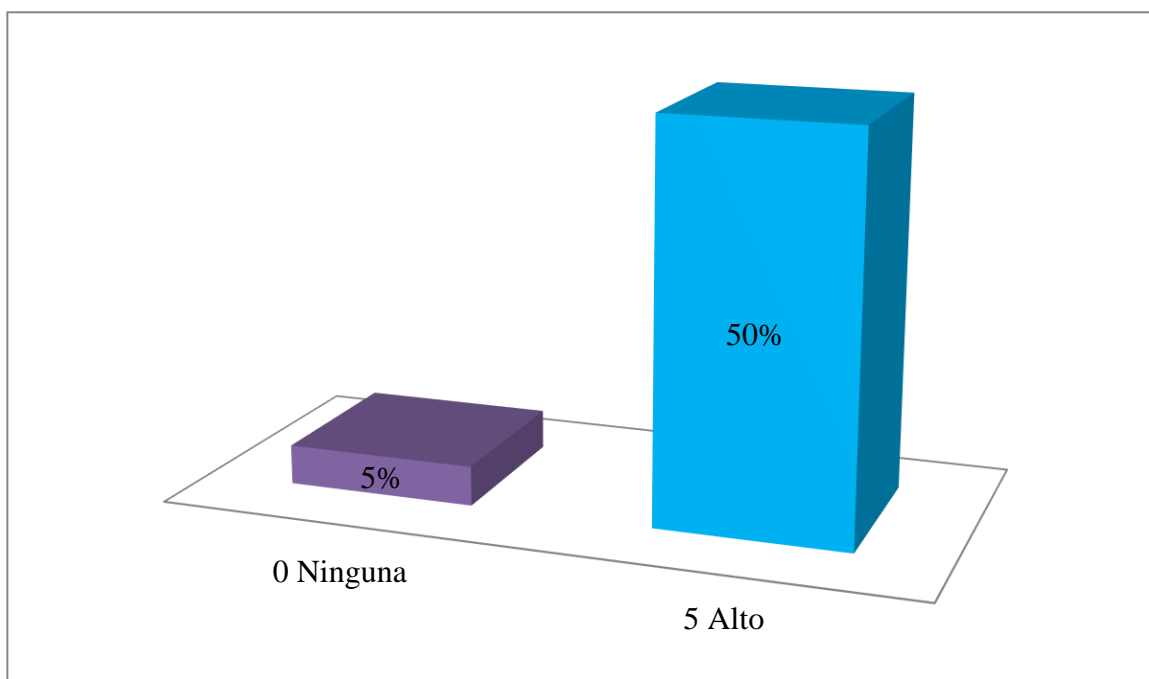


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

35% De los cuidadores considera que algunas veces podría cuidar mejor a su familia, 10% considera que podría hacer un mejor trabajo casi siempre, esto se debe a que los cuidadores no cuentan con conocimientos de cuidados a una persona con daño cerebral, lo cual provoca que el cuidador experimente estrés y ansiedad al tener la responsabilidad del cuidado de otra persona que es dependiente en las actividades de la vida diaria como, aseo personal, alimentación y vestuario.

Gráfica No. 17:

Grado de carga experimentado por un cuidador.

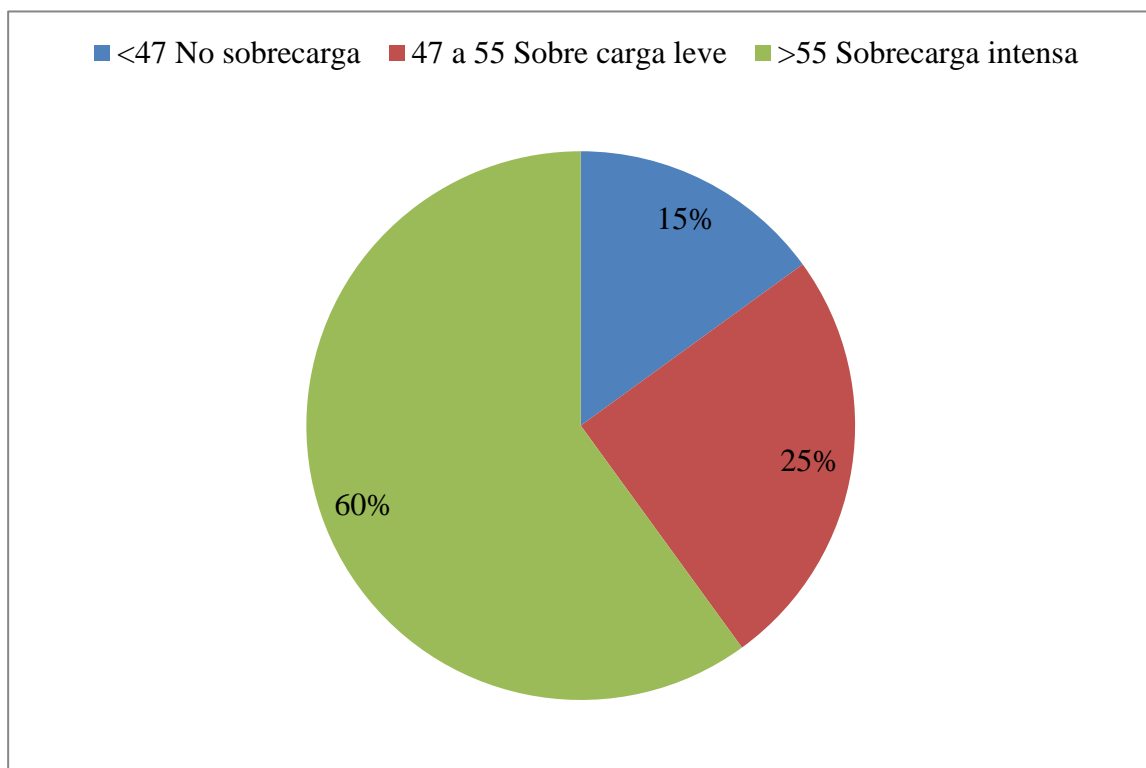


Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

50% De los cuidadores expresaron sentir el nivel más alto de carga al ser responsable del cuidado de un familiar con daño cerebral, 5% expreso sentir niveles bajos de sobre carga. Esto se debe a que el cuidador considera ser la única persona que puede encargarse del cuidado de su familiar, generando que este sienta que su tiempo y energía no se den abasto, lo que provocas sentimientos de frustración, ira y tristeza al enfrentarse día tras día a esta situación, siendo esto parte de la sintomatología del síndrome.

Gráfica No. 19:

Resultados generados del nivel de afección en los cuidadores de personas con daño cerebral adquirido.



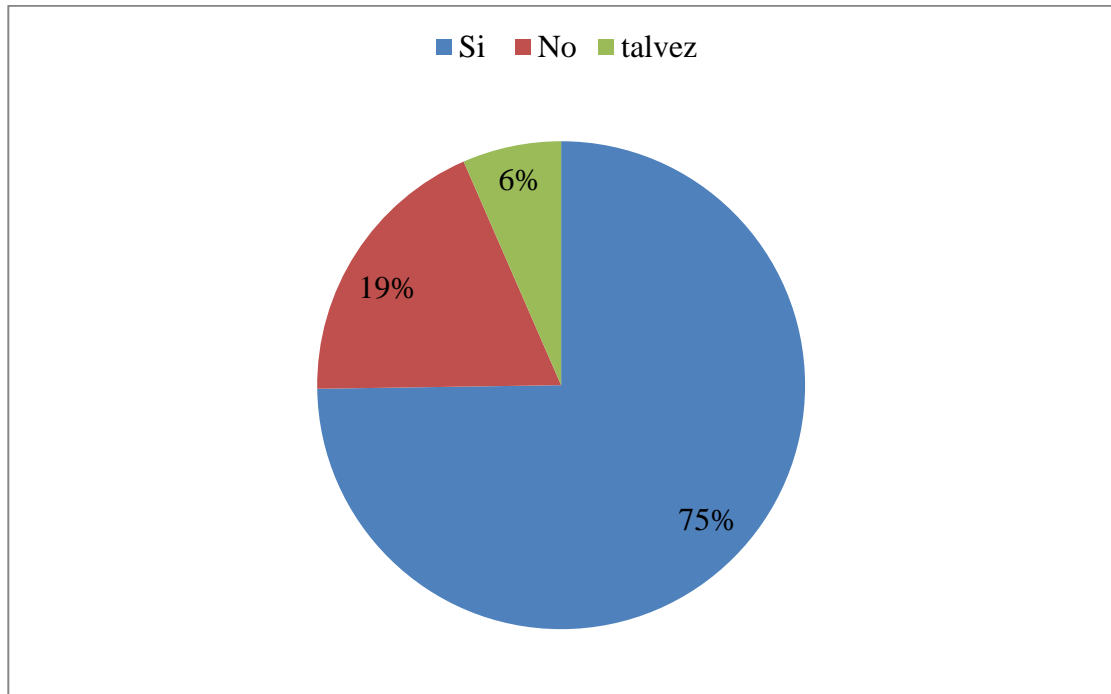
Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- aplicada a cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral durante el año 2018.

Las 20 personas a las que se les aplicó son cuidadores informales, se evidenció que 60% sufre sobrecarga intensa debido a ser los únicos encargados del cuidado de otra persona, 25% sobre carga leve, estas personas aún no presentan mayor sintomatología del síndrome, sin embargo se recomendó recibir acompañamiento psicológico para ellos para prevenir la profundización de la sintomatología y 15% no presentan sobre carga, estos últimos se debe a que su familiar lleva de 3 a 6 meses de haber sufrido daño cerebral por lo cual aún se encuentran en proceso de rehabilitación recibiendo acompañamiento por parte de un centro médico.

Segunda evaluación

Gráficas No. 20:

Niveles de comodidad y compañerismo durante la actividad.

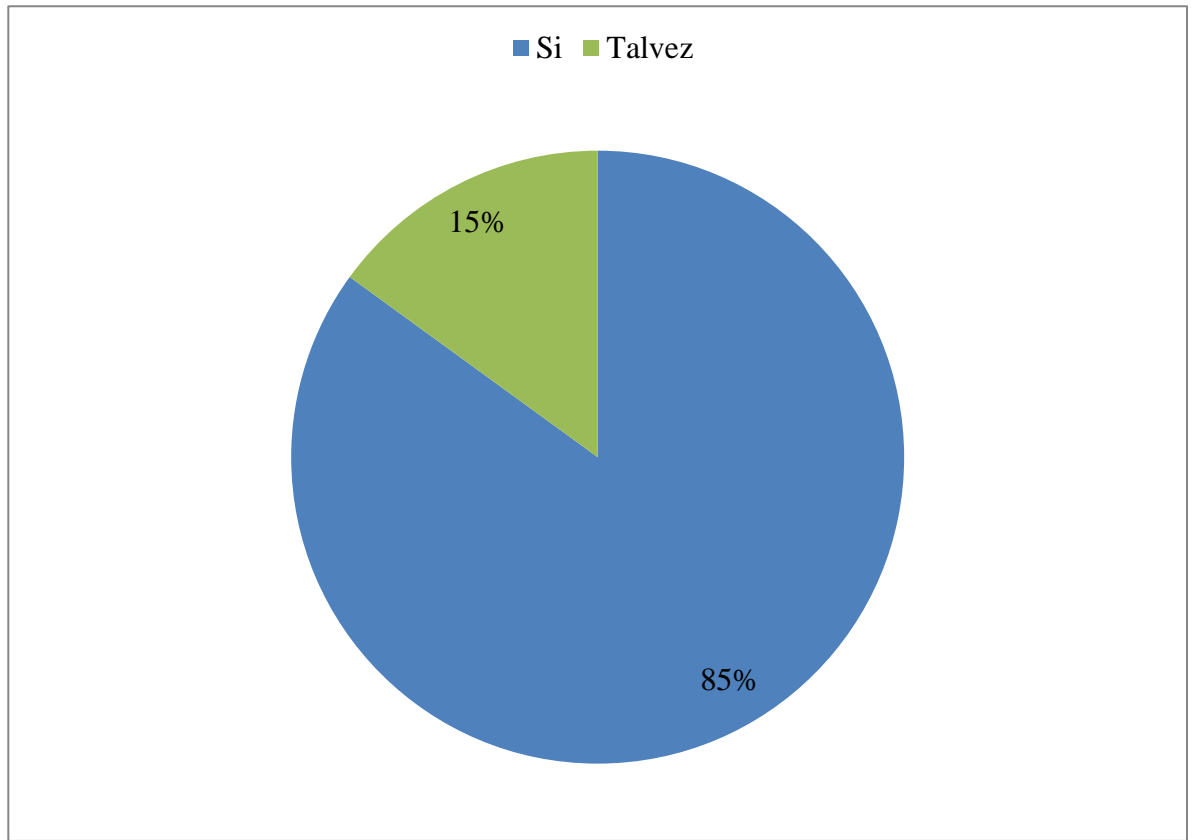


Fuente: Segunda aplicación de la entrevista a cuidadores de personas con daño cerebral durante el año 2018.

El 75% de personas con las que se realizaron las actividades del taller indicaron que se sintieron cómodos durante su desarrollo, este porcentaje de personas fueron las que más colaboraron aportando experiencias y planteando interrogantes. El 19% de personas indicaron en la evaluación no haberse sentido cómodas con las actividades del taller. Se considera que este grupo de personas no se sintieron cómodas por múltiples razones como introversión, cansancio, edad, apatía. El 6% de personas restante indicaron en la evaluación que posiblemente se sintieron cómodos con las actividades realizadas en el taller.

Gráficas No. 21:

Satisfacción por el conocimiento adquirido mediante las actividades realizadas

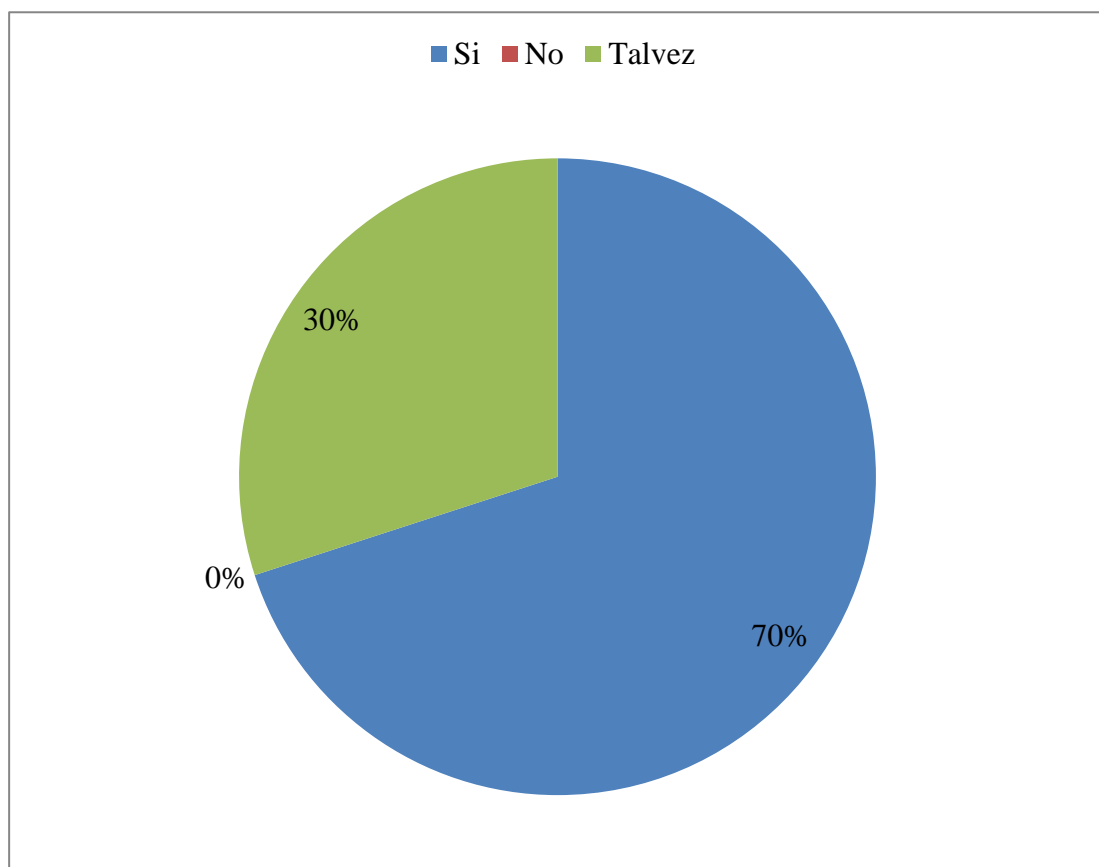


Fuente: Segunda aplicación de la entrevista a cuidadores de personas con daño cerebral durante el año 2018.

De los participantes en el taller el 85% de personas indicaron en la evaluación que la información obtenida fue de su interés conociendo de este tema que los afecta lo cual pudo ser corroborado con agradecimientos verbales al final del taller. Un 15% de las personas indicó que tal vez conocieron a cerca del tema, mientras que ninguna persona indicó en la evaluación no haber obtenido información. Se considera exitoso el taller debido a la alta aceptación del conocimiento.

Gráfica número 22:

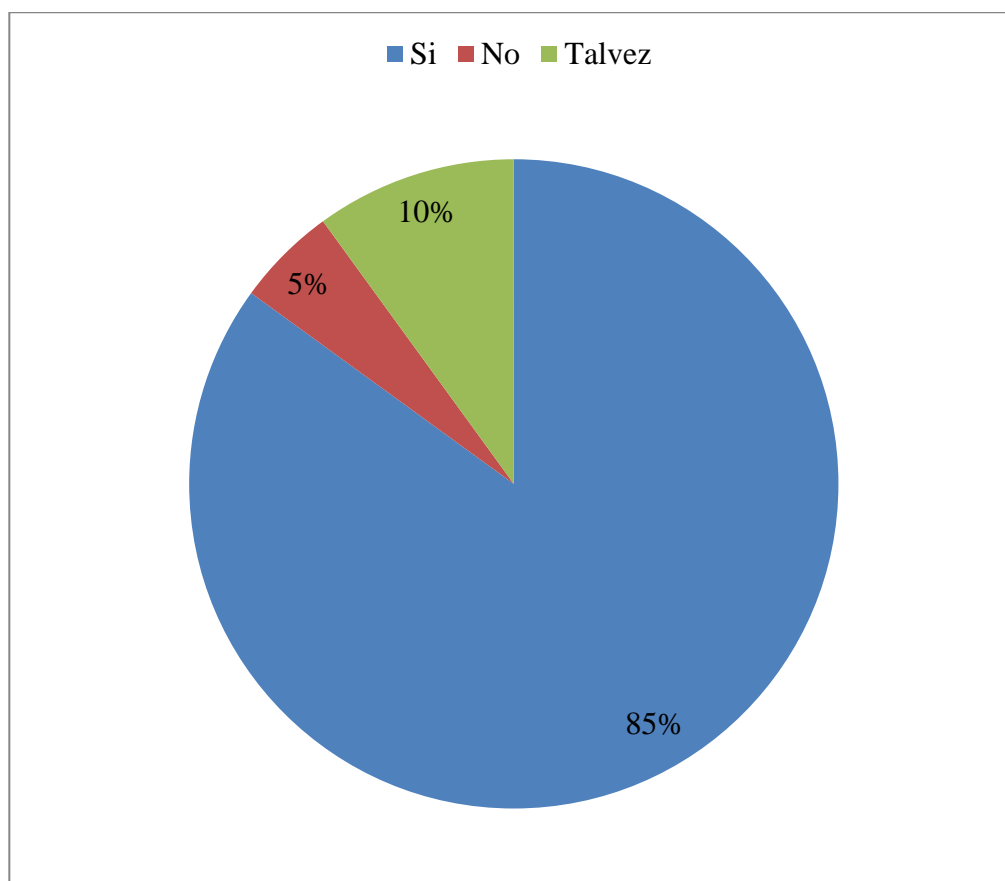
Factibilidad en la práctica de las técnicas en la vida cotidiana del cuidador.



Fuente: Segunda aplicación de la entrevista a cuidadores de personas con daño cerebral durante el año 2018.

De las personas evaluadas el 70% considera que puede poner en práctica durante sus actividades diarias las técnicas e instrumentos proporcionados en el taller, además de que la actividad es de utilidad como prevención de la afección del síndrome. Un 30% de entrevistados considero posible poder llegar a poner en práctica lo impartido en el taller en algún momento de sus actividades cotidianas. Ninguna persona indicó que no le sería de utilidad lo impartido en el taller.

Gráfica número 23:
Utilidad de las actividades realizadas en el taller.



Fuente: Segunda aplicación de la entrevista a cuidadores de personas con daño cerebral durante el año 2018.

El 85% de los participantes considera que las actividades realizadas durante el taller y la información proporcionada en el mismo aportaron a su vida para poder reconocer la sintomatología del síndrome y sentirse acompañados reduciendo los niveles de culpa que los acompaña durante el cuidado de su familiar con daño cerebral, esto se realizó como terapia grupal. Un 5% no considera que las actividades en el taller le serán útiles ya que ellos no se sintieron identificados con la sintomatología del síndrome. El 10% considera que las actividades e información proporcionada tal vez le sean de beneficio en algún momento de sus actividades diarias.

3.03 Análisis general

El síndrome de burnout está relacionado con situaciones que pertenecen a la vida cotidiana, siendo esta solo una de las formas de progresar, generando en la familia síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales.

El trabajo de campo fue realizado con una muestra de 20 familiares cuidadores de personas que han sufrido daño cerebral adquirido asistentes al Grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente, según la gráfica número 1 predominando el género femenino siendo un 65% y menos hombres siendo un 35%, siendo comprendidas las edades entre 35 a 45 años; a través de los datos obtenidos se constató que el síndrome se presenta en la población y existen índices de baja realización personal

Los entrevistados expresaron tener conocimiento del significado de daño cerebral, estando a cargo del cuidado de un familiar con este padecimiento. Daño cerebral es la enfermedad provocada en el cerebro repentina o paulatinamente, provocando secuelas según el área del cerebro lesionada, la gravedad del daño, puede ser físico, emocional, psicológico o social.

Según gráfica número 2 previo al taller que se brindó, el 50% de las personas había escuchado muy poco o nada sobre el Síndrome de Burnout, también conocido como la enfermedad del quemado un trastorno emocional que afecta a las personas que tienen un trabajo que conlleve una carga fuerte, presentando síntomas como estrés y ansiedad dentro del mismo. Ellos consideraron tener una idea vaga de quienes son las personas que lo padecen, sin embargo, no se sentían seguros de conocer la sintomatología que presentan las personas que lo padecen, negando padecer esta afección. En la gráfica número 4 se refleja que 90% de los entrevistados conoce a otra persona encargada del cuidado de un familiar con daño cerebral evidenciando la alta frecuencia de esos casos y la poca o nula atención que se les dedica.

Se aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador – Test de Zarit- que tiene como principal objetivo medir el nivel de sobrecarga subjetiva que presentan los cuidadores; ubicándolos en tres grupos: no tiene sobrecarga, sobrecarga leve y sobrecarga intensa.

Según gráfica número 7 el 45% de los entrevistados ha referido sentirse agobiado al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con daño cerebral son dependientes en las actividades de la vida diaria.

El comportamiento de una persona con daño cerebral puede ser violento, exaltado y en algunas ocasiones sucio, lo cual provoca a su cuidador sentimientos de vergüenza como se representa en la gráfica número 8 dentro del 30% de los evaluados, mientras el 25% expreso sentir enfado al estar cerca de su familiar.

La gráfica número 10 evidencia que 35% de los cuidadores refirió que su relación con otros miembros de la familia se ha visto afectada rara vez, sin embargo el 5% ha visto afectada profundamente su relación con otros familiares como consecuencia de la falta de apoyo e involucramiento en el cuidado de la persona con daño cerebral por parte de otros miembros; Según gráfica número 11 esto tiene como consecuencia que el 15% de los cuidadores casi siempre tengan miedo por el futuro de su familiar ya que se considera la única persona que se puede hacer cargo de su cuidado, mientras el 40% expreso sentir miedo rara vez por el futuro.

En la gráfica número 12 se evidencia que la percepción que los cuidadores tienen de las consecuencias negativas en su salud al dedicarse a esta tarea es: 45% lo considera rara vez y el 10% bastantes veces, sin embargo 5% de los cuidadores se ha sentido aislado socialmente bastantes veces y 50% rara vez, ver gráfica número 13.

Según gráfica número 15 el 45% de los cuidadores consideran poder solventar los gastos médicos y adaptaciones en su hogar para su familiar con daño cerebral casi siempre, sin embargo el 5% ha expuesto no solventar todos los gastos que conlleva de la enfermedad de su familiar y los pagos cotidianos que conlleva administrar un hogar, esto genera temor por el futuro de toda su familia.

La gráfica número 16 35% de los cuidadores considera que algunas veces podría cuidar mejor a su familia, 10% considera que podría hacer un mejor trabajo casi siempre, esto se debe a que los cuidadores no cuentan con preparación académica en cuidados a una persona con daño cerebral, a ellos se les llama cuidadores informales “Se le llama así a la persona encargada de ayudar a las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria

del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello” (Estadística, 1994).

Al basarse en el Test de Zarit la gráfica número 19 evidencia que 60% de los 20 entrevistados sufre sobrecarga intensa debido a ser los únicos encargados del cuidado de otra persona, 25% sobre carga leve, estas personas aún no presentan mayor sintomatología del síndrome, sin embargo se recomendó recibir acompañamiento psicológico para ellos para prevenir la profundización de la sintomatología y 15% no presentan sobre carga, estos últimos se debe a que su familiar lleva de 3 a 6 meses de haber sufrido daño cerebral por lo cual aún se encuentran en proceso de rehabilitación recibiendo acompañamiento por parte de un centro médico.

Finalizando con la detección del Síndrome de Burnout se procedió a la realización de las actividades del taller planificado, proporcionando conocimiento del síndrome, sintomatología y personas que podrían padecerlo, así como técnicas de afrontamiento de éste padecimiento.

Al aplicar la segunda entrevista según la gráfica número 20 se evidencio que 75% de los evaluados expusieron haberse sentido cómodos con el desarrollo de la actividad, este porcentaje de personas fueron las que observaron más involucradas durante todo el desarrollo planteando sus experiencias e interrogantes desde sus vivencias. El 85% indicaron en la evaluación que la información obtenida fue de su interés conociendo de este tema que los afecta lo cual fue corroborado con agradecimiento verbales al finalizar la actividad.

En la gráfica número 23 se evidencio que 85% de los participantes considera que las actividades realizadas durante el taller y la información proporcionada en el mismo aportaron a su vida para poder reconocer la sintomatología del síndrome y sentirse acompañados reduciendo los niveles de culpa que los acompaña durante el cuidado de su familiar con daño cerebral, esto se realizó como terapia grupal, 10% considera que las actividades e información proporcionada tal vez le sean de beneficio en algún momento de sus actividades diarias y 5% no considera que las actividades en el taller le serán útiles ya que ellos no se sintieron identificados con la sintomatología del síndrome,.

La sociedad y entorno medico suele atender únicamente a la persona afectada por la lesión, sin embargo es importante que también sean atendidos psicológicamente los cuidadores ya que estos también están llevando la enfermedad de su familiar consigo al ser quienes los cuidan y atienden en sus hogares; como es el caso de los familiares de personas con daño cerebral que asisten al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

- El síndrome de burnout y los altos índices de estrés se evidencian en los niveles de afección que generan en el cuidador síntomas en los cuales prevalece: agotamiento

físico, mental y emocional, esto produjo relaciones conflictivas interpersonales y familiares

- En el grupo de cuidadores de personas con Daño cerebral, se observa que los cuidadores son poco atendidos en cuanto a situaciones de estrés y cansancio emocional ya que se enfocan en el cuidado del familiar con daño cerebral, teniendo pocas herramientas de ayuda al familiar.
- Se comprobó la eficacia de un taller en familiares encargados de personas con daño cerebral adquirido, teniendo una respuesta asertiva en el mismo proporcionando técnicas e instrumentos para reducir la sintomatología del síndrome de burnout.
- La Escuela de Psicología de la Universidad San Carlos de Guatemala, no había llegado a esta parte de la población debido al poco conocimiento de este grupo, así habiendo un escaso apoyo psicológico y emocional para los familiares de personas con daño cerebral.

4.02 Recomendaciones

- Se recomienda a la población asistente al grupo hablar sobre necesidades psicológicas y emocionales que afectan su vida cotidiana, buscando un mejoramiento emocional con el apoyo que encuentren sea en el centro de atención u otras entidades...

- A la Institución se recomienda tener un plan de asistencia emocional aplicado a toda persona que asiste al grupo, principalmente a los familiares de los pacientes que sufren daño cerebral adquirido.
- A la Escuela de Psicología de la Universidad San Carlos de Guatemala se recomienda tener información virtual, en periódicos u otras formas accesibles que ayuden a las personas a tener rápido alcance, de herramientas y técnicas que ayuden en el mejoramiento psicológico y emocional de las personas.

4.03 Referencias

Bordin gnon, N. A. (2005). *El desarrollo Psicosocial de Erik Erikson, El diagrama Epigenético del Adulto*. México: Editrial latinoamericana.

- Cardona, Doris (2014). *"Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos"*. Pp. 31-34.
- Espín, A. (2008). "Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia". *Revista Cubana de Salud Pública*, 1-11.
- Estadística, I. N. (1994). *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*. Madrid España: Instituto Nacional de Estadística.
- González, E. (2008). *Guatemala: Análisis de la situación del País*. (J. Bran, Ed.) Guatemala: Oficina del Coordinador Residente SNU. Recuperado el 13 de 08 de 2018
- Harnecker, M. (1971). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. México: Akal Editor.
- Juarez Lima, Alberto G. P. (cinco de mayo de 2012). [http://Contex-social-político-econo-1-411, blogspot.com/2012/05/clases-sociales-de-guatemala-y-división.html](http://Contex-social-político-econo-1-411.blogspot.com/2012/05/clases-sociales-de-guatemala-y-división.html). Obtenido de [http://Contex-social-político-econo-1-411, blogspot.com/2012/05/clases-sociales-de-guatemala-y-división.html](http://Contex-social-político-econo-1-411.blogspot.com/2012/05/clases-sociales-de-guatemala-y-división.html)
- López, M. (2009). *El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones*. Argentina: Editorial Paidós.
- Martinez, S. (cuatro de marzo de 2009). *Descripción del área en la que se realizara el proyecto de investigación*. ciudad Guatemala: CABSAs mayo 2019.
- Moreno B, O. (1991). *Burnout una forma específica de estrés laboral*. España: Editorial, Ediciones España.

- Navarro Pérez, D. (2010). *Neuro rehabilitación*. México: Editorial Latinoamericana.
- Navas, J. (2007). *El estrés nuestro de cada día*. España: Trillas.
- Ortega, D. (2003). *Síndrome de Burnou, estar quemado e el trabajo*. Colombia, Bogota: Parios.
- Pavon Ramírez, L. (2013). *Cuidados para el cuidador*. Mexico DF: Editorial nuestro tiempo.
- Perel, N. (2004). *El Burnout (estrés ocupacional)*. Buenos Aires Argentina: Apeas.
- Pliego Carrasco, F. (2013). *Tipos de familia y bienestar de niños y adultos*. México DF: Primera edición 2013.
- Pose, G. (2006). *Estrés en la evaluación institucional*. México: Idóneos.
- R, P. (2007). *El Síndrome de quemarse por el trabajo "Burnout grupos profesionales de riesgo"*. Madrid: Piramide.
- Ramos, L. M. (veintiocho de Diciembre de 2017). Reconocimiento psicosocial en el contexto de zona 6. (L. Sigrid, & M. Morales, Entrevistadores)
- Reever, Z. (1996). Bach- Peterson. *Martín et.*
- Rodriguez, P. (2007). *El Síndrome de quemarse por el trabajo "Burnout grupos profesionales de riesgo"*. Madrid: Piramide.
- Rubio, C. (2007). *"Repercusiones en el estado de ánimo del cuidador principal de los pacientes que precisan cuidadores"*. Argentina: Editorial Nueva Visión.

Torres, & E, B. (2008). *Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales*
(Vol. 19). España: Gerokomos.

Torres, P. (2003). *Propuesta para la prevención, terapeutica y rehabilitación del síndrome de Burnout*. Monterrey México: Ediorial Manual Moderno.

12. Anexos

Anexo 1

Protocolo de la encuesta

Universidad San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Entrevista

Subraye la respuesta que se asemeje a su realidad.

Género: Masculino Femenino

1. ¿Había oído hablar del Síndrome de Burnout?

Si No Talvez

2. ¿Sabe usted quienes lo padecen?

Si No Talvez

3. ¿Conoce usted a alguien que cuide a una persona con daño cerebral?

Si No Talvez

4. ¿Considera usted padecer el síndrome de Burnout?

Si No Talvez

5. ¿Sabe usted como combatir los síntomas del síndrome?

Si No Talvez

Anexo 2

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR –TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítems relacionados con la sensación del cuidador, cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúan en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Auto administrado.

Interpretación:

- Menos de 47: No sobrecarga.
- 47 a 55: Sobrecarga leve.
- Más de 55: Sobrecarga intensa.

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades Psicométricas: Se ha estudiado la validez de concepto y validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT- ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenzas por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de usted?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familia le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo más?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

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

Anexo 3

Protocolo de la encuesta

Universidad San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Segunda evaluación

Subraye la respuesta que se asemeje a su realidad.

1. ¿Se sintió cómodo con las actividades realizadas?

Si **No** **Talvez**

2. ¿Conoció acerca del tema de Síndrome de Burnout?

Si **No** **Talvez**

3. ¿Considera que puede poner en práctica en su vida diaria las actividades del taller?

Si **No** **Talvez**

4. ¿Aportó a su vida las actividades planificadas del taller?

Si **No** **Talvez**

Anexo 4

PLAN TALLER

Nombre: Taller Síndrome de Burnout

Dirigida a: Familiares de 35 a 45 años cuidadores de personas con daño cerebral adquirido

Lugar: PADIVI (asociación de personas con discapacidad y vida independiente)

Objetivo general: Aportar conocimiento para tratamiento de familiares que han sufrido el síndrome de Burnout, por atender pacientes con daño cerebral que asisten al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y Vida Independiente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> • Aportar conocimientos sobre el tratamiento de familiares de 35 a 45 años de personas que han sufrido daño en el año 2018, asistentes al grupo Asociación de Personas con Discapacidad y 	Bienvenida y presentación. Actividad Rompe hielo: - Marcianos	Con un globo entre las piernas deberán avanzar juntos una distancia de 25 pasos.	Globos Personas salón	10 minutos
	- Entrevista	Se aplicara una entrevista que permitirá determinar el nivel de conocimiento del Síndrome.	Lapiceros Copias Personas Salón sillas	10 minutos
	- Aplicación de la Escala de Zarit	SE aplicara a los participantes la escala para determinar el nivel de afección del síndrome.	Lapiceros Copias Personas Sillas	15 Minutos

Vida Independiente.	- Taller	Explicación del síndrome, y brindar técnicas de afrontamiento del mismo.	Carteles Imágenes Marcadores Equipo de sonido Música Salón	35 minutos
	- Re- evaluación	Se aplicara nuevamente la entrevista para determinar el impacto del taller.	Lapiceros Copias Personas Sillas Salón	10 minutos