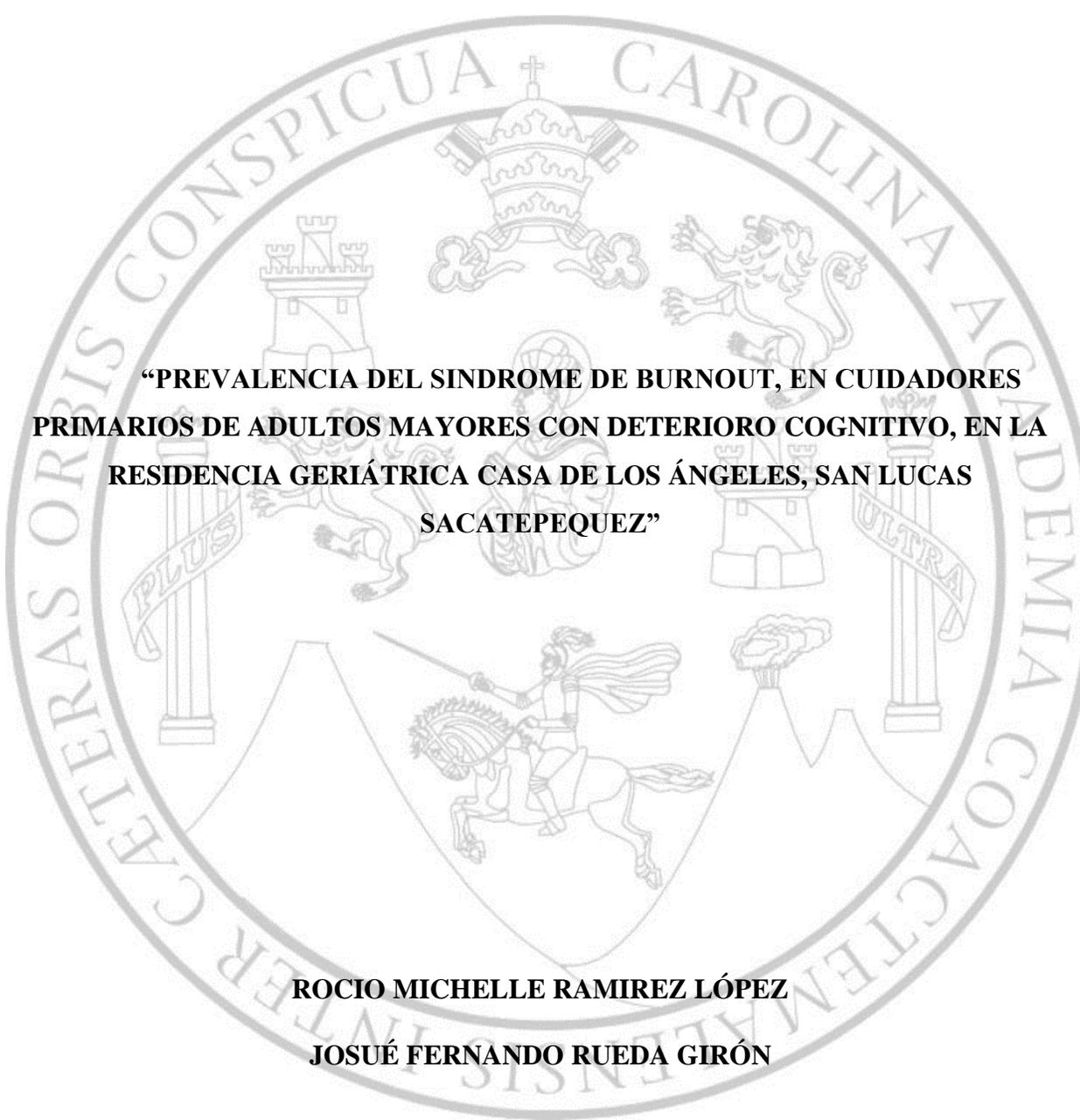


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA -CIEP's-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT, EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO, EN LA
RESIDENCIA GERIÁTRICA CASA DE LOS ÁNGELES, SAN LUCAS
SACATEPEQUEZ”**

ROCIO MICHELLE RAMIREZ LÓPEZ

JOSUÉ FERNANDO RUEDA GIRÓN

GUATEMALA, OCTUBRE 2023

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA -CIEP's-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT, EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO, EN LA
RESIDENCIA GERIÁTRICA CASA DE LOS ÁNGELES, SAN LUCAS
SACATEPEQUEZ”**

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

POR
ROCIO MICHELLE RAMIREZ LÓPEZ
JOSUÉ FERNANDO RUEDA GIRÓN

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADOS

GUATEMALA, OCTUBRE 2023

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

M. Sc. JOSÉ MARIANO GONZÁLEZ BARRIOS

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

VIVIANA RAQUEL UJPÁN ORDOÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. OLIVIA MARLENE ALVARADO RUÍZ

REPRESENTANTE DE EGRESADO



Cc. Archivo

CIEPS. 028-2023

Reg. 020-2023

CODIPs. 1477-2023

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

13 de septiembre de 2023

Estudiante

Rocio Michelle Ramirez López

Josué Fernando Rueda Girón

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO QUINTO (15°)** del **Acta CUARENTA Y TRES - DOS MIL VEINTITRÉS (43-2023)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 28 de agosto 2023, que copiado literalmente dice:

"DÉCIMO QUINTO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT, EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO, EN LA RESIDENCIA GERIÁTRICA CASA DE LOS ÁNGELES, SAN LUCAS SACATEPÉQUEZ"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Rocio Michelle Ramirez López	Registro Académico	2014-00893
	CUI:	2927-98482-0101
Josué Fernando Rueda Girón	Registro Académico	2014-00835
	CUI:	2322-24625-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por **Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado** y revisado por **M.A. Ninfa Jeaneth Cruz Oliva**.

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 de de León
SECRETARIA

/Bky



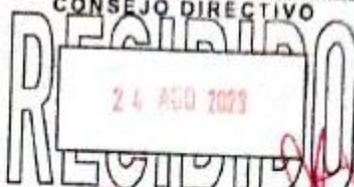
UG-230-2023



Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
CONSEJO DIRECTIVO

Guatemala, 24 de agosto del 2023

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM



Señores Miembros:

Hora: 18:15 Reg: Firma:

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 **JOSUÉ FERNANDO RUEDA GIRÓN, CARNÉ NO. 2014-00835, REGISTRO ACADÉMICO No. 2322-24625-0101 y Expediente de Graduación No. L-70-2019-C-EP5 / ROCIO MICHELLE RAMIREZ LÓPEZ, CARNÉ NO. 2927-98482-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-00893, REGISTRO ACADÉMICO No. 2010-15971 y Expediente de Graduación No. L-149-2019-C-EP5** 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 realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT, EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO, EN LA RESIDENCIA GERIÁTRICA CASA DE LOS ÁNGELES, SAN LUCAS SACATEPEQUEZ"**. mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 06 de Junidel año 2023.

"ID Y ENSEÑAN A TODOS"

Atentamente,

M.A. Mayra Luna de Alvarez
M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



Lucia G.
CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación en físico y digital.



INFORME FINAL

Guatemala, 08 de junio de 2023

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Ninfa Cruz Oliva** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

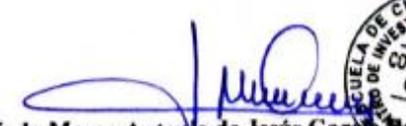
“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT, EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO, EN LA RESIDENCIA GERIÁTRICA CASA DE LOS ÁNGELES, SAN LUCAS SACATEPÉQUEZ”.

ESTUDIANTES:	DPI. No.
Josué Fernando Rueda Girón	2322246250101
Rocio Michelle Ramirez López	2927984820101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 06 de junio de 2023 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 31 de mayo de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”


CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Teléfono Planta 24187530

c. archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CIEPs. 028-2023
REG. 020-2023

Guatemala, 08 de junio de 2023

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT, EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO, EN LA RESIDENCIA GERIÁTRICA CASA DE LOS ÁNGELES, SAN LUCAS SACATEPÉQUEZ”.

ESTUDIANTES:

Josué Fernando Rueda Girón
Rocio Michelle Ramirez López

DPL No.

2322246250101
2927984820101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 06 de junio de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Nidia Cruz Ortiz
DOCENTE REVISORA



c. archivo

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Teléfono Planta 24187530



Guatemala, 10 de septiembre del 2022

Licenciado
Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)
"Mayra Gutiérrez"

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes Josue Fernando Rueda Girón con numero de CUI 2322246250101 y Rocío Michelle Ramirez López con numero de CUI 2927984820101 realizaron en esta institución 4 talleres y 32 entrevistas a cuidadores primarios de adultos mayores como parte del trabajo de investigación titulado: **"Prevalencia del Síndrome de burnout, en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo, en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez"**. En el periodo comprendido del 4 de julio al 31 de agosto del presente año, en horario de 8 a 10:00 am.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Licenciada Paola Zacarias
Gerente Administrativo
Tel: 38336388



Guatemala 17 de mayo de 2023

Licenciado
Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
(CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado "Prevalencia de síndrome de burnout e cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la residencia geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez" realizado por los estudiantes: Rocio Michelle Ramirez López CUI 2927984820101 y Josué Fernando Rueda Girón, CUI 2322246250101

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez", por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.



Atentamente,
Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado
Colegiado No. 3573
Asesora de contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR: ROCIO MICHELLE RAMIREZ LÓPEZ

SONIA ROSMERY LÓPEZ GONZÁLEZ
LICENCIADA EN PEDAGOGIA Y ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA
COLEGIADO 10982

JENNIFER PAOLA LÓPEZ GORDILLO
LICENCIADA EN QUÍMICA FARMACÉUTICA
COLEGIADO 4805

POR: JOSUÉ FERNANDO RUEDA GIRÓN

FRANCISCO DAVID RUEDA GIRÓN
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 8482

ALEJANDRA FRANCISCA MONTERROSO BOLAÑOS
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 432

Dedicatorias a:

Por: Rocío Michelle Ramírez López.

El presente trabajo de investigación lo dedico a:

Dios: Por siempre ser mi guía en este camino para lograr mis metas.

Padres Rosemary López y Roberto Ramírez, por su apoyo incondicional, por creer en mis capacidades y motivarme en mi formación profesional.

Hermano: Roberto Ramírez por sus consejos y siempre estar cuando lo he necesitado

Compañero Fernando Girón: Quien ha sido una pieza fundamental en este proceso, gracias por confiar en mí, por creer en mis capacidades y apoyarme de forma incondicional.

Compañeros y amigos: Por brindarme alegría, motivación y perseverancia

Familia: por su cariño, paciencia y comprensión durante mis años de formación

Dedicatorias a:

Por: Josué Fernando Rueda Girón.

Dedico esta investigación y todo el esfuerzo implícito en el mismo a:

Familia por ser parte fundamental de mi motivación, brindarme comprensión y apoyo incondicional a lo largo de mi formación como profesional, creyendo siempre en mis capacidades.

Compañera Rocío Ramírez: Quién hizo muy especial el proceso, brindándome apoyo, comprensión, alegría, motivación y cariño durante mi formación.

Las personas que me brindaron su apoyo como amigos y compañeros durante la carrera.

Agradecimientos a:

Universidad San Carlos de Guatemala

Por ser la casa de estudios que nos brindó la oportunidad de llevar a cabo nuestra formación profesional

Escuela de Ciencias Psicológicas

Por acogernos en su seno y proveernos del conocimiento y las herramientas para una formación profesional integra.

Nuestra asesora de tesis

Licenciada Claudia Rivera

Licenciada Claudia Rivera por su tiempo, esmero y apoyo incondicional que nos dedicó desde el primer día con nuestra propuesta de investigación, gracias por estar siempre al pendiente para que el proyecto se realizará de la mejor forma.

A nuestra revisora de tesis

M.A. Ninfa Cruz

por su apoyo y comprensión dedicados a esta investigación.

Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles

Por creer en nuestro trabajo y abrirnos las puertas para la realización de la investigación que nos ayudó a concluir esta meta.

Cada uno de los cuidadores primarios de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles

Por la confianza que depositaron en nosotros para darnos a conocer su historia personal, que con mucho cariño y respeto logramos transformarla en esta investigación.

Tabla de contenido

Resumen	1
Prólogo.....	2
Capítulo I.....	5
1. Planteamiento del problema y marco teórico	5
1.01 Planteamiento del problema.....	5
1.02 Objetivos.....	9
1.03 Marco teórico	10
1.03.01 Antecedentes	10
1.03.02 Clasificación de cuidadores de adultos mayores	11
1.03.03 Síndrome de burnout	15
1.03.04 Principales corrientes teóricas del burnout.....	17
1.03.05 Variables predictivas del burnout	20
1.03.06 Variables individuales del síndrome de burnout	21
1.03.07 Variables organizacionales del síndrome de burnout	22
1.03.08 Etapas de la vida	26
1.03.09 Problemáticas asociadas al adulto mayor	29
1.04 Consideraciones éticas.....	32
Capítulo II.....	33
2. Técnicas e instrumentos	33
2.01 Enfoque y modelo de investigación	33
2.02 Técnicas	33
2.03 Instrumentos	35
2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables.....	37
Capítulo III.....	38
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....	38
3.01 Características del lugar y de la muestra.....	38
3.02 Presentación e interpretación de resultados	39
3.03. Análisis general	44
Capítulo IV.....	47
4. Conclusiones y recomendaciones.....	47

4.01 Conclusiones	47
4.02 Recomendaciones	48
Referencias.....	50
Anexos	52
Anexo 1	52
Cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI)	52
Anexo 2	55
Escala sobre carga del cuidador de Zarit.....	55
Anexo 3	56
Consentimiento Informado.....	56
Anexo 4	58

Resumen

“Prevalencia del Síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez”

Autores: Rocío Michelle Ramírez López.

Josué Fernando Rueda Girón.

El propósito de la presente investigación fue determinar la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo, en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez. El síndrome de burnout se define como “una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva al agotamiento emocional, desarrollo de actitudes negativas hacia las personas con las que se labora y aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional” (Jiménez 2005:161).

El estudio fue realizado con 32 cuidadores primarios, de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez.

Para alcanzar los objetivos planteados se utilizaron diversas técnicas e instrumentos como diagnóstico participativo, observación no participante, aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS), y escala de sobre carga de cuidador de Zarit, que permitirán conocer de forma objetiva cuales son los factores que contribuyen y la prevalencia del síndrome de burnout dentro del establecimiento.

Al finalizar la investigación se determinó que existe un alto índice de prevalencia de burnout propiciados por situaciones laborales y personales que intervienen en cada uno de las cuidadoras primarias que brindan servicio dentro del establecimiento. Algunas causas que propician el inicio de signos y síntomas de burnout son a nivel organizacional, la falta de espacios de dialogo que permitan mejorar las condiciones y dinámicas laborales, así mismo la ausencia de incentivos laborales que promuevan la motivación en sus colaboradores; y la sobre carga laboral a nivel personal, la privación de espacios de autocuidado que faciliten la expresión y equilibrio emocional en cada uno de los cuidadores primarios de adulto mayor, son algunas de las limitantes encontradas.

Prólogo

El estudio de las patologías de los adultos mayores y sus tratamientos ha generado en el mundo actual un creciente interés, tanto en los profesionales como en los familiares que conviven a diario con personas con estas características. Debido a los cambios evolutivos de la sociedad y al incremento en la expectativa de vida, es que se hacen importantes los conocimientos e investigaciones en los cuidados que los ancianos deben recibir en su hogar o en las instituciones. Esto también permite tomar en cuenta el proceso natural de envejecimiento, teniendo que ser adecuado para la adaptación a la sociedad, favoreciendo el estado de salud y mejorando el autocuidado. Cada uno de los cuidados impartidos se debe generar en un ambiente profesional poniendo como fin único el mejoramiento de la salud de los pacientes.

Estas dinámicas que se generan en los ambientes de cuidado al adulto mayor deben tomar como eje fundamental al cuidador primario y al adulto mayor de forma conjunta sin descuidar a ninguno de los dos agentes protagonistas en estas relaciones institucionales, ya que la situación de hospitalización o institucionalización en el adulto mayor a la adaptación a un medio totalmente diferente y el afrontar nuevos espacios sociales y habituales, podrían parecer abrumadores para los mismos.

A nivel mundial existe una tendencia de envejecimiento de la población, si bien es un elemento natural de la vida, esto conlleva a una pérdida de autonomía en los adultos mayores. Surge entonces la necesidad de “cuidados”, de contar con ayuda de otras personas para satisfacer las necesidades básicas de los mismos, a través del rol del cuidador primario. La experiencia de cuidar al adulto mayor involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador, lo cual sino se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas, por lo tanto, puede comprometer la vida, salud, bienestar, el cuidado y autocuidado no solo del cuidador sino de la persona a la cual se está brindando la atención.

La demanda de atención y tiempo dedicado al adulto mayor, deja de lado situaciones cotidianas como trabajo, educación, cuidado personal y descanso en los cuidadores primarios, afectan directamente; generando sensaciones de cansancio, estrés y ansiedad las cuales pueden ir incrementándose con el tiempo y haciendo de esto una carga en quién debe cumplir con tareas de

apoyo al adulto mayor perdiendo de vista su propia salud, en ese sentido la presente investigación cobra sentido para los cuidadores primarios ya que se sistematizó el impacto de desempeñarse como cuidador primario y las sugerencias para mejorar las condiciones laborales dentro de la institución.

En ese sentido se hizo necesario realizar la presente investigación, para determinar la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, ubicada en San Lucas, Sacatepéquez para poder determinar el impacto biopsicosocial en el cuidador primario del ejercicio laboral dirigido a adultos mayores y sus repercusiones en su condición física, mental, familiar y social que redunde en la calidad de vida y en su desempeño laboral, esto también permitió identificar si al existir síndrome de burnout en los cuidadores primarios puede tener implicaciones en el cuidado y la asistencia dirigida al adulto mayor.

La presente investigación además tuvo como objetivo establecer el impacto emocional en los cuidadores primarios sobre el cuidado a los adultos mayores; esto permitió que se generen estrategias que contribuyan al fomento de la salud mental del cuidador primario dentro de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles.

El síndrome burnout no es sólo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas, aspectos sociales y/o económicos. Según Ribas J (2000), “este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona”. Para Mace (2001), otros síntomas psiquiátricos que aparecen en los cuidadores son: “estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas”.

El incremento en el número de pacientes con síndrome de burnout se ve asociado al aumento de la demanda de cuidado asistencial especializado, cualquier individuo que proporcione cuidado al adulto mayor en un centro geriátrico, se encuentra expuesto a factores estresantes y su respuesta a ello determina el nivel de agotamiento laboral. Debido a estas situaciones la presente investigación pretendió que los cuidadores primarios puedan manejar los niveles de estrés que

estén experimentando en el trato diario con cada una de las personas con las que se relaciona dentro del ambiente laboral, principalmente con la persona bajo su cargo.

Igualmente, los cuidadores están expuestos a diferentes factores y experimentan situaciones ignoradas tanto por el actual sistema de seguridad social como por la familia, porque no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado y el reconocimiento de su labor; (Pinto N, Barrera L, 2003).

La presente investigación permitió estimar la magnitud de la condición de agotamiento laboral en el cuidador primario institucional, el papel que predispone su ámbito biopsicosocial y los posibles factores de riesgo en la atención en salud al paciente adulto mayor de los cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema

La población de adultos mayores ha venido en aumento en los últimos años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2050 el número de personas mayores de 60 años se abra duplicado, pasando de un 11% calculado en el año 2006 a un 22% estimado, por lo cual aumentarán las enfermedades crónicas no transmisibles impactando así el sector de salud pública. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

“El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos estudiados hoy en día, puesto que trae profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países, situación ya experimentada en los países desarrollados”; (Aranibar, P. 2001). “Los cambios propios del envejecimiento asociados a estilos de vida y generalmente condiciones socioeconómicas deficientes, llevan al anciano a una situación de mayor vulnerabilidad de su salud funcional, llegando a producirse pérdida de autonomía en diferentes grados, situación en la cual el adulto mayor depende de otra persona para efectuar las actividades de la vida diaria”; (Espinoza E, Méndez V, 2009).

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios de protección social, así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales. A las personas mayores se las percibe cada vez más como elementos que contribuyen al desarrollo; se considera que sus habilidades para mejorarse a sí mismas y a la sociedad se deberían integrar en las políticas y en los programas a todos los niveles.

En la última década ha venido en aumento el envejecimiento en la población a nivel mundial; esto trae consigo consecuencias en todos los entornos de la sociedad; tanto a nivel social, político y económico; las implicaciones del cambio demográfico se ven reflejadas en el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles; patologías que se ven claramente marcadas en el adulto mayor; debido a cambios fisiológicos propios del envejecimiento. El cuidado en el adulto mayor genera dependencia tanto física como emocional. La literatura ha descrito ampliamente en

los últimos años información sobre la sobrecarga en cuidadores primarios, describiendo repercusiones a nivel social, económico y biológico, sin embargo se encuentran pocos estudios que permitan valorar estos aspectos en un cuidador primario institucional; los cuidadores asistenciales de adultos mayores dedican gran parte de tiempo y energía a su labor, ejerciendo una profesión que favorece múltiples condiciones para el desarrollo de un desgaste, estrés y agotamiento laboral.

Los adultos mayores principalmente los dependientes requieren de un cuidador o persona que sea responsable de atender sus necesidades diarias y que les suministre tanto apoyo físico como emocional. Generalmente el cuidador pasa la mayor parte del día con la persona a su cargo y en muchas ocasiones conviven con ella, esta situación y una atención sin límites de horarios aunado a patologías incapacitantes que generalmente se sufren a una edad avanzada, generan mayores demandas de cuidados tanto familiares como institucionales. (Giraldo CI, 2005). Estas atenciones provocan en el cuidador primario desgaste emocional, que afecta todas las esferas en las que se desenvuelve el mismo.

El cuidador primario es aquella persona que brinda de forma directa atención formal al paciente y desempeña tareas de asistencia especializada y que se encuentra enfocadas en la prestación de servicios de salud de calidad (Hernández, Z.2006:56); la importancia del reconocimiento de los cuidadores primarios como población potencialmente en riesgo se debe a la demanda de tiempo y energía que se invierte en el cuidado del adulto mayor; por estas razones existe la posibilidad de generar una sobrecarga laboral entendida como el conjunto de problemas que afecta la estabilidad de las dimensiones que lo rodean repercutiendo en el desarrollo óptimo a nivel laboral como cuidador (Pinzon Rodriguez, 2016); la sobrecarga laboral puede dar como resultado un agotamiento laboral que conlleva a un síndrome de burnout definido como “una respuesta al estrés laboral que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional”.(Jimenez, 2005: 161-183).

Para algunos autores, el “Cuidador Primario” es un paciente oculto que precisa de un diagnóstico temprano y una intervención inmediata antes que el deterioro sea difícilmente reversible. Esta enfermedad se caracteriza por la existencia de un síndrome pluri-sintomático (síndrome del cuidador / burnout), que afecta todas las esferas de la persona con repercusiones médicas, emocionales, sociales que en muchas ocasiones sobrepasa la propia capacidad física y

mental de cuidador, conformando un evento estresante crónico que genera sobrecarga física, emocional, socio familiar que suele afectar al cuidador, pero también repercute en el cuidado y trato del adulto mayor a su cuidado. (Toscan Torres, 2017). En consecuencia, la ayuda que han de suministrar los cuidadores por las propias características de la dependencia es en general constante e intensa. Tal situación es conocida como síndrome del cuidador, síndrome de burnout y en algunos casos síndrome del asistente desasistido.

El síndrome de burnout surge principalmente, entre otros trabajadores, en aquellas personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona en situación de dependencia. Se caracteriza por un agotamiento tanto físico como mental, con un cuadro parecido al del estrés laboral o “burnout”. Lo manifiestan aquellos cuidadores a cargo de personas que requieren ayuda constante por presentar algún grado de alteración o deficiencia de orden neurológico o psiquiátrico, como por ejemplo algún tipo de demencia. La vida del cuidador cambia radicalmente como consecuencia de la demanda requerida. Su nueva responsabilidad requiere una profunda transformación de su forma y calidad de vida, ya que, en general, nadie está preparado para vivir 24 horas al día con una persona que se deteriora día a día de forma progresiva. (Bermudez Santana, Sandra; 2014). Esta situación generará profundas reacciones afectivas, caracterizadas por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión en los cuidadores primarios debido a la pérdida de energía. Se muestra en la pérdida progresiva de energía, el agotamiento, la fatiga, que se manifiesta física o psíquicamente.

En este sentido, planteada la problemática anteriormente descrita se determinó primordial investigar sobre y la prevalencia del síndrome de burnout y sus consecuencias en los cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez, ya que la evaluación de esta no es una práctica clínica habitual; y con ello el estudio permitió crear estrategias de intervención y prevención y así de alguna forma llegar a reducir los factores de riesgo en cada uno de los cuidadores primarios que colaboran con la institución, centrando la atención en las necesidades de cada uno de los cuidadores para contribuir en la mejora de su calidad de vida, fomentando las prácticas de auto cuidado dentro de la institución y en cada uno de sus hogares.

Para tal efecto se da respuesta a las siguientes interrogantes: ¿cuáles son las manifestaciones del síndrome de burnout que presentan los cuidadores primarios del adulto mayor con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez?, ¿qué niveles de sobrecarga psíquica y emocional presentan los cuidadores/as primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez?, y por último, ¿de qué forma se pueden minimizar las consecuencias negativas del síndrome de burnout en cuidadores/as primarios de adultos mayores que laboran en Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez?

1.02 Objetivos

Objetivo general

Identificar las manifestaciones del síndrome de burnout que presentan los cuidadores primarios del adulto mayor con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles. San Lucas, Sacatepéquez.

Objetivos específicos

Identificar características del síndrome de burnout en sujetos dedicados al cuidado de adultos mayores en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez

Determinar los niveles de sobrecarga psíquica y emocional de los cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez.

Conocer que prácticas de auto cuidado y que espacios de expresión emocional son empleados en cuidadores/as primarios de adultos mayores dependientes institucionalizados, en Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez.

Minimizar las consecuencias negativas del síndrome de burnout en cuidadores/as primarios de adultos mayores que laboran en Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez.

1.03 Marco teórico

1.03.01 Antecedentes

Una investigación realizada por Domínguez Segura (2006) para valorar el impacto físico y psicológico que produce ser cuidador primario de personas dependientes por ancianidad, enfermedades crónicas e invalidez; identificaron que lo que aquejó principalmente a los cuidadores, fue: la mayoría (84%) cambiaron su vida anterior, se sentían rebasados (20%), modificaron su proyecto de vida (66%), tenían insomnio (40%); consideraban que el cuidar al anciano les exigía esfuerzo físico drástico (76%), además de confesarse tensos, nerviosos e inquietos (64%). En el estudio también descubrieron además prevalencia de ansiedad de 36%, la mitad de los cuidadores tomaba “ansiolíticos/hipnóticos”, 55% de estos no asistieron al médico en los seis meses recientes a la fecha de estudio.

En el estudio referido la mayoría de los cuidadores (68%) consideró inicialmente ser capaz de cuidar a la persona a su cargo, pero al aumentar la edad de los ancianos esta consideración disminuyó. A la combinación de problemas mentales, sociales, económicos y físicos en los cuidadores de sujetos enfermos o dependientes se le considera sobrecarga del cuidador.

Por ejemplo: Un estudio de casos y controles en 156 cuidadores y en la misma cantidad de personas que no lo eran, cuyo objetivo era conocer la sobrecarga percibida por los cuidadores y la repercusión en su calidad de vida, salud integral y la necesidad de utilizar recursos sanitarios. Encontraron, que 66.4% de los cuidadores presentaba sobrecarga y 48.1% manifestó tener mala o muy mala salud; en comparación a 31.4% del grupo control.

Otro hallazgo fue la gran prevalencia de ansiedad y depresión, así como la alta disfunción familiar y sensación de apoyo social insuficiente. Respecto a la calidad de vida de los cuidadores familiares de ancianos. Otra investigación realizada por González Pisano (2009) se identificó que el nivel intenso de sobrecarga relacionada significativamente con el bienestar y la salud de este, descubriendo que la satisfacción de vida declinaba cuando se acrecentaba el nivel de carga en el cuidado. El agotamiento físico y emocional son señales que el cuidador puede percibir oportunamente, de no ser así, puede enfermar e ignorar que se encuentra deprimido, sin deseo de alimentarse, descansar o distraerse, llegando a ser nocivo para su salud. De esta manera, el cuidador sufre desgaste y por ello decidimos estudiar el síndrome de burnout en los cuidadores familiares de adultos mayores de ambos sexos.

Los estudios que se describen evidencian lo complejo que es el trabajo del cuidador. Se refleja altas implicaciones en la salud. En el presente estudio emerge de la necesidad de adquirir conocimientos sobre los cuidadores primarios, las condiciones en que se realizan los cuidados al adulto mayor con demencia, la presencia de sobrecarga en el cuidador informal de los adultos mayores y su predicción del síndrome de burnout. El trabajo con adultos primarios es una tarea que, así como requiere de especialización en la atención, también genera consecuencias cuando el trabajo es altamente estresante y no se toman las medidas necesarias para su mejora.

1.03.02 Clasificación de cuidadores de adultos mayores

Para fines de la presente investigación se describió al cuidador primario como la “persona que brinda atención sea familiar, amigos, vecinos o persona conocida por el paciente o la familia; sin capacitación previa, sin remuneración, con alto grado de dedicación y afecto y atención ilimitada”. (Hernández, 2006). El cuidador primario informal la mayoría de las veces es un familiar que en la mayoría de los casos no tienen la formación adecuada en salud para atender los requerimientos que pueda presentar el familiar, además de las potenciales crisis por cambios en roles, patrones de conducta y horarios. El cuidador primario formal es, “quien adopta una capacitación teórico-práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su ambiente, que apunta a crear habilidades de autovaloración y autocuidado, desenvuelve prácticas, habilidades a través de las tareas habituales como cuidador domiciliario toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan. Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento”. (Gallardo, 2016).

De este modo al hablar del cuidador formal se debe de tener en cuenta cada una de las situaciones que generan estrés laboral o un mal ambiente laboral; se suele tener la creencia que por tener un mayor conocimiento en la materia de cuidados personales, estas personas se ven menos expuestas a desarrollar un cuadro de estrés laboral o burnout; a pesar de la formación profesional o la experiencia que tenga el cuidador primario institucional, este aun va estar expuesto a que haya sobrecarga laboral ya sea por alta demanda de pacientes, por la dificultad de tratar pacientes dependientes, por horarios extensos o horarios de manera continua, con la posibilidad latente de generar estrés laboral, pérdida de tiempo con su familia, aislamiento social, deterioro de

situación económica, provocando cambios en su calidad de vida, repercutiéndose en alteraciones conductuales y emocionales, lo que algunos autores denomina el síndrome de sobrecarga del cuidador y diagnosticarse con síndrome de burnout.

También se puede hablar de cuidador primario institucional: “es aquella persona profesional en el área de la salud o persona no profesional con experiencia en cuidado por largo tiempo quien se encarga de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante el día” (López M, 2009). En lugares especializados con remuneración económica y horarios establecidos para dichas funciones. La tarea que el cuidador primario institucional brinda es dura, fatigosa y difícil, muy alargada en el tiempo, con frecuencia sin descansos y a veces con responsabilidades que van más allá de lo razonable, comprometiendo muchas veces la actividad laboral y familiar.

El cuidador primario institucional, dentro de las labores que realiza de manera cotidiana para el cuidado de la persona que tiene a cargo debido a que es una función más que todo laboral que le permite la subsistencia económica pierde su entorno social y familiar, encaminándose de manera paulatina y continua a un desgaste físico, de salud y psicológico algunas veces grave.

Otro aspecto que distinguir en el ejercicio del rol de cuidador es distinguir si quien lo ejerce es un cuidador informal o un cuidador formal. Los cuidadores informales, personificados habitualmente por familiares, amigos o vecinos, no disponen de capacitación, muchas veces no perciben remuneración, o si las perciben son insuficientes, tienen una elevada responsabilidad afectiva y con asiduidad no tienen límite de horario. Otro aspecto que se debe tomar en cuenta cuando se habla de cuidadores formales o informales e institucionales es que “la cantidad y calidad de cuidados que ofrece el cuidador están determinadas por unas variables como: el tiempo, la relación paciente-cuidador, el tipo y estadio de la enfermedad y la formación. Variables que pueden venir del paciente y/o el cuidador, y a la vez van a repercutir directamente sobre ambos”. (Velásquez 2011). Esto permite determinar que todo cuidador tendrá una carga de trabajo que se puede identificar como carga subjetiva y como carga objetiva, la primera se define de acuerdo con Flores (2012) como “la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. Y la segunda, también definida como “la carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en

diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado”.

La carga laboral del cuidador de una persona va depender de la dependencia de la persona a quien se cuida, entonces se avecina el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar diversa problemáticas emocionales y psicosociales como el síndrome de burnout.

Frecuentemente el cuidador primario institucional a estar cargado laboralmente afecta su bienestar y puede constituirse el área sanitaria como un paciente “oculto”, que requiere de un diagnóstico e intervención inmediata, antes de que se complique su salud y pueda llegar a presentar el síndrome de burnout. Los cuidadores primarios institucionales se sienten agobiados por las exigencias de cuidados, llegando a presentar ansiedad y depresión. “Estos efectos son mayores y más frecuentes en cuidadores que deben lidiar con personas que presentan problemas conductuales, como agresividad y conducta errante, además cuando el curso de la enfermedad es de naturaleza impredecible. Pero también se han descrito efectos positivos asociados al cuidado, como el aumento de la autoestima, mayor satisfacción personal al sentir que el ser querido está siendo cuidado adecuadamente”. (Zambrano, 2007). Seguramente el sentimiento positivo de que se está haciendo lo correcto al cuidar al enfermo desde la familia siempre va a surgir, sin embargo, las consecuencias cuando sólo una persona se dedica a realizar este tipo de atenciones o cuidados puede ser conflictivo para la salud. Cuando a la persona que está enferma se dedican varios de la familia a cuidarlo quizá no se llegue a consecuencias negativas en la salud; sin embargo, cuando de cuidados desde una sola persona se habla, como en el caso del cuidador institucional, las consecuencias en la salud si puede ser negativas.

Un estudio cualitativo de calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional menciona la soledad, el aislamiento social, la sobrecarga de trabajo, el deterioro de la salud física y mental, y el olvido de sí mismo, como consecuencia del desempeño del rol de cuidador. Existen escasos y poco concluyentes estudios que determinan si la condición de dependencia de la persona cuidada se relaciona en forma directa con la sobrecarga percibida por el cuidador. (Quiceno, 2007).

A partir del rol del cuidador, se identifican funciones inherentes a su tarea, agrupándolas y categorizándolas en cuatro competencias:

De acuerdo con Flores Saniego, (2014) se describen a continuación:

- **Prevención:** accionar del cuidador domiciliario que permite advertir y revelar precozmente aquellas situaciones que se muestren como mediadores y/o conducentes a deterioros en los aspectos bio-psico-social de las personas que reciben el cuidado domiciliario.

- **Promoción:** centrar la mirada en la identificación y la optimización de las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada, de las conductas resilientes y promover acciones de estimulación que permitan o fortalezcan, según corresponda, la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.

- **Educación:** pretende que el cuidador sea el interlocutor para difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo familiar. Transferir conceptos acerca de cuidados y autocuidados; proporcionar información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario.

- **Asistencia:** proporcionar apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida, de aquellas personas que reciben el cuidado.

Debido a que los cuidadores representan un recurso muy valioso para alcanzar el bienestar de la población que cuidan y que el desempeño de este rol les puede provocar consecuencias negativas para su salud, surge la necesidad de conocer desde la perspectiva de quienes cuidan, cuál es el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol y cuáles son los factores relacionados para poder establecer estrategias de intervención que permitan prevenir o detectar precozmente la sobrecarga en los cuidadores. Esto permite visibilizar que las personas que desempeñen un rol como el de cuidadores primarios o institucionales deben estar sanos ya que de ellos depende la salud también de las personas a las que atienden.

Cuidar a algún enfermo o a alguna persona dependiente (sobre todo por salud o incapacidad) implica una carga laboral para los cuidadores que se pueden ver afectados en la salud física y emocional, entonces pueden aparecer cuadros clínicos como: angustia, ansiedad, agotamiento, síndromes y dentro de estos el síndrome de burnout que pueden limitar también el desempeño laboral. A continuación, se describe este último, por ser eje fundamental en la presente investigación, sin embargo, no se niega la posibilidad de comorbilidad con estas problemáticas que se han mencionado y otras más.

1.03.03 Síndrome de burnout

El concepto del burnout se ha definido, tradicionalmente, a través de los síntomas que este fenómeno suscita entre los individuos que lo experimentan.

De acuerdo con Schaufeli y Buunk (2003), "la definición del burnout basadas en los síntomas presenta inconvenientes, dado que excluyen aspectos esenciales del constructo, y, en última instancia, tienden a ignorar el proceso que se lleva a cabo en el desarrollo del burnout. Sin embargo, a pesar de que no existe una conceptualización que cuente con el beneplácito unánime de los investigadores, existe cierto consenso al considerar el burnout como "una respuesta al estrés laboral crónico cuya incidencia se refleja en mayor medida en las profesiones asistenciales".

Freudenberguer (1974) considera el burnout "como una sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés derivado de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del empleado". Paralelamente, Edelwich y Brodsky (1980) proponen que el burnout es "la pérdida progresiva del idealismo, energía y razones en las profesiones de ayuda como consecuencia de las condiciones laborales. Para ellos, el individuo atraviesa cuatro fases; a saber: a) entusiasmo, caracterizado por energía desbordante; b) estancamiento, el sujeto no logra alcanzar sus aspiraciones; c) frustración, se comienza a percibir problemas emocionales, físicos y conductuales (núcleo central del burnout); y d) apatía, el empleado desarrolla mecanismos de defensa ante los sentimientos de frustración".

La primera aproximación acerca del burnout en el área asistencial fue realizada por Maslach y Jackson (1981). Así, estos autores consideran el burnout como "un síndrome de Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal cuya manifestación ocurre entre individuos que trabajan con personas. Tal como se indica, el burnout consta de tres dimensiones fundamentales que representan las distintas etapas o fases por las que atraviesan los

sujetos. La Despersonalización apunta a actitudes poco sensibles y cínicas hacia los destinatarios de los servicios. Finalmente, la baja Realización Personal se asocia a la tendencia de los individuos a evaluarse negativamente” (Maslach, 2009).

Como se puede evidenciar en las diversas ponencias respecto al síndrome de burnout se percibe esa inconsistencia entre lo que un trabajo debe permitir para que el colaborador se sienta adecuadamente dentro del espacio laboral, en esta situación lejos de ser el trabajo un ambiente que satisfaga emocionalmente es un cultivo de insatisfacción y de enfermedad, el agotamiento emocional se deriva de la experiencia individual dentro de un contexto de relaciones sociales complejas que va más allá del estrés, esta dimensión se asocia a la pérdida de energía, de confianza o de interés y, en última instancia, se identifica con el estrés. En este sentido, los sujetos que manifiestan este tipo de sentimientos no son capaces de adaptarse al entorno laboral, dado que carecen de suficiente energía para afrontar las tareas laborales. En última instancia, debido a las alteraciones de la carga laboral puede existir la percepción de incompetencia y carencia tanto de logros como de productividad en el desempeño del puesto de trabajo, así mismo se refleja sentimientos de incompetencia, escasez de logros y productividad en el trabajo desde la empresa y desde el colaborador.

La perspectiva clínica considera que el burnout se asocia a un “estado al que llega el individuo como consecuencia del estrés laboral” (Gil-Monte y Peiró, 1997:14). Bajo esta óptica, la definición del burnout se identifica con un conjunto de sentimientos y comportamiento relacionados con el estrés.

El burnout, “en este sentido se considera una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos en el ámbito laboral; originándose como consecuencia de un desajuste entre las demandas de trabajo y los recursos con los que cuenta el individuo para hacer frente a esos estresores. El burnout no sólo es un estrés laboral prolongado, si no que puede ser considerado como una etapa final debido a la inadaptación producida por un desequilibrio a largo plazo entre las demandas y recursos laborales esta articulación se efectúa a través de la pérdida de energía, así como la manifestación de actitudes negativas y disfuncionales en el contexto laboral, pese a que el estrés laboral se identifica con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, no necesariamente se asocia a comportamientos y actitudes perjudiciales tanto para el trabajo como para la organización. Eso significa que este tipo de síndrome se puede considerar

ya como la fase ulterior de la crisis laboral, previamente se pudieron detectar síntomas que no afectaran la salud de los colaboradores, en el caso específico, de los cuidadores primarios e institucionalizados. Algunas veces las personas se ven obligados a aceptar trabajos que realmente desgastan por la ausencia de acceso al trabajo digno y satisfactorio, las condiciones laborales que algunos empleadores ofrecen no son las necesarias para cuidar la salud de los trabajadores.

1.03.04 Principales corrientes teóricas del burnout

Desde la aparición del burnout en la literatura psicológica, han surgido múltiples corrientes teóricas de investigación de este fenómeno con el objetivo tanto de describir sus causas como de entender su proceso de desarrollo. La proliferación de estos modelos teóricos en torno al burnout responde a la necesidad de explicar los factores que participan en su desarrollo, así como a la importancia de integrarlos en marcos teóricos más amplios. “Los modelos teóricos relativos al burnout se centran en dar respuesta a las cuestiones que suscitan los sentimientos de desgaste y, en última instancia, articular una teoría adecuada a la etiología del burnout”. (López Ríos y Ortega Ruiz, 2004). No significa que un modelo teórico sea mejor que otro, lo importante es que en ambos se centra la necesidad de evidenciar este problema en el ámbito laboral y con ellos surjan métodos o formas de acompañar a los trabajadores para evitar problemas en su salud.

- **Teoría sociocognitiva del Yo**

Esta teoría de acuerdo con Gil-Monte y Peiró, (1999) se caracteriza por las variables del self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) que desempeñan un papel central en la elucidación del problema, considerando que las cogniciones influyen en cómo los sujetos perciben y hacen su trabajo, a su vez estos conocimientos son modificados por las acciones y por la acumulación de los efectos observables en los otros; así mismo, el grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades predecirá el empeño que ponga para la consecución de los objetivos o la dificultad en conseguirlos; además, estipulará las reacciones emocionales como el estrés o la depresión que acompañan la acción de cada sujeto.

Este modelo propone una visión donde las personas que desarrollan su actividad laboral y desempeñan un cargo de cuidador en contacto con los usuarios de la organización, vivencian percepciones de falta de equidad o ganancia que despliegan los individuos como consecuencia del proceso de comparación social que establecen con respecto a las relaciones interpersonales, causado en muchas ocasiones debido al cansancio y estrés. Los profesionales asistenciales forman

relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, reconocimiento y gratitud) hacia las personas atendidas y a la organización; cuando estos perciben que su esfuerzo e implicación en su entorno laboral no es reconocido pueden existir elementos subjetivos que intensifique los síntomas de burnout (sobrecarga laboral, dificultad en la toma de decisiones, ambigüedad de rol). La variable que adquiere especial relevancia es la autoconciencia que, ubicada dentro de los rasgos de personalidad, se entiende como la capacidad que posee un empleado para controlar sus niveles de estrés durante la realización de una actividad. Aquellos sujetos que muestren una tendencia exagerada a la autoconciencia tendrán mayores niveles de estrés. Thompson, Page y Cooper (1993).

- **Teoría del intercambio social**

La teoría del intercambio social sugiere que el burnout se explica, fundamentalmente, a través de la percepción de falta de equidad que despliegan los individuos en las profesiones asistenciales. Las interacciones interpersonales que se establecen en estos contextos laborales derivan en relaciones de intercambio que, en última instancia, se convierten en un proceso de comparación social. Ahora bien, “si los sujetos perciben de manera continuada que contribuyen a la institución en una proporción mayor de lo que reciben, acabarán desarrollando sentimientos de burnout”. (Ayala Calvo, 2013).

Coherente con ello, autores como Buunk (2005) y Salanova y Llorens (2008) asumen la existencia de dos factores que inciden en la aparición del síndrome de burnout: el intercambio social y el proceso de comparación social y de afiliación con los compañeros de trabajo. Con respecto al intercambio social, consideran que hay tres fuentes relevantes de estrés: la incertidumbre o la poca claridad entre emociones, pensamientos y acción; la equidad percibida con relación a lo que las personas dan y reciben proporcionalmente en el transcurso de sus relaciones, y la incapacidad del individuo de controlar los productos de sus acciones laborales. El segundo componente que consideran predictor para el desarrollo del síndrome es el de comparación social (percepción subjetiva de falta de apoyo social) y afiliación con los compañeros de trabajo (aprendizaje vicario de los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros).

Esta teoría sostiene que “los individuos se esfuerzan por obtener, conservar, fomentar y proteger aquellos recursos que valoran” (Hobfoll, 2011). Estos recursos clave son indispensables para afrontar el funcionamiento y organización de sus relaciones sociales o la adaptación al ámbito

organizacional. Dichos recursos dependen de los sujetos y conectan, en la mayoría de las circunstancias, con situaciones y experiencias personales.

- **Teoría organizacional**

Para efectos de la presente investigación esta teoría se utilizó de base para la comprensión del concepto y origen del síndrome de burnout, ya que se basa en modelos que centran la atención en los estresores laborales y las estrategias de afrontamiento. Así, pues, las variables implicadas en la aparición del burnout son el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto con las habilidades del individuo para desafiar las situaciones estresantes. En este sentido es importante señalar que el burnout es una manifestación como respuesta al estrés laboral.

Gil-Monte y Peiró (1999), proponen que la estructura, la cultura y el clima organizacional son variables importantes para el desarrollo del síndrome de burnout. La estructura organizacional y la institucionalización del apoyo social varían de acuerdo con la empresa y son aspectos relevantes en tanto propician o no un desgaste laboral para el individuo. En una estructura organizacional burocrática (autoritaria) se evidencia monotonía, rutina y una falta de control sobre el propio rol laboral, y en una estructura organizacional sin límites claros, el empleado experimenta ambigüedad en el rol y conflictos interpersonales al no contar con una certeza en la realización de sus labores. En este punto cabe destacar que la estabilidad laboral y supervisión controlante que se relaciona con el tipo de estructura organizacional como lo es un ambiente hospitalario o de cuidado permanente, se convierten en factores de riesgo para desarrollar síndrome de burnout.

La presencia del síndrome de burnout trae consecuencias importantes no solo a nivel de la producción y rendimiento laboral, sino también a nivel personal. El síndrome de burnout origina una serie de consecuencias físicas, psicológicas y laborales graves en la persona que lo padece, trayendo compromisos tanto sociales como familiares. A nivel físico, la persona experimenta un decremento en la salud que se evidencia tras la presencia de cefaleas, taquicardias y alteraciones gastrointestinales, adicionalmente a ello, presencia de síntomas internos como ansiedad y depresión y manifestaciones conductuales que indican irascibilidad y hostilidad; inclusive, en algunos casos, facilita la aparición de conductas adictivas, como el consumo de drogas psicoactivas y alcohol. Este tipo de consecuencias personales que se genera termina posibilitando la presencia

de huelgas y absentismo laborales, que influyen de manera directa en la calidad y cantidad del rendimiento laboral.

Es claro que la presencia del síndrome de burnout trae costes económicos, sociales, personales y laborales tanto a la persona que lo posee, como a la organización de la cual hace parte y va posibilitando el deterioro en las diversas áreas de funcionamiento. Pareciera existir unos factores personales o condiciones internas con las que cuenta la persona, que pudieran activarse frente a las demandas laborales, las cuales son coherentes con el tipo de estructura y dinámica organizacional y facilitan la aparición del síndrome de burnout. Así, algunos sujetos son más vulnerables que otros a desarrollar el síndrome, pues ello depende en parte de las estrategias cognitivas que se tengan para resolver los problemas, del tipo de ejercicio profesional y del desarrollo de factores de resistencia o de protección que se encuentran ligados a las variables individuales, como el tipo de personalidad y constructos o rasgos de la misma. Por ello, “los recursos personales con los que la persona haga frente a las demandas laborales serán un predictor importante en el posible desarrollo o no del síndrome de burnout” (Gantiva, James & Villa, 2010).

1.03.05 Variables predictivas del burnout

Pese a que las investigaciones sobre el origen del burnout prestan especial atención a los factores organizacionales, es importante poner de relieve que las variables personales no solo ejercen una importante influencia en la aparición del burnout, sino que también efectúan en la predisposición del sujeto al burnout. Por tanto, es ineludible considerar la interacción que se establece entre los elementos propios del entorno laboral y los aspectos relativos a las variables de personalidad. Uno de los constructos más conocidos en este ámbito es la personalidad resiliente. Los individuos con este tipo de personalidad consideran que pueden controlar todo aquello que les rodea. Para ello, intentan oponerse de forma activa y comprometida a los estímulos estresantes que se originan, pues los perciben como retos más que como amenazas. Respecto al burnout, los hallazgos constatan que la personalidad resiliente no sólo actúa sobre los niveles de burnout de forma directa, sino que también amortigua la influencia de los estresores laborales en la aparición del burnout. (Moreno-Jiménez, 2006). Algunos de las variables individuales asociadas al desarrollo del síndrome de burnout son las siguientes:

1.03.06 Variables individuales del síndrome de burnout

Estrés: El estrés es conocido como un nivel de sobrecarga psíquica de estímulos potencialmente estresantes como lo pueden ser un horario o una carga laboral excesiva. Sin embargo, “en el ámbito laboral parece necesario un nivel de tensión mínima para que el trabajador muestre al máximo sus capacidades, pero los desequilibrios de estos niveles pueden afectar drásticamente su rendimiento personal y los de la organización, junto con influir negativamente sobre su desarrollo personal, familiar y laboral”. (Cohen, Kamarck y Mermelstein, (1983)

Apoyo social: De acuerdo con la revisión realizada por Acuña y Bruner (2006), “se puede distinguir entre dos tipos de apoyo social, el percibido y el recibido, el primero se refiere a la expectativa de un individuo de involucrarse en interacciones positivas con otros. El segundo se refiere al apoyo real que un individuo ha recibido en el pasado en situaciones de necesidad”.

Satisfacción vital: De acuerdo con Pavot, Diener, Colvin y Sandivik (1999), “la satisfacción vital alude a una evaluación global que la persona hace sobre su vida, incluyendo el examen de los aspectos tangibles obtenidos, el equilibrio relativo entre aspectos positivos y negativos, comparaciones con un criterio elegido por la misma y elaboración de un juicio cognitivo sobre su nivel de satisfacción. Señala que la satisfacción (junto a la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad) forma parte de las emociones positivas sobre el pasado; esto indica que la valoración y el disfrute insuficientes de los buenos momentos del pasado, así como enfatizar demasiado los malos, son aspectos que socavan la serenidad, la felicidad y la satisfacción”.

Satisfacción laboral: Según señalan Pozo, et al. (2005), “no existe una conceptualización unánime del término “satisfacción laboral” pudiendo encontrar casi tantas definiciones como autores que trabajan en este ámbito”. Sin embargo, estos autores sugieren que quizá la definición más esclarecedora en este sentido sea la que formula Peiró (1984), “al distinguir entre actitud o disposición para actuar de un modo determinado en relación con aspectos específicos del propio trabajo, y la satisfacción con el mismo, que sería concebida como una actitud general resultante de muchas actitudes específicas asociadas a distintos aspectos o condiciones de trabajo”

Estilos de afrontamiento: Lazarus y Folkman (2002) “definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para

manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Las respuestas de afrontamiento cumplen con la tarea de mantener dos funciones: la primera corresponde a manejar o alterar las relaciones de persona, ambiente que supone la fuente de estrés, conocida como afrontamiento centrado en el problema, mientras que la segunda se refiere a la regulación de las emociones de estrés, conocida como afrontamiento centrado en las emociones”.

Los recursos cognitivos y conductuales que utiliza una persona frente a situaciones estresantes es lo que se conoce como afrontamiento, este está relacionado con un procesamiento cognitivo o de interacción social que surge como resultado de un evento o situación estresante y sugiere el modo en que un sujeto intenta resistir y superar demandas excesivas para adaptarse a una nueva situación y restablecer el equilibrio; cuando las demandas del sujeto exceden sus recursos, podríamos decir entonces que el estrés es la consecuencia del desequilibrio entre los recursos del sujeto y las demandas de la situación; por lo tanto, el afrontamiento es la puesta en práctica de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes para manejar demandas externas o internas que el sujeto evalúa como excesivas y desbordantes en comparación a sus recursos, mientras que las estrategias son las pautas comportamentales que el sujeto despliega de acuerdo con los recursos que el medio social y cultural le ofrecen.

1.03.07 Variables organizacionales del síndrome de burnout

Debido a los constantes cambios del entorno, además de cada uno de los procesos de adaptación y la implacable amenaza de ser incapaces de lograr salir bien librados del camino, puede ser razonable pensar que las personas se sientan tensionadas y agotadas debido a esta continua intensificación de transformaciones en el ambiente que nos rodea. Es importante entender con claridad que “una variable psicosocial es aquella que incluye los diferentes contextos en el que vive el hombre, entendiéndose estos como el social, familiar, laboral, cultural y económico” (Garrido, 2005).

Para poder reconocer la importancia de cada uno de los factores organizacionales que se deben tener en cuenta para prevenir el síndrome de burnout dentro de la institución laboral se pueden mencionar algunos de los más importantes:

Clima organizacional: Cuando se habla de este concepto no existe un completo acuerdo entre las investigaciones en señalar un concepto único. Sin embargo, predomina la definición que “el clima es el conjunto de percepciones que tienen sobre la organización los empleados de esta, considerados como un todo. Independiente del autor o teoría de referencia, hay un amplio acuerdo en que el clima organizacional está compuesto por diferentes dimensiones que caracterizarían aspectos particulares del ambiente organizacional” (Salgado,1996).

El clima organizacional se conforma de percepciones individuales dentro de las organizaciones, pero debe haber un grado de consenso elevado para considerarse clima, esto es, las percepciones han de ser compartidas. En lo relacionado con el burnout no es apropiado centrarse sólo en el individuo al analizar el desarrollo de este síndrome, ya que la dificultad de establecer un equilibrio entre los empleados y su ambiente de trabajo desempeña un importante papel la aparición del burnout en el individuo.

Al hablar de clima organizacional se debe tener en cuenta las estructuras principales y dinámicas que conforman el mismo.

Dinámica del trabajo: son las interacciones mal manejadas con compañeros de trabajo e inadecuado establecimiento de los roles a desempeñar en la organización.

Inadecuación profesional: individuos con perfil profesional y personal no adecuado al puesto de trabajo que desempeña.

Sobrecarga de trabajo: son las exigencias laborales que exceden las racionalmente aceptables; acompañadas de exceso de tareas poco agradables. A mayor exigencia laboral, mayor responsabilidad con las tareas cotidianas y mayor probabilidad de presentación del síndrome.

Ambiente físico de trabajo: el nivel de ruido e intensidad que debe soportar el empleado en su lugar de trabajo que predispone a estrés laboral.

Los turnos de trabajo: larga jornada laboral sumada a las actividades realizadas con sobrecarga de trabajo.

Estresores relacionados con las nuevas tecnologías: el manejo de nuevas tecnologías se convierte en un estresor laboral al desacomodar al empleado de su zona de confort.

Estructura organizacional: se presenta en organizaciones donde la toma de decisiones es rígida y sujeta a la cabeza de la organización. Limitando nuevas ideas e improvisación de los empleados. Piccoli y de Witte (2015).

Teniendo en cuenta que el trabajo es la fuente fundamental de ingreso de la mayoría de las personas, los problemas relacionados con este se constituyen en un riesgo muy serio para su estabilidad psicosocial, de la familia a la cual pertenece; esto significa que las condiciones en el lugar de trabajo pueden contribuir a que los empleados desencadenen problemas en su salud tanto física como emocional. La estabilidad de las personas debería ser un pilar importante para la empresa en la que se desempeñan, debido a que el capital humano determina en últimas la productividad y estabilidad de las organizaciones.

- **Condiciones laborales**

“A lo largo de la historia se ha venido cambiando el papel que juega el trabajador dentro de una organización. En principio se buscaba que éste, solo produjera, después se enfocó en que fuera un trabajador “mecánico”, es decir, que se dirigiera a lo administrativo y económico. Pero con el paso del tiempo hemos visto como las organizaciones ya no simplemente ven a un trabajador sino a un colaborador estratégico para la organización, teniendo su potencial como un talento valioso. Por este motivo es necesario que este colaborador tenga bienestar laboral, el cual se deriva de las condiciones de trabajo en las que se busca promover, el bienestar y la salud mental”. Eso significa que se está hablando de un trabajo más humanizado, más sensible, más acogedor en donde el capitalismo no se encargue de explotar al colaborador y vele por su bienestar emocional y físico; sin embargo, hace falta mucho por alcanzar condiciones laborales que generen la salud mental de los trabajadores, peor por algo se empieza. La psicología dentro de las organizaciones es relativamente nueva, los avances que se han tenido van dando frutos, pero se espera aún más.

La experiencia dentro de las organizaciones han permitido evidenciar que cuando las condiciones laborales no son las óptimas para los trabajadores se pierde mucho más, aparecen otros fenómenos que no contribuyen a la productividad “se puede observar que el síndrome de burnout repercute en los índices de satisfacción con el trabajo, genera propensión al ausentismo laboral e incluso abandono del puesto de trabajo, disminuye significativamente la calidad de los servicios prestados, incrementa los incidentes en el trabajo, intensifica los conflictos entre colegas

lo cual afecta el clima laboral, e incluso aumentan las huelgas y protestas de los profesionales. (GilMonte,2003) por ello es importante mejorar las condiciones dentro de los espacios organizacionales.

El trabajo en el clima organizacional se constituye en una balanza entre la seguridad de la organización y el bienestar del trabajador, ya que el uno depende del otro. Un clima sano y seguro permite que haya salud mental, seguridad laboral y con ello se garantiza la productividad y la calidad de vida de los empleados. La OMS (2013), “define un entorno de trabajo saludable como aquel en el que los trabajadores y directivos colaboran en utilizar un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del espacio de trabajo”. Sin embargo, es importante mencionar que muchos espacios laborales no contribuyen a esa seguridad y bienestar, sobre todo cuando las cargas laborales son altas, como regularmente se da en ambientes laborales como los que realizan los cuidadores institucionales o primarios ya que tienen que realizar turnos de noche y día y que atienden a personas con enfermedades de diversa índole, muchas veces crónicas que impactan la salud mental.

La motivación laboral es considerada por González (2000) como “la fuerza que requiere un trabajador para emprender con éxito su actividad productiva, señalando que la etiología de la motivación laboral se divide en tres ejes básicos: a) Programa de pagos de incentivos, lo cual implica un beneficio importante para el trabajador cuando desarrolle correctamente aspectos importantes del puesto; b) Enriquecimiento del puesto, referido al incremento de la motivación intrínseca de los trabajadores con incentivos emocionales ante conductas asertivas laborales; y c) Administración por objetivos, que consiste en estimular la creación de nuevos valores para lograr los objetivos estratégicos de la organización”. Cuando se habla de síndrome de burnout sin lugar a duda no se está hablando de esa motivación dentro del trabajo tan importante para la organización, ya que de ella también depende la productividad.

Cuando los trabajadores tienen altas condiciones resilientes, el ambiente laboral estresante puede manejarse, para que no llegue a afectar la salud física y emocional, Marsollier (2011), habla de “cómo el bienestar laboral puede ser trabajado y aún más puede llegar a ser potencializado bajo las doctrinas de la psicología positiva y las estrategias de afrontamiento adecuadas para sobreponerse a las dificultades que se presentan diariamente en la labor.

Los sujetos se enfrentan diariamente en el mundo del trabajo a diversas situaciones que resultan estresantes y que exigen de ellos pensar y actuar con rapidez para resolverlas. Estos pensamientos y actos concretos que los trabajadores realizan para lograr adaptarse a las situaciones conflictivas, son las denominadas estrategias de afrontamiento, las cuales serán generales o específicas, según lo amerite la situación.

Si bien existe un estilo de afrontamiento básico, los sujetos construyen mediante el contacto con el mundo que los rodea, estrategias de afrontamiento más complejas (Fernández-Abascal,1997). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que no todas las personas tienen esas posibilidades de sobreponerse al estrés laboral y que si no se atiende con anticipación las consecuencias en la salud física y mental pueden ser complicadas. También hay que recordar que muchas personas debido a la necesidad laboral tienden a aceptar este tipo de trabajos sin tomar en cuenta la salud.

En relación con el que se desempeña en un ambiente laboral de asistencia a terceros, el volumen de trabajo resulta demasiado cansado, ya que la mayoría del tiempo tiene que sacrificar sus horas de descanso para cumplir con sus tareas asignadas. En ocasiones son días enteros de trabajo, porque las responsabilidades son muchas y hay poco personal de apoyo administrativo laborando, lo que también conlleva a una acumulación de trabajo, encontrándose constantemente preocupados, cansados y ansiosos.

Es importante resaltar que en los últimos tiempos las organizaciones han incrementado su preocupación por garantizar el bienestar laboral y social de los empleados, que aunque esta tarea sea compleja y no se haya podido dar garantía total de contextos saludables de trabajo, si existe una preocupación constante por lograr promover y mantener un alto grado de bienestar físico y mental para los colaboradores en sus actividades, con el fin de bríndales una “protección” de riesgos que puedan perjudicar la salud en general y posibilitar la adecuación de estas actividades. La expectativa es que esta preocupación institucional siga creciendo.

1.03.08 Etapas de la vida

En comparación con otros mamíferos, los seres humanos vivimos diversas etapas de vida desde la infancia hasta la adultez. Esto posibilita que incorporemos suficientes conocimientos para que, desde la etapa siguiente y hasta el final de la vida, nos desarrollemos como personas

independientes. Sin embargo, algunas veces esa etapa de la adultez requiere de atenciones especializadas por la complejidad que se viva.

Se entiende por niñez o niño a todo ser humano entre los 0 hasta cumplir los 18 años, pero este es un período de acelerados cambios biopsico-sociales. (Ausubell, 1983). Un punto importante para una primera subdivisión es el proceso de transición que se vive entre los 11 a 12 años, determinado por lo biológico y lo psicológico, identificado por la aparición de los caracteres sexuales secundarios y sesgado por la cultura, denominado "pubertad". Por su importancia individual y social, en las culturas con menos exigencias sociales por el tipo de desarrollo cultural que han alcanzado, esta transición ha significado el paso a la vida adulta y se ha celebrado con ceremonias especiales.

La niñez propiamente tal es uno de los períodos de desarrollo humano mejor estudiado y, por tanto, existe ya un consenso en que el diferente ritmo crecimiento observable en pocos años dentro de la población que la conforma, requiere diferentes satisfactores a sus necesidades en relación inversa a su edad, por lo que se puede señalar dos grupos claramente perfilados:

La primera infancia (0-5 años) caracterizada por un alto grado de dependencia y su alta morbilidad, características que lo ponen en alto grado de riesgo en relación inversa a la edad, por lo que requiere un estricto "Control de Desarrollo y Crecimiento ". De aquí, en la categoría "niños", el grupo de 0 a 1 año sea de muy alto riesgo; el grupo de 2 a 3 años de alto riesgo; y, el grupo de 4 a 5 años que tiene mayor atracción a los intereses exogámicos, como de menor riesgo. Por la condición predominante de riesgo de mortalidad se le denomina "Edad Vulnerable ".

La segunda infancia (6 a 11), se caracteriza por su apertura al mundo externo y por la acelerada adquisición de habilidades para la interacción. En este período los niños tienen un riesgo menor que en la primera infancia, que disminuye igualmente en razón inversa a la edad, por lo que el Control de Desarrollo y Crecimiento se realiza anualmente. (Mansilla, 1987).

Desde los 18 hasta los 65 años se desarrolla una de las etapas más estables a nivel orgánico. Durante esta etapa, considerando el estilo de vida de cada persona, se presenta un bienestar físico general. Las capacidades y las destrezas físicas alcanzan la plenitud: hay gran agudeza visual, auditiva y se ha completado el desarrollo cerebral, sin embargo al llegar a la tercera edad o adulto mayor como común mente se le denomina dice la OMS (2015) que es “una persona es considerada

mayor cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular”. Si bien esta definición sirve como punto de partida para el estudio del envejecimiento, es esencial tener en cuenta que la situación de salud de cada persona es diferente, y que no se debe usar solamente la edad para su clasificación universal, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de la tercera edad. Aún más importante, es que no se use la edad para justificar la discriminación o el trato inequitativo.

“El envejecimiento es un proceso deterioro, asociado a una disminución de la viabilidad y un aumento de la vulnerabilidad manifestado en un aumento de la probabilidad de morir de acuerdo con el incremento de edad cronológica. Comienza a dar evidencias a partir de la sexta década de vida, afectando todos los órganos y sistemas y, por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo. La problemática del envejecimiento poblacional, hasta no hace mucho, había sido considerada una realidad sólo de los países desarrollados”. Eso significa que a esta edad el adulto mayor algunas veces ya necesitará de una atención especializada y de cuidados específicos debido a la pérdida también de habilidades y que es la edad en la que empiezan a aparecer enfermedades crónicas, por ello se hace necesario la atención de una persona con las capacidades y habilidades específicas.

“El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el momento del nacimiento, se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos” (Arango,2015).

Bajo la definición anterior, se considera que el envejecimiento, como un proceso continuo que depende de factores biológicos, sociales y psicológicos que se relacionan con el mismo, permitiendo una interacción entre los mismos que determinan las condiciones propias para generar o no una condición en la cual la salud se vea afectada, ya sea a nivel físico como a nivel cognitivo. La salud es un estado de equilibrio, con determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico con el medio ambiente social, cultural y natural pero este concepto no se ajusta a los ancianos. La salud de las personas adulto mayor generalmente se deteriora con la edad, lo que se traduce en una mayor demanda de atención de medio y largo plazo a medida que aumenta el número de los más mayores. (Satorres Pons, 2013)

Tomando en cuenta lo anterior, se puede considerar la relación marcada entre varios aspectos o variables que determinan la presencia o no de enfermedad en una población general y de forma más marcada en población de la tercera edad o adulto mayor. Conociendo el comportamiento a nivel social sobre las bases poblacionales, las condiciones en salud más relevantes, y teniendo una visión general sobre este comportamiento se implementan en teoría, programas y políticas públicas para trabajar en esta población que requiere más apoyo por parte de la comunidad general, necesitando recursos tanto humano como recursos económicos con el fin de brindar una calidad de vida dependiendo las circunstancias en las que se vea inmerso el individuo perteneciente al grupo de poblacional de adulto mayor, ya que esto general un gran impacto a nivel del desarrollo social, político y económico en la calidad de vida de estos individuos y/o pacientes.

1.03.09 Problemáticas asociadas al adulto mayor

Uno de los procesos más afectados debido a su deterioro es la cognición la cual en términos generales se entiende como el funcionamiento intelectual que nos permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos. Con el envejecimiento se presentan en el cerebro de forma normal cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal; algunos de los cambios morfológicos que se presentan son pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas; disminución del volumen neuronal el cual no es uniforme, cambios sinápticos y en las extensiones dendríticas de las células piramidales que disminuyen en número y tamaño; disminución en neurotransmisores y disminución del número de receptores sobre todo en enfermedades neurodegenerativas, existe disminución del flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno en arterosclerosis, pero permanecen invariables en el envejecimiento en el paciente sano; las alteraciones en la memoria están dadas por cambios en los circuitos frontales-estriados que parecen estar involucrados en el proceso de memorización y la formación del recuerdo. (Benavides-Caro, 2017)

Estos cambios están relacionados con el envejecimiento cognitivo normal, el cual es difícil de definir porque las asociaciones de la función cognitiva y la edad no son necesariamente lineales, además de tener múltiples influencias como las relacionadas con el estado de salud y el tipo de

función cognitiva evaluada; en términos generales alrededor de los 65 años se presenta una disminución de la memoria, fluidez verbal, lógica matemática y la eficiencia y rapidez de análisis.

El deterioro cognitivo definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad según las condiciones del individuo, el mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables como las patologías del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia, de manera que atribuir las alteraciones cognitivas que se presentan en los adultos mayores sólo al aspecto del envejecimiento neurológico sería un error; en el estudio de Zamora-Mocorra y colaboradores sobre el efecto del soporte social en el deterioro cognitivo de adultos mexicanos mayores de 50 años se encontró correlación con el estudio de Feng y colaboradores realizado en adultos chinos mayores, observándose que el soporte social es importante para el mantenimiento cognitivo en los adultos mayores con edades por encima de 70 años en promedio y las variables que tuvieron impacto en el deterioro cognitivo, aparte de la edad, fueron el estado económico, soporte social, nivel educativo y lugar de residencia.(Feng D, 2014).

Actualmente la literatura se enfoca en el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo moderado el cual es un estado intermedio entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, y está definido como una alteración cognitiva mayor a la esperada para la edad y nivel educativo del paciente, pero que no interfiere con las actividades de la vida diaria, en su evolución puede llevar a la demencia o puede presentar reversión del deterioro con regreso a un estado cognitivo normal, o una estabilización con permanencia en un estado de alteración moderada; la demencia es definida como una condición adquirida que se caracteriza por el deterioro de al menos dos dominios cognitivos (pérdida de la memoria, atención, lenguaje, funciones visoespaciales o funciones ejecutivas) que interfiere con las interacciones sociales u ocupacionales del paciente. En Latinoamérica; en un estudio sobre la prevalencia de deterioro cognitivo moderado realizado en población mayor de 65 años en Cuba, República Dominicana, Perú, México, Venezuela, Puerto Rico, China e India, se encontró una prevalencia del 3.8 al 6.3% dependiendo de los grupos de edad; la falta de unificación de los criterios y guías para el diagnóstico de demencia en Latinoamérica hacen difícil el obtener estadísticas sobre su prevalencia; sólo tres países tienen guías para el diagnóstico de demencia Chile, Brasil y Argentina, además se tienen otras

dificultades para lograr datos confiables como son los niveles de analfabetismo y de baja escolaridad entre la población de la tercera edad, dificultades en la oportunidad de atención médica primaria y especializada y los límites culturales propios de cada región que hacen difícil el diagnóstico y manejo de esta patología. (Castro, J., García, M.,2009).

La demencia se caracteriza por un deterioro físico y mental progresivo, irreversible e incapacitante para el paciente, esto se acompaña de una mayor demanda de ayuda médica, social y familiar. Las demencias más prevalentes son la demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular y sus primeros síntomas se centran en una pérdida de memoria y afectación en otras áreas (el criterio diagnóstico es la afectación de varios dominios con repercusión laboral y social). La memoria es un proceso mental para recuperar la información almacenada tras pasar un tiempo y es un proceso interrelacionado. El recuerdo implica la recuperación del contexto de un evento previo, incluyendo sus características espaciotemporales y requiere que permanezca intacto el hipocampo. Existen varias subdivisiones de la memoria. La memoria declarativa es la que puede manifestarse verbalmente mediante palabras, se divide en: episódica, semántica y de trabajo, por otra parte, existe la memoria no declarativa que no puede expresarse verbalmente y se pone de manifiesto a través de actos psicomotores aprendidos con anterioridad. La memoria episódica se refiere al sistema que envuelve el recuerdo particular de episodios o experiencias de nuestra vida; estas son dependientes del contexto y están asociados a un determinado tiempo y lugar. (Cimadevila, C; 2008).

Los trastornos amnésicos ocurren cuando existe una lesión temporal medial, límbica e hipocampal como ocurre en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, los síndromes de déficit de recuperación de lo memorizado se dan en el contexto de degeneración subcortical o frontal como en las demencias frontotemporal, enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva, degeneración cortico basal, demencia por cuerpos de Lewy (Ojea R, 2013). Con estos trastornos de la memoria en la mayoría de los casos además de afectación en otras esferas: apraxia, afasia, agnosia y una incapacidad par a desarrollar su actividad normal, nos encontramos, con una serie de pacientes que requieren de una enorme cantidad de recursos sanitarios y de cuidados que recaen con gran frecuencia en la familia. En la mayoría de los casos el enfermo recibe todos sus cuidados por parte de un solo miembro de la familia al que se ha dado el nombre de cuidador principal.

Las agencias internacionales (ONU, OMS, OPS) recomiendan a todos los países promover el mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de la población impulsando acciones orientadas al desarrollo humano que a lo largo del ciclo vital y con énfasis en los grupos más postergados socialmente, se hace necesario la atención integral y especializada para el adulto mayor en las instituciones ya que estas se ubican en la sociedades como un recurso alternativo al servicio de las necesidades de cada ser humano. Para la OMS y OPS, los aspectos más importantes sobre el envejecimiento saludable son los hábitos de vida y el desarrollo de estilos de vida saludables a través de acciones masivas de información, educación y comunicación en salud con la participación de la comunidad e instituciones (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

1.04 Consideraciones éticas

La aplicación de los instrumentos a lo largo de la investigación fue un procedimiento en donde se respetó la autonomía de cada uno de los participantes, tomando en cuenta la aptitud de cada uno de ellos para tomar decisiones sin perjudicar a otros o a si mismo. En todo momento se resguardó el proceder ético de la información personal de cada uno de los participantes en cuanto a la implementación de los instrumentos respetando cada una de las consideraciones éticas del código de ética de la declaración de Helsinki y pautas CIOMS como lo son el respeto, beneficencia y justicia con cada uno de los participantes, con los mismos para fines de procurar un adecuado proceso dentro de la investigación se realizara a través de un documento escrito consulta de voluntariedad, con el objetivo de respetar el ejercicio de sus derechos como lo es la libertad de participar dentro del proceso de investigación. La implementación de los diferentes instrumentos con los participantes se llevó a cabo dentro de las instalaciones de Casa de los Ángeles, para procurar la comodidad y seguridad de los implicados en el proceso de investigación.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

Dentro de la investigación se utilizó un enfoque mixto, que combina técnicas cualitativas y cuantitativas para obtener una perspectiva detallada y completa del estudio realizado, en el cual se buscó analizar la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez. Para el trabajo se procuró conocer, describir y determinar de forma objetiva la presencia del síndrome de burnout en el personal que tiene al cuidado a los adultos mayores con deterioro cognitivo de dicha institución.

Por medio del enfoque mixto, se buscó recopilar información cuantificable para realizar un análisis estadístico, especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno estudiado mediante dinámicas objetivas de observación, análisis y demostración que permitió obtener las conclusiones pertinentes a la investigación realizada.

2.02 Técnicas

2.02.01 Técnicas de muestreo

Se seleccionó por medio de la técnica de muestreo por conveniencia de tipo no probabilístico una muestra como objeto de estudio a 32 cuidadores primarios de adultos mayores dedicados a tratar deterioro cognitivo, en edades entre 18 a 32 años de género femenino en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez.

2.02.02 Técnicas de recolección de datos

Diagnóstico participativo

El diagnóstico participativo permitió identificar los elementos familiares, económicos, sociales o laborales que inciden en el síndrome de burnout de manera que ellos mismos puedan identificar de forma participativa dichos aspectos. Esta técnica permitió conocer la situación que viven cada uno de los cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez. La finalidad del diagnóstico participativo fue la de conocer los diferentes factores que desencadenan el síndrome de burnout en cada uno de

los cuidadores primarios que tienen bajo su responsabilidad a los adultos mayores del centro anteriormente mencionado.

- **Taller participativo**

Las metodologías participativas de aprendizaje son métodos y enfoques activos que animan y fomentan que las personas se apropien del tema y contribuyan con sus experiencias. Los participantes contribuyen de forma activa al proceso de enseñar y de aprender en vez de recibir pasivamente la información de expertos de afuera, que en ocasiones pueden desconocer o no entender debidamente los temas locales. (M de Miguel Díaz; 2006).

Esta metodología fue de mucha utilidad para que los cuidadores con los cuales se trabajó compartieran información de forma verbal y no verbal y experiencias en el ámbito de trabajo, así mismo facilitó el aprendizaje unos de los otros y trabajen juntos para proponer soluciones a los problemas asociados al burnout presentado durante el taller.

- **Observación participante**

Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias. Es la técnica más utilizada por quienes están orientados conductualmente. Puede servir para determinar la aceptación de un grupo respecto a su profesor, analizar conflictos familiares, eventos masivos, la aceptación de un producto en un supermercado, etcétera. La observación puede ser participante o no participante, en la primera, el observador interactúa con los sujetos observados, es aquella en la que el investigador selecciona un grupo o colectivo de personas y participa con ellas en sus actividades cotidianas con mayor o menos grado de implicación tomando registro en diario de campo y cuaderno de notas; con la finalidad de descubrir las pautas de conducta y comportamiento de los participantes y en la segunda no ocurre esta interacción. (D. Rivero; 2013).

Esta se realizó a través de visitas periódicas a la institución una vez por semana por un mes para conocer la dinámica y ritmo de trabajo que podría propiciar burnout con cuidadores primarios de adulto mayor con demencia dentro de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles.

2.02.03 Técnicas de análisis de datos

Tabulación de datos

Realizar una tabulación consiste en la organización sistemática de los datos, entre otras técnicas el uso de tablas simples, fáciles de leer y que de manera general ofrezcan una acertada visión de las características más importantes de la distribución categorial estudiada. Se utilizaron técnicas como categorización, transcripción y el análisis cualitativo. Para tabular variables cuantitativas, los datos se agruparán según la frecuencia de los valores. Si son pocos se realiza una tabla similar a las realizadas en variables cualitativas; si son muchos, se agrupan en clases o intervalos de valores sucesivos. Se tabuló la información obtenida durante la investigación, para finalmente realizar el análisis e interpretación de resultados.

2.03 Instrumentos

La aplicación de los instrumentos a lo largo de la investigación fue un procedimiento en donde se respetó la autonomía de cada uno de los participantes, tomando en cuenta la aptitud de cada uno de ellos para tomar decisiones sin perjudicar a otros o a sí mismo. La implementación de los diferentes instrumentos con los participantes se llevó a cabo dentro de las instalaciones de Casa de los Ángeles, para procurar la comodidad y seguridad de los implicados en el proceso de investigación. Las personas implicadas tuvieron la total libertad de dar por concluido o interrumpir su participación dentro de la investigación bajo su voluntad.

Para la obtención de la información se aplicó a cada cuidador primario el cuestionario denominado “Maslach Burnout Inventory” (MBI), para medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores primarios esta fue aplicada de manera individual dentro de las instalaciones de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez., Con un tiempo estimado de 10 a 15 minutos en su aplicación. Así mismo se implementó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para medir los niveles de sobrecarga de los cuidadores en la misma población, esta se realizó de forma individual con una duración aproximada de treinta minutos dentro de las instalaciones de la residencia geriátrica.

2.03.01 Consentimiento informado

Este instrumento fue el que avaló la confidencialidad de la investigación permitiendo a las/los participantes tomar tiempo para la lectura de los acuerdos que establece el proyecto de

investigación, informando claramente que todo el procedimiento es un trabajo voluntario del cual están brindando su opinión en relación con las preguntas que se plantearían. Se expresa la libertad de poder desistir de formar parte de la investigación en cualquier momento. Se solicitó su nombre completo y firma. Este instrumento se socializó en formato de Word, e impreso en hoja tamaño carta. (Ver anexos 3)

2.03.02 Cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI)

El “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach et al. (1981, 1986) se caracteriza por ser el instrumento de medición del burnout utilizado con más frecuencia y que ha generado un mayor volumen de investigaciones (Collins, 1999; Lee y Ashforth, 1990; Schaufeli y Enzmann, 1998). A través de la elaboración de este cuestionario, se normaliza la definición de burnout como un síndrome caracterizado por el Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal. Este éxito radica, en gran medida, en las conclusiones extraídas por Perlman y Hartman (1982) respecto a las definiciones sobre el burnout, quienes consideran este fenómeno como “una respuesta al estrés crónico que tiene tres componentes: a) agotamiento emocional y/o físico, b) baja productividad laboral, y, c) una excesiva despersonalización” consideración tal, que mantiene la factorización del MBI. En líneas generales, las versiones del MBI demuestran ser un instrumento válido, fiable, con gran aceptación internacional y facilidad para su administración (Gil-Monte y Peiró, 2005; Maslach et al., 2009). (Ver anexo1).

2.03.03 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit tiene como objetivo medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Es una escala compuesta por 22 ítems, con cinco opciones de respuesta, siendo 1, Nunca; 2, Rara vez; 3, A veces; 4, Frecuentemente y 5, Casi siempre. Para obtener la puntuación total se suman los valores obtenidos en cada ítem, consiguiendo un resultado entre 22 y 110 puntos. A partir del resultado se clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) y “sobrecarga intensa” (≥ 56). Sin embargo, para efectos clínicos y del cuidado de la salud, los autores proponen un punto de corte dicotómico (ausencia – presencia) de 60. (Breinbauer, H; Vásquez, H; et al. 2009.) (Ver anexo 2).

2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables

Tabla No.1

Objetivos Específicos	Definición conceptual de categorías	Definición operacional/Indicadores	Técnicas/ Instrumentos
<p>Identificar las manifestaciones del síndrome de burnout que presentan los cuidadores primarios del adulto mayor con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles. San Lucas, Sacatepéquez.</p>	<p>Síndrome de burnout: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11)</p>	<p>-Agotamiento físico y mental generalizado, burnout.</p>	<p>Cuestionario “Maslach Burnout Inventory” MBI Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit</p>
<p>Determinar los niveles de sobrecarga psíquica y emocional de los cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez..</p>	<p>Cuidador primario: El cuidador primario es aquella persona que brinda de forma directa atención formal al paciente y desempeña tareas de asistencia especializada y que se encuentra enfocadas en la prestación de servicios de salud de calidad; la sobrecarga laboral al ser crónico puede dar como resultado un agotamiento laboral que conlleva a un síndrome de burnout. (Lopez M, Orueta R.,2009).</p>	<p>-Atiende necesidades físicas y emocionales de un enfermo. -Estrecho contacto humano. -Responsable de cuidados básicos.</p>	<p>Diagnóstico Participativo. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit</p>

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

Para la realización de este trabajo de investigación se contó con la participación y colaboración de 32 cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo.

Dentro de las características de la muestra para la investigación fueron personas que se dedican al cuidado de adultos mayores con demencia en edades comprendidas de 18 a 32 años que estuvieran laborando en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles.

3.01.01 Características del lugar

Casa de los Ángeles es una residencia de retiro, especializada en pacientes con Alzheimer u otras demencias. Se trata de un complejo de 500 metros cuadrados con habitaciones privadas y semiprivadas, jardín, área de descanso. Cuenta con servicio de enfermería 24/7, servicio médico, psicología, fisioterapia y terapias ocupacionales, equipo con experiencia en el cuidado del adulto mayor; con el objetivo de estimular la autonomía del residente (comer, vestir, caminar, uso del baño, otros).

La institución está diseñada especialmente para atender a personas de la tercera edad, por lo tanto, cuenta con las adaptaciones arquitectónicas adecuadas para el paciente geriátrico, todo en un ambiente exclusivo con todos los cuidados que ellos necesiten.

Casa de los Ángeles está ubicada en San Lucas, Sacatepéquez. El trabajo en la institución tiene como objetivo crear una mejor calidad de vida física, psicológica, social y espiritual en el residente. Las instituciones especializadas en atención a personas con demencias proporcionan a la familia tranquilidad de dar el tratamiento adecuado al adulto mayor proporcionando atención sanitaria con la finalidad de retrasar el desarrollo de la enfermedad neurodegenerativa. La visión de la institución es brindar a los residentes una vida digna con amor y tranquilidad.

3.01.02 Características de la muestra

Se seleccionó por medio de la técnica de muestreo por conveniencia de tipo no probabilístico para lo cual se tomó como objeto de estudio a 32 cuidadores primarios de adultos mayores dedicados a tratar deterioro cognitivo, en edades entre 18 a 32 años de género femenino las cuales se encuentran laborando en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas

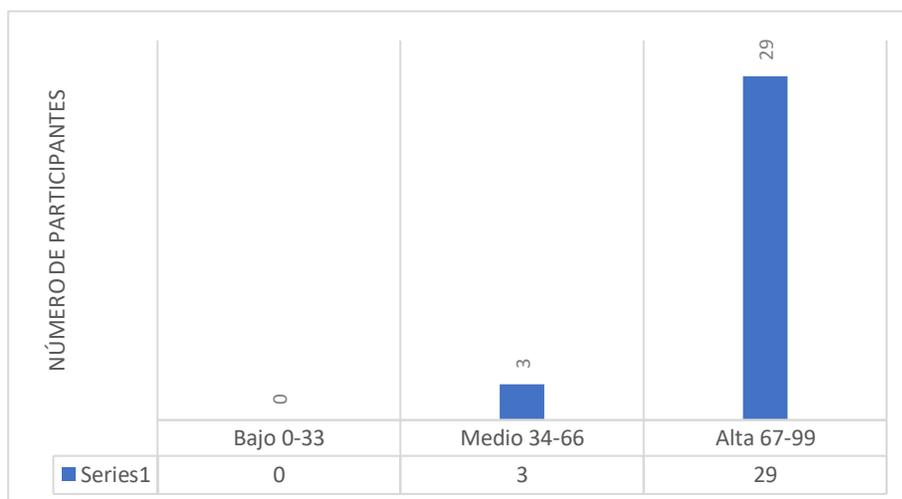
Sacatepéquez. Dentro de las características de la población podemos observar que el total de la población estudiada es de género femenino, con estudios básicos de enfermería y cuidados especializados en adultos mayores. Sus funciones como cuidadores incluyen el apoyo y servicio de las actividades de la vida diaria básicas del adulto mayor con demencia, así como también el suministro de medicamentos y dar seguimiento de terapia ocupacional y fisioterapia.

3.02 Presentación e interpretación de resultados

A continuación, se presentan los siguientes resultados de la investigación titulada “Prevalencia del síndrome de burnout, en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo, en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas, Sacatepéquez”.

Gráfica No. 1

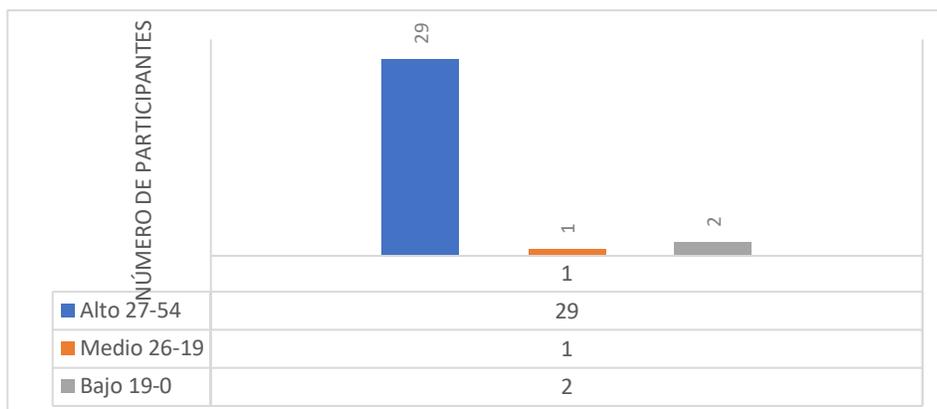
Prevalencia de burnout Maslach Burnout Inventory



Interpretación: Al momento de su implementación del cuestionario de Maslach Burnout Inventory, se tuvo como resultado de la muestra total compuesta por 32 personas mujeres, de las cuales el 9.37% (3 personas) muestran tener un nivel de burnout medio o moderado, mientras que el 90.62% (29 personas) de las mujeres participantes presentan un nivel alto de burnout.

Gráfica No. 2

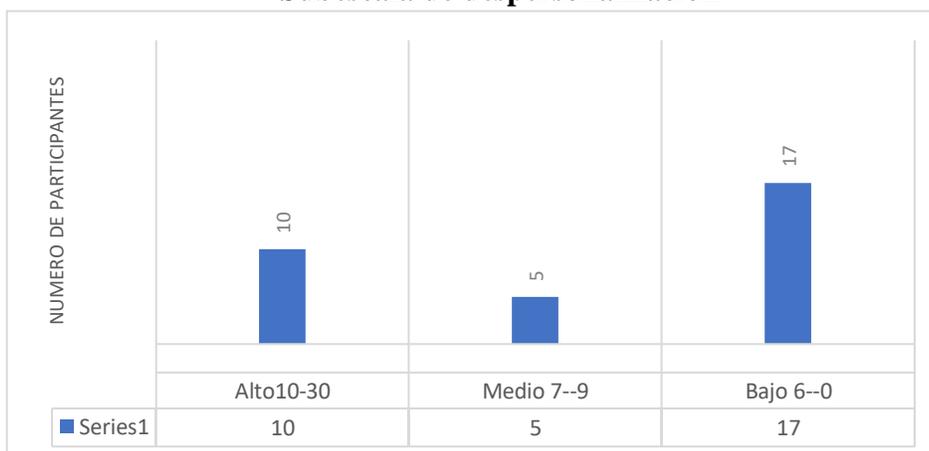
Subescala de Agotamiento Emocional



Interpretación: esta subescala consta de 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, la puntuación máxima en esta subescala es de 54 puntos. En la que se tuvo como resultado de la muestra total compuesta por 32 mujeres cuidadoras primarias de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles; se encontró que el 90.62 % (29 personas) de la población muestra un alto nivel de agotamiento emocional, un 3.12% (1 persona) nivel medio de agotamiento emocional y un 6.25 % (2 personas) un agotamiento bajo en la subescala de agotamiento emocional.

Gráfica No. 3

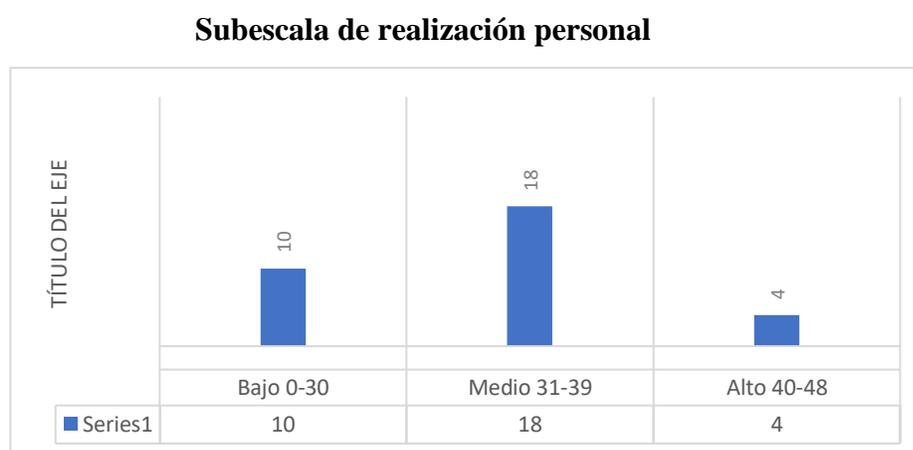
Subescala de despersonalización



Interpretación: esta subescala está formada por 5 ítems que valoran el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de

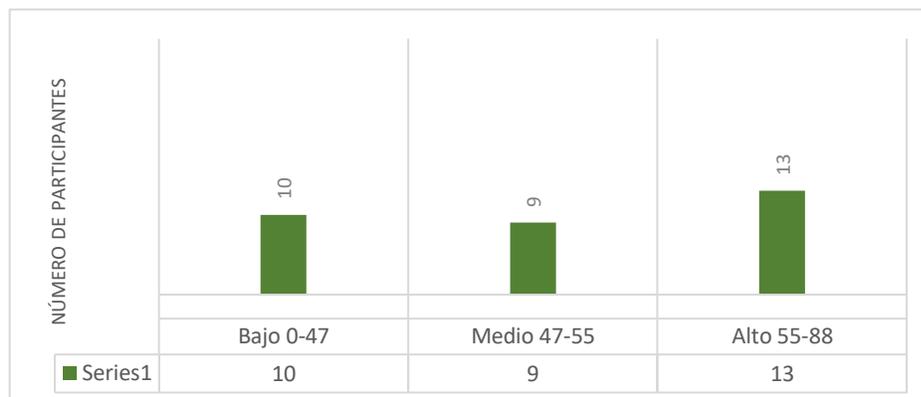
burnout experimentado por el sujeto. Al momento de la aplicación en una muestra total compuesta por 32 mujeres cuidadoras primarias de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles; el instrumento dio por resultado que el 31.25% (10 personas) de la población presenta un nivel alto de despersonalización, un 15.62% (5 personas) presento un nivel medio de despersonalización en la sub escala y un 53.12% (17 personas) presentaron un nivel bajo de despersonalización en la misma escala.

Gráfica No. 4



Interpretación: esta subescala está compuesta de 8 ítems que evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo y su puntuación máxima es de 48 puntos; cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, siendo inversamente proporcional al grado de burnout. Los resultados al momento de su aplicación lanzaron que un 31.25% (10 personas) se encuentran en un nivel bajo de realización personal así mismo un 56.25% (18 personas) muestran un nivel medio de realización personal y un 12.5% (4 personas) mostraron un nivel alto de realización personal.

Gráfica No. 5

Test de sobrecarga del cuidador de ZARIT.

Interpretación: para la implementación de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit que es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes; para ello se tomó por muestra a 32 cuidadoras primarias en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles ubicado en San Lucas, Sacatepéquez, dando como resultado luego de su realización que el 31.25% (10 personas) se encuentran en un nivel de sobrecarga bajo, un 28.12% (9 personas) mostraron un nivel medio de sobrecarga laboral lo cual indica que necesitan modificar de forma urgente su manera de sobre llevar el trabajo y un 40.62 % (13 personas) mostraron un nivel alto de sobrecarga laboral que indica que la persona se encuentra en alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

Tabla No.2

Taller participativo: Prevalencia de síndrome de Burnout en cuidadores primarios de Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles.		
Categoría	Causas	Comentarios
<i>Agotamiento físico/ mental</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal dentro de la institución. - Turnos extensos con sobrecarga laboral. - relaciones laborales conflictivas. - Lejanía de casa al lugar de trabajo. - Ausencia de trabajo en equipo. - Lidar con síntomas neuropsiquiátricos de los adultos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> - “Los turnos son muy pesados y somos muy pocos cuidadores para atender a los pacientes” - “Atender a los adultos mayores que tienen crisis de ansiedad es agotador” - “En ocasiones me siento muy cansada y deprimida por el mismo agotamiento” - “Siento que a pesar de que duermo, no logro descansar”. - “No trabajar en equipo, que no me digan las cosas que estoy haciendo mal” - “Cuidar a un adulto mayor que te trata mal y te grita”
<i>Despersonalización/ Cinismo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Turnos extensos con sobrecarga laboral. - Tratos desiguales por parte de jefaturas y compañeros - Duelo no resuelto debido al fallecimiento de los residentes geriátricos 	<ul style="list-style-type: none"> - “Las injusticias en los tratos con los demás compañeros” - “Algunos compañeros lo tratan mal a uno, se enojan y reaccionan de forma que lo hacen sentir mal si pasa un incidente” - “En ocasiones no hay oportunidad para llorar por algún residente que fallece, se continúa trabajando”.
<i>Desmotivación</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de reconocimiento laboral. - Falta de personal dentro de la institución - Falta de empatía por parte de jefaturas. - Relaciones laborales conflictivas - Remuneración no equivalente al trabajo - Falta de valoración del trabajo - Preferencias con algunos miembros del personal (relaciones poco equitativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Me molesta que me sobre carguen de trabajo y no recibir nada” - “Falta de apoyo de mis compañeros de trabajo” - “No comprender cuando pasa un incidente” - “El trabajo no es reconocido” - “Que inventen chismes y sean poco empáticos” - “Que se quejen con los jefes antes de decirme lo que hago mal” - “Culpar a los demás por cosas que hacen mal otros” - “Procrastinación de mis compañeros sin consecuencias” - “Que mis compañeros rematen con uno cuando ellos están molestos “ - “No tener buenas relaciones laborales” - “Que me griten en el trabajo y no nos motiven” - “No recibir nada por hacer un buen trabajo”

Interpretación: Se realizó diagnóstico a través de un taller participativo con 32 cuidadoras primarias en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles ubicada en San Lucas, Sacatepéquez en el cual se identificaron las diferentes causas y percepciones de cada una de las participantes basadas en tres categorías principales que fueron agotamiento físico, despersonalización, desmotivación.

3.03. Análisis general

Durante los últimos años se han realizado diversos estudios relacionados con cuidadores de adultos mayores, que se han centrado principalmente en las consecuencias que su labor supone en los distintos ámbitos de su vida. Ya que atender a una persona con deterioro cognitivo hasta en sus más simples necesidades pueden resultar una tarea en extremo difícil y absorbente.

Precisamente uno de los principales desencadenantes del burnout es la sobrecarga de trabajo; de ahí la enorme utilidad de comprender el proceso de burnout ya que este síndrome tiene efectos negativos, y entenderlo requiere un modelo que tenga en cuenta tanto los factores organizacionales como las formas que se asocian a la presencia del síndrome, así como sus repercusiones.

Cristina Maslach en el 2014 en México, define como Síndrome de burnout al conjunto de ciertas experiencias interrelacionadas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), la primera, el agotamiento, se manifiesta como respuesta al estrés. En segundo lugar, la despersonalización, es también un cambio negativo, como se siente uno con el trabajo y las demás personas y tercero, cuando las personas se empiezan a sentir negativas sobre sí mismas, sobre su competencia, sus deseos y su motivación para trabajar y para comprometerse para sus pacientes, se dice que hay dificultades en su realización personal.

Considerando los resultados obtenidos en la escala global en el cuestionario de Maslach Burnout Inventory aplicado a una muestra de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, ubicado en San Lucas, Sacatepéquez compuesta por 32 cuidadoras primarias de adultos mayores con demencia, puede observarse que más de la mitad de las personas entrevistadas presentó un nivel alto al síndrome de burnout, esto se resume en que la mayoría de las personas que participaron en el estudio muestran signos de agotamiento físico, emocional y mental, caracterizado por sentimientos de desamparo, vacío emocional con alta probabilidad de desarrollar actitudes negativas hacia el trabajo, su familia y la vida en general.

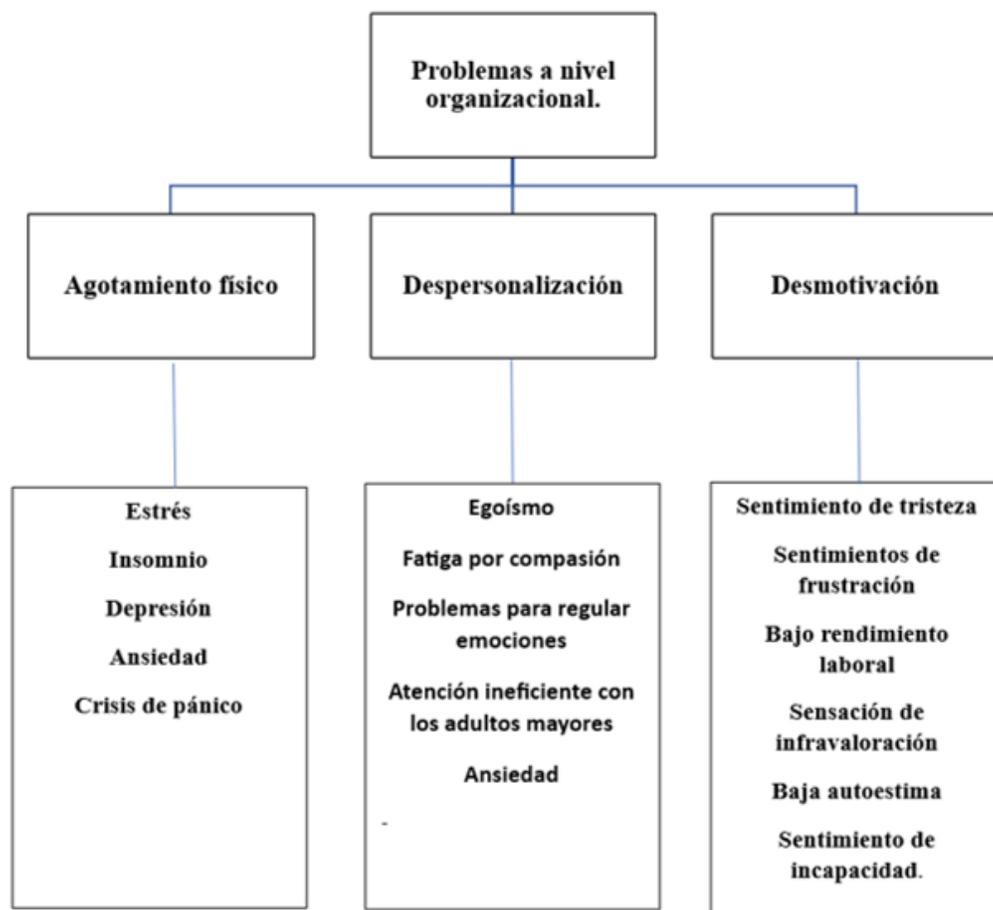
En ese sentido se puede evidenciar que el cuidado del adulto mayor con demencia aunado a la falta de prácticas de seguridad y salud hacia los cuidadores primarios dentro de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, es posiblemente uno de los factores estresantes en la población estudiada que favorecen al inicio de síntomas como despersonalización, falta de interés en sus actividades diarias, sentimientos de agotamiento crónico y poca realización personal.

El clima organizacional, es reconocido como un factor que influye en la salud física y mental de los trabajadores. Parker (2003) observó que “el clima organizacional positivo provee logros, afiliación, poder, productividad, baja rotación y satisfacción mientras que el clima organizacional negativo produce inadaptación, alta rotación, ausentismo y baja productividad, afirmando que el crecimiento de las organizaciones es resultado de los buenos o malos manejos de los recursos humanos orientados hacia líneas de trabajo acordes a los intereses de las autoridades en el poder”.

De acuerdo con los resultados obtenidos del taller participativo por método de una lluvia de ideas y un árbol de problemas, en las cuales las personas participantes pudieron compartir experiencias y percepciones sobre su trabajo y la carga laboral del mismo, se evidenciaron comentarios y observaciones como “en ocasiones me siento muy cansada y deprimida por el mismo agotamiento”, “cuidar a un adulto mayor que te trata mal y te grita es realmente desgastante”, “los turnos son muy pesados y somos muy pocos cuidadores para atender a los pacientes” evidenciando una alta demanda y carga laboral debido a la dinámica laboral actual dentro del establecimiento, así mismo hicieron algunos comentarios referentes a la desmotivación que muchas de las participantes referían tener dentro del ámbito laboral y personal, tales como “en ocasiones no hay oportunidad para llorar por algún residente que fallece, se continúa trabajando”, “me molesta que me sobre carguen de trabajo y no recibir nada”, entre otros; se puede argumentar que estas situaciones generan naturalmente un descontento personal y en el ámbito laboral, generando malestar, desagrado y en ocasiones descuido al usuario, al cual ellas prestan servicio, a eso se le pueden sumar sentimientos de indiferencia, ansiedad, fatiga y sentimientos de apatía hacia la mayoría de actividades de su diario vivir, afectando todas sus áreas de desarrollo y convivencia, especialmente el área personal y laboral.

Dentro de los hallazgos en la investigación a través del taller participativo se lograron identificar algunos problemas a nivel organizacional que desencadenan una serie de síntomas referidos por las cuidadoras primarias en sus discursos, los cuales generan malestar y un bajo desempeño laboral y desmotivación a nivel personal, propiciando incidencia en el padecimiento de síndrome de burnout dentro de la residencia Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez.

Grafica No.6



Debido a la prevalencia tan alta en la actualidad de cuidadores primarios que sufren el síndrome de burnout, es de suma importancia que se identifiquen los factores desencadenantes del burnout y se manejen estrategias de afrontamiento, prevención o disminución del síndrome de burnout, donde los cuidadores aprendan como afrontar las diferentes causas del burnout y la forma particular de superarlas (resiliencia), además de adecuar la carga de trabajo, realizar modificaciones en el puesto laboral y familiar, adaptando así el trabajo a las necesidades individuales y de la persona a la que se cuida, permitiendo una mejor calidad de vida tanto al cuidador como a la persona a cuidar. (Ver anexo 4).

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

La incidencia del síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con demencia en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, fue en su mayoría nivel alto, siendo el 90.62% (29 personas) mujeres participantes, presentando cansancio emocional y físico debido a las diversas actividades directas con las personas que atienden durante la jornada laboral, esto conlleva el riesgo de tener un bajo desempeño laboral, que a su vez perjudica la calidad de vida del cuidador primario y del adulto mayor.

Las repercusiones del síndrome de burnout van más allá de la salud del paciente en las áreas biológica, emocional y psicológica, afectando no solo a la persona que lo padece ya que su presencia afecta la calidad de vida de los sujetos que cuida, en este caso las personas adultas mayores.

Dentro de la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, se requieren programas de apoyo con estrategias de afrontamiento adaptativas para la prevención del síndrome de burnout.

Al momento de la implementación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, se concluyó que un 40.62 % (13 personas) de la muestra de 32 mujeres cuidadoras primarias de Casa de los Ángeles, obtuvieron un valor mayor a 55 en la escala mostrando un alto nivel de sobrecarga psíquica y emocional que indica que la persona se encuentra en alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

Es necesario para reducir el impacto del síndrome de burnout promover programas de prevención en las cuales se brinden espacios para la expresión de emociones de los cuidadores primarios ya que el cuidar a un adulto mayor con deterioro cognitivo es una tarea que puede provocar agotamiento crónico tanto físico como emocional.

4.02 Recomendaciones

Debido a que los cuidadores primarios de adultos mayores sujetos a investigación presentaron niveles altos de síndrome de burnout, es importante que la institución visualice el impacto negativo en la vida personal y laboral de los cuidadores primarios, el cual también puede impactar negativamente la calidad del adulto mayor con demencia.

Recomendaciones a la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles.

Adecuar la carga de trabajo, realizando modificaciones en el puesto laboral, adaptando el trabajo a las necesidades individuales de la persona que cuida, permitiendo una mejor calidad de vida, tanto para el cuidador como al adulto mayor.

Distribuir de mejor manera los turnos permitiendo al cuidador espacios para que pueda descansar.

Aumentar las actividades de terapia ocupacional o actividades recreativas durante la jornada que le permitan al cuidador primario aliviar la carga laboral.

Crear un programa de incentivos laborales por parte de recursos humanos, que le permita a los cuidadores mantener motivación dentro de su área de trabajo

Crear sesiones grupales terapéuticas por parte del Departamento de Psicología que le permitan a los cuidadores un espacio de expresión emocional

Sesiones grupales de bienestar emocional que brinde técnicas para poder disminuir los factores de estrés laboral

Los centros geriátricos dentro del marco de sus protocolos deben fortalecer los planes de clima organizacional y generar un seguimiento de los casos detectados de sus empleados con factores de riesgo para generar un síndrome de burnout.

Recomendaciones a los cuidadores primarios de adultos mayores

Disminuir el impacto negativo del estrés a través de actividades de autocuidado fuera del área laboral.

Solicitar apoyo a los compañeros del servicio en caso la carga laboral sea demasiada.

Fijar objetivos realistas dentro de las funciones diarias, es importante colocarse metas acordes al tiempo que dispone.

Fijar metas de salud personales, por ejemplo: mejorar rutina del sueño, actividades sociales, ejercicio físico etc.

Buscar ayuda profesional cuando se requiera: Cuidar de un adulto mayor con demencia suele ser agotador y se pueden dar sentimientos desagradables como frustración, ansiedad, depresión, culpabilidad, es importante acercarse al médico o psicólogo del equipo cuando se requiera.

Referencias

Abarca, J., Chino, B., Llacho, M., González, K., Mucho, K., Vásquez, R. y Cárdenas, C. (2006) Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. Arequipa Perú. AMBAR.

Ausubel, O.P., Sullivan, E.V. (1983), El desarrollo en la vejez. Barcelona, Paidós.

Castro, J., García, M., Valdéz, S. y Mena, Y. (2009). Aproximación a los criterios diagnósticos para la definición de deterioro cognitivo leve. Revista Científica de las ciencias médicas en cienfuegos. MediSur. Volumen 7. No. 6 .

Cimadevila, C. (2008). Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años. Universidad Santiago de Compostela. España.

Daniel Prieto Sancho, (2008). Las Dimensiones subjetivas del Envejecimiento, Madrid, España. IMSERSO.

Defensoría del adulto Mayor. (2006). Situación de Derechos Humanos de la Población Adulta Mayor en Guatemala. Guatemala, Guatemala.

Domínguez-Segura N, Gómez-Caballo R, López-Quintana R, et al. (2006). El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. 10.1016/s0210-5705(09)(71003-9).

Escudero B, Díaz E, Pascual O. (2001). Cuidadores informales. México, PANORAMA

Espinoza E, Méndez V, Lara R, Rivera P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “José Durán Trujillo”, San Carlos, Chile. THEORIA.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.

González-Pisano AC, Granado-Villacé R, García-Jáñez E, et al. (2009) Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León. Vol.19 No.5 Septiembre-Octubre 2009. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-S1130862109001351>.

Juarez A. Entrevista con Christina Maslach: Reflexiones sobre el Síndrome de Burnout. *Liberabit*. Diciembre, 2014

L'bu, O; Melgar Cuellar, P. M. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera

Velázquez V, López L, López H, et.al. (2011) Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev. salud pública*. Bogotá, Colombia.

Zambrano R. y Ceballos P. Síndrome de carga de cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. España 2007.

Zarit, S.H. et al. (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 10.1093/geront/20.6.649

Anexos

Anexo 1



Cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI)



Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome de burnout: 1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54. 2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30. 3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

CUESTIONARIO BURNOUT

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							

11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Anexo 2

Escala sobre carga del cuidador de Zarit

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Anexo 3.**Consentimiento Informado**

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



“Prevalencia del Síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez”.

Por medio de la presente me gustaría invitarle a ser parte de nuestra investigación bajo la dirección de los estudiantes: Rocio Michelle Ramírez López y Josué Fernando Rueda Girón, quienes son los responsables para la ejecución de este proyecto el cual tiene como objetivo identificar la prevalencia del Síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en la Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez.

Al momento de acceder a participar dentro del proceso de investigación se le solicitara responder determinadas preguntas, tomando un aproximado de 45 minutos de su tiempo.

Su participación es voluntaria y la información será meramente confidencial y con fines académicos para la realización del proceso de tesis en la Escuela de Ciencias Psicológicas, la información será socializada únicamente entre los investigadores. Para la entrevista no utilizaremos su nombre, ni documentación de identificación. A su vez, si usted considera que una de las preguntas realizadas causa cierta incomodidad, tiene libertad de indicar que prefiere no responder a la pregunta. Teniendo todo este conocimiento presente, se agradece de antemano su amable escucha/lectura para este documento.

Por medio de la presente, indico que he sido informado(a) respecto al objetivo de investigación, la metodología y las herramientas para alcanzar dicha finalidad

Así mismo, me han indicado acerca del intervalo aproximado de tiempo que puede durar la aplicación de los instrumentos a utilizar, por lo que ofrezco mi tiempo para la realización adecuada de este trabajo de campo.

Comprendo que la información recopilada será exclusivamente para fines académicos, utilizando los datos de forma confidencial para su respectivo análisis.

De forma voluntaria, acepto participar dentro de este proceso de investigación, aportando con mi conocimiento empírico para las dudas que los investigadores realicen.

Atentamente

Participante de la Investigación

Firma del (la) participante

Anexo 4

Taller de seguimiento síndrome de burnout en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo en Residencia Geriátrica Casa de los Ángeles.

OBJETIVO GENERAL	
Dotar de herramientas para combatir el síndrome del burnout en los cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo	
OBJETIVO ESPECÍFICO	
Fortalecer por medio de técnicas el manejo adecuado del estrés en los cuidadores primarios de adultos mayores	
Promover el buen clima laboral y la reducción de conductas negativas dentro del trabajo para poder evitar el síndrome de burnout	
POBLACIÓN	
32 cuidadoras primarias de la Residencia Geriátrica Casa de los ángeles	
TEMPORALIDAD	
Los talleres se estarán impartiendo una vez por semana.	
Duración de formación total: 4 horas	
Duración por taller: 2 horas	
METODOLOGÍA A UTILIZAR:	INDICADORES GENERALES DE CAMBIO ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ● Constructivista ● Lúdico/ participativo 	<p>Los participantes poseen conocimientos básicos de técnicas para manejar emociones, estrés y estrategias de autocuidado.</p> <p>Los participantes aplican herramientas o técnicas para combatir el síndrome del burnout</p>

CUADRO RESUMEN DE TEMÁTICAS			
TEMÁTICA	COMPETENCIA	RECURSOS	TIEMPO
Estrés: ¿qué es el estrés y como me afecta?”	<p>Dinámicas de presentación e integración con el grupo.</p> <p>Introducción ¿qué es el estrés y como me afecta?</p> <p>Conocer sobre la ventana de tolerancia.</p> <p>Conductas de riesgo generadas por el estrés.</p>	<p>Recursos visuales:</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=0is459zM92U</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=PPB6NIyXCSM</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Marcadores</p>	1 Hora
Estrategias de Autocuidado: ¿Que actividades fomentan mi autocuidado?	<p>Reconocer y apreciar la importancia del autocuidado.</p> <p>Conocer y utilizar algunas actividades de autocuidado.</p> <p>Estrategias para manejar emociones</p> <p>Conocer la técnica de Relajación muscular progresiva y respiración profunda.</p>	<p>Recursos materiales:</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Marcadores</p> <p>Hojas de trabajo</p> <p>“Estrategias para manejar emociones”</p> <p>Recursos audiovisuales:</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>Cañonera</p> <p>Computadora</p> <p>Bocina</p>	1 HORA
	Conocer los Síntomas	Recursos	

Estrategias para combatir el síndrome de burnout	<p>del síndrome del burnout.</p> <p>Aplicar estrategias para combatir el síndrome del quemado a nivel individual.</p> <p>Crear compromisos para enfrentar el síndrome del burnout</p>	<p>Materiales</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Marcadores</p> <p>Hoja de trabajo: expandiendo mi círculo</p> <p>Hoja de compromisos</p> <p>Recursos audiovisuales:</p> <p>Presentación en power point</p> <p>Cañonera</p> <p>Computadora</p> <p>Bocina</p>	1 HORA
Estrategias para reducir el síndrome del burnout a nivel organizacional	<p>Conocer las causas del síndrome del burnout a nivel organizacional</p> <p>Técnicas para enfrentar el síndrome del quemado a nivel organizacional</p>	<p>Recursos</p> <p>Materiales</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Marcadores</p> <p>Recursos audiovisuales:</p> <p>Presentación en power point</p> <p>Cañonera</p> <p>Computadora</p> <p>Bocina</p>	1 HORA