



Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Burnout en cuidadores de pacientes con demencia

(Tesis de Licenciatura)

Paula María Barral Ogaldes

Guatemala, junio 2020

Burnout en cuidadores de pacientes con demencia
(Tesis de Licenciatura)

Paula María Barral Ogaldes

Licenciada Ana Verónica Mendoza (Asesora)

Licda. Glendy J. Pérez Nisthal (Revisor)

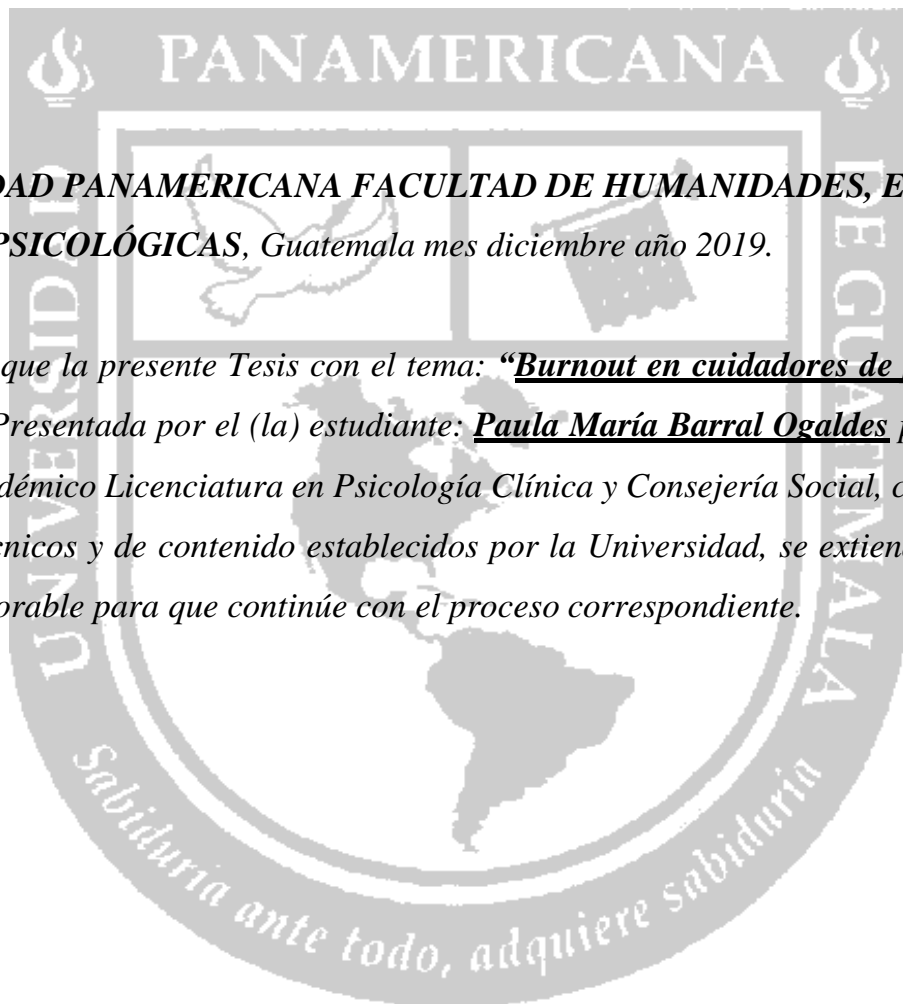
Guatemala, junio 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes diciembre año 2019.

*En virtud de que la presente Tesis con el tema: **“Burnout en cuidadores de pacientes con demencia”**. Presentada por el (la) estudiante: **Paula María Barral Ogaldes** previo a optar al grado Académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

Licda. Ana Verónica Mendoza Callejas
Asesora

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Ana Verónica Mendoza Callejas'. The signature is written in a cursive style and is positioned below the typed name.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes abril año 2020.

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: “**Burnout en cuidadores de pacientes con demencia**”. Presentada por la estudiante: **Paula María Barral Ogaldes**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



Licda. Glendy Jeanette Pérez Nisthal
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, abril 2020. -----

En virtud que la presente Tesis con el tema "**Burnout en cuidadores de pacientes con demencia**" presentado por el (la) estudiante **Paula María Barral Ogaldes**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejera Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco Referencial	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Justificación del estudio	6
1.4 Pregunta de investigación	7
1.5 Objetivos	7
1.5.1 Objetivo general	7
1.5.2 Objetivos específicos	7
1.6 Alcances y límites	7
Capítulo 2	9
Marco Teórico	9
2.1 El síndrome del Burnout	9
2.1.1 Definición	9
2.1.2 Historia	13
2.1.3 Características del síndrome	14
2.1.4 Sintomatología	18
2.1.5 Etiología	19
2.1.6 Población en riesgo	22
2.1.7 Diagnóstico	23
2.1.8 Prevalencia	25
2.2 Cuidadores de pacientes	26
2.2.1 Definición	27
2.2.2 Cuidadores formales	28
2.2.3 Cuidadores informales	29
2.2.4 Perfil del cuidador	30

2.2.5	Cuidadores de los pacientes con demencia	32
2.3	Salud preventiva de los cuidadores	33
Capítulo 3		35
Marco contextual		35
3.1.	Método	35
3.2.	Tipo de investigación	36
3.3.	Niveles de investigación	36
3.4.	Pregunta de investigación	37
3.5.	Hipótesis	37
3.6.	Variables	37
3.7.	Muestreo	38
3.8.	Sujetos de la investigación	38
3.9.	Instrumentos de la investigación	39
3.10.	Procedimiento	40
Capítulo 4		41
Presentación y discusión de resultados		41
4.1	Presentación de resultados	41
4.2	Discusión de resultados	48
Conclusiones		49
Recomendaciones		50
Referencias		51
Anexo 1		55
Anexo 2		56
Lista de Tablas		
Tabla 1.	Criterios de selección	36
Lista de Cuadros		
Cuadro No. 1	Modelo explicativo del burnout	15
Cuadro No. 2	Maslach Burnout Inventory	23
Cuadro No. 3	Escala de medición de CESQT	25

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Distribución del sexo de los participantes	41
Gráfica 2. Edad de las cuidadoras	42
Gráfica 3. Estado civil de los participantes	42
Gráfica 4. Tiempo que ha ejercido como cuidadora	43
Gráfica 5. Cantidad de personas que cuida	43
Gráfica 6. Cantidad de horas laboradas	44
Gráfica 7. Ilusión por el trabajo	45
Gráfica 8. Desgaste psíquico	45
Gráfica 9. Indolencia	46
Gráfica 10. Culpa	46
Gráfica 11. Total SQT	47

Resumen

El síndrome burnout puede producirse en entornos de estrés laboral, se caracteriza, por la existencia de agotamiento emocional, la despersonalización y el sentimiento de baja realización en el trabajo, se presenta en repercusiones relacionadas con el comportamiento personal y en el ámbito institucional.

Estudios señalan que los profesionales de la salud son las personas más susceptibles al burnout, como resultado de enfrentar situaciones como el dolor, la muerte, y la sensación de hacer poco o nada, sumando a ello la urgencia y la toma de decisiones relevantes e inmediatas.

Esta investigación analiza la presencia del síndrome, los factores que lo precipitan, las características que presentan los cuidadores y cuáles son las medidas de salud preventiva que se pueden implementar. En el primer capítulo se describe el marco referencial que incluye los aspectos que guiarán la investigación.

El segundo capítulo describe y analiza sistemáticamente a partir de una revisión bibliográfica y documental, el marco teórico que define el burnout, su historia, características, sintomatología, etiología, la población en riesgo o susceptible, así como su diagnóstico, el cual se determina por medio del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Incluye además la definición de cuidadores, ya sean formales e informales y el perfil de los mismos, este apartado incluye además la salud preventiva. El capítulo tres, presenta el marco contextual, posteriormente la hipótesis de investigación.

El cuarto capítulo, presenta los resultados de manera descriptiva, así como una discusión general de los mismos. Por último, se incluyen conclusiones y recomendaciones.

Introducción

En las recientes décadas el síndrome de “burnout” o “estar quemado”, se ha convertido en un fenómeno psicosocial internacional y de creciente interés tanto para al público en general como para la comunidad científica.

El presente trabajo es una breve revisión del síndrome de burnout en el ambiente de cuidadores de adultos mayores, tiene entre sus objetivos analizar la presencia del síndrome, explicar los factores involucrados, describir las características de los cuidadores, así como las medidas de salud preventiva.

Se ha utilizado el método de investigación mixto debido a que sistemáticamente se recopiló información bibliográfica. Posteriormente se aplicó la prueba psicométrica denominada "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Los resultados obtenidos muestran que no existe burnout en los cuidadores como tal, aunque si existen rasgos que muestran la posibilidad del desarrollo del síndrome; se puede concluir que existen factores que pueden interpretarse como una manifestación temprana de burnout; por ello se recomienda la realización de medidas de salud preventivas.

Palabras clave: *Burnout*, cuidadores (as), pacientes con demencia, CESQT

Capítulo 1

Marco Referencial

1.1 Antecedentes

Según la OMS (2000), El síndrome de Burnout fue declarado como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida, usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

Esta investigación, pretende analizar si las personas que realizan tareas de cuidador de pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer, presentan el síndrome del “burnout”, esto a partir de la definición de agotamiento planteada por Maslach utilizando un instrumento de auto informe de 20 ítems, denominado Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

En Guatemala se han realizado pocos estudios para determinar la incidencia del síndrome del “burnout”, un primer trabajo corresponde al titulado: “Comparación del síndrome de quemarse por el trabajo entre personas que trabajan y estudian, y personas que solo trabajan en un *call center* de la zona 13 de Guatemala”. De Núñez Aguirre (2016)

El estudio tuvo una muestra de 50 personas (25 que solo trabajan y 25 que realizan ambas actividades), a la que se le aplicó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). El resultado indicó que las personas que trabajan y estudian presentan un alto nivel, mientras que las que solo trabajan presentan un nivel medio.

Otra investigación es la de Herrera Mazariegos (2016), titulada: “Burnout estudio comparativo en auxiliares de enfermería y personal administrativo de una entidad de salud pública”, como tesis

de grado, en ella se utilizó una muestra por conveniencia de 25 auxiliares de enfermería y 25 personal administrativo. El estudio de tipo descriptivo comparativo con el procedimiento estadístico *t* de *student*, concluyó que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el *burnout* entre el grupo de auxiliares de enfermería con el personal administrativo.

De igual manera, Leonardo-Granados y Chocó-Cedillos (2018), en su trabajo: “Calidad de vida profesional y síndrome de burnout en personal de enfermería del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt”, cuyo objetivo era determinar el síndrome y las deficiencias en la calidad de vida laboral, planteaban que las personas que han estado expuestas a estresores traumáticos constituyen un riesgo para desarrollar síntomas negativos asociados al síndrome, lo que se relaciona con una mala calidad de vida. Determinaron que el dominio más afectado fue la satisfacción laboral y sólo el 4% presentó burnout.

Por su parte, Morales (2015), abordó la temática planteando que el síndrome se desarrolla en trabajadores del área de salud de Guatemala, en su estudio: “Síndrome de burnout en médicos residentes del hospital Roosevelt”. Los resultados cuantitativos determinaron la prevalencia de “burnout” del 16 %. El comportamiento de las dimensiones de Maslach fueron el agotamiento emocional 69%, la despersonalización 49 % y la realización personal 42 %. Estos resultados evidencian que la mayoría de los médicos residentes tienen alta probabilidad de padecer burnout.

Otro trabajo a nivel nacional es el de Aguirre Morales (2018), denominado “Prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores primarios de niños con cáncer”. El estudio señala que el síndrome también afecta a miembros de la familia que actúan cuidando a su ser querido. El mismo se desarrolló en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP). Evaluó a 101 cuidadores primarios por medio de una adaptación de la escala de Maslach. La muestra se dividió en 38 hombres y 62 mujeres. La prevalencia del síndrome fue 28 cuidadores con un nivel leve, 36 casos de moderado y 25 severo.

En el ámbito internacional se han realizado estudios similares, entre estos se encuentran:

Cerquera y Poches (2015), publican “Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer”. Se trata de un estudio transversal de alcance correlacional que contó con una muestra de 101 cuidadores de Bucaramanga, Colombia, evaluados por medio de los instrumentos Zarit, Coping, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Se identificaron correlaciones positivas entre apoyo social y solución de problemas como estrategia de afrontamiento, resiliencia y correlaciones negativas con depresión.

Por otro lado, está el artículo presentado por Rivera; Rosario-Hernández y Cuevas en Puerto Rico (2015), titulado “Síndrome de quemarse en el trabajo y factores de apoyo a cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer”. El método utilizado fue cuantitativo, con un diseño descriptivo transversal y correlacional, y una muestra de 80 cuidadores. Se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), además de uno sociodemográfico para medir las variables: apoyo social, apoyo familiar, creencias y el sentido de vida. Se encontraron relaciones positivas entre el CESQT con el estado emocional de los cuidadores, el sentido de pérdida de identidad y el sentido de vida.

Asimismo, en el trabajo desarrollado por Atenas (2015) en Argentina, titulado “El burnout en cuidadores primarios de pacientes con demencia tipo Alzheimer” concluye que lo imprescindible que resulta el conocer cuáles son las necesidades de los cuidadores de los pacientes con Alzheimer, y a partir de ello, generar estrategias como profesionales para intervenir en proyectos y actividades que ayuden promover el cuidado de su salud.

También Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez en Guadalajara México, abordaron el tema denominado “Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud”. Participaron 163 personas; y 47,5% perciben la presencia de factores psicosociales negativos, como exigencias laborales, remuneración del rendimiento y condiciones inadecuadas en su lugar de trabajo. El 33,3% presentaba agotamiento emocional, 50,8% baja realización personal y 17,9% despersonalización.

De manera similar, de Devi; Naqui; Jofre; y Fetscher, (2016) en Barcelona denominado “Relación entre el burnout y la calidad de vida del cuidador de personas con demencia” realizada mediante la revisión sistemática de artículos científicos. Se comprobó que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el “burnout” y la calidad de vida.

Así mismo se encuentra el trabajo realizado por Ramírez (2017), “Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia en Ecuador”, quien plantea que uno de los grupos con mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout es el constituido por los trabajadores de la salud.

La muestra incluye la selección de una muestra de 166 profesionales de la salud, dentro de la que se encontró una prevalencia del 26,5% para el agotamiento emocional, 25,9% para la despersonalización y 42,2% para la baja realización personal. Los profesionales con mayor burnout eran aquellos con experiencia superior a 12 años como personal médico, que realizaban jornadas laborales superiores a las 8 horas diarias, y que atendían a más de 18 pacientes al día.

1.2 Planteamiento del problema

La Asociación Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala, es una organización de servicio social no lucrativa, que ofrece apoyo, consejería, educación e información a familiares, cuidadores y público en general del cuidado de enfermos con demencia, específicamente Alzheimer. Entre sus servicios ofrece el cuidado diario de adultos mayores con este tipo de padecimiento, ellos están a cargo de cuidadores capacitados, psicólogos, médicos, enfermeras y fisioterapeutas.

Este personal a pesar de contar con la capacitación necesaria sufre una significativa sobrecarga física, psicológica y emocional, debido a que la tarea es compleja ya que no hay suficiente personal para atender a los pacientes, siendo dos cuidadores permanentes, únicamente con el apoyo del resto de los trabajadores del centro. Siendo dos del personal administrativo y practicantes de fisioterapia en rotación constante; resultando en medidas lejos de ideales, por ejemplo, pacientes que deben de esperar cierto tiempo para ser acompañados al baño o para

realizar el cambio de pañal; como también las cuidadoras se encargan del manejo de la comida, dejan a los pacientes con los practicantes de fisioterapia o del diplomado del cuidado del adulto mayor.

Por eso los trabajadores manifiestan cansancio, preocupación por el trabajo e incluso desinterés sobre las características individuales de la patología y su desarrollo en el paciente.

Este exceso de trabajo se conoce como “burnout” o síndrome de sobrecarga del cuidador o cuidador “quemado” que se caracteriza por ser un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio en el que los cuidadores, según Acker (2011). Además, presentan falta de sueño, tiempo para sí mismos y de libertad, abandono de relaciones sociales y descuido de la propia familia. (Ferrara, 2015)

Todas estas falencias de tipo emocional, son producto de la impotencia ante el progreso degenerativo de la enfermedad del paciente, la sensación de incapacidad de modificar sus comportamientos disfuncionales, la sobrecarga de trabajo; sumando a ello, presiones de parte de los familiares de los pacientes, falta de apoyo psicológico para los cuidadores, ausencia de programas de prevención de burnout, turnos extensos de trabajo, abuso (físico, verbal, y psicológico de parte de los pacientes), pobre formación y falta de recursos adecuados para la atención del paciente.

El término “burnout” surge por primera vez en Inglaterra asociado al mundo del deporte en relación con las expectativas puestas sobre los deportistas y el rendimiento que finalmente obtenían. Sin embargo, a partir de la década de los 70 Freudenbergler asocia el burnout con el agotamiento que sufrían los trabajadores de servicios sociales.

Posteriormente Maslach lo define en 1977 como el agotamiento de todos aquellos empleados que trabajan con o para personas en lo que se denominaban servicios humanos (Gutiérrez Aceves, 2016). Además, Maslach, señala que se destacan tres aspectos en el desarrollo y transcurso del burnout: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

El propósito de la presente investigación es el análisis del “burnout”, asociado a aquellas personas que realizan tareas de cuidador de pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita; a partir de la definición de agotamiento planteada por Maslach. Esto por medio de un instrumento de auto informe de 20 ítems denominado CESQT referido en investigaciones anteriores, el cual evalúa cuatro escalas: 1. Ilusión por el trabajo, 2. Desgaste psíquico, 3. Indolencia y 4. Culpa.

1.3 Justificación del estudio

El progresivo envejecimiento demográfico y el aumento del número de personas mayores que padecen demencia ha dado lugar al aumento de cuidadores responsables de personas con esta dolencia. La demencia es una enfermedad degenerativa, de larga duración y que por lo tanto hace a la persona que la padece dependiente y necesitada de constantes cuidados e incluso atención especial o supervisión de sus actividades. Este tipo de enfermedad tiene un fuerte desgaste físico, psicológico y social en los cuidadores.

Estos cuidadores se enfrentan día a día con el reto de mejorar la calidad de vida del paciente; sin embargo, muchas veces sus necesidades personales se descuidan, produciendo una sobrecarga que implica cansancio, estrés, agotamiento físico y emocional, lo cual se manifiesta en las fases del síndrome del cuidador.

Producto de lo anterior, interesa conocer si los cuidadores de la Asociación Grupo Ermita tienen una sobrecarga en sus actividades ya que, por lo regular, no es frecuente escuchar que un cuidador de un paciente con demencia acuda a la consulta de un médico o psicólogo.

1.4 Pregunta de investigación

¿Se manifiesta el burnout en cuidadores de pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer?

1.5 Objetivos

La investigación plantea los siguientes objetivos:

1.5.1 Objetivo general

Analizar la presencia de burnout en los cuidadores de los pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer.

1.5.2 Objetivos específicos

- Explicar los factores involucrados en el burnout en cuidadores
- Describir las características de los cuidadores
- Describir las medidas de salud preventiva para los cuidadores

1.6 Alcances y límites

Con relación a los alcances de la investigación, se aplicó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) a los cuidadores de los pacientes con demencia y de esa manera conocer si tienen una sobrecarga en sus responsabilidades, se espera que la investigación sirva para estudios similares en otras instalaciones que se dedican al cuidado del paciente con demencia en Guatemala, y que se tome en cuenta que ellos también necesitan asistencia médica y psicológica.

En cuanto a los límites de la investigación, se evaluaron a los cuidadores que son parte de la Asociación Grupo Ermita Alzheimer, que trabajan específicamente con adultos mayores que padecen demencia, con una población conformada por 25 sujetos de estudio, únicamente incluyó a cuidadores formales.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 El síndrome del Burnout

Burnout o síndrome de burnout (SB), también conocido como síndrome de desgaste profesional, de sobrecarga emocional, del quemado o de fatiga en el trabajo, fue declarado como un problema de salud mental y será clasificado en el año 2022, por la OMS como un trastorno asociado al estrés crónico en el trabajo, que se caracteriza por una despersonalización de las tareas, un desgaste emocional, físico y bajo rendimiento. Mouzo Quintáns, (2019)

El burnout es una respuesta inadecuada al estrés crónico; se da con mayor frecuencia en aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo, mantienen un contacto constante y directo con otras personas. Las profesiones en las que los trabajadores pueden llegar a desarrollar el síndrome con mayor facilidad son las dedicadas a la salud.

2.1.1 Definición

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS, el diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental, desde una perspectiva clínica, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) no lo reconoce.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) lo califica “enfermedad consuntiva” y lo encasilla entre los problemas relacionados a dificultades con el modo de vida (capítulo XXI, Z73.0) describiéndolo tan sólo como “estado de agotamiento vital”. (Gómez de Regil, 2015)

El término burnout proviene del anglosajón y se traduce al español como “estar quemado”. Es un trastorno emocional, el cual está vinculado al ámbito laboral, es decir que se refiere al estrés causado por el trabajo (Shohov, 2018).

El síndrome de agotamiento profesional, en su forma clínica, fue descrito por primera vez en 1974, por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger quien lo definió como “fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante”. (Gutiérrez Aceves, 2016)

Cuando se obtuvo el Maslach Burnout Inventory (MBI), se elaboraron gran número de definiciones con el fin de delimitar el fenómeno y explicar su evolución, conformando el análisis a través de tres componentes significativos: agotamiento emocional, despersonalización afectiva y la disminución del desempeño personal. (Gutiérrez Aceves, 2016)

Es decir, a pesar de que será clasificado como un trastorno hasta el año 2022, ha existido una descripción desde mucho antes, pero esta fue redefinida y reevaluada por diversos profesionales, que usaron su entendimiento de lo dicho por Freudenberger para diagnosticar, al igual que valorar a los consultantes que sufrían del padecimiento. Luego con el desarrollo de una prueba estandarizada, se concluyó lo que es el burnout.

Aunque todavía es desconocido por muchos profesionales y por ende, un síndrome poco aprobado. Una definición clásica de burnout es la que ofrece Maslach, quien lo define como “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal; que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera.

El agotamiento emocional son los sentimientos de no poder dar más de sí y a una disminución de los propios recursos de ese orden.

La despersonalización se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se interpreta como la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo”. (Salanova, 2018)

Lo que diferencia al burnout de los demás trastornos mentales, es que su origen radica en el trabajo, lo que la persona no logra identificar, dificulta el proceso de diagnóstico, ya que la sintomatología es común en trastornos desde estrés postraumático y alteraciones depresivas.

Jerry Edewich y Archie Brodsky en la década de los 80 definen el SB como una pérdida progresiva del idealismo, energía e interés por la gente, en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo. Es un trastorno emocional provocado por el desempeño en el trabajo y conlleva graves consecuencias físicas y psicológicas cuando el fenómeno se somatiza. Llega a provocar síndromes de ansiedad o depresión.

Miravalles, (2019), indica que lo que diferencia a las demás definiciones es el precepto de que, si la alteración no se maneja de manera adecuada, se desarrollaran alteraciones emocionales ya que muchas veces las personas reciben reprimendas de sus superiores debido al mal rendimiento laboral.

Por su parte, Pines y Yafe plantean que la raíz del desarrollo del burnout se encuentra a partir de la necesidad de las personas de encontrar significado existencial de su vida y al ver que su trabajo no se lo proporciona aparece una sensación de fracaso (Díaz Bambula, 2016).

Dicha definición explica la razón por lo cual las profesiones de la salud manifiestan la mayor incidencia del trastorno, ya que se experimenta la constante falta de habilidades que necesita el paciente para sobrevivir o sobrellevar su afección.

Gil-Monte en (2007), traduce al español el término burnout como “Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)”, lo define como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, de carácter

interpersonal y emocional. Señala que aparece en los profesionales que trabajan con los clientes o usuarios, y se caracteriza por un deterioro cognitivo que consiste en una pérdida de la ilusión del trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo, por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional, físico y por actitudes, conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización.

Con base a esta definición creó el cuestionario de valoración del síndrome de mayor uso en los países hispanohablantes, utilizado en el presente trabajo.

Según Gómez de Regil (2015), aún sin una única definición, hay un consenso en la literatura en dos puntos claves para identificar el burnout:

- Una condición de pérdida de motivación y baja autoestima, agotamiento, despersonalización, y mínima satisfacción con la realización de tareas;
- Consecuencia de un estrés continuo por la percepción de marcadas diferencias entre los recursos disponibles y los que una persona considera como necesarios para construir una carrera profesional estimulante y satisfactoria, con relaciones significativas que promuevan el sentido de plenitud en su proyecto de vida.

El síndrome de estar quemado puede tomar dos formas, la activa caracterizada por el mantenimiento de una conducta asertiva, que se relaciona con los factores organizacionales o elementos externos a la profesión. La otra es pasiva, en la que predominan los sentimientos de retirada y apatía, teniendo que ver con factores internos psicosociales.

2.1.2 Historia

Las consecuencias fisiológicas profundas del SB fueron mostradas de manera empírica por primera vez en 1936, se describe un síndrome producido por diversos agentes nocivos (Gutiérrez Aceves, 2016).

El término burnout fue acuñado por primera vez en 1974 por Freudenberger, en su libro *“Burnout: The High Cost of High Achievement”* Por lo general, el trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. (OMS, 2019)

En ese sentido Freudenberger introdujo el término en la literatura médica. Las observaciones que dio fueron ratificadas por la psicóloga Cristina Maslach en 1976, al prestar atención a un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión y trabajo de ayuda a los demás y en contacto directo con el público, al que denominó desgaste profesional o burnout.

Luego en 1982, en la Universidad de Berkeley, California junto con el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia, desarrollaron un instrumento denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) o cuestionario Maslach, que desde 1986 permite el diagnóstico de esta patología. (Gutiérrez Aceves, 2016)

Aunque Freudenberger es considerado el pionero en la formulación del SB, otros autores con anterioridad trataron términos muy similares. Entre estos se puede mencionar a Lief & Fox quienes en 1963 hacían referencia al comportamiento característico de los profesionales de la salud, que deben implicarse en la cura sin caer en sobre implicaciones emocionales (Gómez de Regil, 2015).

Por otro lado, también se puede mencionar a Zimbardo, quien aludía al concepto de deshumanización defensiva que se refería a la necesidad de defenderse de estados emocionales continuos y desequilibradores, actuando con las personas como si se tratara exclusivamente de objetos o problemas a solucionar.

En la actualidad lo mencionado por los referentes anteriores, fue completamente eliminado con la creación de la tercera escuela de psicología, la humanística, ya que se concluyó que mientras más distancia existía entre el profesional de la salud y el usuario, era más difícil encontrar una solución a los problemas de este, por lo que se animó a crear una conexión con los pacientes en busca de las respuestas que necesitaba, aunque esto aumento las expresiones de burnout.

A pesar de estos antecedentes, es hasta 1977 que la Asociación Americana de Psicólogos, conceptualiza el SB como un desgaste profesional que ocurría en personal de sectores asociados a servicios humanos. Y hasta 2019 la OMS ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos. (CIE-11)

Incluyéndose así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome (OMS, 2019). Por la novedad del diagnóstico y que no ha sido clasificado manuales utilizados en Latinoamérica, sigue siendo difícil de identificar y de sustentar como patología.

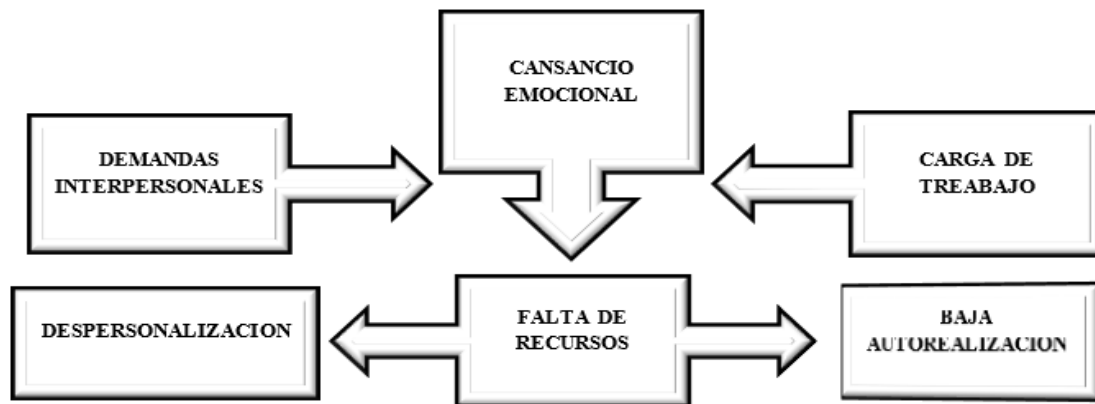
2.1.3 Características del síndrome

Según Nuñez Aguirre (2016), una característica importante del SB es que tiene una presentación progresiva de agotamiento físico y mental de quien lo padece. Cuando todas las manifestaciones clínicas son evidentes se presentan como un desgano insostenible, frustración, falta de motivación por el trabajo que se realiza (Gudiel Morales, 2015). De acuerdo con Maslach y Jackson las características clínicas del burnout son tridimensionales

- Cansancio o agotamiento emocional: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga
- Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración
- Abandono de la realización personal: el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto

Cuadro No. 1

Modelo explicativo del burnout



Fuente: elaboración propia obtenido de Miravalles, (2018)

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo. (Gutiérrez Aceves, 2016)

Esto puede deberse a que en primera instancia la persona presenta el agotamiento constante, pero debido a las presiones que refiere de una sociedad capitalista, sigue trabajando sin descanso, lo que conlleva a generar un mecanismo de defensa donde el sujeto se protege de las afecciones de quien lo rodea, y al darse cuenta de que ya no está rindiendo de la misma manera prefiere rendirse a estos sentimientos.

Lo que pueden traducirse en malos tratos hacia los demás. El problema comienza con jornadas laborales muy extensas o la diferencia entre la realidad que presenta la profesión medida en comparación con la idealización que se tenía de la misma. (Universia, 2019)

Una de las principales características del síndrome es que se produce en profesiones que se han elegido libremente, es decir, son más vocacionales que obligatorias. En estos casos, el problema surge al enfrentar su visión idealizada de la profesión con la realidad, por ejemplo, al comparar otros horarios que no obligan a cambiar patrones de vida, los bajos sueldos, los escasos incentivos profesionales, especialmente en las profesiones relacionadas con la salud (Miravalles, 2019).

Según Gutiérrez Aceves (2016), el cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Etapa 2. El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).
- Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.
- Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.

Por otro lado, Chernis, en Díaz Bambula (2016) plantea que el SB se desarrolla en tres fases evolutivas:

- En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir una situación de estrés psicosocial.
- En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica.

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

En cualquiera de las dos secuencias, el síndrome se puede revertir de manera sencilla si las personas u organizaciones se encuentran pendientes de la sintomatología, ya que si el profesional tiene una sobrecarga o está haciendo un esfuerzo extra para lidiar con las demandas se debe de buscar soluciones al problema antes de que se cronifique.

Existen diferentes niveles de intensidad, y una vez se llega a considerarse grave es complicado retroceder a niveles inferiores, estos niveles del SB se dividen en (Miravalles, 2019)

- Leve: se comienzan a presentar síntomas vagos e inespecíficos (dolores de cabeza, de espalda, estomago, etc.), el afectado se vuelve poco operativo.
- Moderado: aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración. Distanciamiento, irritabilidad, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa por la tarea, se presenta una tendencia a la automedicación.
- Grave: se desarrolla aversión al desempeño de las tareas, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor absentismo laboral, afloran conductas de abuso de alcohol y fármacos.
- Extrema: caracterizado por crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, depresión crónica o enfermedades psicosomáticas, en este nivel hay riesgo de suicidio.

2.1.4 Sintomatología

Gómez de Regil (2015), indica que el síntoma característico es la sensación de fatiga crónica y de constante agotamiento, acompañado de falta de concentración, decremento en la memoria y cambios negativos en la personalidad (desinterés, cinismo, agresividad).

Los síntomas principales son: agotamiento emocional, deshumanización, negativismo, falta de realización personal en el trabajo e, incluso, cinismo hacia los pacientes (Vallejo-Villalobos, 2016).

Polaino, Cabanyes y del Pozo, señalan que las expresiones del SB incluyen lo psicosomático, conductual y emocional, en las conductuales se incluye: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas. Esto se traduce en reiteradas faltas a su lugar de trabajo porque simplemente ya no tiene ganas, encuentra todo un sinsentido continuo del cual no halla salida, comienza a ingerir diversos tipos de drogas ya sea estimulantes para sentir un recargo de su fuerzas o calmantes para sentir una sensación de alivio. (Miravalles, 2019)

Cabello Velez (2016) indica que en lo que respecta a lo emocional, se puede nombrar: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos. Esto tiene como consecuencia que los profesionales no se tengan empatía con sus pacientes y por lo tanto no demuestran su confianza, y presenten claros síntomas de aburrimiento, frustración y apatía.

Estos efectos psicosociales afectan las relaciones interpersonales y se manifiestan en depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad, dificultad en la concentración, sentimientos de omnipotencia, impotencia, soledad, fracaso, alineación, sobrecarga; entre otras (Morales Aguire, 2018).

Tanto el primero como el segundo autor, coinciden en las principales características que aparecen; por ello es necesario revisar lo evidente de los mismos y quienes tienen a su cargo la formación al igual que supervisión de los cuidadores, tomar medidas que permitan una intervención oportuna.

Entre las manifestaciones físicas se pueden incluir, pérdida de peso, úlceras, migrañas, deterioro cardiovascular que se manifiesta como dolor precordial, taquicardia y puede evolucionar a hipertensión arterial, desórdenes gastrointestinales que implica úlceras duodenales asociadas a náuseas, diarrea y anorexia, alteraciones inmunológicas con mayor frecuencia de alergias, asma y problemas dermatológicos, fatiga de tipo crónico, alteraciones a nivel del sistema nervioso con cefaleas de tipo tensionales, trastornos del sueño como el insomnio, vértigo y daños cerebrales, alteraciones hormonales y problemas sexuales como dispareunia, anorgasmia, impotencia, frigidez, vaginismo. (Morales Aguirre, 2018)

Los síntomas son muy complejos, al individuo le invade el sentimiento de fracaso y sufre síntomas ansiosos y depresivos, incluso puede creer que está enfermo físicamente. El cansancio emocional es la actitud más clara, evidente y común en casi todos los casos. La persona no responde a la demanda laboral y generalmente se encuentra irritable y deprimida (Miravalles, 2019).

2.1.5 Etiología

Actualmente se reconoce que es un proceso multicausal y muy complejo, Forbes, determinó que dada la amplia gama de consecuencias o síntomas de la condición, es difícil establecer un set único de causas para la enfermedad, sin embargo; los estudios han encontrado algunos factores promotores. (Forbes Álvarez, 2017)

Está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, en condiciones en las cuales el contacto con estos es parte de la naturaleza del trabajo. Esto no significa que no pueda presentarse en otro tipo de labores, pero en general

doctores, enfermeras, consultores, trabajadores sociales, maestros, vendedores, encuestadores etc., tienen mayor riesgo de desarrollar con el tiempo la condición.

- El estrés laboral al cual se llega por medio de un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante.
- Existencia de factores organizacionales que dificultan la realización de la labor del trabajador, como ausencia sostenida de recursos.
- Nivel de alineamiento entre los objetivos y valores del trabajador con los de la organización. Si sostenidamente no se logran los objetivos, se generan sentimientos de frustración en la persona.
- Bajos niveles de desafío, autonomía, control y retroalimentación sobre resultados, así como apoyo social de compañeros que permitan finalmente desarrollar en el trabajador un sentimiento de éxito profesional y la noción de auto eficiencia percibida.

Debido a la complejidad del SB se han realizado diversos modelos que intentan explicar las causas:

Modelo Byrne: Relaciona los factores generales con el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Las variables utilizadas por Byrne son la ambigüedad, la sobrecarga laboral, el clima de clase y la autoestima.

Modelo Kyriacou y Sutcliffe: Está directamente relacionadas, con el estrés que surge como descompensación entre la valoración y las estrategias frente a las demandas laborales que le exigen; los factores personales, organizacionales y laborales son determinantes e influyen durante todo el proceso.

Modelo Maslach y Leiter: Este modelo multidimensional es el más aceptado por la comunidad científica internacional y recoge las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. Concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social.

El modelo incluye tres componentes (Miravalles, 2019)

- La experiencia de estrés
- La evaluación de los otros
- La evaluación de uno mismo

El autor comenta que el primer grupo de teorías está basado en los trabajos de Bandura e incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeñan el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano y consideran que las cogniciones de los individuos influyen en éstos.

El segundo grupo de teorías están relacionadas con el intercambio social, en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Un tercer grupo está basado en la teoría organizacional, disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Además, refiere que un cuarto grupo más heterogéneo, está formado por el modelo de competencia social de Harrison cuyos factores principales son la competencia y la eficacia percibida. Según este modelo, en un principio la motivación va a predeterminar la eficacia del sujeto en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación mayor eficacia laboral.

Si el sujeto se encuentra con dificultades para lograr sus propósitos laborales, la percepción de eficacia baja y afecta negativamente en la esperanza de conseguirlos. Si se mantiene esta situación en el tiempo se origina el síndrome de quemarse por el trabajo, que por retroalimentación facilita el desarrollo de factores de barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación.

2.1.6 Población en riesgo

De las Cuevas en 2019 menciona que los profesionales sanitarios como médicos, enfermeras, profesionales de la educación, los profesores, cuidadores y psicólogos, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones, se han considerado como los colectivos ocupacionales más proclives al desarrollo del burnout posicionándose como un problema actual de salud pública.

Según Gudiel Morales (2015), el perfil de la persona más propensa al burnout se caracteriza por una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento omnipotente frente a la tarea, entre otros elementos.

Dicho perfil es característico de las personas que ingresan a trabajar en salud, aquellos que les gusta desarrollar el papel de salvador, y altamente empáticos que facilitan el sentirse culpable del sufrimiento de los demás, volviéndolo vulnerable al estrés emocional, y a la sobrecarga.

El profesional de la salud se encuentra en contacto permanente con el dolor, la angustia y la muerte, así como también con salud, vida, curación y recuperación. Estas situaciones estresantes están aunadas a factores personales, organizacionales e institucionales que conllevan al médico a constituirse en un trabajador vulnerable de padecer burnout. (Gudiel Morales, 2015)

La ambigüedad de las situaciones en las que puede observar a distintos tipos de pacientes y la forma en que el profesional de la salud se conecta con ellos, hace que muchas veces deje a un lado una actitud objetiva por lo que se involucra de manera subjetiva con sus usuarios. De esta manera se presentan repercusiones en su salud mental.

2.1.7 Diagnóstico

El Inventario de Burnout de Maslach (MBI) consiste en 22 ítems que se presentan en formato de escala Likert con 7 opciones de respuesta (de 0 a 7) que hacen referencia a la frecuencia con que se experimentan ciertos pensamientos o sentimientos, desde “nunca” hasta “todos los días”.

Los ítems se agrupan en tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems, puntuación de 0 a 54), despersonalización (5 ítems, puntuación de 0 a 35), y realización personal (8 ítems, puntuación de 0 a 48). En general se considera una puntuación igual o mayor a 34 como indicador de *burnout*. (Gómez de Regil, 2015)

Cuadro No. 2
Inventario de Burnout de Maslach

Categorización de los puntajes

COMPONENTE	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	16	17-26	É 27
Despersonalización	6	7-12	É 13
Realización personal	39	32-38	f 31

Fuente: elaboración propia en base a *Maslach Burnout Inventory* (2019).

Cansancio emocional

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
1. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
2. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensiónate
3. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo
4. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo
5. Creo que estoy trabajando demasiado
6. Trabajar directamente con personas me produce estrés
7. Me siento acabado, como si no pudiese dar más

Despersonalización

1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. Siento que me preocupa poco lo que les ocurre a los pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas

Realización personal

1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

Rangos

- 0- Nunca
- 1- Pocas veces al año
- 2- Una vez al mes
- 3- Pocas veces al mes o menos
- 4- Una vez a la semana
- 5- Pocas veces a la semana
- 6- Todos los días

Por otro lado, el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) incluye 20 indicadores distribuidos en 4 dimensiones denominadas (Gil-Monte, 2019):

- Ilusión por el trabajo que se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales debido a que implica una satisfacción personal
- Desgaste psíquico, se refiere a la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se atienden personas que presentan o causan problemas
- Cinismo, corresponde a la presencia de actitudes negativas o de cinismo hacia los usuarios
- Culpa que implican la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento negativo que se tiene en el trabajo.

Cuadro No. 2

Escala de medición de CESQT

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (Algunas veces al año)	A VECES (Algunas veces al año)	FRECUENTEMENTE (Algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (Todos los días)

Fuente: elaboración propia en base al CESQT (2019).

2.1.8 Prevalencia

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo. (Gutiérrez Aceves, 2016).

Para el caso de Guatemala, no se encontraron estudios oficiales de prevalencia de SB, a excepción de algunas investigaciones en algunos centros hospitalarios, el referente más cercano es el estudio: “Calidad de vida profesional y SB en personal de enfermería del Departamento de medicina interna del Hospital Roosevelt”, en 2016. Se observó una frecuencia de SB de 3.6 %, agotamiento emocional alto de 20 %, despersonalización de 24.5 % y baja satisfacción laboral de 30 % (Leonardo-Granados M. y.-C., 2016).

También en 2016, Herrera Mazariegos, realizó un estudio comparativo, usando el cuestionario CESQT entre auxiliares de enfermería y personal administrativo en una entidad de salud pública, ambos grupos incluyeron una muestra de 25 sujetos. El concluyó que el SB se presentaba en 65.48% del grupo de auxiliares de enfermería, mientras que la media del personal administrativo es de 72.36 72% siendo el grupo de personal administrativo quienes muestran una mayor manifestación al SB (Herrera Mazariegos, 2016).

2.2 Cuidadores de pacientes

El cuidador, según la Real Academia Española (RAE) es la “acción de cuidar, asistir, guardar, conservar”. En el caso de las personas, supone proveer a éstas de los servicios que necesiten para la conservación de sus condiciones físicas, psíquicas y sociales. Paradójicamente, el cuidador, en su esmero por cumplir convenientemente su función, puede actuar en detrimento de sus propias condiciones de vida. (Alvira Balada, 2017)

El concepto cuidador es la persona que cuida o está al cargo de una persona que tiene un nivel de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria (Fowler, 2015). La persona dependiente es quien necesita ayuda de otros para desarrollar algunas actividades consideradas básicas. El cuidado prestado por familiares /amigos a individuos que no pueden realizar alguna actividad de autocuidado es una práctica social extendida, que manifiesta la importancia del componente social de la salud. (Alvira Balada, 2017)

Lo que genera una dependencia constante de la persona que necesita atención de los cuidadores, quienes necesitan apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, pero evitan dicha búsqueda por los factores sociales que precipitan la idea de que el cuidado no es un trabajo extenuante y mucho menos que necesita abordarse desde la higiene mental.

2.2.1 Definición

El cuidador/a, es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí (González-Arno, 2019). Dedicar la mayor parte del tiempo (medido en número de horas al día) al cuidado de dicho enfermo. Además, se dice que es la persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra, como un anciano, un bebé, un convaleciente.

Por lo regular, la función la cumple habitualmente un familiar directo o no, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente incapaz de auto sostenerse necesita. En términos generales, se puede definir como aquella persona que de un momento a otro cambia la dinámica de su vida familiar, laboral y social, para hacerse responsable del cuidado y apoyo de las actividades básicas de la vida diaria de un paciente con una o más enfermedades crónicas incapacitantes. (Toscan Torres, 2016)

Por el aumento en la expectativa de vida y el incremento de las demandas de quien se dedique al cuidado de este segmento de la población, se ha vuelto mucho más frecuente la necesidad de tener trabajadores con la formación necesaria, que se ajusten a las condiciones del enfermo y su familia, los que los profesionales que lo atienden y de otros aspectos vinculados; y que además se ocupen preventivamente de sí mismos.

La importancia de cuidador/a aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todos tipos dentro y fuera del domicilio, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención. En ambos casos, cuidador/a primario informal y formal, se reconoce como la persona o institución que se hace cargo de personas que tienen algún nivel de dependencia.

El trabajo de un cuidador no solo es brindarle atención de manera específica y especializada al paciente dependiente, sino también mantener un vínculo de cohesión familiar. (Aguirre Morales, 2018)

Es decir que el cuidador sea o no remunerado económicamente debe de servir como enlace entre las necesidades que presenta el necesitado y las de la familia, ya que muchas veces el primero no tiene las habilidades para abocar por sí mismo y los familiares asumen que no necesitan más de lo que ya se les da. Lo que posiciona al cuidador en un punto medio de batalla por lo que se puede y lo que se debe.

Desde el enfoque antropológico, se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. (Flores, Adeva, & García, 2017)

La actividad de cuidar se ha realizado y se realiza desde diferentes instituciones sociales: el Estado, la familia u otras organizaciones. En resumen, se puede afirmar que cuidador/a, es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras.

2.2.2 Cuidadores formales

El cuidado formal se ha definido como el conjunto de acciones que una profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. En general el cuidador profesional recibe una formación previa sobre los cuidados que necesita una persona con dependencia, ofrecer atención amplia de horario.

La relación del cuidador formal con la persona que recibe los cuidados está regulada, se enmarca habitualmente dentro de una institución y el proveedor suele recibir remuneración económica. (Alvira, 2017)

En ese sentido el cuidador/a formal es aquel que se dedica de manera profesional al cuidado de una tercera persona. Este tipo de cuidador/a compartirá la atención con el cuidador informal, pero con menos limitación horaria y menos compromiso afectivo.

Según Miguel González (2017), se caracteriza por

- Disponer de capacitación y preparación para el desempeño de las tareas requeridas
- Recibir unos honorarios por el trabajo efectuado
- Realizar el cuidado en un margen horario previamente pactado
- Tener un grado de compromiso más o menos elevado en función del grado de profesionalidad y de sus motivaciones personales

Aunque existe cierto distanciamiento entre este tipo de cuidador con el paciente, este tipo es el que puede ver la realidad de la familia y de la persona con necesidad de manera objetiva siendo capaz de observar las injusticias y los desbalances de poder que se manejan.

2.2.3 Cuidadores informales

El cuidado informal se define como la atención prestada por los cónyuges/ parejas, otros miembros del hogar, parientes, amigos, vecinos u otros por lo general, pero la mayoría tienen una edad similar y su salud física como mental puede estar afectada por el papel de cuidador. (Shanley, 2011)

El cuidador informal ha sido definido como aquella persona que atiende a otra que presenta un deterioro funcional o cognitivo, a la que presta ayuda durante un periodo de tiempo prolongado. (Alvira, 2017)

Otra definición de cuidador/a informal es la planteada por Aguirre Morales (2018): “persona que brinda atención en primera instancia, las necesidades físicas y emocionales del paciente, se

solidariza con el enfermo, por lo cual comprende los cuidados que necesita el enfermo y entiende la realidad de enfrentarse a todo el círculo familiar; se puede resumir como la figura significativa del enfermo dependiente”.

La diferencia principal es la remuneración económica que reciben los cuidadores formales al igual que el vínculo que existe entre la persona y el paciente generando una transferencia emocional que tiende a no formarse con los trabajadores externos.

Según Washington, Meadows, & Elliott (2011), el cuidador informal, a diferencia del formal, suele ser un familiar y se caracteriza por:

- No disponer de una capacitación específica
- No recibir ninguna remuneración económica por la labor realizada
- Tener un elevado grado de compromiso hacia la tarea caracterizada por el afecto
- Ofrecer una atención sin límites de horarios

2.2.4 Perfil del cuidador

Toscan Torres (2016), plantea las siguientes características al tratar de definir el perfil de un/a cuidador/a:

- Mujer de edad adulta. El promedio es entre los 40 – 60 años
- Familiar directo del paciente. En todos los estudios anteriores el cuidador primario informal, en el 70% son de género femenino en edad media de 40 – 60 años, parentesco puede ser cónyuge, hijo (a), o nueras
- Al inicio trata de coordinar actividades familiares y laborales con el tiempo y recursos económico del cuidado del adulto mayor con discapacidad

- Cree que será una situación que exigirá poco esfuerzo y que será de poca duración en relación a tiempo
- Paulatinamente la discapacidad del paciente a su cuidado va aumentando, lo que le ocasiona un sobre esfuerzo físico y emocional, por lo que va perdiendo su independencia para sus actividades laborales, familiares, sociales, religiosas y de recreación
- Es el único responsable de la administración de los medicamentos, aseo personal, alimentación y movilización del paciente
- Mantiene la esperanza de ser ayudado en todas las esferas del paciente, por sus familiares cercanos
- Brindan un cuidado mayor de 12 horas
- No recibe remuneración económica
- La mayoría no han recibido formación académica o capacitación sobre los cuidados de un adulto mayor con enfermedad crónica discapacitante
- Gran parte refiere no recibir apoyo, del resto de la familia, lo que obliga a ausentismo laboral, alejamiento de su núcleo familiar y aislamiento social
- El cuidado lo hace por el sentimiento de que está obligado moralmente a realizarlo

Estas características se refuerzan por las estructuras familiares que se muestran en Latinoamérica, es decir familias extendidas donde las hijas se encargan de sus padres mientras que los hijos hombres se alejan de los padres logrando vivir independientes. Pero si la hija no se quiere encargar de los padres y prefiere institucionalizarlos, escogiendo su carrera, se le ve como una persona egoísta, aunque si no trabaja por realizar la labor de cuidadora se le dice que es la razón de la situación económica precaria.

2.2.5 Cuidadores de los pacientes con demencia

La familia es la que asume la mayor parte del cuidado de estas personas, en cada familia suele haber un cuidador/a principal que responde a las circunstancias, sin que se haya llegado a ello mediante acuerdo explícito entre los miembros de la familia. Algunos autores han señalado el carácter del cuidador/a principal o primario por lo general es el cónyuge o el familiar femenino más próximo.

A pesar del claro predominio en las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales. (Cuidadores de personas dependientes, 2019)

Los cambios en dicha dinámica pueden ser atribuidos a la nueva generación de equidad entre los géneros y en las mujeres tomando trabajos altamente remunerados, al igual que la disminución de la masculinidad tóxica que no concebía al hombre en un rol de cuidado.

Bauer (2019), indica que el papel del cuidador/a de un paciente con demencia va evolucionando conjuntamente con la enfermedad, se inicia con la aceptación del diagnóstico, la supervisión y ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria, la aceptación de los cambios en el comportamiento y después en la atención de las actividades de la vida diaria por lo general los miembros de la familia asumen la función de cuidadores(as) informales.

El/la cuidador/a informal tiene que soportar el aumento de la carga física y psicológica, asumir más responsabilidades, menos tiempo para realizar sus actividades personales, esta situación puede poner en peligro su salud física y emocional si la persona cuidadora, además, es de edad avanzada o frágil (Alvira Balada, 2017).

Algunos síntomas que experimentan los cuidadores(as) son el retraimiento social, las tensiones físicas y mentales, sentimientos de decepción y afectación emocional están relacionados con la

gravedad del proceso de declive cognitivo, con el grado de incapacidad y los trastornos del comportamiento de los pacientes con demencia.

Harmell June (2011), sostiene que debido a una situación de sobrecarga, los cuidadores presentan un incremento de enfermedades psicológicas y físicas en comparación a personas de su edad que no son cuidadores(as), además mayores niveles de ansiedad y depresión peores niveles de salud auto-percibida, y en general precisan más atención psicológica, consume más fármacos psicotrónicos que la población general y normalmente tiene menos tiempo para llevar a cabo sus actividades cotidianas (Alvira Balada, 2017), como resultado de ello se da una pérdida de calidad de vida del cuidador/a.

Lo que además conlleva al desarrollo del síndrome de burnout, que a su vez tiene un desarrollo de sintomatología física y mental que inhiben el desarrollo de las funciones apropiadas de la persona y de su desarrollo como cuidador. Lo que a su vez afecta el cuidado del paciente, lo que puede conllevar a malos tratos o incluso la muerte.

2.3 Salud preventiva de los cuidadores

Salud preventiva es la especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades; debido a que la tarea del cuidador(a) es una actividad difícil, su salud personal, tanto física como mental, puede estar expuesta. En cuanto a lo psicológico, puede sentir estrés, descuide su propia salud, por otro lado, algunas de sus actividades, como levantar o bañar a la persona que está bajo su cuidado implica un esfuerzo extra para el cuerpo, las acciones que se realizan pueden afectar la salud emocional, mental y física.

Algunos estudios muestran que tienen un mayor riesgo de desarrollar las siguientes adicciones y enfermedades, tales como: alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas, trastornos de ansiedad, cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, acidez estomacal, infección, obesidad, dolor, como dolor muscular o articular y dolores de cabeza, estrés y depresión. (FamilyDoctor.org, 2019)

En ese sentido se considera que la salud preventiva posibilita evitar problemas en el futuro. Por lo que se recomienda consultar a un médico regularmente, al igual que a un profesional de la salud mental. Por lo regular existe poca preocupación por la salud de los cuidadores (as); muchas veces es dejado de lado, sin considerar que también puede presentar desequilibrios en su salud.

Su salud preventiva posibilita que éste tenga pueda acceder a una vida mejor, para ello es necesario la creación de condiciones, que permitan tomar conciencia en el cuidado para sí mismo. En ese sentido, se recomienda que haga de su bienestar una prioridad, lo cual le permitirá atender mejor a las personas que dependen de él.

Capítulo 3

Marco contextual

3.1. Método

La presente investigación utiliza el método mixto debido a que sistemáticamente se recopiló información bibliográfica sobre el tema de burnout en cuidadores de pacientes con demencia.

Posteriormente la aplicación de la prueba psicométrica denominada “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)” que es el instrumento creado para fines únicos de esta investigación a la población específica. Finalizando con la interpretación de los resultados.

Debido a que es un problema creciente y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) planea incluirlo en el manual de diagnósticos de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), se debe de contar con estudios cualitativos sobre el tema en el país, ya que, por falta de inversión en salud, no se puede comparar a Guatemala y esperar que se tengan los mismos niveles que los países desarrollados.

Se inició la búsqueda con distintas palabras clave: burnout, cuidadores de paciente con demencia y salud preventiva. Tras establecer las pautas de búsqueda, el número de artículos se redujo. La búsqueda de la información se obtuvo de las siguientes bases de datos: PsycINFO, Web of Knowledge, Scopus, PubMed y Google Scholar. Los artículos que resultaron de la búsqueda y que se adecuaban a criterios de selección (tabla 1) fueron seleccionados y revisados con especial atención.

Tabla No. 1
Criterios de selección

	<i>Criterios de selección</i>
1	Las investigaciones deben tener las bases teóricas que evidencien la relación entre el burnout, cuidador de personas con demencia y salud preventiva.
2	Los artículos que se incluyen en el análisis deben relacionar al cuidador de personas con demencia con burnout y salud preventiva.
3	Los cuidadores evaluados pueden ser formales o informales.
4	Los pacientes han de tener diagnóstico de demencia, incluidos los distintos tipos de esta.
5	No se incluyen artículos anteriores a 2010.

Fuente: Elaboración propia (2019)

3.2. Tipo de investigación

El trabajo realizado en la presente investigación fue de campo ya que tomó lugar en una institución específica, la Asociación Grupo Ermita Alzheimer, mediante la muestra proporcionada por la misma. Además, se abordó a los participantes con una encuesta para completar la información que aporta el instrumento estandarizado.

Los datos se procesaron a partir de la calificación de las pruebas, la tabulación de las encuestas y luego se elaboraron tablas de presentación de resultados (Pauda, 2018).

3.3. Niveles de investigación

En cuanto a nivel de investigación, ésta fue explicativa, ya que se orienta a establecer las causas que originan el síndrome de quemado en cuidadores de los pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer. En ese sentido, se realizó una investigación cuantitativa que permite descubrir las razones de padecimiento de burnout, producto del trabajo de este grupo

de cuidadores, sus circunstancias de trabajo y ambiente laboral en la institución, para lograrlo se trató de desarrollar una explicación del burnout de forma deductiva a partir de teorías.

La investigación explicativa generó definiciones operativas referidas al padecimiento y proporcionó un modelo más cercano a la realidad del objeto de estudio. A pesar de que la investigación explicativa, no posibilita el desarrollo de conclusiones contundentes, permite obtener una comprensión más acertada del fenómeno y sus causas.

Para esta investigación la muestra fue de 25 cuidadores de los pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer y se realizó un estudio estadístico de frecuencias, con esos datos, se hallaron intervalos de probabilidad. Se discutieron los resultados para determinar si los cuidadores tienen el padecimiento y qué tipo de condiciones en concreto la provocan.

3.4. Pregunta de investigación

¿Se manifiesta el burnout en cuidadores de pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer?

3.5. Hipótesis

Hipótesis de investigación:

Los cuidadores de pacientes con demencia presentan el síndrome de burnout.

Hipótesis nula:

Los cuidadores de pacientes con demencia no presentan el síndrome de burnout.

3.6. Variables

Cuidadores de pacientes con demencia

- Definición conceptual: Aquella persona que proporciona ayuda a pacientes dependientes de manera que sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están cubiertas. Es el profesional capacitado que obtiene una remuneración por el cuidado (Revuelta, 2016).
- Definición operacional: Profesional encargado de brindar cuidado a la persona con demencia de manera que se cubran todas sus necesidades, empleado por la Asociación Grupo Ermita Alzheimer con este fin.

Burnout:

- Definición conceptual: forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. (Saborio & Hidalgo, 2015)
- Definición operacional: Punteos arriba del percentil 89 se considera crítico según la prueba Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo.

3.7. Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico, seleccionando cuidadores formales con mínimo de un año de experiencia y con el título académico de diplomado en el cuidado del adulto mayor. Se seleccionó un total de 25 participantes, todas mujeres con edades entre 20 y 60 años.

3.8. Sujetos de la investigación

Se seleccionaron a personas que fueron participantes del diplomado “cuidado del adulto mayor” que realizan el trabajo de cuidadores formales para pacientes con demencia y llevan más de un año ejerciendo, para que tuviese condiciones de homogeneidad. Esto porque la literatura muestra que conforme más tiempo permanezca la persona realizando el mismo tipo de trabajo mayor es la probabilidad de sufrir síndrome de burnout.

3.9. Instrumentos de la investigación

Para fines de la presente investigación se utilizó una prueba psicométrica denominada Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), el cual evalúa cuatro escalas: 1. Ilusión por el trabajo; 2. Desgaste psíquico; 3. Indolencia y 4. Culpa. Este es un instrumento de auto informe de 20 ítems. (Gil-Monte, 2019)

Ilusión por el trabajo (It) formada por 5 indicadores, los indicadores están redactados de manera positiva, por lo que bajas puntuaciones indican altos niveles de SQT. Desgaste psíquico (Dp) formada por 4 indicadores, indolencia (IN): formado por 6 indicadores, los trabajadores que puntúan alto muestran insensibilidad y poca empatía hacia los usuarios. Culpa (C): formada por 5 indicadores.

Los indicadores se evalúan en una escala Likert de 5 grados que va de 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente: todos los días), la persona debe indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en el cuestionario. Bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo junto a altas puntuaciones en desgaste psíquico y cinismo suponen altos niveles de burnout. (Gil-Monte, 2019)

Tabla No. 3

Escala de medición de CESQT

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (Algunas veces al año)	A VECES (Algunas veces al año)	FRECUENTEMENTE (Algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (Todos los días)

Fuente: elaboración propia en base al CESQT (2019)

El CESQT está dirigido a trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo personas, por ejemplo, psicólogos, enfermeros, médicos, docentes, trabajadores sociales, cuerpos de seguridad, entre otros.

También se aplicó una encuesta (anexo 2) creada para fines únicos de la investigación para recopilar más información sobre los participantes y obtener un panorama global del fenómeno, a modo de relacionar de manera adecuada las circunstancias donde aparece el síndrome.

En dicha encuesta se recopiló información como la edad, tiempo que han ejercido la posición de cuidadores, cantidad de personas mayores que se atienden, las necesidades que tienen, al igual que el tipo de relaciones que se mantienen.

3.10. Procedimiento

Para poder responder de manera certera a la pregunta de investigación:

- Se inició una revisión bibliográfica del tema con la finalidad de recopilar información escrita relevante al estudio.
- Luego se continuó con la selección de la muestra de estudio considerando los requisitos antes mencionados, prosiguiendo con la aplicación del instrumento psicométrico y la realización de la encuesta.
- Una vez terminados se continuó con la programación del día de aplicación de pruebas. Inmediatamente después con el proceso de calificación y tabulación de punteos, para proceder a la elaboración de las tablas finales de presentación de resultados.
- Finalizando con la discusión y conclusiones del estudio.

Capítulo 4

Presentación y discusión de resultados

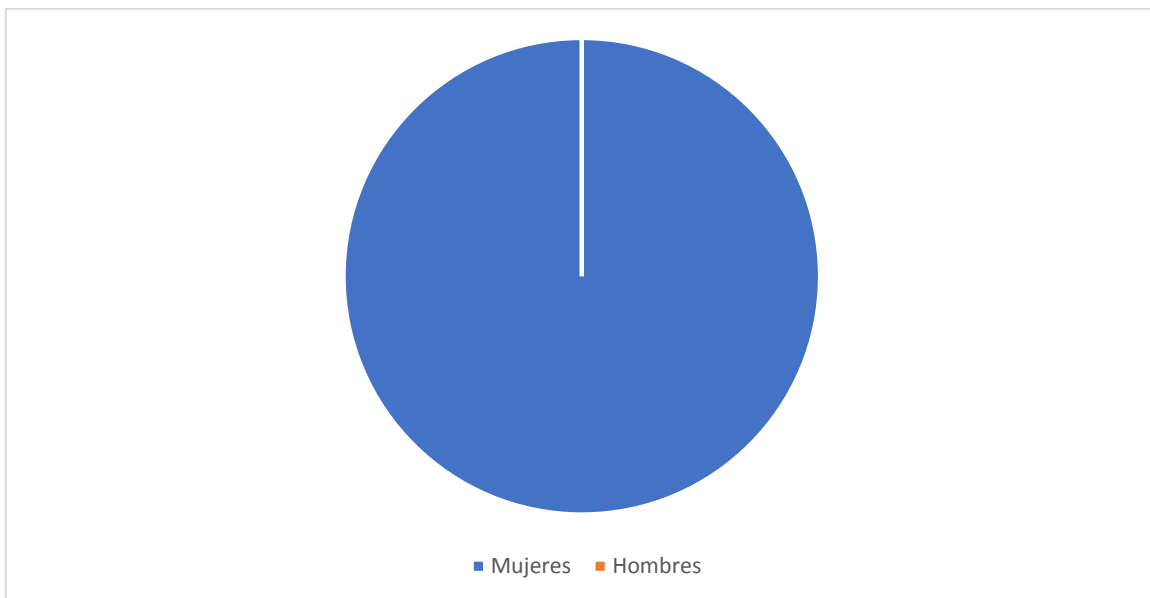
4.1 Presentación de resultados

Durante un periodo de 5 días hábiles se evaluaron 25 personas que desarrollan la labor de cuidadores de adultos mayores con demencia. Dichos cuidadores han ejercido esa función por un periodo mayor a un año y obtienen remuneración económica a cambio de sus servicios. Primero se aplicó una encuesta para recabar información de los cuidadores y luego se utilizó el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT).

Los resultados de la encuesta se presentan a continuación:

Gráfica No. 1

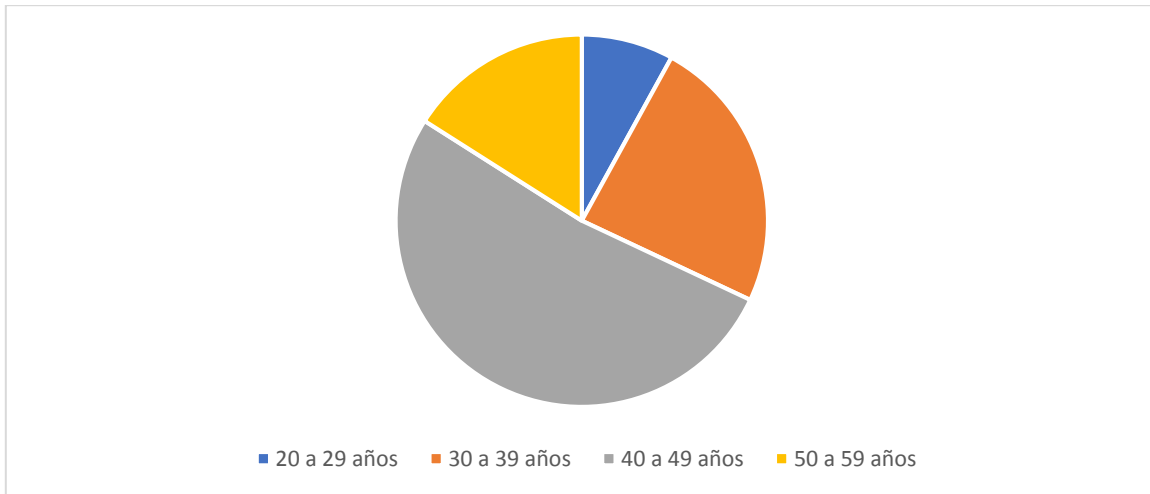
Distribución de sexo de los participantes



Fuente: elaboración propia (2019)

Como se observa en la gráfica, las 25 personas que participaron en el estudio fueron mujeres.

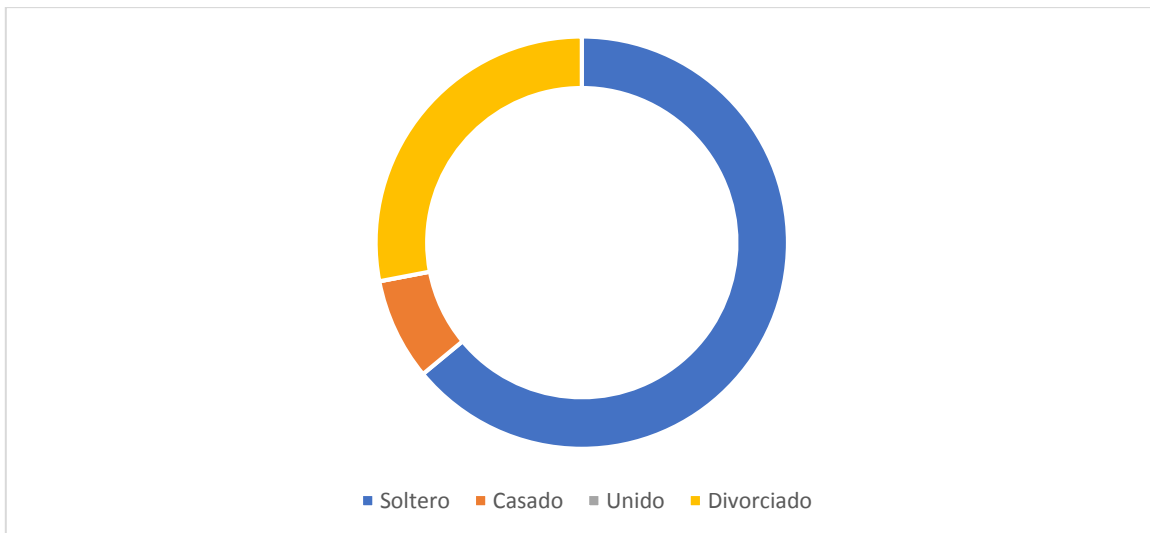
Gráfica No. 2
Edad de las cuidadoras



Fuente: Elaboración propia (2019)

Las cuidadoras evaluadas cuyas edades se encuentran de 20 a 29 años fueron 2; de 30 a 39, 6 de ellas; en el rango de 40 a 49, 13, siendo la mayoría de la muestra y de 50 a 59 años, 4.

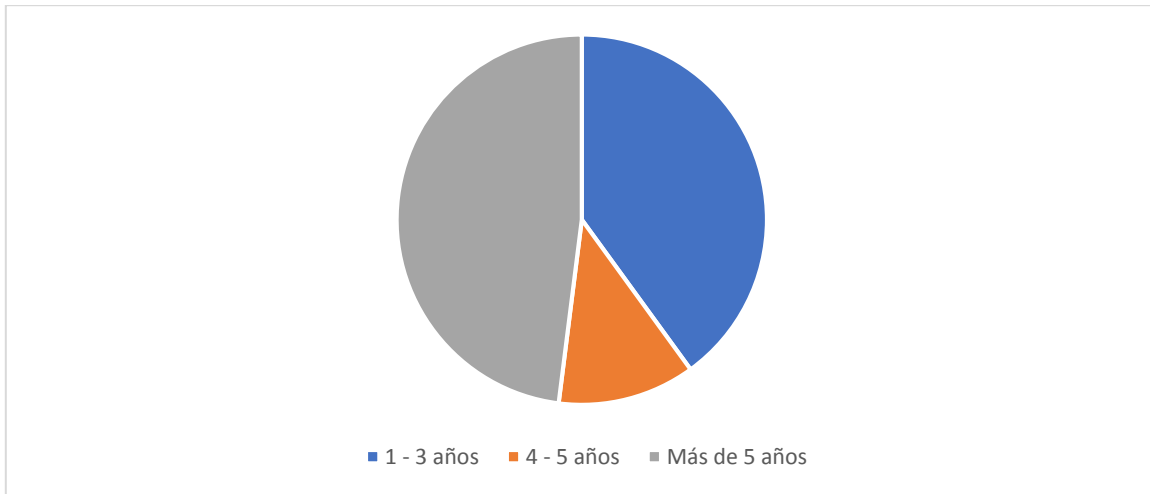
Gráfica No. 3
Estado civil de los participantes



Fuente: Elaboración propia (2019).

Dieciséis de las participantes consultadas son solteras, siete divorciadas y dos casadas.

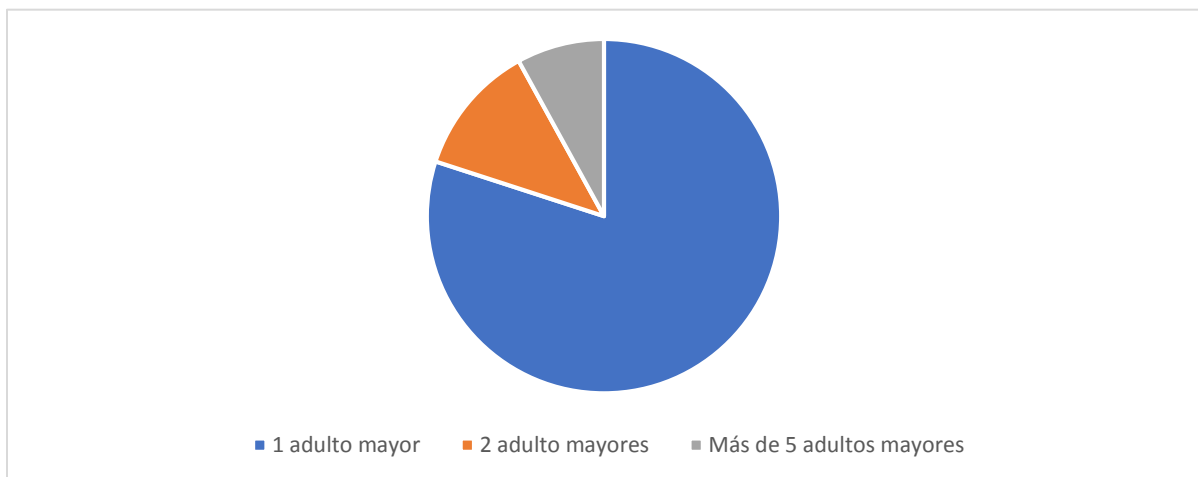
Gráfica No. 4
Tiempo que ha ejercido como cuidadora



Fuente: Elaboración propia (2019)

La mayoría de las cuidadoras han trabajado por más de 5 años, aunque no todo el tiempo con pacientes con demencia o con recompensa económica; pero siempre con adultos mayores, siendo 12 de éstas. Luego 10 han trabajado únicamente de 1 a 3 años y 3 han trabajado por más de 4 años.

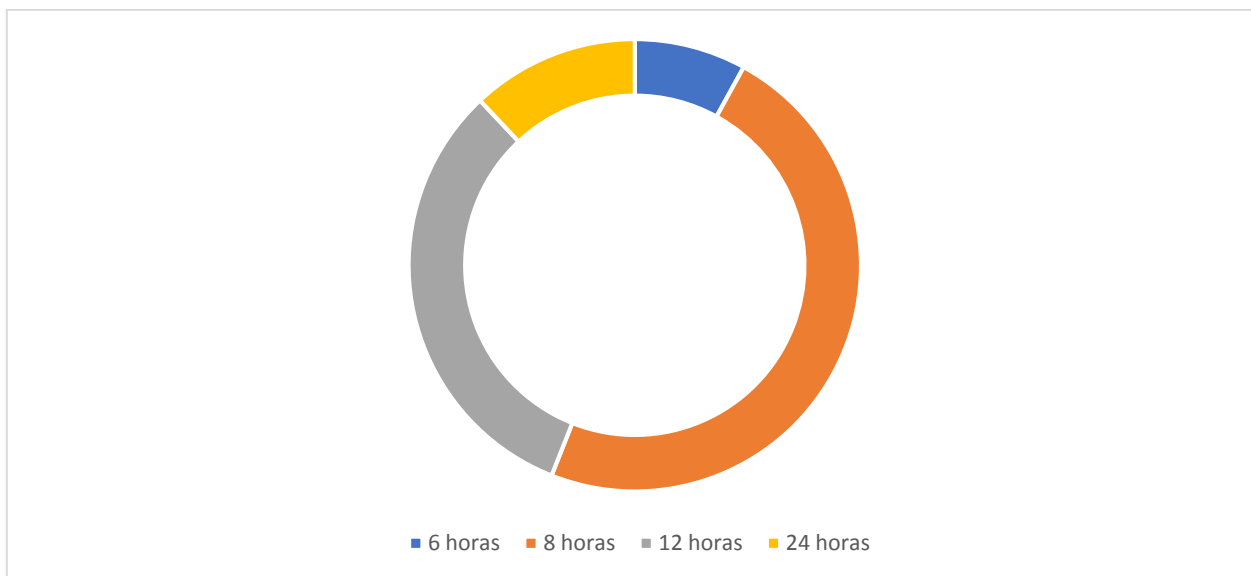
Gráfica No. 5
Cantidad de personas que cuida



Fuente: Elaboración propia (2019)

La mayoría de las cuidadoras, 20 de ellas, cuidan únicamente a un adulto mayor, 3 se encargan de dos adultos mayores y 2 cuidan a más de cinco personas mayores.

Gráfica No. 6
Cantidad de horas laboradas

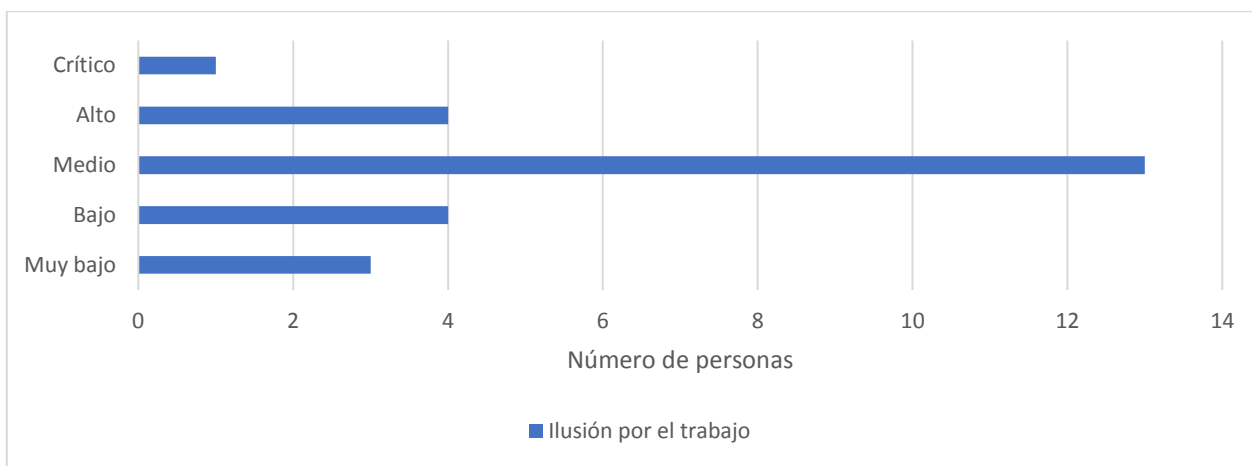


Fuente: Elaboración propia (2019)

Dos cuidadoras trabajan turnos de 6 horas, 12 trabajan 8 horas diarias, 8 trabajan 12 horas y únicamente 3 laboran 24 horas.

A continuación, se muestra una gráfica por cada una de las cuatro áreas en las que se divide el Cuestionario para la Evaluación de Quemarse por el Trabajo:

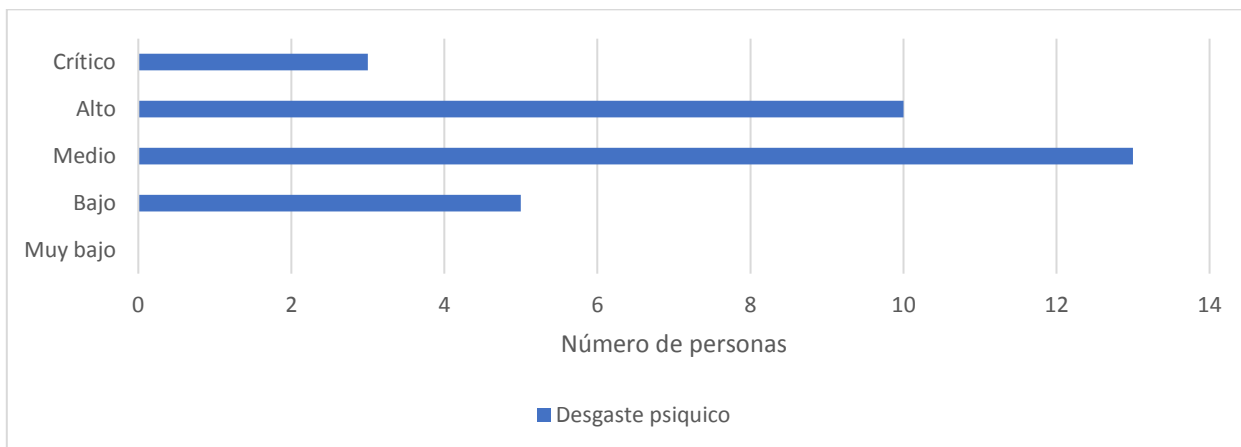
Gráfica No. 7
Ilusión por el trabajo



Fuente: Elaboración propia (2019).

Dicha escala está valorada inversamente, por lo que un punto bajo indica altos niveles de burnout. De la muestra 3 cuidadores puntuaron muy bajo, 4 puntuaron bajo, 13 medio, 4 puntuaron alto, y 1 crítico. Lo que indica que 8 de los cuidadores está manifestando signos de burnout, y han perdido la motivación que se necesita en el trabajo, al igual que el deseo de alcanzar las metas laborales.

Gráfica No. 8
Desgaste psíquico

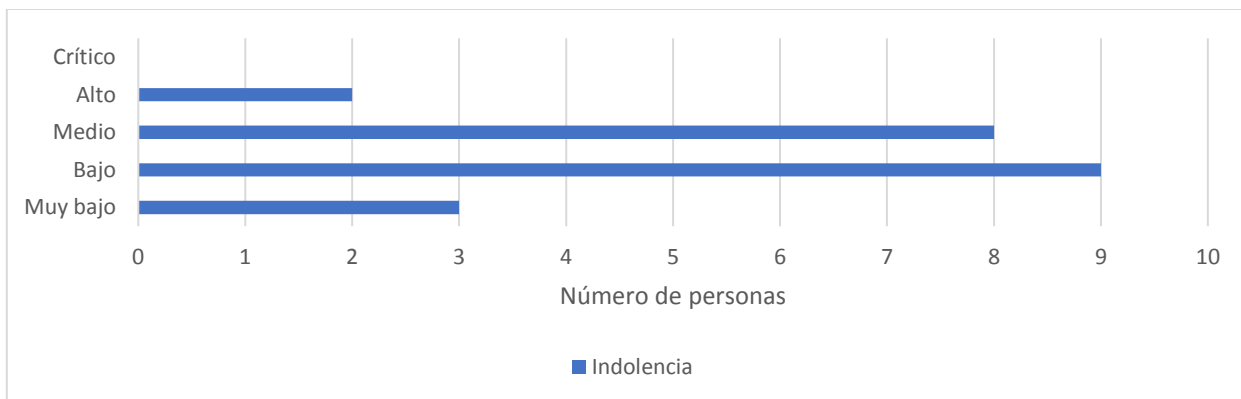


Fuente: Elaboración propia (2019)

En esta escala, 5 puntuaron bajo, 7 puntuaron medio, 10 puntuaron alto y tres tuvieron puntuos críticos. Esta categoría muestra que la mayoría de las cuidadoras presentan agotamiento emocional y físico el cual es el mayor indicador de burnout temprano.

Gráfica No. 9

Indolencia

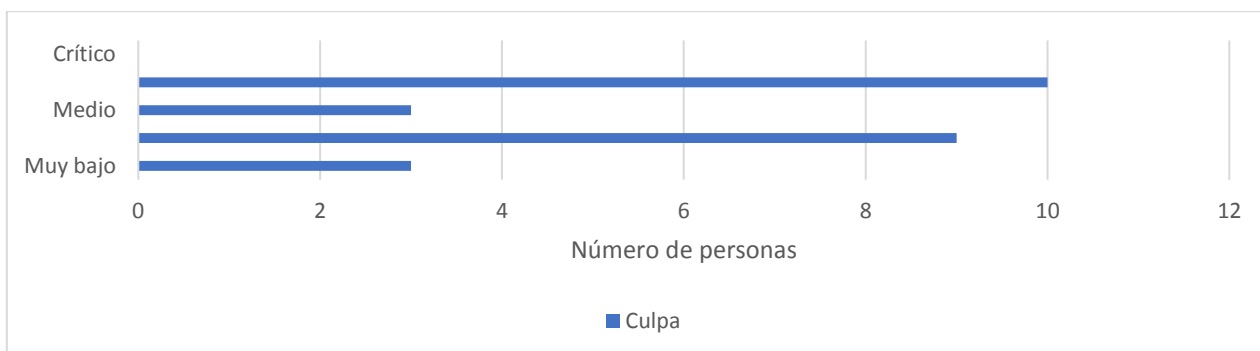


Fuente: Elaboración propia (2019)

En la escala de indolencia, ninguno de los cuidadores puntuó críticamente, 2 puntuaron alto, 8 medio, 9 bajo y 6 muy bajo; lo que indica que no existe la presencia de actitudes negativas o de cinismo hacia los pacientes con demencia, ya que todavía existe sensibilidad y empatía hacia los mismos.

Gráfica No. 10

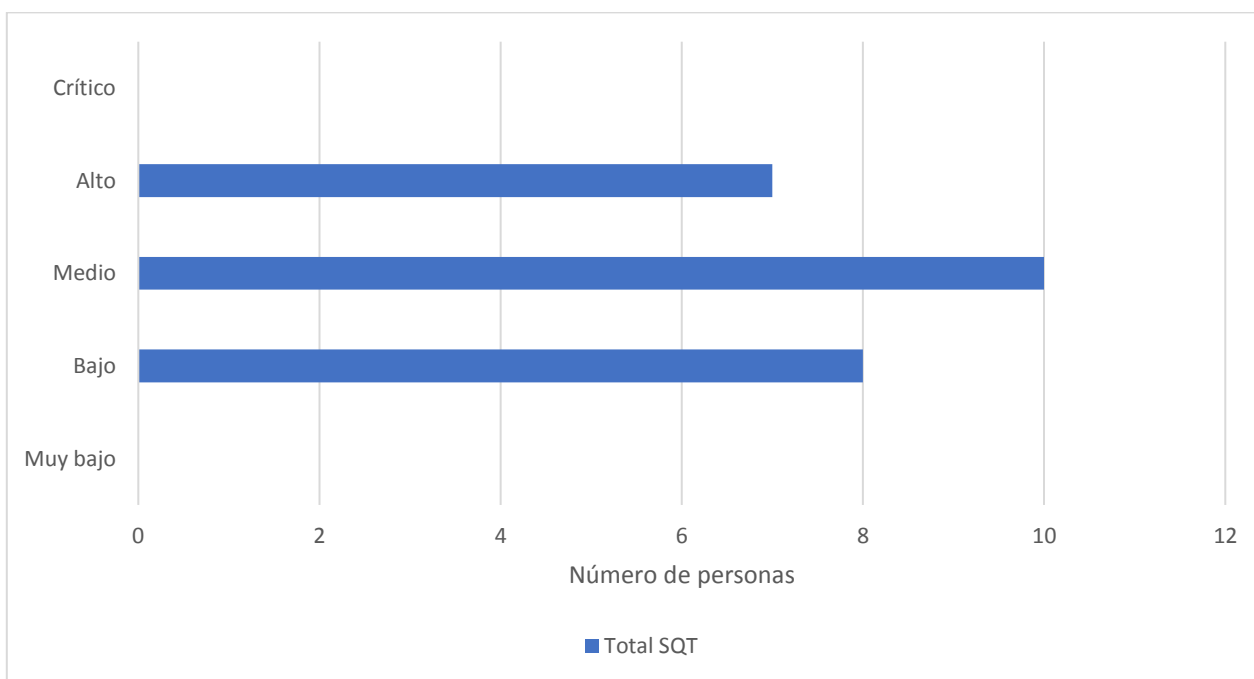
Culpa



Fuente: Elaboración propia (2019)

Esta escala indica si el burnout ocurre con o sin culpa, es decir si es perfil 1 o perfil 2, pero no se toma en cuenta para el punteo del SQT. 10 cuidadores puntuaron alto, 3 medio, 9 bajo, 3 muy bajo. Lo que indica que los rasgos de burnout que muestran los cuidadores son del perfil 1, es decir sienten que podría hacer más de lo que ya están haciendo por los pacientes o que no están rindiendo lo que deberían en el entorno laboral.

Gráfica No. 11
Total SQT



Fuente: Elaboración propia (2019)

Ninguno de los cuidadores puntuó en los extremos de las escalas, 10 puntuaron medio, 7 en alto y 8 en bajo, lo cual indica que 7 cuidadores manifiestan rasgos de burnout, pero no han alcanzado el punto crítico donde se requiere intervención inmediata, pero sí deberían recibir apoyo psicológico para disminuir los niveles y prevenir el desarrollo del síndrome.

4.2 Discusión de resultados

El objetivo de la investigación era analizar la presencia de burnout en los cuidadores de pacientes con demencia. En este sentido, los resultados obtenidos muestran que no existe un burnout marcado en los cuidadores, aunque hay rasgos que muestran la posibilidad del desarrollo del síndrome.

Se observa una relación entre desgaste psíquico y horas laboradas al igual que cantidad de adultos mayores a los que se les brinda cuidado; lo que indica que si los cuidadores tuvieran menor carga existiría menor desgaste, previniendo el desarrollo de burnout.

Otra de las relaciones importantes del estudio es el alto nivel de culpa que maneja la muestra, sin importar el nivel de burnout o tiempo de trabajar, lo que puede ser un indicador de los mandatos que existen en la cultura del sector salud en cuanto a la entrega y devoción por el paciente para trabajar más de lo requerido, y en el caso de las mujeres sin quejarse, o incluso con la habilidad de realizar las tareas de cuidado de manera nata.

Una de las fortalezas que tuvo este estudio fue la utilización de CESQT que ha sido validado en países latinoamericanos como Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay, a diferencia del cuestionario Maslach que únicamente ha sido validado en México. De la misma forma, el uso de un cuestionario de elaboración propia que permitió recabar información clave del cuidador que facilitó la interpretación de los resultados.

Los resultados más significativos de este estudio son la manifestación de desgaste psíquico y culpa que tienen los cuidadores sin importar factores como tiempo de trabajo, cantidad de pacientes o turnos, por lo que es importante continuar evaluando a la población, que permita la determinación si esto se debe a la cultura guatemalteca o a algún factor más global que el trabajo.

Conclusiones

El síndrome de burnout es un trastorno que provoca un deterioro preocupante tanto a nivel físico como emocional en las personas que trabajan al cuidado del paciente con demencia, por lo que sufren un desgaste que deriva en sentimientos de agotamiento excesivo y malestar general para el que muchas veces no encuentran la forma de solicitar ayuda externa.

Estrictamente no existe burnout en la población de cuidadores de la Asociación Grupo Ermita Alzheimer, aunque se muestran factores que pueden interpretarse como una manifestación temprana del mismo.

Las cuidadoras manifiestan características como interés personal por el receptor de su trabajo o alguien de la familia, horarios flexibles, personalidades altamente empáticas, e incluso carencias afectivas propias, según lo mencionado por las mismas en la encuesta aplicada.

Es necesario tener en cuenta que los pacientes con demencia requieren que se le dé al cuidador herramientas que le brinden la información precisa de la enfermedad, el tratamiento y los recursos que deberán ponerse en marcha para sobrellevar esta carga.

Las medidas de salud preventiva más importantes para los cuidadores son aprender a separar lo laboral de lo personal sin resultar en la indolencia, contar con un especialista de salud mental que pueda ayudar a procesar lo que conlleva su el trabajo, especialmente después del fallecimiento de alguno de los pacientes. También es importante fomentar el ocio, las actividades de distracción, y de relajación.

Recomendaciones

Realizar una evaluación periódica de los cuidadores de pacientes con demencia, en busca de indicadores de su condición psicológica y referir al momento necesario de intervención.

Educar tanto a las familias como a las asociaciones formadoras, de los factores que predisponen a sufrir burnout, en busca de una alineación de objetivos y soporte laboral de los cuidadores.

Desarrollar otros estudios en distintas organizaciones que trabajan con pacientes con demencia, para comparar grupos y responder otras interrogantes respecto al burnout.

Brindar el apoyo necesario referente a la salud mental, considerando el tiempo personal del cuidador, fomentando la recreación personal, dividiendo equitativamente las cargas laborales e incluso aceptando la necesidad de tener un tiempo de duelo después de la pérdida de un paciente o el progreso su enfermedad.

A los profesionales de psicología y estudiantes, implementar técnicas que ayuden a cuidadores (as) de pacientes con demencia a afrontar o superar las situaciones de estrés como técnicas de relajación, técnicas de autocontrol, entre otras.

Referencias

- American Psychological Association. (2013). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. (5ª. ed.). México: Manual Moderno.
- Aguirre Morales, N. (2018). *Prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores primarios de niños con cáncer (Tesis de Grado, Universidad Rafael Landívar)*. Guatemala: Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Medicina.
- APA. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Atenas, V. (2015). *El Burnout en cuidadores primarios de pacientes con demencia tipo Alzheimer (Tesis de grado, Universidad de Belgrano)*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Humanidades, Carrera Licenciatura en Psicología.
- Cabello Velez, N. &. (2016). *Elementos históricos y conceptuales del Síndrome de Burnout* . Archivos en medicina familiar, Vol.18 (3) , 51-53 .
- Devi, B. J., Naqui Esteve, M., Jofre Font, S., & Fetscher Eickhoff, A. (2016). *Relación entre el burnout y la calidad de vida del cuidador de personas con demencia*. Gerokomos, 19-24.
- Díaz Bambula, F. &. (2016). *La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010*. Psicología desde el Caribe, Vol. 33 No. 1 , 113-131.
- Forbes Álvarez, R. (2017). *El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa*. CEGESTI, Exito empresarial, no. 160, 1-4.
- Fowler, C. (2015). *Cuidando al cuidador*. Nursing, enero/febrero volumen 32, núm. 1, 25-42.

- Gil-Monte. (2019). *CESQT Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Gómez de Regil, L. y.-C. (2015). *Ciencia y Humanismo en la Salud 2015*, Vol. 2, No 3, Síndrome de burnout: una revisión breve. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, Vol. 2, No 3, 116-122.
- González-Arno, V. (9 de septiembre de 2019). *Diccionario de la Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de la Real Academia Española: <http://lema.rae.es/drae/?val=cuidador>
- Gudiel Morales, J. (2015). *Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt, Guatemala, 2013 (Tesis doctoral)*. Guatemala: Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC.
- Gutiérrez Aceves, G. e. (2016). *Síndrome de burnout*. Medigraphic. Vol. 11, No. 4 , 305-309.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2017). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Herrera Mazariegos, A. L. (2016). *Burnout estudio comparativo en auxiliares de enfermería y personal administrativo de una entidad de salud pública*. (Tesis de grado, Universidad Mariano Gálvez). Guatemala: Facultad de Humanidades, Facultad de Psicología.
- Leonardo-Granados, M. y.-C. (2016). *Calidad de vida profesional y Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt*. Guatemala : Unidad de Investigación, Clínica de Atención Integral del VIH del Hospital Roosevelt, Escuela de Química Farmacéutica, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, USAC.

- Morales Aguire, N. (2018). *Prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores primarios de niños con cáncer (Tesis de grado)*. Guatemala : Facultad de Ciencias de la Salud, URL.
- Mouzo Quintáns, J. (28 de mayo de 2019). *El 'burnout' toma peso en la lista de dolencias de la OMS*. El País, pág. (versión digital).
- OMS. (2019). *72ª Asamblea general* . Ginebra, Suiza: OMS.
- Revuelta, M. (2016). *Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes (Tesis de grado)*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Rivera, M. R. (2015). *Síndrome de quemarse en el trabajo y factores de apoyo a cuidadores de personas de enfermedad de Alzheimer*. *Informes psicológicos*, 15(1), 13 - 30.
- Salanova, M. y. (2018). *Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout* . *Papeles del Psicólogo*, Vol. 29(1), 59-67.
- Vallejo-Villalobos, M. (2016). *El síndrome de desgaste (burnout) en el área de la salud*. *Revista de Hematología de México*, 17(1), 1-2.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

Nombre completo: Paula María Barral Ogaldes

Título de la Tesis: Burnout en cuidadores de pacientes con demencia

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de Estudio	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Instrumentos de investigación	Sujetos de Estudio
Presiones de parte de los familiares de los pacientes Falta de apoyo psicológico Ausencia de programas de prevención Turnos extensos de trabajo Abuso de parte de los pacientes Pobre formación Falta de recursos	Burnout en cuidadores de pacientes con Demencia Subtema Características de los cuidadores Salud preventiva en los cuidadores	¿Se manifiesta el burnout en cuidadores de pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer?	Analizar la presencia de burnout en los cuidadores de los pacientes con demencia en la Asociación Grupo Ermita Alzheimer.	Explicar los factores involucrados en el burnout en cuidadores Describir las características de los cuidadores Describir las medidas de salud preventiva para los cuidadores	CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo Escala de condición laboral (diseñada específicamente para los cuidadores)	Cuidadores de pacientes con demencia: Cuidadores que laboran en la institución : 25 mujeres

Anexo 2

Información del cuidador

Observaciones: este material que se le solicita a continuación, será estrictamente confidencial, y permitirá identificar las características del grupo de servidores de este centro de atención a adultos mayores.

Parte I: Datos generales

Instrucciones: Complete en los espacios en blanco la información que se le pide.

Iniciales de su nombre: _____ Edad: _____ años

Varón Mujer

Estado civil: Soltero Casado Unido Divorciado Viudo

Cantidad de hijos: _____ hombres _____ mujeres

Parte II: Perfil de trabajo

Instrucciones: Marque con una x las alternativas que mejor describa su situación personal.

a) Tiempo de trabajo como cuidador

1 año 1 año - 2 años 2 años - 3 años más de 3 años más de 5 años

b) Cantidad de personas que cuida

1 adulto mayor 2 adultos mayores más de 2 adultos mayores más de 5 adultos mayores

c) Relación con el paciente

Familiar Laboral

d) Forma en la que percibe el trato de usted a su paciente

Respetuoso Amable Paciente Dedicado Cercano Distante

e) Tipo de demencia

Alzheimer Vasculares Cuerpos de Lewy Desconocido

f) Enfermedades adicionales

Diabetes Hipertensión Osteoporosis Enfermedad renal Enfermedad cardíaca
Enfermedad gástrica

g) Actividades en las que el paciente necesita asistencia

Caminar distancias cortas Caminar largas distancias Comer Utilizar el baño

h) Recursos que el paciente utiliza

Silla de ruedas Andador Bastón Pañal Asistencia respiratoria

i) Jornada de trabajo

Diurna Nocturna Ambas

j) Cantidad de horas de trabajo diario

4 8 12 24 48 otras _____ (Indique cuál)

k) Razón por la cual realiza el trabajo

Satisfacción personal Económica Situación familiar

l) Frecuencia con la que recibe sus honorarios

Diario Semanal Quincenal Mensual