



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica

**Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores
de adulto mayor en la Clínica Bamboo de junio a
octubre del 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología
Médica en el área de Terapia Ocupacional

AUTOR

Daniela Isabel ARAKAKI ESPINOZA

ASESOR

Alicia Violeta HERRERA BONILLA

Walter REYES MORALES

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Arakaki D. Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto mayor en la Clínica Bamboo de junio a octubre del 2016. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2017.

278



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 (Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
 "AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Conforme a lo estipulado en el Art. 45.2 y, Art. 100.13 de la Ley 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

73

Presidente: Lic. Mirtha Felicia Sanchez Casas
 Miembro : Lic. Amelia del Rosario Olortegui Moncada
 Lic. Joel Jersson Zavala Quispe

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día 17 de febrero de 2017, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado **"INCIDENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS CUIDADORES DE ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA BAMBOO DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2016"**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Ocupacional de la Bachiller:

DANIELA ISABEL ARAKAKI ESPINOZA

Habiendo obtenido el calificativo de:

13
.....
(en números)

Trece
.....
(en letras)

Que corresponde a la mención de: *Regular*.....

Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

 Presidente Lic. Mirtha Felicia Sanchez Casas	 Miembro Lic. Amelia del Rosario Olortegui Moncada
 Miembro Lic. Joel Jersson Zavala Quispe	 Asesor(a) de Tesis Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla

Agradecimientos

A mis padres por darme la oportunidad de una carrera profesional, acompañarme siempre, por creer en mí, por enseñarme a siempre perseverar en mis sueños y por criarme como una persona de bien.

A mis hermanas y mi abuela porque siempre confiaron en mí y me apoyaron en este largo camino.

A la Lic. Alicia Herrera Bonilla por su tiempo y dedicación para la elaboración de este trabajo

Al Lic. Walter Reyes Morales por el apoyo incondicional

A mis amigas incondicionales Katy, Betsy y Maria Gracia por su optimismo caracterizador y por nunca dejarme rendir.

A todos los cuidadores de adultos mayores que contribuyeron a la realización de este trabajo.

Dedicatoria

A mi familia que durante todos estos años de estudios universitarios me han apoyado incondicionalmente.

A mis maestros por todos los conocimientos brindados y por los valores inculcados.

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Burnout se define como un proceso de estrés crónico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que incurre en personas que trabajan directamente con pacientes.

Objetivos: Determinar la incidencia del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores de la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Se entrevistaron 20 cuidadores de adultos mayores de la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016. Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory-HSS además de un perfil del cuidador.

Resultados: La incidencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que asistieron a la clínica Bamboo de Junio a Octubre fue en su mayoría de nivel medio (55%) lo que significa que se encuentran cansados física y emocionalmente debido al trabajo, además se encontrarían en riesgo de tener un mal desempeño laboral, perjudicando también la calidad de vida del adulto mayor.

El 75% de los cuidadores de adultos mayores que asistieron a la Clínica Bamboo presentaron niveles de agotamiento emocional bajo, lo que significa que aun utilizan los recursos emocionales contra las demandas de trabajo.

El 65% los cuidadores de adultos mayores que asistieron a la clínica Bamboo de Junio a Octubre presentaron niveles bajos en la dimensión de

despersonalización lo que significa que reconocen actitudes de frialdad y distanciamiento en muy pocas ocasiones.

El 35% de los cuidadores de adultos mayores en la Clínica Bamboo arrojaron puntuación media en la dimensión de realización personal, lo que significa que presentan problemas de autoeficiencia y expectativas para con su trabajo.

Conclusiones: Todos los cuidadores se ven afectados en cierto grado de nivel del síndrome de burnout, siendo el grado de nivel medio el que predomina (55%), por lo cual se demuestra que este síndrome ya está impactando considerablemente en la vida personal y profesional de los cuidadores y de la persona a cuidar.

Palabras Clave: Burnout, cuidadores de adultos mayores.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome is defined as a process of chronic stress characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment, incurring in people who work directly with patients.

Objectives: To determine the incidence of burnout syndrome in caregivers of older adults at the Bamboo Clinic from June to October 2016.

Material and methods: Descriptive, observational, transversal and prospective study. The Sample was 20 elderly caregivers from the Bamboo Clinic from June to October 2016. Was used The Maslach Burnout Inventory-HSS questionnaire was used in addition to a caregiver profile

Results: The incidence of Burnout syndrome in caregivers of older adults attending the clinic Bamboo from June to October was mostly mid-level (55%) which means that people are physically and emotionally due to work, risk of having a bad job performance, also affecting the life quality of the elderly. 75% of older caregivers attending the Bamboo clinic present low levels of emotional exhaustion, which means that they use emotional resources against work demands. 65% of older caregivers attending the Bamboo clinic from June to October present low levels in the dimension of depersonalization, which means that they recognize childhood attitudes and distancing at times. 35% of older caregivers in the Bamboo Clinic scored on average in the self-fulfillment dimension, which means that they present self-efficacy problems and expectations for their work.

Conclusions: All caregivers are affected to a certain level of burnout, being the middle level the predominant one (55%), which demonstrates that this

syndrome is already having a significant impact on the personal and professional life of caregivers and of the person to be cared for.

Keywords: Burnout, caregivers of older adults

INDICE

Agradecimientos.....	2
Dedicatoria.....	3

Resumen.....	4
I. Introducción.....	10
1.1. Antecedentes.....	10
1.2. Importancia de la investigación.....	14
1.3. Formulación de Objetivos	16
1.4. Finalidad	16
1.5. Definición de términos básicos	30
II. Material y Métodos.....	31
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	31
2.2. Población y muestra	32
2.3. Variables.....	33
2.4. Operacionalización de variables	33
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
2.6. Procedimientos y análisis estadístico de los mismos	36
2.7. Consideraciones Éticas	37
III. Resultados	39
IV. Discusión	57
V. Conclusiones y Recomendaciones	59
5.1. Conclusiones	60
5.2. Limitaciones.....	61
5.3. Recomendaciones	61
VI. Referencias Bibliográficas.....	62

Índice de tablas

1	Síndrome Burnout	39
---	------------------	----

2	Síndrome de Burnout según Edad	40
3	Síndrome de Burnout según Estado civil	42
4	Síndrome de Burnout según Nivel de instrucción	44
5	Síndrome de Burnout según Tiempo que atiende a la PAM	46
6	Síndrome de Burnout según Días que dedica a la PAM a la semana	49
7	Síndrome de Burnout según Horas que dedica a la PAM por día	51
8	Agotamiento emocional	53
9	Despersonalización	54
10	Realización personal	55

Índice de Gráficos

1	Síndrome Burnout	39
----------	------------------	----

2	Síndrome de Burnout según Edad	41
3	Síndrome de Burnout según Estado civil	43
4	Síndrome de Burnout según Nivel de instrucción	45
5	Síndrome de Burnout según Tiempo que atiendes a la PAM	48
6	Síndrome de Burnout según Días que dedicas a la PAM a la semana	50
7	Síndrome de Burnout según Horas que dedicas a la PAM por día	52
8	Agotamiento emocional	53
9	Despersonalización	54
10	Realización personal	56

I. Introducción

1.1. Antecedentes

Antecedentes

Nivel de Sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa (Chile, 2012)

Estudio de corte transversal, correlacional y predictivo, conformado por una muestra de 67 cuidadores familiares. Se utilizó Escala de Zarit y Encuesta Sociodemográfica. Se encontró que los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, la edad media fue de 58,6 años, de condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad incompleta. Más de la mitad presenta sobrecarga intensa. Se concluyó que el cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma equitativa. (1)

La experiencia de sufrimiento en cuidadores principales de pacientes con dolor oncológico y no oncológico (Colombia, 2010)

Investigación cualitativa de tipo fenomenológico, conformada por una muestra de 16 cuidadores de pacientes con dolor oncológico y no oncológico donde la información se recolectó a través de una entrevista semiestructurada y se cuantificó el nivel de sufrimiento por medio del termómetro emocional como complemento al enfoque cualitativo. Los datos obtenidos se analizaron por medio de categorías y perfiles previamente definidos, lo cual dio cuenta del significado, el nivel y los factores de sufrimiento más comunes en los cuidadores entrevistados.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los cuidadores experimentaron altos niveles de sufrimiento. Reportaron sentimientos de tristeza y satisfacción contradictoriamente. En la esfera cognitiva, asociaron

el sufrimiento con dolor y con el hacer bien su actividad; y en el área conductual, refirieron que el sufrimiento se relacionaba con la dificultad para el control de los síntomas físicos del paciente, y con el aplazamiento de actividades propias de su vida.

Se concluyó que el apoyo psicosocial recibido por los cuidadores no fue percibido como factor protector para la disminución del sufrimiento; el tipo de dolor estaba relacionado con la experiencia de sufrimiento y el rol de cuidador, en su mayoría eran mujeres cuidadoras de pacientes con dolor oncológico. Los cuidadores entrevistados estaban en riesgo de presentar Síndrome de Burnout debido a las múltiples demandas propias de su rol.(2)

Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer (1998, España)

En este trabajo se describen los efectos emocionales que sufren los familiares que asumen el papel de cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, y en especial el síndrome denominado Burnout. Este trastorno se manifiesta mediante un complejo síndrome afectivo y motivacional en quienes desempeñan tareas de ayuda a los demás, caracterizado por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza. El cuidado y atención constante que los familiares deben prestar al enfermo a lo largo de todas las fases de la enfermedad, asistiendo en calidad de testigos impotentes del deterioro progresivo e irreversible de su familiar, justifica frecuentemente la aparición de este síndrome. Se mencionaron los factores que influyen en la aparición del burnout, desde el ámbito social, familiar y

personal, modulando la relación entre cuidador y enfermo. Posteriormente se vio la ausencia de programas de prevención e intervención para paliar los efectos del síndrome. Por último, se concluyó la necesidad de implementar programas de intervención psicológica que provean pautas adaptativas de afrontamiento y control emocional a lo largo de las distintas fases de la enfermedad.(3)

Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social (México, 2013)

Esta investigación tuvo como objetivo identificar la presencia y características del síndrome de Burnout en sujetos dedicados al cuidado de adultos mayores en casas de asistencia social. El método utilizado fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

Se evaluó a 46 trabajadores de 10 casas de asistencia para adultos mayores en Mérida, Yucatán. Fueron incluidos todos los empleados mayores de 18 años que tuvieran interacción directa con los adultos mayores.

Para evaluar la presencia del síndrome de Burnout utilizaron la versión española del cuestionario Maslach Burnout Inventory, obteniendo como resultado que el 65% de la población eran mujeres y 35% hombres, la edad promedio de la muestra fue de 38 años, con un rango de 19-60 años. El 87% de la población estudiada presentó algún nivel de síndrome de Burnout. En 60% de las casas de asistencia todos los trabajadores presentaron algún grado de afectación. El 90% de las mujeres tuvo algún grado de afectación y 81% de los varones. En la afectación por áreas

concluyeron que 30% presentó grado de agotamiento emocional, 46% despersonalización y 95% falta de realización personal en el trabajo. En cuanto al número de áreas afectadas encontraron que del total de la población afectada 45% estaba afectado en un área, 30% en dos y 25% en tres; estos últimos representan 22% del total de la población estudiada.

Se concluyó que el síndrome de Burnout se encuentra presente en un porcentaje elevado en cuidadores de adultos mayores, siendo la realización personal el área más afectada. A menor salario mayor frecuencia del síndrome.(4)

Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Lima, 2009)

El estudio se realizó en los Servicios Críticos del HNDAC. La población estuvo conformada por 48 profesionales de enfermería. Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory, además del Inventario sobre Estimación de Afrontamiento. Los resultados afirmaron que el 54,17% presentó nivel medio de Síndrome de Burnout. Las estrategias de afrontamiento son aplicadas por la mayoría (79,20) de los profesionales de enfermería. Esto indica que la población se encuentra en un proceso de Burnout, sin embargo busca superar por lo que es importante intervenirla.(5)

1.2. Importancia de la investigación

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en el año 2002 en Madrid se resaltó acerca de la transformación demográfica sin

precedentes por la que estamos pasando y que, de aquí al 2050, el número de personas de más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2 mil millones a nivel mundial, por lo tanto se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población de edad se multiplique por cuatro en los próximos 50 años.(6)

Es así que, cada vez son más personas las que se vuelven cuidadoras de personas adultas mayores dependientes y aun es más delicado cuando estas personas también son mayores.(7)

La relevancia de este estudio radica en la necesidad de conocer el nivel de Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto mayor en la Clínica Bamboo, debido a la responsabilidad, la formación en cuidados y los lazos que unen a estas personas conllevan un impacto físico y psicológico sobre sus propias vidas.(7)

También a que diversas investigaciones revelan niveles medios y altos de Burnout en los cuidadores de adultos mayores. Es frecuente que el sistema de salud se preocupe por la atención y el manejo de las enfermedades del paciente, sin embargo no toma en cuenta la importancia de una buena salud física y mental de la persona encargada de cuidar al adulto mayor.
(8)

Debido a la importancia que representan los cuidadores para preservar el bienestar tanto físico como psicológico de la persona a la que cuidan y que las funciones que desempeñan pueden generar consecuencias

desfavorables para su desempeño ocupacional y por ende su salud , se genera la necesidad de investigar y dar a conocer desde la perspectiva de los que cuidan, cuanta es la sobrecarga y cuales son los factores sociodemograficos que se relacionan con el Síndrome de Burnout. A partir de esta investigacion se podra tener informacion para realizar planes de intervencion y prevencion desde la terapia ocupacional en ergonomia. (1)

Formulación del Problema

¿Cuál es la incidencia de síndrome de Burnout en los cuidadores del adulto mayor en la clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016?

1.3. Formulación de Objetivos

Objetivo general

- Determinar la incidencia del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores de la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de agotamiento emocional de los cuidadores de adultos mayores en la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016
- Determinar el nivel de despersonalización en los cuidadores de adultos mayores en la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016
- Analizar el nivel de realización personal en los cuidadores de adultos mayores en la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016.

1.4. Finalidad

Al realizar la investigación se obtuvo información acerca de la incidencia de Síndrome de Burnout en cuidadores adultos mayores en la clínica Bamboo,

lo que permitirá plantear intervenciones desde terapia ocupacional para afrontar este síndrome y así favorecer la mejora de la calidad de vida de los cuidadores.

Bases Teóricas

Definición del Síndrome de Burnout

El termino Burnout es utilizado para referirse a un cuadro de desgaste profesional. Descrito por primera vez en 1974, en Estados Unidos por el psiquiatra Herbert Freudenverger, denominando a este como “el conjunto de síntomas médico- biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral como un resultado de una demanda de energía excesiva”. (8)

En el año 1976 en California, la psicóloga Christina Maslach oficializó el término, publicándolo en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicología, consiguiendo llamar la atención del personal de salud. Para 1981, lo describió como un proceso de estrés crónico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que se da en personas que trabajan directamente con pacientes. (9)

Cherniss en el año 1980, en Nueva York, lo definió como un “proceso en que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral”. (10)

Pines, Aronson y Kafry Nueva York, 1981, denominaron como “Síndrome de Burnout al estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por una persistente implicación de situaciones emocionales demandantes.

Añaden que este estado es consecuencia de expectativas defraudadas e ideales destrozados”. (10)

Marino Martínez, coordinador del área de psicología de investigación y desarrollo de Ergonomía del Instituto de Investigación de Ingeniería de Aragón, en el año 2005 en Zaragoza, señaló que el “Burnout es un sentimiento de desmoralización individual o colectiva en el ámbito laboral”.

(10)

Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout (11)

Son múltiples las perspectivas elaboradas para brindar una explicación adecuada respecto a la etiología del Síndrome de Burnout. Una de las causas que ha hecho que cobre importancia en este síndrome, es la atención dirigida al bienestar psicológico y a la calidad de vida laboral de los empleados.

Los principales modelos explicativos del síndrome de Burnout provienen de la psicología de las Organizaciones que hablan acerca del estrés laboral.

Modelo de Price y Murphy (1984)

Los autores determinan que este síndrome es un proceso de adaptación a las diferentes situaciones estresantes que se presentan en el trabajo. Señalan que este síndrome puede afectar al sistema cognitivo y emocional, así como a la actitud del individuo.

Definen al trabajo como una serie de funciones vinculadas a los procesos cognitivos que van a influir en la vida de las personas favoreciendo el desarrollo y equilibrio biospsicosocial de la persona. Agregan que el trabajo forma parte de la identidad de la persona y su autovaloración y que esta se vincula más con el trabajo relacionado a la salud. Menciona que hay efectos positivos como ser punto de referencia o saber que se es clave en el trabajo y sobre todo para el paciente y sus compañeros y cuando se carece de esto comienzan a aparecer los síntomas del Síndrome de Burnout. (11, 12)

El modelo de Golembiewski y Muzenrider (1988)

Denominan a este síndrome como un proceso virulento que se desarrolla paulatinamente a través de varias fases como respuesta al estrés laboral. Debido a la presencia de distintos estresores en el lugar de trabajo, por ejemplo sobrecarga, pobreza de rol, falta de autonomía. Señalan que una vez que se instaura y desarrolla el síndrome, las consecuencias son múltiples, aunque resumen una pobre salud física, insatisfacción en el trabajo y bajo nivel de productividad. Resaltan tres aspectos, la despersonalización, la falta de logro personal y el agotamiento laboral, además mencionan ocho fases, indicando alto o bajo en cada ítem.(11)

Modelo del proceso de Burnout de Leiter(11)

Plantea al Síndrome de Burnout como una reacción a la presencia de estresores laborales, de los cuales destacan los conflictos interpersonales, la sobrecarga laboral y la rutina. Sostiene que la despersonalización es el resultado del cansancio emocional, pero no considera al logro personal como factor principal, sino al contrario, señalando que este ocurre de

manera paralela al agotamiento emocional como una reacción a diferentes aspectos.

Así, este modelo plantea que como consecuencia de las demandas estresantes del ambiente laboral, los trabajadores experimentan sentimientos de cansancio emocional lo que genera la despersonalización, mientras que otros aspectos como habilidades propias, autonomía, toma de decisiones influyen en el logro profesional de los trabajadores. Por tanto destaca dos procesos paralelos: uno secuencial en el cual los estresores generan el agotamiento emocional y este a su vez la despersonalización y paralelamente la disminución de logro personal.

Causas del Síndrome de Burnout

Se considera como una de las causas, la personalidad de cada trabajador, se dice que las personas perfeccionistas, competentes con grandes expectativas son más propensas a padecer del Síndrome de Burnout, ya que son calificadas como personas motivadas que poseen poca tolerancia a la frustración. (12)

Otros factores son la edad y el estado civil, ya que los jóvenes y solteros son los más propensos a padecer de este síndrome. Así mismo, se muestra como otra de las causas, el plus de sufrimiento laboral de las carreras sanitarias por la irreversibilidad de muchos de los casos y la cercanía a la muerte.(13)

Las condiciones laborales o profesionales también son una causa de este síndrome, y se refiere a condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, bajos salarios, sobrecarga laboral, mala relación

compañeros, jefes; también cuando hay demasiada presión de parte de otras personas. El aspecto ambiental, como cambios significativos e importantes en la vida de la persona, es otra causa importante.(13)

Síntomas del Síndrome de Burnout (14)

Se presenta de manera no súbita, de progreso insidioso, aumenta progresivamente. Es un proceso cíclico, es decir que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes en diferentes etapas de su vida.

Los síntomas psicosociales más frecuentes son:

- Cansancio o agotamiento emocional: Se da cuando la persona siente que pese a sus esfuerzos no puede realizar cambios o modificar situaciones, la persona llega a desgastarse y sentir la pérdida progresiva de energía.
- Despersonalización: Surge como consecuencia de fracaso a la etapa anterior, es aquí donde el trabajador, utiliza mecanismos de defensa para evitar el sentimiento de frustración, impotencia y desesperanza.
- Abandono de la realización personal: Este aparece cuando el trabajador pierde la importancia en su empleo.

Clínicamente los síntomas del Burnout son:

- Físico (cefaleas, fatiga, agotamiento, problemas gastrointestinales, dolores generalizados, problemas osteomusculares, entre otras)

- Psíquicos (falta de interés, dificultad para concentrarse, pérdida de entusiasmo, depresión, irritabilidad, estado de alerta aumentado, negativismo, frustración, entre otras) y
- Síntomas laborales (no delega el trabajo, ausentismo laboral, disminución en el rendimiento laboral)

Cuidadores

La atención a las personas adultas mayores requiere de asistencia activa y compasiva que haga sentir al adulto de forma comfortable y que lo apoye en todo ámbito. Los cuidadores son personas que asumen la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios de la persona adulta mayor, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que este va perdiendo sus capacidades y autonomía. Así mismo, el cuidador se caracteriza por ocuparse de las necesidades de autocuidado y de atención que pueda presentar una persona con dependencia. (15)

Un cuidador es la persona encargada de proporcionar supervisión, cuidado directo y coordinación de los servicios. La función que van a realizar los cuidadores, ha sido motivo de estudio desde la perspectiva social, física y mental complementarias a la atención de los servicios de salud, sin embargo la sociedad no está preparada para hallar un equilibrio entre las necesidades de los propios cuidadores ante la atención de los adultos mayores a largo plazo y las necesidades básicas de estos, que incluyen cuidados en Actividades básicas de vida diaria y actividades instrumentales de vida diaria, lo cual se ha denominado como “dilema de la atención”.(16)

Los cuidadores usualmente requieren educación sobre el cuidado y el adecuado manejo del paciente, al igual que información sobre las redes de apoyo social y la atención de las propias necesidades. Deben ser personas que respeten los valores espirituales de la persona, que sea sensible a sus necesidades y que busque siempre la calidad de vida de su paciente.(16)

Tipos de cuidador

Cuidador Principal

Se denomina cuidador principal a la persona que asume con responsabilidad la atención, apoyo y cuidados diarios del adulto mayor. Es la persona que pasa la mayor parte del tiempo con el adulto mayor. Va ser la referencia de los profesionales de salud en la planificación e intervención de los cuidados del adulto mayor. (17)

Cuidador Informal (15)

Se refiere a las personas que no reciben una remuneración y presentan un mayor compromiso hacia la tarea, no tienen límites en la atención y esto incluye que no tienen horarios, suelen ser familiares, amigos o vecinos. Se diferencian en cuidadores primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad que tengan con el adulto mayor. Los cuidadores informales presentan las siguientes dificultades:

Desconocimiento acerca del mal que afecta a su familiar y la forma en la que deben prestarse los cuidados.

Ausencia de conocimientos y habilidades desarrolladas para minimizar el impacto de los cuidados en su salud y bienestar.

Falta de destrezas adquiridas para ayudar al adulto mayor en la realización de Actividades de la Vida Diaria. (15)

Cuidador Formal

Es aquel que estando o no capacitado, se encarga del adulto mayor, esta persona recibe un pago o beneficio por su trabajo. Generalmente este tipo de cuidador es el que se presenta en menor porcentaje, muy por debajo del cuidador informal. (15)

Adultos Mayores

Análisis Poblacional (18)

Debido al aumento de la esperanza de vida en el mundo, las personas mayores de 60 años están aumentando más rápido que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El Instituto Nacional de Estadística e Informática señala que al cuarto trimestre del año 2015 el 37,6% de los hogares del país tenían entre sus miembros mínimo, una persona de 60 y más años de edad, Lima Metropolitana posee la mayor proporción en 41 de cada 100 hogares vive al menos una persona adulta mayor. Le siguen los hogares del área rural, donde en 39 de cada 100 hogares tienen al menos un adulto mayor, en tanto en el área urbana (excluyendo Lima

Metropolitana) en 34 de cada 100 hogares habita una persona adulta mayor. (18)

En el último trimestre del año 2015, el 53,2% de adultos mayores del país ha padecido algún síntoma o malestar y el 37,5 % de alguna enfermedad o accidente. Comparando con el año anterior se presentó un aumento en la cifra porcentual en la categoría de síntoma o malestar aumentando en 0,6%, sin embargo la categoría de enfermedad o accidente disminuyó en 4,3%. Del grupo de personas adultas mayores con enfermedades crónicas las mujeres presentaron un índice más elevado siendo de 80,8%. En la población masculina, este problema de salud afecta al 68,1%, habiendo 12,7 puntos de diferencia entre ambos grupos. (18)

“En el último trimestre del 2015 dentro de la población con discapacidad se presentó que el 45,8% son adultos mayores. En el caso de las mujeres que padecen algún tipo de discapacidad el 57,2% son adultas mayores, mientras que en los hombres es de 35,8%, mostrando así una diferencia de 21,4 puntos porcentuales entre ambos grupos (hombres y mujeres), siendo la mujer adulta mayor, quien más padece de algún tipo de discapacidad”. (18)

Definición de Adulto Mayor

Se define como tal, a las personas mayores de 65 años, también se utilizan los términos ancianos, viejitos, adultos en plenitud, tercera edad, senectud edad de oro, cabellos de plata, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen al adulto mayor funcionalmente

sano como el anciano capaz de enfrentar este conjunto de cambios, adaptándose adecuadamente y a la vez sintiéndose satisfechos con esto.(19)

Hay autores como Gómez y Ruiz (México, 2013) que manifiestan que a la persona adulta mayor nunca se le debe ver como una persona enfermiza sino como aquella que afronta un proceso natural, ya que está viviendo una nueva etapa de su vida que trae nuevos cambios y secuelas. En esta etapa nueva la persona debe realizar cambios adaptándose a su nueva situación social y psicológica.(9)

Modelos de estudio de los Adultos Mayores (9)

Modelo Mecanicista

Los autores de este modelo son Locke y Hume, conciben al ser humano como aquel que reacciona debido a las causas externas que van a influir en su comportamiento y se niega la actividad intrínseca del mismo. Este modelo prioriza todo aquello que puede ser observado y que forma parte de la estructura externa del ser humano y que las conductas observables son el reflejo del comportamiento humano.

Modelo Organicista

Los autores de este modelo son Rousseau y Kant, conciben a la persona como un ser activo y organizado donde el todo es más que la suma de las partes. Para este modelo la actividad es la pieza clave para generar etapas superadoras y diferentes. Aquí no se consideran aspectos culturales de los individuos(9).

Modelo Contextual Dialéctico

Este modelo sostiene la interacción entre la persona y el ambiente, y como ésta supera los conflictos que se le presentan y la superación de estos será el eje de desarrollo humano. La superación de los conflictos se verá afectada por la genética, factores sociales, culturales del adulto mayor.

Enfoques en las personas adultas mayores (20)

El envejecimiento como un proceso individual que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques:

El enfoque biologicista

Este enfoque tiene su base en dos teorías: la del envejecimiento programado, que según Papalia y Wendkos citados en CELADE- CEPAL 2011, *sostienen que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir que la vejez resulta de agravios acumulados en el cuerpo.*

Los defensores de la teoría del envejecimiento programado señalan que, como cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón es innato en todos los seres vivos; de otro lado, los promotores de la teoría del desgaste natural, comparan el cuerpo como una máquina, cuyas partes se desgastan debido al uso (Papalia y Wendkos 1998).

La diferencia entre ambas teorías (envejecimiento programado y desgaste natural) es notoria, mientras que la teoría del envejecimiento programado se centra en el determinismo y en el hecho casi ineludible de que poco se puede hacer por intervenir en el proceso del envejecimiento, la teoría del desgaste natural otorga un margen de posibilidades a la intervención mediante la prevención y la acción.

Enfoque psicológico

El envejecimiento se enfoca usualmente desde dos teorías opuestas en su concepción, la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio.

Según Papalia y Wendkos en el año 1998, en la primera, la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad. Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento.

Opuesta a la teoría de la desvinculación se encuentra la teoría del envejecimiento, introducida por John Rowe, en 1987, señala que este sería el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto

de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos.

La teoría del envejecimiento menciona que mientras más activas (actividad física y mental) se conserven las personas adultas mayores, su envejecimiento sería más satisfactorio. Cabe precisar que esta teoría intenta dar una explicación socio cultural del envejecimiento, al considerar los factores sociales, históricos y culturales que estructuran y limitan la participación social de las personas adultas mayores, sin embargo reduce el valor humano a factores como la actividad y la productividad, dejando de lado que las personas adultas mayores merecen un lugar en la sociedad.

Enfoque social

Desde la perspectiva del enfoque social se encuentra la teoría funcionalista del envejecimiento, que según Bury en el año 1995, propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles. Los críticos de esta teoría manifiestan que esta forma de entender el envejecimiento proporciona herramientas ideológicas para justificar argumentos sobre el “carácter problemático” de una población que envejece, y que percibe a las personas adultas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad.

Otra de las teorías explicativas se refiere a la economía política de la vejez, donde Estes, en el año 1986, señala que “el elemento básico para entender la situación de las personas adultas mayores en las sociedades capitalistas modernas es que la calidad de vida alcanzada en esta etapa del ciclo de

vida, está directamente influenciada por su posición en el mercado de trabajo al momento de jubilarse”.

Por otro lado se encuentra la teoría de la dependencia estructurada de Mouzelis quien en 1991 propone que “la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social”.

Terapia Ocupacional en Ergonomía

Terapia Ocupacional en Ergonomía permite la evolución y adaptación de los ambientes de trabajo en que se desempeñan las actividades de la vida diaria, el trabajo y ocio. El terapeuta Ocupacional va a estudiar las actividades que realiza la persona y procurando que estas se adapten a las necesidades específicas de la persona, a través de la utilización de estrategias propias de la profesión, minimizar los efectos de sus actividades cotidianas y así poder brindar un ambiente confortable en la ejecución de todos sus roles y lograr que las tareas seas más productivas.(21)

1.5. Definición de términos básicos

Síndrome de Burnout: Es una respuesta emocional al prolongado estrés ocupacional. Se traduce al castellano como “estar quemado”. El Burnout no es producido por la sobrecarga de trabajo, ni la cantidad de trabajo(exceso), de la misma manera un trabajo que no produce estrés pero donde la persona no se siente motivada, no produce menos burnout, por lo tanto está ligado netamente a la desmotivación.(11)

Cuidador: Es la persona encargada de proporcionar supervisión, cuidado directo y coordinación de los servicios. La función que van a realizar los cuidadores, ha sido motivo de estudio desde la perspectiva social, física y mental complementarias a la atención de los servicios de salud.(16)

II. Material y Métodos

2.1. Tipo y diseño de investigación

En esta investigación se utilizó el método descriptivo, ya que se describen las características generales de la Incidencia del Síndrome de Burnout en Cuidadores de Adultos Mayores.

Es de tipo transversal, ya que las variables se midieron solo una vez en una población establecida y en un determinado periodo de tiempo, independiente de cuando haya sido su inicio.

Se consideró el inicio del estudio en relación al tiempo de los hechos por lo tanto es de tipo prospectivo.

Y por último, es de tipo observacional, ya que no existió intervención sobre los resultados y la medición fue de manera natural sin que intervenga el deseo o voluntad del investigador.

2.2. Población y muestra

La población considerada para el estudio se encontró conformada por todos los cuidadores de los pacientes adultos mayores que asistieron a la clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016

Se utilizó una muestra intencional de 20 cuidadores, que corresponden a la población antes descrita.

El muestreo es no probabilístico, ya que no se usaron técnicas aleatorias.

Criterios de Inclusión

- Cuidadores formales cuyos pacientes fueron atendidos en la Clínica de Junio a octubre del 2016, que estén de acuerdo con su participación voluntaria y otorguen su consentimiento informado de manera escrita.

Criterios de Exclusión

- Cuidadores de adultos mayores que no fueron atendidos en la Clínica Bamboo.

- Cuidadores de adultos mayores que se encontraban participando en otro estudio de investigación.
- Cuidadores informales (familiares o amigos)

Criterios de retirada

- El cuestionario que se encuentre incompleto.
- Cuidador que solicite su retiro

2.3. Variables

- Variable Principal: Síndrome de Burnout
 - Despersonalización
 - Agotamiento Emocional
 - Realización Personal
- Variables de Comparación:
 1. Edad
 2. Estado Civil
 3. Nivel de Instrucción
 4. Tiempo que dedica a la PAM
 5. Días que le dedica a la atención de la PAM por semana
 6. Horas que le dedica a la atención de la PAM por día

2.4. Operacionalización de variables

Operacionalización de Variables						
Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorización	
					Medida	Valores
Variable principal Síndrome de Burnout	Es una respuesta emocional al prolongado estrés ocupacional. Se traduce al castellano como "estar quemado". El Burnout no es producido por la sobrecarga de trabajo, ni la cantidad de trabajo(exceso), de la misma manera un trabajo que no produce estrés pero donde la persona no se siente motivada, no produce menos burnout, por lo tanto está ligado netamente a la desmotivación.	Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.	Cansancio emocional	<ul style="list-style-type: none"> a. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. b. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío. c. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado. d. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. e. Siento que mi trabajo me está desgastando f. Me siento frustrado en mi trabajo g. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo h. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo i. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0 =Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días
			Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> a. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. b. Siento que me he hecho más duro con la gente. c. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. d. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes. e. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas. 		
			Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> a. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes. b. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes. c. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo. d. Me siento con mucha energía en mi trabajo. e. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes. f. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes. g. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. h. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada. 		

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la técnica de encuesta en un contexto transversal, a todos los cuidadores que constituirían la muestra. Esta se realizó por única vez y luego se cuantificaron los datos.

Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (Anexo 3), instrumento más utilizado en el mundo debido a su alta consistencia interna y fiabilidad, está conformado por 22 preguntas, considerando 9 preguntas para el ítem de cansancio emocional, 5 preguntas sobre despersonalización, 8 preguntas sobre realización personal. Este Cuestionario fue utilizado en el estudio “Síndrome de Burnout en médicos residentes de Ginecología y Obstetricia” en el año 2015, publicado en el portal web de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por lo cual no se realizó juicio de expertos.

2.6. Procedimientos y análisis estadístico de los mismos

Procedimientos

Se consideraron a los cuidadores según los criterios de inclusión. Se realizó una explicación de la investigación y del consentimiento informado a cada cuidador, donde se detallaron los objetivos del estudio. Se les brindó el consentimiento informado y se les dio la opción de revisarlo en privado y decidir su participación o no en la investigación.

Durante el mes de Setiembre, se realizó la encuesta del perfil de cuidador de manera individual a cada cuidador incluido, desarrollándose en un tiempo promedio de 5 a 10 minutos por cuidador.

El mismo mes, se entrevistó a cada cuidador aplicándosele el cuestionario (Maslach Burnout Inventory), siendo el tiempo promedio de aplicación de 15 minutos.

Posteriormente, se realizó el vaciado de datos y el análisis correspondiente con ayuda del estadístico.

Análisis Estadístico

- a. Para el procesamiento de los datos estadísticos se utilizó el software Excel, donde se vaciaron los resultados en hojas individuales para cada variable y así realizar las comparaciones entre las variables.
- b. En general, se recurrió a la estadística descriptiva específicamente a las medidas de tendencia central, gráficos y tablas.
- c. Para contrastar con ambos tipos de variables, se recurrió a la estadística inferencial como el Chi-cuadrado y la T- de Student.
- d. Para concluir se elaboraron los cuadros estadísticos y los gráficos correspondientes de acuerdo a los datos obtenidos.

2.7. Consideraciones Éticas

En el desarrollo de la investigación se han considerado los valores y principios bioéticos que se aplican tanto en la práctica como en la investigación, que son autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

La autonomía se refiere a que la persona actúa según lo que escoge sin influenciarse por otras personas (libertad) y la capacidad de acción intencional (agencia), por lo tanto la persona es libre de escoger si desea participar o no en la investigación, firmando el consentimiento informado.

La no maleficencia se refiere a no hacer daño intencionalmente, en la investigación se referirá no hacer sentir mal a la persona ya sea por los factores sociodemográficos que detalle o la situación en la que se encuentre, además de mantener en privado la información hacia sus jefes y personas ajenas al estudio.

La beneficencia se refiere a prevenir daño sobre otras personas, en esta investigación se considera la protección de los derechos de los cuidadores al no difundir la información personal de estos en la investigación o fuera de ella.

La justicia en el contexto de la investigación se referirá a que todos los participantes serán tratados por igual.

III. Resultados

Tabla 1

	Frecuencia	%
Bajo	7	35,0
Medio	11	55,0
Alto	2	10,0
Total	20	100,0

Tabla N°1: Síndrome de Burnout

En la Tabla 1 se evidencia que el 55% (11 cuidadores) presenta Síndrome de Burnout medio, frente el 35% (7 cuidadores) con bajo Síndrome de Burnout y 10% (2 cuidadores) con alto Síndrome de Burnout.

Grafico N°1

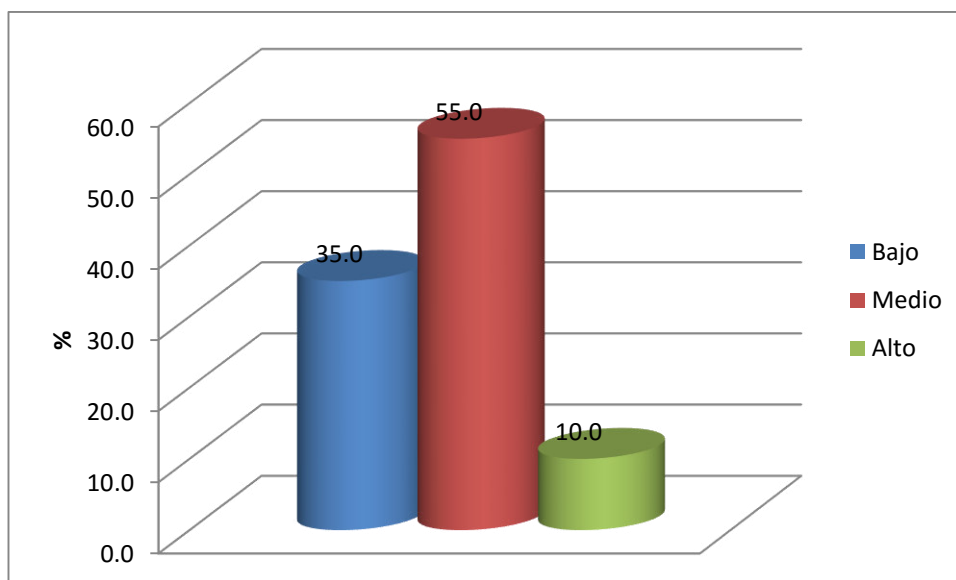


Grafico N°1: Síndrome de Burnout

El Gráfico N° 1 destaca el alto porcentaje de cuidadores que presentan Síndrome de Burnout medio.

Tabla 2

		Síndrome de Burnout			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Edad	20 a 30 años	1	4	1	6
		14,3%	36,4%	50,0%	30,0%
	30 a 40 años	2	4	0	6
		28,6%	36,4%	0,0%	30,0%
	40 a 50 años	3	1	1	5
		42,9%	9,1%	50,0%	25,0%
	50 a más	1	2	0	3
		14,3%	18,2%	0,0%	15,0%
	Total	7	11	2	20
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N°2: Síndrome de Burnout según edad

En la tabla N° 2, se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout bajo: el 14,3% tiene entre 20 a 30 años, el 28,6% tiene entre 30 a 40 años, el 42,9% tienen entre 40 a 50 años y el 14,3% tiene 50 años o más.

Asimismo, del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout medio: el 36,4% tiene entre 20 a 30 años o entre 30 y 40 años mientras que el 9,1% tienen entre 40 a 50 años y el 18,2% tienen de 50 años a más.

Además, del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout alto el 50% tienen entre 20 a 30 años de edad mientras que el otro 50% tiene entre 40 a 50 años de edad.

Es de destacar que los cuidadores de adultos mayores más afectados con síndrome de Burnout tienen entre 20 y 40 años (72,8%) presentando un nivel de afectación medio.

Gráfico N°2
Síndrome de Burnout según Edad

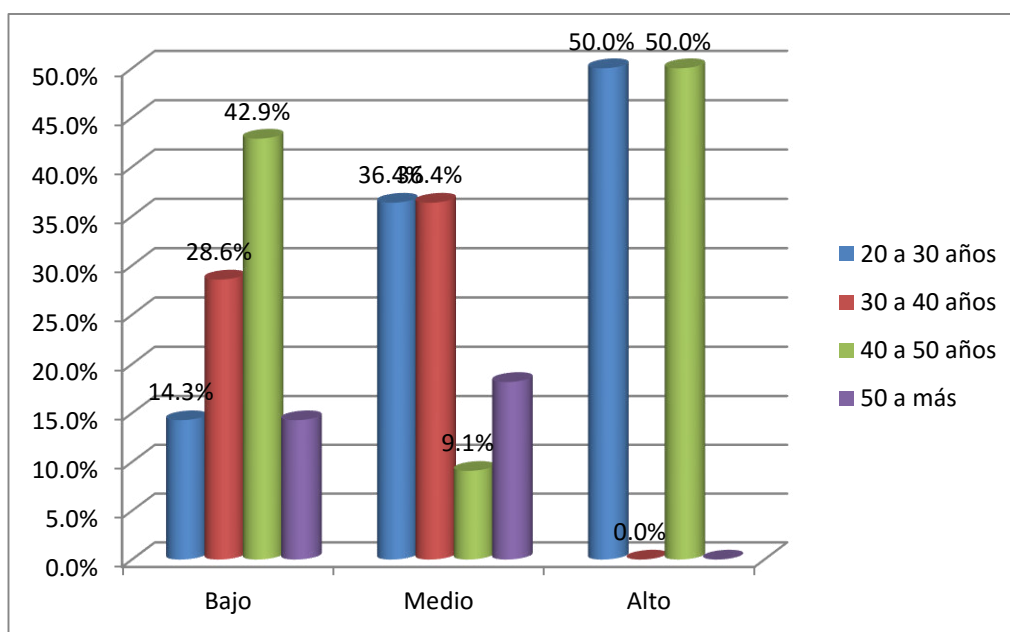


Gráfico N°2: Síndrome de Burnout según edad

El Gráfico N°2 evidencia que los cuidadores de 20 a 30 años, así como los de 40 a 50 años presentan alto Síndrome de Burnout. Destaca además que, los cuidadores de 40 a 50 años presentan Síndrome de Burnout bajo.

Tabla 3

		Síndrome de Burnout			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Estado civil	Soltero	4 57.1%	8 72.7%	1 50%	13 65%
	Casado	2 28.6%	1 9.1%	0 0.0%	3 15.0%
	Divorciado/Separado	1 14.3%	1 9.1%	1 50.0%	3 15.0%
	Viudo	0 0.0%	1 9.1%	0 0.0%	1 5.0%
Total		7 100%	11 100%	2 100%	20 100%

Tabla N°3: Síndrome de Burnout según estado civil.

En la Tabla N° 3 se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout bajo el 57,1% son solteros mientras que el 28,6 son casados y el 14,3 divorciado o separado. Asimismo, del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout medio el 72,7 son solteros, el 9.1 casados, divorciados o viudos. Además se apreció también que de los cuidadores de la persona adulta

mayor que tienen Síndrome de Burnout alto el 50% pertenece al grupo de solteros mientras que el 50% pertenece al grupo de divorciado/separado.

Visto así, podemos afirmar que el 65% de la población total corresponde al porcentaje de cuidadores solteros y presentan Síndrome de Burnout en diferente nivel de afectación.

Grafico N°3

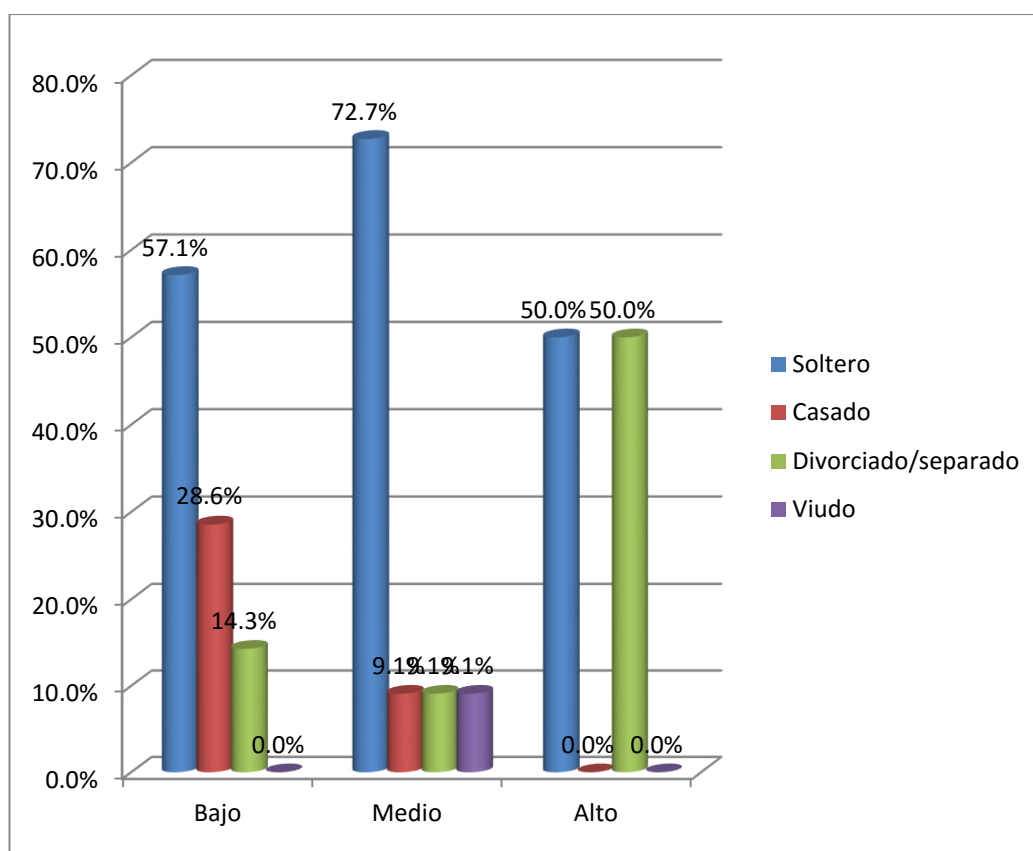


Gráfico N°3: Síndrome de Burnout según estado civil

En el Gráfico N° 3 se muestra que en general, los cuidadores solteros están más afectados del Síndrome de Burnout, destaca que el 72.7% presenta un nivel medio.

Tabla 4

Nivel de instrucción	Síndrome de Burnout			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Primaria	0	1	0	1
	0,0%	9,1%	0,0%	5,0%
Secundaria	0	2	0	2
	0,0%	18,2%	0,0%	10,0%
Superior técnica	7	6	1	14
	100,0%	54,5%	50,0%	70,0%
Superior universitario	0	2	1	3
	0,0%	18,2%	50,0%	15,0%
Total	7	11	2	20
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N° 4: Síndrome de Burnout según Nivel de Instrucción

En la Tabla N° 4 se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor con Síndrome de Burnout bajo: el 100,0% tienen educación superior técnica; también se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout Medio: el 9,1% tiene instrucción primaria, el 18,2% posee instrucción secundaria, el 54,5% estudios superiores técnicos mientras que el 18,2% poseen estudios universitarios. Además se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor

que tienen Síndrome de Burnout alto el 50% tienen grado de instrucción superior técnica y el 50% estudios universitarios.

Podemos destacar de manera particular que en el grupo de cuidadores que poseen estudios a nivel técnico se encuentra el mayor porcentaje de incidencia de Síndrome de Burnout, seguido por el grupo que posee estudios a nivel universitario, caso particular debido a la formación, mientras que el porcentaje de personas sin formación especializada se encuentra muy por debajo.

Grafico N°4

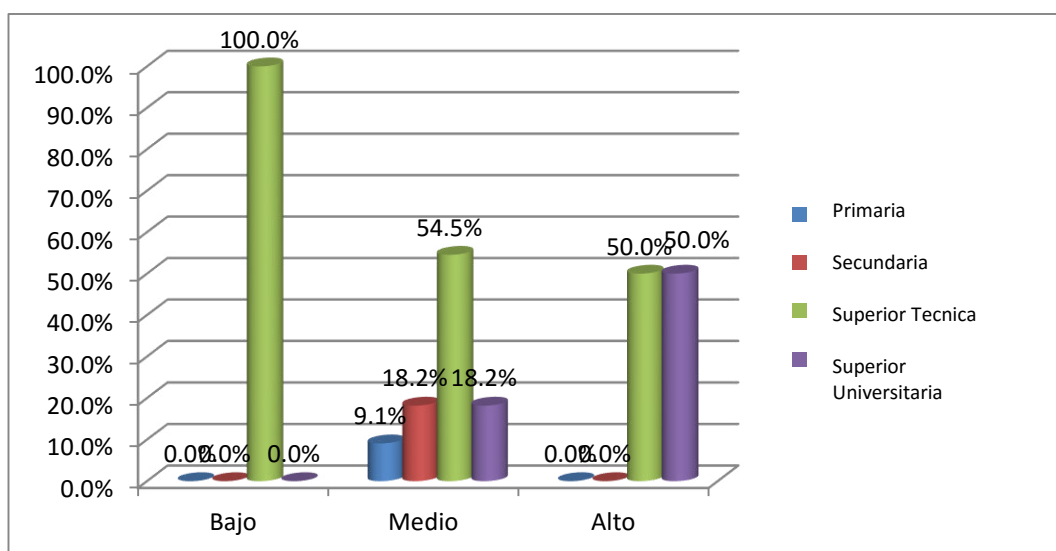


Gráfico N°4: Síndrome de Burnout según grado de instrucción

El Gráfico N° 4 muestra que los cuidadores con formación superior técnica presentan Síndrome de Burnout en diferentes niveles de afectación, se destaca que el 100% de ellos, presentan un nivel bajo.

Tabla 5

Tiempo de atención	Síndrome de Burnout			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Menos de 1 año	3	1	0	4
	42,9%	9,1%	0,0%	20,0%
Entre 1 a 2 años	0	6	1	7
	0,0%	54,5%	50,0%	35,0%
Entre 2 a 4 años	2	1	1	4
	28,6%	9,1%	50,0%	20,0%
4 años a más	2	3	0	5
	28,6%	27,3%	0,0%	25,0%
Total	7	11	2	20
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N°5: Síndrome de Burnout según tiempo que atiende a la PAM

En la Tabla N° 5 se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout bajo el 42,9% viene atendiendo a la persona adulta mayor menos de 1 año, el 28,6% entre 2 a 4 años al igual que las personas que vienen atendiendo a la persona adulta mayor más de 4 años. También se puede apreciar que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout medio el 9,1% se encuentra trabajando con la persona adulta mayor menos de 1 año

mientras que el 54,6% lleva trabajando entre 1 a 2 años, el 9,1% entre 2 a 4 años y el 27,3% de 4 años a más. Por ultimo en la tabla se puede apreciar que del total de cuidadores que tienen Síndrome de Burnout alto el 50% tiene entre 1 a 2 años trabajando con la persona adulta mayor mientras que el otro 50% tiene entre 2 y 4 años trabajando con la persona adulta mayor.

Cabe resaltar que del total de cuidadores que poseen Síndrome de Burnout los que se ven más afectados son los que vienen trabajando entre 1 a 2 años, por lo que podemos deducir que el tiempo laborando con la persona es inversamente proporcional con el estadio del Síndrome de Burnout.

Grafico N°5

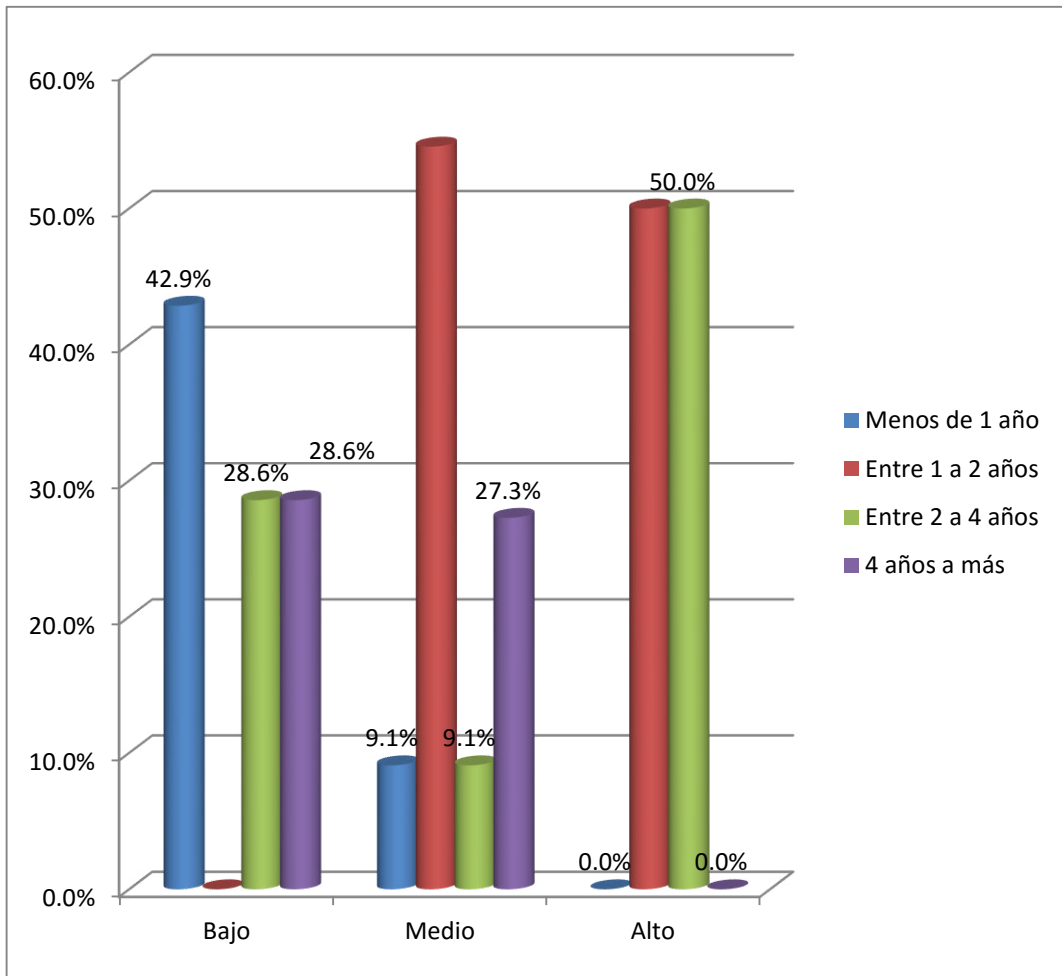


Gráfico N°5: Síndrome de Burnout según tiempo que atiende a la PAM

En el Gráfico N° 5, se observa que los cuidadores que brindan atención entre 1 a 2 años (54.5%) presentan Síndrome de Burnout medio; así mismo, los cuidadores entre 1 a 2 años y entre 2 a 4 años, presentan síndrome de Burnout alto, así como los cuidadores que atienden adultos mayores menos de 1 año.

Tabla 6

Días a la semana que dedica a la PAM	Síndrome de Burnout			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Toda la semana	4	4	1	9
	57,1%	36,4%	50,0%	45,0%
De lunes a viernes	0	2	0	2
	0,0%	18,2%	0,0%	10,0%
Interdiario	3	5	1	9
	42,9%	45,4%	50,0%	45,0%
Total	7	11	2	20
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N°6: Síndrome de Burnout según días de la semana que dedica a la PAM

En la Tabla N° 6 se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout bajo el 57,1% trabaja toda la semana y el 42,9% interdiario; así también, se aprecia que del total de cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout medio el 36,4% trabaja toda la semana, el 18,2% trabaja de lunes a viernes y el 45,4 interdiario. Además de los cuidadores de la persona adulta mayor que tienen Síndrome de Burnout alto, el 50% trabaja toda la semana y el 50% interdiario. Podemos recalcar que en este estudio las personas que laboran toda la semana y de manera interdiaria se encuentran más afectadas en cuanto a niveles de Burnout, este resultado refleja que la cantidad de días de atención es indiferente al nivel del Síndrome.

Grafico N°6

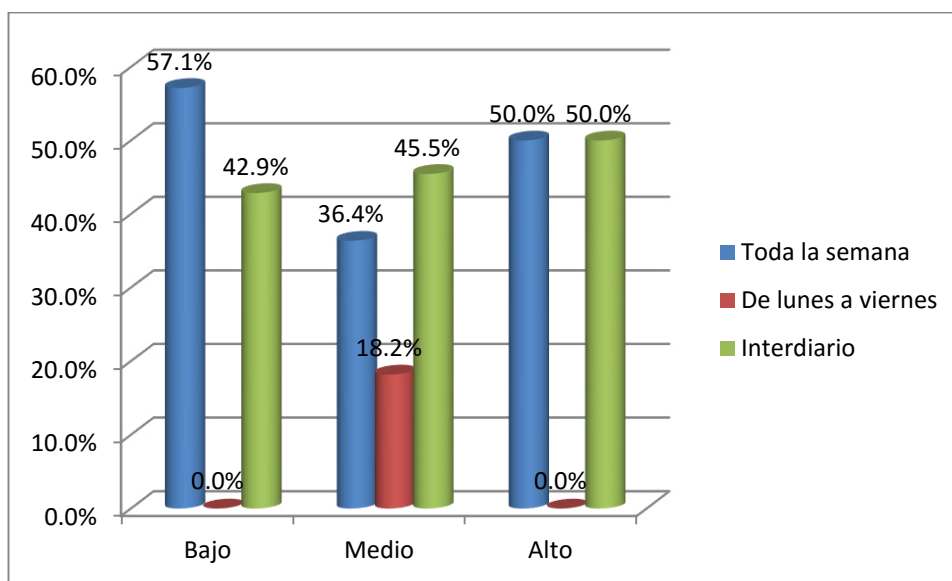


Gráfico N°6: Síndrome de Burnout según días que atiende a la PAM a la semana

En el Gráfico N° 6 se observa que el 57.1% de cuidadores que trabajan toda la semana presentan Síndrome de Burnout bajo, mientras que aquellos que trabajan toda la semana (50%) o interdiario (50%) presentan niveles altos de Síndrome de Burnout. De otro lado, cuidadores que trabajan de lunes a viernes, presentan menores niveles de Síndrome de Burnout.

Tabla 7

Horas por día que dedica a la PAM	Síndrome de Burnout			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Menos de 6 horas	1	1	0	2
	14,3%	9,1%	0,0%	10,0%
6 a 12 horas	1	2	1	4
	14,3%	18,2%	50,0%	20,0%
12 a 18 horas	0	1	0	1
	0,0%	9,1%	0,0%	5,0%
18 a 24 horas	5	7	1	13
	71,4%	63,6%	50,0%	65,0%
Total	7	11	2	20
	100%	100%	100%	100,0%

Tabla N° 7: Síndrome de Burnout según horas al día que dedica a la PAM

En la Tabla N° 7 observamos que la mayoría de los cuidadores que sufren de Síndrome de Burnout (65%) asisten a la persona adulta mayor de 18 a 24 horas al día, siendo la mayor incidencia de síndrome de burnout medio (63.6%)

Grafico N°7

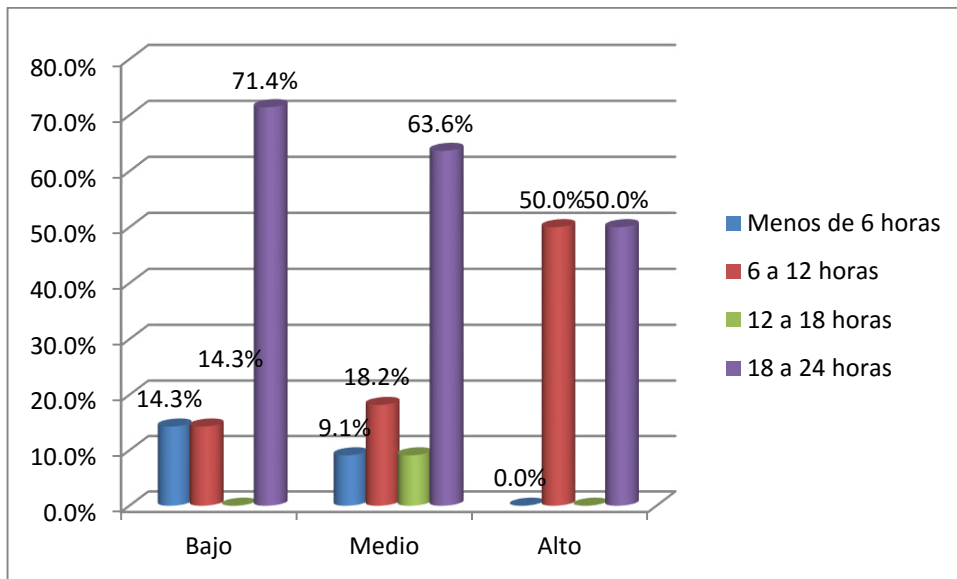


Gráfico N°7: Síndrome de Burnout según horas que atiende a la PAM por día

El Gráfico N° 7, evidencia que los cuidadores que trabajan entre 18 a 24 horas son los que presentan niveles más elevados de Síndrome de Burnout, 71.4%, 63.6% y 50% respectivamente para los niveles bajo, medio y alto. Aquellos cuidadores que trabajan de 12 a 18 horas no presentan Síndrome de Burnout (bajo o alto).

Tabla 8

Síndrome de Burnout	Frecuencia	%
Bajo	15	75,0
Medio	1	5,0
Alto	4	20,0
Total	20	100,0

Tabla N°8: Agotamiento emocional

En la Tabla N° 8 de la Dimensión de Agotamiento Emocional, se aprecia que el 75% de los cuidadores de PAM presentan bajo síndrome burnout, mientras que el 20% de los cuidadores de PAM presentan alto síndrome burnout.

Grafico N°8

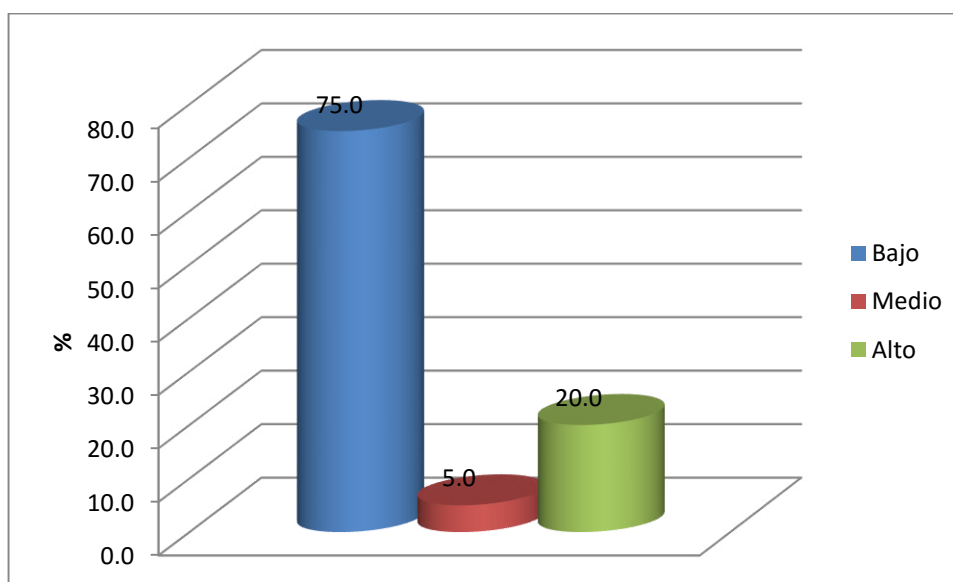


Gráfico N°8: Nivel de Agotamiento Emocional

El Gráfico N° 8 destaca que el 75.0% de cuidadores presentan un nivel bajo de Agotamiento Emocional.

Tabla 9

Síndrome de Burnout	Frecuencia	%
Bajo	13	65,0
Medio	4	20,0
Alto	3	15,0
Total	20	100,0

Tabla N°9: Despersonalización

En la tabla N° 9, se aprecia que el 65% de los cuidadores presentan baja puntuación en la dimensión despersonalización; y el 20% de los cuidadores de PAM presentan puntuación media y el 15% puntuación alta.

Grafico N° 9

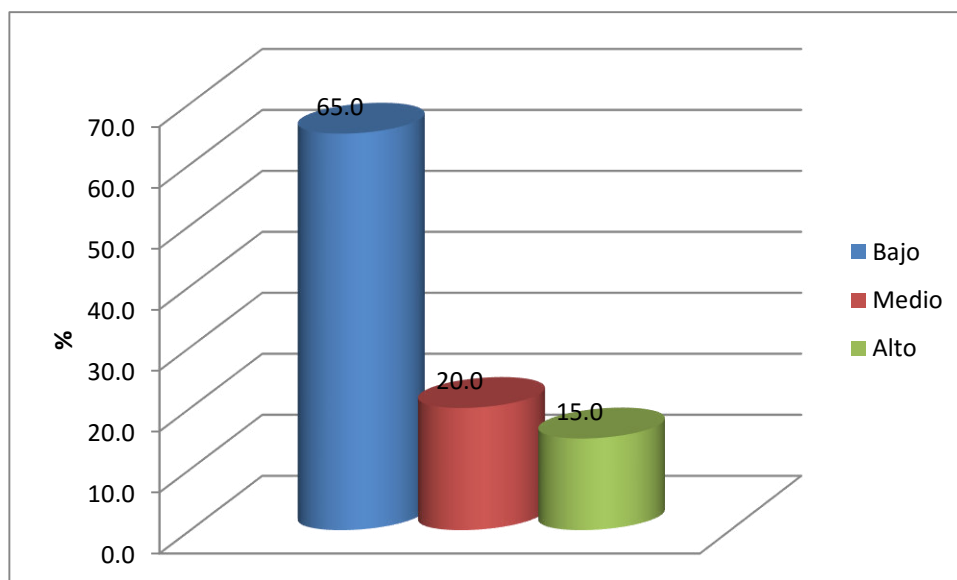


Gráfico N°9: Nivel de Despersonalización

En el Gráfico N° 9 se observa que la mayoría de los cuidadores arrojaron bajas puntuaciones en el ítem de despersonalización, por lo cual podemos afirmar que este no representa un riesgo significativo.

Tabla 10

Síndrome de Burnout	Frecuencia	%
Bajo	7	35,0
Medio	5	25,0
Alto	8	40,0
Total	20	100,0

Tabla N°10: Nivel de Realización Personal

En la tabla N° 10, se aprecia que el 35% de los cuidadores de la persona adulta mayor presenta baja puntuación en la dimensión realización personal; el 25% de cuidadores se encuentra en el nivel medio y el 40% presentan altas puntuaciones en el aspecto de realización personal.

Grafico N°10

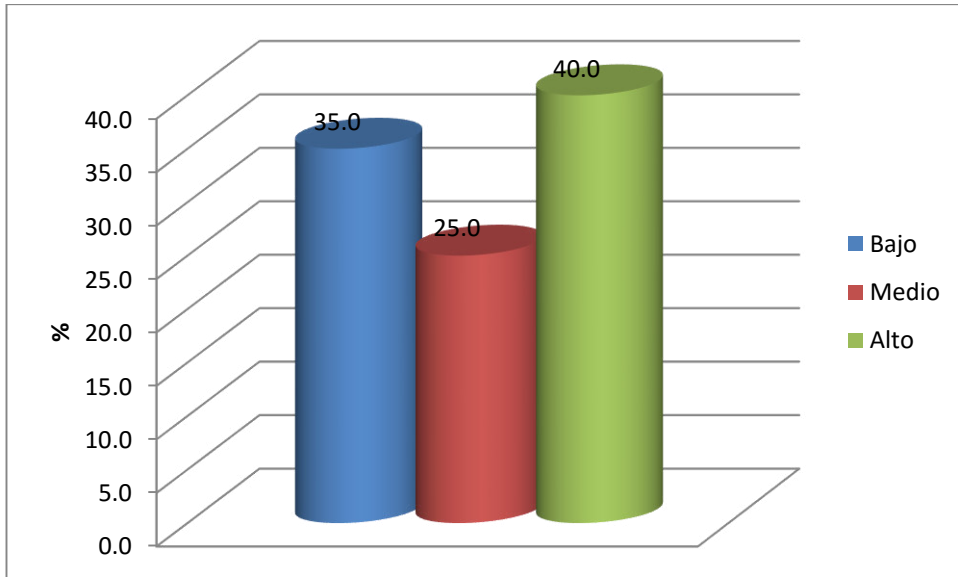


Gráfico N°10: Nivel de Realización personal

El Gráfico N° 10 destaca que el 35% de cuidadores obtuvo puntuaciones bajas en cuanto a realización personal, siendo inversamente proporcional, es decir a puntuaciones bajas indican insatisfacción referente a lo que esperan como de ellos mismos y del desempeño de su carrera profesional.

IV. Discusión

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.(22)

Según el estudio de Tello Bonilla en Lima en el 2010, se concluyó que 100% de los profesionales han sido afectados con el Síndrome de Burnout en diferentes niveles, predominando el nivel medio (54,17%) y siendo significativo el nivel alto en un 12,5 %, esto coincide con los datos obtenidos en la presente investigación siendo el Síndrome de Burnout medio el 55% del total y el nivel alto el 10% de la población. (5)

La realización personal se define como la necesidad de logro que tiene todo ser humano para llegar a ser excelente, está relacionada con la realización de tareas de uno mismo o con los otros; la falta de realización personal tiende a que la persona se evalúe negativamente, con énfasis en cómo es que está realizando su trabajo y la relación de este con las personas que atiende. En el estudio de Vázquez, Esperón y Gonzales en México en el 2013, se presentó un nivel muy bajo (95%) en el ítem de realización personal, concluyendo que esta área era la más afectada dentro del

Síndrome de Burnout. También se encontró que el 22% estaba afectado en tres áreas (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), en forma similar, en la actual investigación donde el nivel medio de realización personal fue 35% mientras que el 10% se encontraba afectado en las 3 áreas.(4)

Comúnmente pensamos que los cuidadores con mejor formación (técnica y superior) tendrían más y mejores recursos para afrontar el estrés y por tanto el síndrome de burnout, sin embargo Adriaenssens (Estados Unidos, 2014) encontró en una revisión sistemática de 25 años, entre 1989 y 2014, una relación significativa entre las personas que estudian una carrera de salud y la predisposición a tener Síndrome de Burnout. Así como él, en el presente estudio se encontró que las personas que poseen estudios a nivel técnico y universitario poseen niveles más altos de síndrome de Burnout (72,7% del nivel medio y 100% del nivel alto). De otro lado, encontraron que la población más afectada se ubicaba entre los 30 a 50 años (64,2%), mientras que en el presente estudio, las edades de los cuidadores más afectados fluctúan entre 20 y 40 años (72,8%) presentando síndrome de burnout medio.(23)

En la presente investigación, los cuidadores que se encuentran en mayor riesgo de presentar Síndrome de Burnout (65%) trabajan de 18 a 24 horas al día, siendo la mayor incidencia de síndrome de burnout medio (63.6%). Así también, Hernández y Ehrenzweig (Mexico, 2008) correlacionaron las horas de jornada diaria y el nivel de burnout, concluyendo que los más afectados trabajan más de ocho horas diarias, relacionaron además, que los mayores porcentajes de burnout se encuentran en las personas que

llevan menos tiempo trabajando, al igual que en el presente estudio el mayor porcentaje de burnout (63,6%) se encuentra en los que vienen laborando por menos de 4 años.(24)

Catsicaris y Eyman (Argentina, 2007), en su estudio La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica, asociaron el hecho de ser solteros y tener síndrome de burnout, concluyendo que el 50% de solteros padecía de burnout, mientras que en el presente estudio el 72,7 % de los cuidadores solteros presentan síndrome de Burnout medio. (25)

V. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La incidencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que asistieron a la clínica Bamboo de Junio a octubre fue en su mayoría de nivel medio (55%) observándose que se encuentran cansados física o emocionalmente debido a las diversas actividades directas con la persona que atienden durante la jornada laboral, esto conlleva el riesgo de tener un mal desempeño laboral, que a su vez perjudique la calidad de vida del cuidador y del adulto mayor.
- El 75% de los cuidadores de adultos mayores que asistieron a la Clínica Bamboo presentaron niveles de agotamiento emocional bajo, lo que significa que aun utilizan los recursos emocionales contra las demandas de trabajo.
- El 65% de los cuidadores de adultos mayores que asistieron a la clínica Bamboo de Junio a Octubre presentaron niveles bajos en la dimensión de despersonalización los mismos que reconocen que ocasionalmente presentan actitudes de frialdad y distanciamiento.
- El 35% de los cuidadores de adultos mayores en la Clínica Bamboo arrojaron puntuación media en la dimensión de realización personal, esto se expresa en que presentan problemas de autoeficiencia y expectativas para con su trabajo.

Adicionalmente, se encontró que ser profesional a nivel técnico o universitario estuvo relacionado a mayor incidencia de síndrome de Burnout (medio y alto), además de que el mayor tiempo trabajando con la persona adulta mayor se relaciona a niveles de burnout bajos

mientras que los cuidadores con menos tiempo presentan niveles de Burnout medio y alto. Así mismo, la mayoría de los cuidadores que asisten a la persona adulta mayor de 18 a 24 horas al día (65%), presentan una mayor incidencia de síndrome de burnout medio (63.6%).

5.2. Limitaciones

En general, tanto los directivos como el personal de la Clínica y adultos mayores que acudieron con sus cuidadores se manifestaron interesados en el presente estudio, sin embargo algunos de ellos no completaron o completaron mal sus encuestas por lo que fueron anuladas.

5.3. Recomendaciones

Dado que, en alguna medida, los cuidadores de Personas Adultas Mayores que asisten a la Clínica Bamboo presentan niveles medios de Síndrome de Burnout, es importante que el personal que dirige la actividad terapéutica prevea el impacto de éste en la vida personal y laboral de los cuidadores, misma que, redundará en la calidad de vida de los adultos mayores.

Surge entonces, la necesidad de crear programas de Terapia Ocupacional, que enlacen las concepciones de salud y ocupación, explorando el perfil ocupacional de los cuidadores, 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.

Estos programas de intervención en Terapia Ocupacional deberán encontrarse incluidos dentro de los servicios brindados a los adultos mayores que asistan a la clínica.

Así mismo, sería interesante determinar las concepciones que tienen los adultos mayores y sus familias respecto a la presencia de este síndrome en los cuidadores y otras personas que los asisten, en qué medida puedan sentirse afectados y cómo hacer para que sus cuidadores se fidelicen evitando rotar demasiadas personas alrededor suyo.

VI. Referencias Bibliográficas

1. Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. Nivel De Sobrecarga En El Desempeño Del Rol Del Cuidador Familiar De Adulto Mayor Con Dependencia Severa. *Ciencia y enfermería*. 2012;18:29-41.

2. Krikorian D A. La experiencia de sufrimiento en cuidadores principales de pacientes con dolor oncológico y no oncológico. *Enero-Junio 2010*:20.

3. Peinado AI, Garces E. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. *Anales de Psicología de la universidad de Murcia*. 1998:137-8.

4. Vazquez-Garcia C, Esperon R, Refugio G-LMd. Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social *Revista de Investigacion Clinica*. 2013:514.

5. Tello J. Nivel de Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Criticos del Hospital Daniel Alcides Carrion. Lima, Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.

6. ONU. Declaracion Politica y Plan de Accion Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Nueva York, Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas; 2003. 57 p.

7. Porras N. Variables psicosociológicas y burnout en sanitarios. España, Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014.
8. Thomae M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. Enero,2006:18-21.
9. Aimar A, De Dominici C, Stessens M, Torre M, Videla N. Desmitificando la vejez, hacia una libertad situada. 1 ed2009. 115 p.
10. Martínez A. EL Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. Setiembre,2010.
11. Otero-Lopez J, Santiago M, Castro C, Pardiñas MdC, Mirón L, Ponte D. Estrés Laboral y Burnout en profesores. España2015. 608 p.
12. Bosqued M. Quemados: El síndrome de Burnout, que es y como superarlo. Zaragoza, España; 2008. 208 p.
13. Paredes MdC. Caracterización Multivariante del Síndrome de Burnout en la Plantilla Docente de la Universidad de Salamanca: Universidad de Salamanca; 2002.
14. Paliativos SEdC. Guía de Prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos. Madrid, España: Arán; 2008. 70 p.

15. Ruiz A, Nava G. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*. 2012:163-9.
16. Carretero S, Garces J, Rodenas F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial. Valencia, España: Tirant lo Blanch; 2006. 444 p.
17. OMS. La salud mental y los adultos mayores España Abril, 2016 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>].
18. Informática INdEe. Situación Poblacional Adulta Mayor Lima, Perú 2016 [1:[61]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2014.pdf.
19. OMS. Envejecimiento y Ciclo de Vida España 2016 [1:[Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>].
20. Vulnerables MdIMyP. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017 Lima, Perú: Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo evaluación de la implementación del Plan Nacional; 2012 [21-3] Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.

21. Guzmán B. Ergonomía y Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional Galicia. 2008:23.
22. Juárez A. Entrevista con Christina Maslach: Reflexiones sobre el Síndrome de Burnout. Liberabit. Diciembre, 2014:199-208.
23. Adrianenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses. A systematic review of 25 years of research. International Journal of Nursing Studies. Febrero, 2015;52(2).
24. Hernandez E. Percepción de Sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. MEXICO2008. p. 127-42.
25. Catsicaris Cristina, Eymann Alfredo, Cacchiarelli Nicolás, Usandivaras Ignacio. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2007 Jun [citado 2017 Feb 16] ; 105(3):236240.Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000300010&lng=es

Anexo 1: Autorización para aplicación de tesis



Lima, setiembre del 2016.

CONSTANCIA

El Director Médico de la Clínica Especializada En Medicina Del Adulto Mayor "BAMBOO SENIOR HEALTH SERVICES" autoriza a la:

Srta. Daniela Isabel Arakaki Espinoza

La aplicación de la tesis que tiene como título "Incidencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de adulto mayor en la Clínica Bamboo de Junio a Octubre del 2016", bajo la supervisión y asesoría del Lic. Walter Miguel Reyes Morales.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Atentamente,

Dr. José Francisco Parodi García
Médico Geriatra - OMP 23828/RNE 13332
Director de BAMBOO Senior Health Services
jparodi@bambooseniors.com

Anexo N° 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CUIDADORES DE ADULTO MAYOR DE LA CLÍNICA BAMBOO DE JUNIO DE JUNIO A OCTUBRE 2016”

Investigador Responsable: Daniela Arakaki Espinoza
(Bachiller en Terapia Ocupacional)

PROPOSITO:

Determinar la incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adultos mayores que asisten a la Clínica Bamboo, con la finalidad de fomentar mejoras en el estilo de vida del cuidador y de la persona adulta mayor a su cargo.

PARTICIPACION:

Se le invita a participar de este estudio para lo cual se le tomara un cuestionario (Cuestionario de Maslach Burnout Inventory), que evalúa los tres ítems del síndrome (despersonalización, agotamiento emocional, realización personal).

RIESGOS DEL ESTUDIO

Este estudio no presenta ningún riesgo para usted, solo debe contestar las preguntas del cuestionario que se le realizaran.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Es importante señalar que con su participación está contribuyendo a elaborar un programa para cuidadores con actividades que permitan mejorar tanto su calidad de vida como la del adulto mayor.

COSTO DE APLICACIÓN

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Solo le pedimos que complete el cuestionario que se le dará, el tiempo aproximado es de 15 minutos.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros de esta investigación conocerán la información. Los documentos con los que se identifique a los cuidadores serán confidenciales, para lo cual se le asignara un código, y dentro de lo permitido por las leyes y regulaciones pertinentes, no estarán a disposición pública. Si se publican los resultados, la identidad de usted será anónima.

REQUISITOS DE PARTICIPACION

Los participantes deben ser hombres o mujeres cuidadores de pacientes adultos mayores que asistan a la Clínica Bamboo durante el mes de setiembre del 2016.

Al aceptar la participación deberá firmar este documento, llamado consentimiento, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún tipo de perjuicio contra su persona.

DONDE CONSEGUIR INFORMACION

Para cualquier duda, queja o comentario comuníquese por favor con Daniela Arakaki Espinoza
Correo electrónico: dani_ae92@hotmail.com
Teléfono móvil: 999111860

DECLARACION VOLUNTARIA:

Yo, con DNI he sido informado (a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos y beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado (a) de la forma como se realizara el estudio. Estoy enterado (a) también que puedo participar o retirarme del estudio, sin que esto represente ningún perjuicio para mi persona.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de “Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores en la clínica Bamboo”

Nombre del Participante (letra imprenta)
Firma del Participante
DNI:

Fecha:
Dirección:

Anexo N°3: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Anexo N° 4: Perfil del Cuidador

Perfil del Cuidador

Determinación de las características básicas de los cuidadores de Personas Adultas Mayores que asisten a la Clínica Bamboo.

Perfil N°..... Fecha:/...../.....

1. Edad

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 30-40 |
| <input type="checkbox"/> 40-50 | <input type="checkbox"/> 50 a + |

2. Estado Civil

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Casado |
| <input type="checkbox"/> Divorciado/ separado | <input type="checkbox"/> Viudo |

3. Nivel de Instrucción

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Secundaria |
| <input type="checkbox"/> Superior Técnica | <input type="checkbox"/> Superior Universitario |

4. Tiempo que atiende a la PAM

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> Entre un año o dos |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 años | <input type="checkbox"/> 4 años a mas |

5. Días que le dedica a la atención de la PAM por semana

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la semana | <input type="checkbox"/> De lunes a viernes |
| <input type="checkbox"/> Interdiario | <input type="checkbox"/> Un día |

6. Horas que le dedica a la atención de la PAM por día

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> menos de 6 horas | <input type="checkbox"/> 6 a 12 horas |
| <input type="checkbox"/> 12 a 18 horas | <input type="checkbox"/> 18 a 24 horas |