



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES FORMALES DE ADULTOS MAYORES CON TRASTORNO DEMENCIANTE”

**Tesina para optar al grado de licenciado en Psicología y al Título Profesional de
Psicólogo**

Asesor metodológico: Christian Codecido

Asesor teórico: Dominique Warnier Ahués

Alumnas: María Elena Flores Martínez

Elisa Beatriz Martínez Silva

Santiago, Chile, julio 2017

Contenido

Resumen	3
Capítulo I: Introducción	4
1.1 Justificación.	4
1.2 Planteamiento del Problema	7
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo General.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos	18
1.4 Limitaciones del estudio	18
Capitulo II: Marco teórico	19
2.1 Chile, un país que envejece.	19
2.2 Los trastornos demenciantes.	24
2.2.1 Trastornos demenciantes en Chile.....	25
2.3 Aspectos Clínicos y Epidemiológicos	25
2.3.1 Roles y conceptualización de los Cuidadores.	28
2.3.2 Rol del cuidador domiciliario.....	28
2.3.3 El cuidador del adulto mayor.	32
Capitulo III: Metodología	34
3.1 Tipo y diseño de Investigación.	34
3.2 Definición conceptual y operacional de variables	34
3.3 Procedimiento de muestreo.	36
3.4 Criterios de rigor científico.	37
3.5 Técnicas de recolección de datos.	37
3.6 Técnicas de análisis de datos.	38
3.7 Consideraciones Éticas	38
3.8 Procedimiento	38
Capitulo IV: Resultados y Conclusión	39
4.1 Resultados	39
4.2 Conclusión.	43
Referencias	48

Resumen

Nuestro trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la presencia de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores demenciantes. La razón que nos motivó a desarrollar la investigación en este fenómeno es que existen muy pocos estudios en nuestro país enfocados específicamente al cuidador formal, aún cuando la realidad nos indica que en los últimos años, según los datos sociográficos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), existe un incremento sustancial en la población adulto mayor, lo que deriva en un aumento en la atención tanto en salud mental, como en cuidados especiales a este sector de la población.

La muestra de nuestra investigación se constituyó de 47 cuidadores formales, de la Clínica San José de Santiago, Hospital Salvador de Santiago y el Centro de Salud para el Adulto Mayor Isaura Hermida en Concepción. Los resultados arrojan la existencia de Burnout de manera significativa, ya que el 23% del total de la muestra presenta el síndrome.

A través de este trabajo de investigación y dado sus resultados, se pretende crear conciencia de cuán presente está en nuestros profesionales de la salud que atienden adultos mayores demenciantes, para que sea considerado un factor determinante al momento de prestar ayuda profesional, ya que la presencia de Burnout provoca una baja en la calidad de la atención al paciente, pues podría conducir a maltratos, abusos, tratos indignos, perjudicar su calidad de vida, su integración y participación social. Por otra parte, este tipo de estudios, al dejar de manifiesto la presencia de este síndrome, invita al sistema, a cuidadores formales y profesionales dedicados a esta labor, a generar estrategias de autocuidado, autovaloración para prevenir situaciones de riesgo y así estar en condiciones óptimas para entregarle al adulto mayor el cuidado complejo que éste requiere.

Capítulo I: Introducción

1.1 Justificación.

La presente investigación pretende incentivar la reflexión respecto del impacto multidimensional derivado de la problemática del envejecimiento acelerado de la población chilena y de las implicancias que surgen a partir de ahí, considerando esencialmente las consecuencias que se presentan en quienes se dedican al cuidado de adultos mayores en situación de dependencia, particularmente de aquellos que sufren de algún trastorno demenciente.

Si bien es cierto que la prolongación de las expectativas de vida constituye un logro para el país en el sentido de que se han mejorado las políticas de salud, es necesario considerar que esto genera el desafío de propiciar una calidad de vida al menos aceptable para estos, cada vez más longevos, adultos mayores. En este sentido, no es sólo relevante contemplar cuántos años una persona puede llegar a vivir, sino también el cómo y en qué condiciones se encuentra viviendo. Esto pues, es imprescindible mirar y comprender la salud como un concepto complejo, holístico e integral, que incluye el sentimiento de bienestar subjetivo. En otras palabras, la calidad de vida, si bien es un concepto multidimensional que engloba muchos aspectos, por lo general suele referirse y asociarse a un estado de satisfacción, acompañado de una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social (Kasahara, 2015).

Ahora bien, al hablar de demencia en adultos mayores, es necesario considerar que dicha enfermedad se ha transformado en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido al alto costo económico que representa tanto para las familias de los enfermos como para el Estado. En este marco, no es posible obviar el hecho de que el crecimiento de la población mayor de 65 años es extremadamente acelerado, por lo que se espera que el número de personas afectadas por esta enfermedad aumente de manera progresiva, destacando además lo preocupante que resulta que en los países en desarrollo, la demencia sea la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad en mayores de 60 años (Kasahara, 2015).

Siguiendo en esta línea, es posible decir que la demencia además de ser una enfermedad de alto costo económico también implica un tremendo costo indirecto. Esto último se relaciona, entre otros aspectos, con las repercusiones que significan el hacerse cargo del cuidado de un paciente con demencia, lo que predominantemente recae sobre el grupo familiar, a partir de donde surgen los cuidadores informales, quienes en su mayoría son mujeres. Los cuidadores informales, son aquellos que dedican la mayor parte del tiempo al cuidado de la persona dependiente, por lo que es evidente que al cumplir esta labor, el cuidador sufrirá diversas consecuencias psicológicas y emocionales que pueden repercutir en su situación de vida (Kasahara, 2015).

Por diversos motivos, la familia intenta prolongar la mayor cantidad de tiempo posible el sistema de cuidados informal, pero llega un momento en que se produce un punto de inflexión y esto se termina por volver insostenible. En ese momento, se considera la posibilidad de trasladar el cuidado del adulto mayor al sistema de apoyo formal, el cual presenta similitudes y diferencias con el informal. Una de las similitudes se expresa en el desgaste, sobrecarga y alto nivel de estrés que experimentan ambos tipos de cuidador. Específicamente, en lo referente al cuidador formal o profesional, puede llegar a darse un distanciamiento afectivo respecto del adulto mayor, alejamiento y conflictos con sus compañeros de trabajo, trastornos del sueño, problemas de apetito e intestinales y cefaleas constantes y recurrentes (Fernández, 2015).

En base a lo anterior, han surgido algunas investigaciones que afirman que los cuidadores formales de adultos mayores en instituciones geriátricas son más proclives a padecer el síndrome de Burnout, estimándose que un 32% de ellos lo experimenta. Sin embargo, estos antecedentes datan del estudio de Menezes de Lucena en el año 2000, por lo que cabe cuestionarse sobre la importancia de replantearse el tema luego de haber transcurrido casi 2 décadas, y de ese modo, actualizar esa cifra. Es necesario destacar además, que dichos datos corresponden a la realidad española y el contexto-sociocultural resulta ser bastante diferente en países latinoamericanos, como Chile (Fernández, 2015).

Además, resulta válido reflexionar en torno a la significación que ha ido adquiriendo el trabajo en los últimos años, donde se ha ido cargando de actitudes de índole más bien negativa, que se desprenden del demoledor modelo imperante neoliberal de sociedad, donde el sujeto debe responder al mandato de ser productivo,

sea cual sea el costo. Este sistema repercute en el ritmo y calidad de vida de las personas, asociándose con mucha fuerza al estrés, y por ende, al Burnout. Este síndrome, ha ido adquiriendo cada vez una mayor prevalencia a nivel de la población general, por lo que es lógico suponer que afecta también a personas que están sometidas a una carga emocional importante, como la que sobrellevan los cuidadores formales de adultos mayores demenciados.

Ahora bien, la sintomatología asociada al Burnout genera un gran displacer en quien lo padece y produce también consecuencias serias en quienes están recibiendo la atención de un sujeto que experimenta un nivel de desconexión emocional profundo. Incluso, desde el punto de vista ético resulta un aspecto significativo a considerar el que un profesional de la salud que necesita de manera urgente atención y cuidado, esté brindando ilusoriamente algo de lo que carece. En este punto, es necesario hacerse la pregunta respecto de cuántos casos de Burnout pasan desapercibidos, sin recibir un diagnóstico adecuado. Cabe suponer que estas personas siguen funcionando de manera automática y en un nivel de abrasamiento extremo que puede traducirse en consecuencias graves, como por ejemplo, llegar al límite que origina el maltrato y/o la violencia hacia el adulto mayor vulnerable. En este sentido, cabe cuestionarse incluso, ¿quién está en un estado mayor de vulnerabilidad? ¿Quién requiere de forma más urgente ser atendido?

El interés por el adulto mayor demenciado y el cuidador informal es una temática que hace un par de años despertó el interés de la sociedad Chilena, sin embargo, aún no se considera una prioridad a nivel nacional y por lo mismo sigue siendo fundamental generar discusión y reflexión frente a esta problemática.

De esta forma, es importante profundizar teóricamente en esta área, sobre todo en la inequidad de género y en el impacto que sufren los cuidadores al asumir tal rol, por lo mismo, discutir aquello puede ser un aporte socio-cultural para el país, con el fin de terminar con las desigualdades entre hombres y mujeres, además de la estigmatización y vulnerabilidad del adulto mayor demenciado.

Además, es importante mencionar, que si bien existen variadas investigaciones que abordan la calidad de vida de los cuidadoras informales la mayoría de estos son hechos en otros países y en Chile estos aún son relativamente escasos, por lo que sería positivo incentivar el interés por investigar en esta área.

Los resultados de esta investigación esperan contribuir e incentivar la creación de estrategias de apoyo a adultos mayores demenciados y a cuidadoras informales, pero fundamentalmente estas últimas ya que si bien ejercen un rol muy relevante, su trabajo es poco valorado y considerado por la sociedad, por lo que su labor queda invisibilizada al no prestarles la atención que merecen.

Responder a quién está dirigido (familiares de adultos mayores, servicios de salud, adultos mayores con demencia, profesionales de la salud en general, sociedad como en lo macro).

- ¿Quiénes se benefician y de qué manera?

Puede servir para prevenir o detectar el Burnout, generar estrategias de autocuidado, generar mayor calidad de vida en pacientes, sus familiares, etc. Incluso crear capacitaciones, talleres, intervenciones, hasta intervenir los programas de estudios de profesionales que trabajarán en esto.

También se beneficia el mismo paciente que recibe una atención de calidad por parte de su cuidador que no está quemado con el síndrome del Burnout, también se beneficia la familia de la persona porque saben que el paciente está en buenas manos y pueden descansar tranquilamente sabiendo que su ser querido está con un cuidador profesional y que está en óptimas condiciones, se benefician los mismo cuidadores porque van a tener mejores recursos y herramientas para poder manejar y enfrentar el estrés de su trabajo.

Las áreas de la disciplina a las que aporta teóricamente son Psicología de la Salud, Psicología Clínica, Psicología Social y Psicología Laboral.

1.2 Planteamiento del Problema

Desde el año 1960, Chile se encuentra en un proceso continuo de cambios estructurales en su población, existiendo una transición sociodemográfica que apunta hacia el envejecimiento progresivo de sus ciudadanos. En este sentido, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) afirma que este país se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento poblacional, donde la proporción de personas mayores de 60 años ha

aumentado de un 11,4% en 2002 a un 14,5% en 2012. Este cambio estructural en la composición etaria de la población, tiene implicancias en múltiples y variados ámbitos, donde se incluye la salud en general y la salud mental en particular. (Arias y Pérez, 2016).

Desde esta perspectiva, cabe mencionar que dentro del proceso de envejecimiento se producen fisiológicamente cambios, tanto en la esfera orgánica como en la mental, que predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que decantan en distintas enfermedades. En otras palabras, ocurren dos fenómenos paralelos donde, por una parte, se encuentra una declinación fisiológica normal, y por otra, un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Es necesario agregar que la población más anciana se enferma con mayor frecuencia que los más jóvenes, sus enfermedades suelen ser más prolongadas y con un mayor uso de medicamentos. Ahora bien, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de hospitalización en adultos mayores y junto con esto los diagnósticos de mayor frecuencia están constituidos por: infarto, accidente vascular encefálico e hipertensión arterial (Albala, et al, 2000).

En síntesis y de acuerdo con las características propias del proceso de envejecimiento, es posible decir que implica una declinación fisiológica y un aumento de la prevalencia de ciertas patologías, junto con una pérdida de rol social que genera una predisposición a la exclusión. En este contexto, existe un mayor riesgo de que se pierda la autonomía, haciendo que los adultos mayores requieran el apoyo de otros para desenvolverse, dando paso así a lo que se conoce como dependencia. De este modo, quien debe hacerse cargo del cuidado de una persona mayor dependiente enfrenta una carga de trabajo significativa, sobre todo en los casos de quienes sufren algún tipo de demencia. (Zapata, 2015).

Considerando lo anteriormente planteado, en el ámbito de la salud, una de las problemáticas críticas, es el tema relacionado con las demencias. En algunos de los estudios epidemiológicos han confirmado que la edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de una demencia de manera que, tanto la prevalencia, como la incidencia, prácticamente se duplican cada cinco años, a partir de los 65 años de edad. En este contexto, cabe suponer que la demencia representa un enorme desafío para los sistemas de salud y para el eventual desarrollo de políticas públicas enfocadas a la prevención y abordaje de dicha patología. (Arias, y Pérez, 2016).

En este punto, resulta necesario mencionar que la demencia se define como un síndrome complejo de naturaleza orgánica, adquirido, caracterizado por la presencia de un deterioro permanente de la memoria y otras funciones intelectuales, frecuentemente acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas y alteraciones del comportamiento, que ocurre sin afectación del nivel de conciencia ni depresión, y afecta al funcionamiento laboral y/o social del sujeto. Es un síndrome clínico de etiología múltiple, por lo general de curso crónico y progresivo, pero no necesariamente irreversible (Carrasco, citado en Arias, y Pérez, 2016).

A nivel mundial, cabe destacar que según la OMS (2012), existen 35,6 millones de personas que padecen alguna enfermedad desencadenante de un trastorno neurocognitivo y se registran cada año 7,7 millones de nuevos casos, en los que la enfermedad de Alzheimer es la más común, siendo ésta la principal causa de discapacidad y dependencia en las personas mayores. Frente a esta situación de vulnerabilidad y la incapacidad de cuidar de sí mismo, el adulto mayor demenciado debe contar con que otros se hagan cargo de resolver sus necesidades. En este sentido, el tipo de cuidado que debe otorgarse posee ciertas características particulares, destacando el hecho de que constituye una actividad de largo plazo, porque la dependencia es prolongada y no se considera una práctica social esporádica. Otro rasgo es su curso ascendente, es decir, al inicio es una tarea de baja intensidad pero, conforme los niveles de dependencia aumentan, se incrementa el cuidado, representando un consumo intensivo y extensivo de recursos de toda índole, y a medida que se va incrementando la dependencia, es necesario un mayor uso de recursos para ella (Arias, y Pérez, 2016).

Frente a esta problemática, la familia surge como la primera institución que genera cuidados en situaciones de dependencia, donde mayoritariamente la mujer proporciona cuidados en forma invisible y continua. Este tipo de cuidadores son conocidos como cuidadores informales, rol que comúnmente recae en la mujer, debido a que en los países occidentales ella cumple un papel fundamental en la provisión de cuidados a los miembros de la familia y en las labores del hogar (Arias & Pérez, 2016).

A partir de lo anterior, han surgido varias investigaciones que abordan la problemática de género asociada al cuidado del adulto mayor. Dentro de estas, cabe destacar el estudio que realizaron Crespo y López (2008) en España titulado "Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores".

Otro fenómeno ampliamente estudiado dentro del cuidado proporcionado a adultos mayores dice relación con aquellos cuidadores de carácter informal, usualmente miembros de la familia que se dedican a esto, postergando muchas veces sus propias necesidades debido a la sobrecarga física y emocional que esto representa. A partir de la revisión bibliográfica, es posible mencionar el estudio de Espin (2008) titulado “Caracterización Psicosocial de Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Demencia”.

Como ha sido posible observar con respecto a la literatura sobre las consecuencias negativas de la sobrecarga de trabajo derivado de las tareas del cuidado del adulto mayor, ésta se ve predominantemente enfocada en la sintomatología que manifiestan los cuidadores informales, en detrimento de aquellos que realizan esta labor de manera formal. De este modo, es que resulta pertinente, debido al vacío investigativo que se presenta, indagar en cómo se configura esta problemática en cuidadores formales.

Ahora bien, no se puede dejar de mencionar que – sea de tipo formal o informal – la persona encargada del cuidado del adulto mayor con dependencia o “cuidador principal” tiene un protagonismo especial, particularmente al asumir el compromiso de cubrir las necesidades emergentes en el adulto mayor. Como ya se ha mencionado anteriormente, si bien la familia constituye el mejor recurso de apoyo y conforma el entorno ideal de prestación de cuidado, no es menos cierto que muchas veces se ve forzada a renunciar al cuidado de su ser querido, debido a la imposibilidad de poder suplir cada una de sus necesidades de manera correcta, teniendo muchas veces que aceptar así su institucionalización. En estos casos, tomar la decisión de institucionalizar al familiar supone un importante conflicto que dará paso a diferentes reacciones negativas como son la angustia, ira, depresión, no sólo en el cuidador sino que en los diferentes miembros de la familia. En este sentido, las instituciones geriátricas a través de los cuidadores formales o profesionales, se convierten en la alternativa más rápida, coordinada y eficaz para el cuidado de las personas dependientes. Otro punto importante a considerar es el impacto de la muerte, ya que los cuidadores, además de la exigencia diaria de suplir las necesidades del adulto mayor dependiente, en muchos casos, deben convivir con la muerte de éstos (Fernández, 2015).

Debido a lo anteriormente expuesto, la experiencia de proporcionar asistencia y ayuda al adulto mayor dependiente, y adaptarse a sus cambios, hace que se reconozca como una situación prototípica de estrés crónico y estar sometido día a día a situaciones

estresantes pueden producir sobrecarga en el cuidador, desencadenando específicamente en los cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado, dolencias de tipo psicosocial, como el síndrome de Burnout. Esta patología constituye una respuesta inapropiada del sujeto como resultado de una larga exposición a estrés físico, psicológico y social, en el trabajo y se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento del sujeto resultan ineficaces. Junto con esto, cabe agregar que se trata de una experiencia displacentera caracterizada por: agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de ineficacia en el trabajo (Fernández, 2015).

- El Burnout, síndrome de estar quemado o abrasado.

El concepto teórico de Síndrome de Burnout lo introdujo inicialmente Freudenberguer (1974), quien lo definió como un proceso que se manifiesta como consecuencia del estrés laboral crónico y en el cual influyen variables tanto individuales, como sociales y organizacionales. Fue más tarde que Maslach y Jackson (1982) lo propusieron como un constructo multidimensional y detallaron las conocidas tres dimensiones del síndrome, las cuales incluyen: cansancio emocional, despersonalización y baja autorrealización en el trabajo.

Ahora bien, otros autores asocian al abrasamiento algunas variables tales como los trastornos psicofisiológicos, la desesperanza y la sensación de indefensión (Pines, Aronson y Kafry, 1981). Desde la perspectiva de Selye (1960) el Burnout puede hacer referencia a este tipo de estrés laboral crónico, pero también puede considerarse como la última fase del proceso de estrés.

Respecto de los aspectos epidemiológicos del síndrome de abrasamiento, no parece que haya un acuerdo unánime entre los diferentes autores, aun cuando sí existe un definido nivel de coincidencia para algunas variables, dentro de las cuales se encuentra la edad. En relación a ésta, parece ser que los primeros años de ejercicio laboral- por tratarse de un período de sensibilización- son más vulnerables frente al síndrome. En este sentido, el novato debe elaborar la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica real cotidiana, donde las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas o esperadas. Respecto del sexo, se puede decir que las mujeres son más vulnerables que los varones, pues dentro de los factores que las predisponen se encuentran tanto la sobrecarga de trabajo profesional y familiar, como la elección de determinadas especialidades profesionales orientadas al trabajo con personas. Existen también variables relacionadas con la personalidad del sujeto que pueden predisponerlo

mayormente al síndrome, como lo son: el neuroticismo, presentar un patrón de conducta tipo A, junto con un locus de control externo. A esto se le agrega una sensación de falta de autoeficacia, una baja autoestima, escasa resistencia al estrés e insuficientes estrategias de afrontamiento de escape o evitación, junto con una falta de apoyo social, en un nivel más macro (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por su parte, Ramos (1999) sustenta que también se encuentran variables desencadenantes organizacionales, considerando, entre otras, el desempeño de la categoría profesional, lo cual incluye el tipo de ambiente físico de trabajo, los contenidos relacionados con el puesto de trabajo y el nivel de contaminación ambiental al que está expuesto. Esto apunta al confort físico percibido por el sujeto en el lugar del trabajo, cómo percibe su carga laboral y la oportunidad de la persona para usar las habilidades adquiridas. Otras variables a considerar son el estrés asociado al rol desempeñado y las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo. En este sentido, destaca lo que se conoce como el desarrollo de la carrera, lo que implica aspectos como por ejemplo qué tan ambiguo es el rol que la persona debe ocupar, pudiendo presentarse un conflicto de rol. Esto además incluye las relaciones interpersonales negativas con los compañeros, supervisores, subordinados, clientes o pacientes. También resulta necesario considerar la inseguridad asociada al puesto de trabajo, lo que puede conducir a la pérdida de éste. No es posible actualmente dejar fuera variables asociadas con los estresores que devienen con el uso de las nuevas tecnologías y diversos aspectos relacionados con la organización, como por su estructura, clima y cultura, todos los cuales pueden incurrir negativamente en los procesos de cambio, dificultando la adaptación profesional del sujeto. Ahora bien, el grado de estrés, la fatiga y el síndrome de abrasamiento están influenciados por la concordancia entre la orientación profesional, lo cual incluye el nivel de valoración que le otorga el sujeto a su trabajo y sus aspiraciones profesionales y el tipo de puesto que le toca desempeñar.

De acuerdo con lo anterior, es posible diferenciar tres niveles de estrés laboral, dentro de los cuales se encuentran el organizacional, grupal e individual. Existen aspectos directamente vinculados a lo organizacional, dentro de lo cual se destaca la extensión de la jornada de trabajo, los tiempos de descanso que se poseen, el tipo de relaciones interpersonales que se dan en ese contexto, los canales de comunicación disponibles y la posibilidad de promoción en la institución. Sin embargo, también se dan factores externos al trabajo, lo cual incluye elementos asociados a lo familiar, económico, temas de salud y

estilo de vida del sujeto, destacando además las características individuales o personales de éste (Ramos, 1999).

En este punto cabe destacar el aporte de Escobar (1999), quien postula que existen tres líneas de investigación que trabajan la problemática del Burnout, incluyendo así las áreas de la Psicología de las organizaciones, la Psicología de la Salud y el campo de la enfermería. La primera está enfocada en lo referente a la insatisfacción laboral y el cansancio emocional. La segunda, cuenta con una escala de indicadores respecto de estresores específicos, pues se han encontrado divergencias de sexo en cuanto a fuentes de estrés, la edad como un efecto modulador inverso (a más edad, menos estrés) y, vinculan una planificación laboral coherente como la variable determinante de la satisfacción laboral y la salud. Y, por último, la investigación en enfermería no ha aún alcanzado un consenso en el lenguaje a utilizar frente al tema, tampoco sobre los instrumentos y constructos, lo que no permite tampoco realizar propuestas de intervención. En nuestro trabajo la línea de investigación se enfocará principalmente en la psicología de la Salud.

Ahora bien, al adentrarse en lo que respecta al síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores, es necesario hacer referencia al concepto de "carga", el cual se empieza a utilizar en el ámbito gerontológico en la década de los 80. Sin embargo, se venía mencionando con anterioridad, siendo usado por primera vez en los años 60, dentro del ámbito psicopatológico, para referirse a la carga del cuidador de pacientes con diversas psicopatologías. Este concepto fue descrito como el conjunto de problemas, ya sea de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden llegar a experimentar los cuidadores de adultos incapacitados, por una u otra razón. Cabe destacar que las variables que pueden incidir en el grado de la carga son, por una parte, variables del paciente, asociadas a aspectos como años de duración de la enfermedad y problemas conductuales que puede presentar, como por ejemplo agresividad, incontinencia, vagabundeo, acusaciones, apatía, etc. Por otra parte, es necesario considerar las variables relativas al cuidador, dentro de las cuales destacan sus estilos de afrontamiento, recursos financieros, apoyo social y emocional. Finalmente, estos elementos actúan de manera sinérgica y dan paso a la variable de la relación cuidador y paciente, dentro de la cual cabe destacar que mientras exista mayor implicación emocional con el paciente, existirá mayor carga. En síntesis, parece ser que la carga puede ser tomada como un predictor de la calidad del cuidado que se recibe, de la necesidad de institucionalización y

un concepto de evaluación de costo v/s efectividad de los programas de tratamiento y de las políticas socio-sanitarias vigentes (Harwood, et al., 2000).

- El concepto de estrés asociado a salud y enfermedad

En esta temática, el conocido autor Lazarus (2000) plantea que la relación entre estrés y salud ha ido alcanzando una gran significación, debido al hecho de que actualmente existe una mayor esperanza de vida que hace cincuenta años atrás. Por esta razón, entre otros aspectos, han ido apareciendo nuevas enfermedades crónicas, especialmente aquellas conectadas con el envejecimiento, las cuales terminan siendo causa última de mortalidad. Así, dentro del campo de la salud, el aporte de la Psicología resulta relevante, pues trata con las causas de algunas enfermedades en el sentido psico-fisiológico, acentuando su prevención, junto con promocionar la salud a través de dietas, ejercicio, bajar el consumo de alcohol, ingerir vitaminas, etc.). Dichas preocupaciones han derivado en el desarrollo de un ámbito disciplinar como el de la Psicología de la Salud. La idea fundamental para la creación de esta área fue considerar el concepto de salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, no sólo como ausencia de enfermedad (OMS, 1946).

Ahora bien, sobre la relación entre estrés y enfermedad, resulta necesario establecer una estimación causal y especificar los mecanismos psicofisiológicos subyacentes a esta asociación. En ese sentido, la sensación subjetiva de malestar emocional y de tensión son fenómenos comunes en la respuesta psicológica al estrés (Lazarus, 2000). No hay que olvidar, como sostienen Crespo y Labrador (2003), que el estrés no siempre es dañino y tampoco se manifiesta de igual manera en todas las personas. Es importante considerar que el hecho de que no se manifiesten síntomas, no significa que no exista presencia de estrés. También cabe destacar que no siempre el estrés es gatillado por emociones negativas. En este marco, desde la perspectiva de Martínez (2004), los acontecimientos vitales positivos, tales como el matrimonio o la obtención de premios relevantes, no dejan de causar un fuerte impacto emocional y a menudo requieren de una transformación o readaptación en la vida cotidiana. Así pues, también pueden ser partícipes, como consecuencias psicológicas del estrés, las emociones positivas como la alegría o el placer, que aportan también una sensación de bienestar subjetivo para el sujeto.

Desde esta misma línea, Lazarus (2000) comenta acerca de las emociones estresantes o de tono negativo y las emociones de tono positivo y afirma que éstas acompañan y

definen en gran medida los procesos de estrés para el individuo. Lo anterior también se asocia con las condiciones situacionales, las circunstancias de la persona y, de un modo especial, la valoración que el sujeto hace de la amenaza y las respectivas estrategias de afrontamiento ocupadas por el sujeto. En ese sentido, la respuesta al estrés incorpora tanto las respuestas fisiológicas como psicológicas y emocionales del sujeto.

Junto con lo anterior, cabe destacar que en la mayoría de las personas, el estrés puede comprometer cambios en el estado de ánimo y llevar incluso a diversos trastornos psicológicos, dentro de los que cabe mencionar fundamentalmente a la depresión y los trastornos de ansiedad (Martínez, 2004).

En relación a esto, Miller y Smith (1997) han sugerido tres formas para organizar el estrés en función de criterios asociados con su evolución y duración, con las respectivas consecuencias psicológicas para el individuo de acuerdo aquellos síntomas predominantes. A continuación, se detalla cada dimensión o categoría estipulada, de acuerdo también con el nivel de gravedad del cuadro:

1. *El estrés agudo*, que es la forma más habitual de presentación, el cual surge ante presiones y demandas presentes (p. e., la preparación de una exposición en público, un examen o una entrevista de trabajo). Este tipo de estrés puede resultar excitante para el individuo, siempre y cuando sea en reducidas dosis, aunque en grandes proporciones la emoción puede resultar extremadamente agotadora. En este caso, la experiencia subjetiva resulta ser de un malestar emocional para la persona, que se expresa en ira o irritabilidad, ansiedad o depresión.

2. *El estrés episódico agudo* surge cuando aparecen con frecuencia habitual los episodios de estrés agudo. La persona, al examinar su vida, la visualiza como un desorden, caos y crisis permanente, en constante precipitación y siempre con la sensación de llegar retrasados a los acontecimientos, porque intentan abarcar demasiado, siempre con objetivos urgentes que ejecutar. En consecuencia, el individuo experimenta un cuadro que converge con el borde del estrés agudo, presentándose así sentimientos de sobre-activación, irritabilidad, ansiedad y tensión. Aportan a esta conceptualización Crespo y Labrador (2003), quienes plantean que las personas que sufren de este tipo de estrés, se ven como sujetos que constantemente tienen prisa, que tienden a interrumpir a los demás en la comunicación. Ocasionalmente en estas personas, la irritabilidad se convierte en hostilidad, y en consecuencia, tal individuo puede sufrir un deterioro en las relaciones interpersonales o sociales. Igualmente estas personas experimentan el trabajo como algo muy estresante, manifiestan constantemente preocupaciones que les hacen sentir

tensión, ansiedad e incluso depresión, como cuadro clínico. Las vivencias asociadas al estrés, conducen con frecuencia a la persona a generar cambios en su estilo de vida, que se asocian con malos hábitos como el aumento del consumo de alcohol, tabaco y bebidas excitantes, acompañado de una disminución del ejercicio físico y probablemente ingesta de tranquilizantes y fármacos. A largo plazo, esto puede hacer enfrentarse al sujeto a un fuerte cansancio, dificultad para dormir bien, sensaciones de excitación y nerviosismo e incapacidad de relajarse, incluso llegando a no poder sentarse tranquilamente a leer un libro, así como también presentar una serie de síntomas depresivos. Generalmente, las personas sometidas a este tipo de estrés no toman en cuenta estas consecuencias psicológicas, pues se encuentran bastante integradas en los hábitos cotidianos del sujeto, quien puede incluso atribuirle sus dolencias a agentes externos e incluso a otras personas.

3. El estrés crónico es un tipo de síndrome que cansa a la persona a largo plazo, de forma cotidiana, presentándose con frecuencia en cuidadores de enfermos crónicos, ancianos, psicóticos o personas en situación de marginación social. Ahora bien, se ha evidenciado en este tipo de cuidadores que el mayor deterioro se experimenta en los primeros momentos, es decir, cuando la persona recién asume la condición de cuidador, dándose luego una aparente estabilización y adaptación a la situación de estrés crónico.

Sin embargo, algunas formas de esta índole de estrés podrían provenir de acontecimientos traumáticos infantiles que se internalizan en la persona, quedando expuestos a un sufrimiento que modifica la visión de mundo que tiene el sujeto. Las secuelas de este fenómeno son de larga duración, destruyendo y deteriorando al individuo no sólo en la esfera psicológica, sino también en los ámbitos físico y social. Este tipo de estrés se caracteriza porque la persona no es capaz de satisfacer sus propias necesidades, las que se ven postergadas interminablemente en el tiempo. Esto lleva a la persona a un estado percibido de derrota que le hace no volver a intentar la búsqueda de nuevas soluciones. Así es como comienzan a aparecer vivencias de tinte depresivo y presentándose por ejemplo, intentos de suicidio, comportamientos violentos, ataques cardíacos, y una mayor vulnerabilidad frente al desarrollo de procesos cancerígenos. (Crespo y Labrador, 2003).

Todos hemos sufrido de alguna manera un poco de stress, con el tiempo, el stress puede transformarse en Burnout y eso genera muchos problemas. Se podría decir que el

stress es el precursor del Burnout, si acumulamos stress con el tiempo puede desencadenar en este síndrome. Algo importante que destacar es que el stress no es un trastorno y Burnout sí. Podemos mencionar que existen grandes diferencias entre stress y Burnout. El stress es algo que se va acumulando, todo empieza a hacerse difícil, se manifiestan problemas de concentración y/o trastornos de la memoria, y hace que la persona sufra aún más stress. Y en el Burnout, como ya lo hemos mencionado anteriormente, nos encontramos con el cansancio emocional, despersonalización y la baja auto realización en el trabajo. Es relevante tener en cuenta que el stress no es un trastorno, por lo mismo el Burnout tiene síntomas más graves y aquí daremos a conocer las diferencias (Crespo y Labrador, 2003):

STRESS	BURNOUT
1. Hay sobre implicación emocional.	1. Hay falta de implicación emocional
2. Hiperactividad emocional.	2. Desgaste emocional.
3. Agotamiento o falta de energía.	3. El agotamiento afecta a la motivación
4. Daño fisiológico es el fundamento principal	y a la energía psíquica.
	4. El daño emocional es el fundamento principal.
5. Puede conducir a la ansiedad.	5. Puede conducir a la depresión.
6. Consecuencias físicas.	6. Consecuencias emocionales.
7. Mayor riesgo de muerte prematura.	7. Mayor riesgo de pérdida de perspectivas.

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo General

- Evaluar la presencia de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores con demencia.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de agotamiento emocional de cuidadores formales de adultos mayores con demencia.
- Estimar el grado de despersonalización de cuidadores formales de adultos mayores con demencia.
- Identificar la baja realización personal en el trabajo de cuidadores formales de adultos mayores con demencia.
- Comparar si existen diferencias en las dimensiones de Burnout según género.
- Analizar niveles de Burnout según centro de Salud.

1.4 Limitaciones del estudio

Una de las cosas que limita la investigación, tiene que ver con que no se indagará en la dimensión subjetiva que puede tener el Burnout en el impacto más personal, más subjetivo que pueden tener estas personas y para eso hubiéramos necesitado una metodología cualitativa o incluso mixta, más que cuantitativa, que hubiera profundizado más en la subjetividad, saber la historia, las vivencias y cómo se sienten estas personas.

En este estudio no es fácil acceder a la muestra, no es muy factible tener una muestra muy numerosa, por lo mismo no va hacer una cantidad tan significativa, es imposible acceder a tantos cuidadores informales.

No es posible realizar un diagnóstico clínico completo del síndrome, pues sólo se restringirá el estudio a aplicar un instrumento psicométrico de medición y no se realizará la correspondiente entrevista clínica. Por ende, sólo se busca evaluar la presencia del cuadro y no realizar un diagnóstico. No se podrá acceder a las vivencias de carácter subjetivo que presentan estos cuidadores, pues el estudio utilizará una metodología cuantitativa.

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Chile, un país que envejece.

En Chile, resulta fundamental revelar las características sociodemográficas actuales, que dan cuenta de un país en el cual la población se encuentra envejeciendo de forma sostenida, producto de una baja en las tasas de natalidad y un aumento en la esperanza de vida. En este sentido, el envejecimiento es entendido como un proceso que se desarrolla gradualmente, tanto a nivel individual como colectivo. Así, las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas fases del ciclo de vida ganan en años, mientras que una población o sociedad envejece cada vez que las cohortes de edades mayores incrementan su ponderación dentro del conjunto. (Zapata, 2013)

Actualmente, en Chile se ha institucionalizado, a nivel del sector público, la conceptualización de “Adulto Mayor”, la cual se vuelve tangible específicamente gracias a SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), que funciona desde inicios del siglo XXI, aunque ya en 1995 el Presidente de la República crea la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, promulgando posteriormente la Política Nacional para el Adulto Mayor, tratando así de conseguir un cambio cultural asociado a un mejor trato y mayor valoración de los senescentes. (Zapata, 2013)

Ahora bien, la Psicología de la vejez está conectada estrechamente a la gerontología, definida como el estudio de los fenómenos asociados al envejecimiento, a pesar de que la diferencia entre Geriatría y Gerontología se puede volver a veces difusa. Esta disciplina beneficia el estudio científico de la subjetividad del adulto mayor en la sociedad (pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas), investigando sobre las influencias de la realidad concreta, simbólica e imaginaria a nivel colectivo, como también permite analizar y caracterizar los estados mentales en situaciones sociales determinadas. En general el abordaje clásico de las Variables Psicosociales en la adultez mayor señalan las siguientes dimensiones a considerar: Autoestima, Percepción, Funcionamiento Familiar, Redes de pares, Funcionamiento Social, Cuidado y percepción del cuidado, etc. (Informe CCI, Ingeniería Económica, 2012).

Cabe destacar que sobre el concepto de envejecimiento existen múltiples definiciones, sin embargo la más difundida es la que se vincula con los aspectos biológicos del envejecimiento, entendiéndose como un proceso continuo, progresivo e irreversible, que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y que sólo termina con la muerte del individuo (Kornfeld y Orellana, 2004).

De este modo, a medida que las personas envejecen ocurren dos procesos que se potencian mutuamente: primero una declinación fisiológica normal y segundo una ampliación en la prevalencia de ciertas enfermedades. Existen ciertas enfermedades relacionadas directamente con el envejecimiento en sí, pues son frecuentes en esta etapa de la vida y resulta necesario tomar en cuenta que éstas son parte constitutiva de este proceso. En este sentido, hay que destacar que si bien este proceso de envejecer implica un desgaste físico-orgánico, éste no es sinónimo de déficit. Lamentablemente el origen de esta idea surge a partir del modelo médico, donde la vejez se asocia erróneamente con incapacidad o deterioro, como una especie de proceso degenerativo (Barros, 2004).

Sobre esto último, cabe reflexionar respecto a la idea de que la problemática del envejecimiento o la vejez, es más que un fenómeno psico-biológico, es también un constructo social y cultural, pues cada sociedad, de acuerdo a su visión de mundo, define quién es viejo y quién no lo es, y qué debe hacer o no una persona mayor dentro de la organización social (Orellana, 2004).

Ahora bien, el proceso de envejecimiento en Chile se ha caracterizado por un aumento en la población de mujeres en el rango etario correspondiente a la adultez mayor. Junto con esto, cabe destacar que en cuanto a la carga de enfermedad de los adultos mayores (AM), se percibe un aumento en la prevalencia de patologías de tipo crónico, generando esto una alta demanda de prestación de servicios sanitarios. De este modo, se observan diferencias de género en la manifestación de algunas de estas patologías, como son la depresión, artrosis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Todo esto implica la necesidad de contar con políticas públicas para el AM que consideren esta perspectiva (Zapata, 2013).

En esta situación el rol del Estado resulta fundamental, pues debe generar políticas y servicios que fomenten el envejecimiento activo de la población, beneficiando estilos de vida saludable con el objetivo de postergar al máximo la disminución y/o pérdida de la autonomía funcional. Este rol incluye el proporcionar las facilidades para la adecuada generación de estrategias que impacten en las diferentes problemáticas del envejecimiento, las cuales pueden ir desde servicios socio-sanitarios adecuados para los AM dependientes, hasta un apropiado régimen de pensiones y estrategias que fomenten la asociatividad y la participación social de este grupo de edad. (Zapata, 2013)

El número creciente de AM en la sociedad chilena, suele verse enfrentado a diversos problemas en diversas áreas, como la integración social, la seguridad económica, sufriendo además abusos o maltratos, dificultades de acceso a la justicia, falta de promoción de la autonomía. En términos generales, éstos constituyen atentados contra la dignidad de la persona mayor, que lo expone a situaciones que afectan profundamente su calidad de vida. Cabe mencionar que esta última aparece como el resultado de la interacción de áreas objetivas y subjetivas, dentro de las cuales el papel de los factores psicológicos del grado de satisfacción o bienestar resulta determinante en este proceso (Zapata, 2013).

Desde la problemática de la integración y participación social, es sabido que uno de los factores que mayormente influyen negativamente sobre la calidad de vida del adulto mayor es el tema del aislamiento y abandono o la desconexión con las redes de apoyo. Las mayores y más importantes carencias están vinculadas con la compañía social, el apoyo emocional, la posibilidad de contar con guía y consejo, intercambio de información, regulación social y apoyo instrumental. En este sentido, el apoyo social que otorgan las redes ha demostrado ser un factor muy relevante al evaluar el impacto que las crisis de vida tienen en las personas, ya que quienes cuentan con redes sociales activas tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes. Desafortunadamente, en el caso del adulto mayor se observa un paulatino alejamiento de las redes de apoyo social y se vuelve una tarea ineludible el brindar a los adultos mayores la posibilidad de conectarse a ellas. La red social personal cumple funciones relevantes para el bienestar psico-social del individuo, como es la de posibilitar la inserción social y es básico para el desarrollo de la identidad, por lo tanto no sólo es importante en situaciones de crisis (Zapata, 2013).

Respecto de la indefinición del rol de los AM en nuestra sociedad, también influye la situación de aislamiento, pues si bien es cierto enfrentar una situación como esta supera los alcances de un programa específico, las acciones que de éste deriven deben considerar la relevancia asociada al rol social, como uno de los elementos que contribuirá a la estabilidad y sustentabilidad de la política y a la posibilidad de que los beneficiarios se mantengan relacionados con distintas redes sociales de apoyo, información y de prestaciones y servicios. En este sentido, si bien el aumento sostenido de los grupos de mayor edad es evidente en ambos sexos, son las mujeres las que presentan una prevalencia mayor, por lo que es posible adelantar que las políticas públicas destinadas a las personas mayores en los próximos decenios, habrán de poner especial énfasis en ellas y sus particulares problemáticas (Zapata, 2013).

Siguiendo en esta línea, es posible decir que existe un vacío a este respecto, pues falta en nuestras sociedades “modernas” definir un rol social asociado a los adultos mayores. En este sentido, la ausencia de éste lleva a este grupo a no saber en qué concentrar sus esfuerzos y a internalizar esta visión social de la vejez, pues acaban por percibirse del modo en que la sociedad los visualiza. De ahí que sientan su vejez como algo fatal, y tiendan a tomar una actitud de resignación y apatía frente a ella. Lo anterior limita aún más la posibilidad de este grupo de asumir un rol más activo para crearse las oportunidades que la sociedad no les ofrece. Esto sitúa a este grupo etario en serio riesgo de exclusión social, en la medida que no realizan actividades valoradas y/o reconocidas por la sociedad en la que viven (Barros, 2004).

De acuerdo con Zapata (2013) es posible detectar cuatro grandes cambios en el ámbito social que afectan negativamente a las condiciones de vida de las personas mayores:

1- Ausencia de rol social: La sociedad no cuenta con un conjunto de actividades específicas vinculadas con esta área de la vida, por lo que los adultos mayores se enfrentan a no saber qué hacer con su tiempo.

2- Desvalorización de la vejez: se le conecta con una serie de ideas y estereotipos negativos, tales como decadencia, deterioro, incapacidad, inutilidad social, entre otras. Esta imagen perjudica a las personas mayores, quienes al interiorizar estas ideas se perciben a sí mismos de acuerdo a la imagen social que existe de la vejez.

3- Respuesta social al deterioro biológico: la visión social negativa de la vejez se impone en variados ámbitos de lo social, instaurando un escaso acceso a servicios –tanto públicos como privados- adaptados a las necesidades específicas de los mayores.

4- La pérdida de ocupación: esto se coordina con la imposición de la jubilación, la incapacidad de trabajar y el monto de las jubilaciones en nuestro país. Los montos de las pensiones empobrecen a las personas mayores, y las hacen estar en permanente riesgo de exclusión social.

En síntesis, las condiciones sociales para el envejecimiento en nuestro país, todavía no logran asegurar un nivel mínimo de calidad de vida a los que envejecen, sin embargo, en los últimos años se ha ampliado la preocupación y acciones públicas hacia este fenómeno social en evolución. Todas estas situaciones provocan que estas personas sean más propensas a requerir el apoyo de otros para desenvolverse, pues es posible que se pierda autonomía, cayendo en la dependencia (Zapata, 2013).

Es trascendental estimar que la dependencia debe además cruzarse, con dos fenómenos sociales relevantes, primero el aumento del crecimiento de la esperanza de vida, lo que conlleva mayor cantidad de años y de posibilidad de dependencia, y los cambios producidos en la familia, institución que recibe la mayor demanda de cuidados. Paradójicamente, mientras más aumenta el número de adultos mayores que requieren cuidados, disminuye el número de familias dispuestas a entregar estos cuidados (Kornfeld y Orellana, 2004).

La familia sigue siendo, a pesar de los cambios sociales de las últimas décadas, la principal institución encargada de satisfacer las necesidades de mantención y cuidado de sus miembros. En este contexto, cuando el fenómeno se refiere a la población mayor, este cuidado se caracteriza por ser informal y por proceder principalmente de algún miembro femenino de la familia. El cuidado informal, es el que efectúan parientes, amigos o vecinos, formando una suerte de sistema de redes caracterizado por la afectividad, la recurrencia del cuidado y el compromiso de cierta permanencia o duración. La carga de trabajo para un cuidador de una persona mayor dependiente es significativa, sobre todo en los casos de adultos mayores que sufren algún tipo de demencia; y, en muchos casos, las escasas redes de apoyo formal a los cuidadores imposibilitan un adecuado afrontamiento a esta situación (Kornfeld y Orellana, 2004).

2.2 Los trastornos demenciantes.

La diferenciación entre retraso mental y demencia, se atribuye a Esquirol, psiquiatra francés del siglo XIX, basándose en el carácter adquirido del término demencia, y la introducción de estos estados dentro del ámbito de la Psiquiatría, los que a principios del siglo pasado van a ser definidos como un síndrome general que afectaba las facultades del entendimiento, recuerdo y comprensión. Esquirol (1838), propone un término francés para el trastorno: “démence”, el cual se propagó junto con las numerosas traducciones de su famosa obra, incorporándose a la terminología psiquiátrica. Luego, a lo largo del siglo, se produce un fenómeno donde cada vez más el concepto de demencia, se va acotando, dejando de considerarse como un estado terminal al que podían conducir todas las enfermedades mentales. A la vez, se va haciendo énfasis en su origen orgánico, en su carácter irreversible, y se van alejando del núcleo del concepto todos los síntomas ajenos al déficit intelectual. Concretamente se van a distinguir dos líneas conceptuales: la psicológica o sindrómica, referida al deterioro intelectual, y la médica o anatomoclínica, referida a la irreversibilidad producida por las lesiones anatomopatológicas.

En 1907, Alois Alzheimer neuropsiquiatra alemán, describió el primer caso de la enfermedad que lleva su nombre. Se trataba de una mujer de 51 años con deterioro cognitivo, alucinaciones, delirios y síntomas focales, cuyo estudio cerebral post-mortem reveló la existencia de atrofia cortical, placas, ovillos y cambios arterioescleróticos. Por otra parte, Arnold Pickda (1982) profesor de neuropsiquiatría en Praga, hace otra contribución al conocimiento de las demencias, quien comenzó a describir en una serie de casos de demencia con atrofia cerebral localizada en los lóbulos frontales.

A comienzos del siglo XX, en los años cincuenta y sesenta, se creía que la mayoría de las personas que desarrollaban un síndrome demencial después de los 65 años (la llamada “demencia senil”) sufrían en cierta medida alguna forma de insuficiencia cerebro vascular, la llamada “demencia arteriosclerótica”. En la misma época los trabajos de la escuela inglesa de Psiquiatría, dirigida por Martin Roth, psiquiatra inglés, realizaron una serie de minuciosos estudios epidemiológicos, clínicos, neuropatológicos y neurohistológicos en pacientes diagnosticados clínicamente de “demencia senil” que cambiaron la forma de entender el problema. Los resultados mostraron que el 70% de los pacientes presentaban como único hallazgo neuropatológico las placas seniles y ovillos neurofibrilares descritos por Alzheimer y, por otra parte, no había diferencia en el grado de arterioesclerosis cerebro vascular entre pacientes con demencia y ancianos sin deterioro

cognoscitivo. Solamente en el 15% de los pacientes pudo atribuirse este deterioro a la presencia de tejido cerebral infartado. Todos estos trabajos pusieron en evidencia la relevancia de la enfermedad de Alzheimer entre las causas de demencia entre los ancianos, considerándose de forma cada vez más unánime que las formas seniles y preseniles corresponden en realidad al mismo trastorno.

Los cambios demográficos, que han incrementado considerablemente el número de ancianos en los países occidentales y en todo el mundo, han provocado un aumento en el interés por este grupo de enfermedades.

2.2.1 Trastornos demenciantes en Chile.

Nuestro país experimenta una transición demográfica importante y una epidemiología acelerada, lo cual genera diversos desafíos los cuales se reflejan en la problemática de abordar nuevos temas que constituyen foco de interés para el diseño de políticas, programas sociales y socio - sanitarios

Los Trastornos demenciantes es uno de estos focos. La demencia engloba una serie de enfermedades crónicas que presentan síntomas similares: una baja en las funciones intelectuales habitualmente progresiva, exceptuando las demencias post TEC, a modo de ejemplo, asociado a cambios en la esfera de la personalidad, que afecta significativamente la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

En Chile, gracias a las mejoras sociales y sanitarias, junto al éxito de las políticas de salud pública, la expectativa de vida ha crecido considerablemente, con un promedio de 78 años para la población en general. Esto incide en que nuevas patologías pasan a ocupar el foco de interés, como son los trastornos demenciantes, ya que son responsables de afectar no solo a quien la padece sino a todo su entorno familiar, Estado y Sociedad. (Zapata, 2013)

2.3 Aspectos Clínicos y Epidemiológicos

De acuerdo con la clasificación DSM y CIE, una característica central de una demencia está dada por el desarrollo de una serie de déficits cognitivos que incluyen en primer lugar el deterioro de la memoria y uno o más de los siguientes síntomas: afasia, apraxia,

agnosia o alteración de la capacidad de ejecución. Se considera también la gravedad que debe ser significativa interfiriendo en las actividades laborales y sociales, además de representar un déficit en relación al nivel previo de actividad del sujeto.

En general es difícil precisar el momento de inicio del cuadro, sin embargo se aprecia un empeoramiento progresivo. En un comienzo se observan problemas con la memoria reciente y de corto plazo, pues se dificulta para recordar lo que ocurrió en el curso de los últimos días, horas o minutos. Cabe señalar que si los déficits cognitivos se presentan en un episodio de delirium exclusivamente, no es posible diagnosticar demencia.

La memoria, en su funcionamiento, resulta afectada en tres de sus dimensiones: la fijación de nuevos hechos, la conservación de los recuerdos y la rememoración de los mismos. Los siguientes trastornos son significativos: el olvido de lo vivido o aprendido unos momentos antes, amnesia de fijación y la pérdida progresiva de recuerdos, que abarcan desde la época reciente hasta la infancia, es decir, amnesia de conservación. Por lo anterior, los trastornos de la memoria, en la fase inicial de la demencia, suelen ocurrir en la memoria inmediata. Además tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido recientemente. Tiene mucha similitud con el olvido causado por la depresión o ansiedad, o por estar el individuo sometido a un elevado grado de estrés. Eventualmente pueden perder objetos indispensables para su funcionamiento en la vida diaria y a medida que la enfermedad se agudiza, el individuo llega a desorientarse en relación con el tiempo. Relevante es también la pérdida de capacidad para actividades que el paciente desempeñaba anteriormente sin inconvenientes, especialmente para aquellas que demandan un mayor esfuerzo desde lo cognitivo y la capacidad para registrar, retener, recordar y reconocer datos (Zapata, 2013).

Con respecto al deterioro del lenguaje podemos encontrar manifestaciones reflejadas en dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos. El lenguaje se vuelve limitado, vago y vacío, con largos rodeos para decir algo que en su esencia es muy simple de explicar y uso de términos de referencia indefinida como “cosa” y “ello”. El lenguaje va perdiendo su valor de comunicación. Eventualmente podrían aparecer síntomas del tipo disartria, hipotonía, omisiones gramaticales pudiendo llegar hasta el lenguaje telegráfico, y parafasias, sustitución de palabras o frases. Las alteraciones fonéticas suelen afectar más a las consonantes que a las vocales (Zapata, 2013).

La demencia en su fase avanzada se caracteriza por perder completamente la capacidad para hablar o puede presentar un patrón de lenguaje deteriorado caracterizado por perseveraciones verbales del tipo ecolalia, que tienden a constituir todo el discurso en el que se repite, de manera automática, lo que acaba de decir otra persona, repetición involuntaria y monótona de la misma palabra, sonido o de la misma frase (Zapata, 2013).

A pesar de que la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas, se puede observar en la demencia deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras. Posteriormente aparecen dificultades de imitación de gestos y por último, las alteraciones de las praxias ideatorias, lo que resulta imposible para los demenciantes, es decir, reproducir gestos adecuados a la acción que se quiere emprender. Puede afectar a tareas cotidianas como cocinar, vestir y dibujar. También se ha observado que suelen alterarse las praxias del vestirse y desnudarse, en primer lugar las praxias de vestirse y después las de desnudarse. La agnosia es otro trastorno cognitivo posible de observar y el de más alto impacto afectivo para la familia, pues el demenciente olvida todo lo que antes le resultaba familiar pues son frecuentes los falsos reconocimientos o errores de identificación (Zapata, 2013).

Las alteraciones de la función ejecutiva, pueden estar relacionadas con trastornos del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. La actividad de ejecución engloba la capacidad para el pensamiento abstracto y la planificación y desarrollo de un comportamiento complejo. En la mayoría de los casos la persona deja de poder pensar en las opciones disponibles cuando toma decisiones. El juicio de realidad puede verse alterado. Otro rasgo característico de esta disfunción ejecutiva es la disminución de la capacidad para cambiar de esquemas mentales establecidos así como generar información verbal o no verbal para ejecutar actividades motoras consecutivas. Afecta por ejemplo en la capacidad para el trabajo, planificación de actividades y presupuestos, entre otros.

El grado de deterioro y la naturaleza varían. En ocasiones puede estar relacionada con las condiciones familiares y socioeconómicas. La mayoría de los estudios destacan que no todos los individuos se deterioran de la misma forma. En concreto, un mismo nivel de deterioro cognitivo pueden afectar significativamente la capacidad para el desarrollo de un trabajo complejo, pero no para un trabajo menos exigente. Existen individuos que son capaces de realizar tareas básicas como vestirse e ir al servicio sanitario, incluso con deterioros extremos de la memoria y el razonamiento. Otros pacientes, cuyo nivel de

funcionamiento del pensamiento es elevado, pueden necesitar cuidados de enfermería para estas actividades básicas de la vida diaria.

2.3.1 Roles y conceptualización de los Cuidadores.

Tenemos dos tipos de cuidadores en adultos mayores, el cuidador informal y el cuidador formal, el primero, usualmente son miembros de la familia que se dedican a esto, postergando muchas veces sus propias necesidades debido a la sobrecarga física y emocional que esto representa. Y el segundo, son las personas profesionales, que se convierten en la alternativa más rápida, coordinada y eficaz para el cuidado de las personas dependientes.

El cuidador formal recibe una capacitación desde el modelo biopsicosocial de la vejez y del envejecimiento en interacción con su entorno, que apunta a generar estrategias de autovaloración y autocuidado, desarrolla habilidades a través de las tareas diarias, toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan.

Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento, apoyo y sustitución (en el caso que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana.

Dar asistencia al adulto mayor, proveer apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida, de aquellas personas que reciben el cuidado.

2.3.2 Rol del cuidador domiciliario.

Se define como rol al modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones sociales y que está ligado a expectativas propias y de los otros.

Podemos indicar entonces que el rol es el papel que se representa, es la conducta esperada en el seno de un grupo, una sociedad, interactuando con el conjunto de conductas adjudicadas y asumidas por el sujeto, es decir las que se esperan y las que se demuestran.

El rol del cuidador formal, así como otros roles, requiere una construcción y para llevarlo a cabo se necesita la presencia de otro que demande sus servicios.

En esta construcción e interrelación entre cuidadores y personas cuidadas, necesariamente deben aparecer el ajuste recíproco de comportamientos, y la asociación para que se produzca la concreción del rol.

Podemos decir que el rol de cuidador es un rol nuevo y su aparición se relaciona con el envejecimiento poblacional y la necesidad de generar estrategias de atención al adulto mayor evitando, o retrasando, su institucionalización residencial. Su eficacia requiere una importante motivación vocacional y actitudinal, como también una base concreta de conocimientos.

El cuidador formal, en su construcción de rol, recibe la demanda de sus servicios por parte de una persona, el adulto mayor, y realiza prestaciones de apoyo al desarrollo de las actividades del quehacer cotidiano del mismo, manteniéndolo en su hogar el tiempo que se estime conveniente, inserto en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.

El perfil técnico de un cuidador profesional podemos enmarcarlo en el conjunto de aptitudes, conocimientos y experiencia laboral de una persona, debe poseer cualidades y conocimientos incorporados, con el objetivo de proveer en forma óptima y adecuada los servicios de cuidados. La regulación del perfil técnico del cuidador formal debe estar acorde con las necesidades del receptor del cuidado, sus funciones y tareas deben estar en concordancia con el tipo de cuidado demandadas.

Por lo anterior mencionado se deben tener en cuenta y solicitar información acerca de su edad, nivel de educación y su experiencia en la materia. De igual manera considerar las características de personalidad ya que determinan la destreza o aptitud de quien se forma como cuidador. Además se debe considerar el nivel de capacitación y de incorporación de saberes y conceptos, requisito fundamental para la formación y calificación en el área.

Los requisitos mencionados deben concentrarse en cuatro variables, personal, socio-económica, psicológica y formativa.

La variable personal corresponde a los indicadores de edad, sexo, y salud. La edad se considera un indicador de relevancia al momento de determinar el perfil técnico del cuidador formal, el rango etáreo que se sugiere y se considera adecuada es la de 25 a 50 años, requisito considerado como a nivel madurativo óptimo del cuidador.

Se considera que las personas de poca edad podrían eventualmente tener dificultades al momento de la toma de decisiones o en circunstancias en las que se ponen en juego relaciones intrafamiliares. Por otra parte aquellos que tuvieren una edad cercana a los adultos mayores que cuidan, puede que desarrollen un alto grado de involucramiento emocional, por cuanto a empatía se refiere, que no les permitirá mantener la distancia óptima y obstaculizaría el desarrollo de la tarea.

Al momento de evaluar el perfil técnico de quien recibirá la capacitación, el sexo no es un indicador determinante, no es excluyente y no existe distinción alguna. Mujeres y hombres tienen las mismas capacidades y condiciones de prestar servicios de cuidados profesionales aunque ésta este considerada socialmente como una tarea asociada a la competencia femenina. Sin embargo la salud del cuidador profesional es un indicador esencial porque permite determinar la condición necesaria y pertinente que debe tener para el desarrollo de su servicio. Un buen estado de salud del cuidador formal comprenderá la evaluación de los aspectos tanto psíquicos como físicos.

Las variables económicas en relación al cuidador formal cumplen un rol importante, pro no excluyente, ya que éstos ponen en juego una diversidad de aspectos relacionados con la remuneración o pago que van a percibir por la tarea como cuidador, influyendo subjetivamente en el desempeño de su rol y funciones específicas. Esta variable económica podría incidir en la motivación del cuidador con respecto a su formación ético profesional, si dicha motivación está vinculada a la posibilidad de generar ingresos económicos o a una motivación vocacional, o bien inciden ambas.

La variable psicológica denota una condición clave en la constitución del perfil técnico del cuidador profesional, debido a que influye sustancialmente en la construcción de vínculos con la persona que recibe el cuidado, su entorno y grupo familiar y sus redes

sociales de apoyo. Esta variable abarca los siguientes factores: cualidades personales y cualidades actitudinales.

Las cualidades personales representan al cuidador formal en el desempeño de su tarea y se relacionan con las características de personalidad. Algunas de ellas son la responsabilidad, el compromiso, la autoestima, la autovaloración, la integridad ética y moral.

Las cualidades actitudinales son aquellas capacidades cognitivo-afectivas que respaldarían una adecuada atención al destinatario del servicio de cuidados. Se refiere al conjunto de valores, creencias, conocimientos y expectativas propias de cada sujeto. Representan la posición valórica moral de una persona, la significancia que tiene de lo verdadero-falso, bueno-malo.

El análisis de la variable formativa debe considerar indicadores relativos a la instrucción y a la experiencia. En el desarrollo de la formación, las capacidades básicas como la educación formal, la educación no formal y la experiencia ocupan un lugar destacado. En la educación formal se valora el nivel primario completo como adecuado, teniendo en cuenta que es necesario que quien va a recibir la capacitación específica de cuidador formal cuente con herramientas y recursos personales tales como lectura fluida, comprensión de textos, redacción coherente y otros. En cambio la educación no formal, concentra el perfil recorrido de personas que están fuera del sistema educativo formal. Al momento de evaluar este indicador sugiere considerar a aquellas personas con deseos de capacitarse, que muestren motivación e interés en relación a la temática y la iniciativa para la formación.

La experiencia de cuidadores formales que en su formación integran conocimientos y saberes en relación con la vejez y el proceso de envejecimiento, potencia aspectos en cuanto a la relación cuidador formal-persona cuidada, destacando la flexibilidad en el trato personal, la adaptación al desempeño de sus funciones, el acompañamiento con una actitud de comprensión y escucha, respetando la autonomía y potenciando la autoestima del paciente y, por último una óptima capacidad y madurez para superar situaciones de pérdida o duelos.

En síntesis el perfil técnico y laboral del cuidador formal implica competencias, formación profesional, responsabilidad, compromiso, disposición para trabajar en equipo, aceptación de indicaciones emitidas por otros profesionales que están interviniendo con el paciente, ser criterioso en sus aportes, confidencialidad y ética.

2.3.3 El cuidador del adulto mayor.

Es posible distinguir entre dos clases de cuidadores de adultos mayores: el informal y formal. Ahora bien, el cuidador informal es usualmente un miembro de la familia, quien muchas veces posterga sus propias necesidades, debido a la sobrecarga física y emocional que esto representa. Por su parte, el cuidador forma es un profesional, que se convierte en la alternativa más rápida, coordinada y eficaz para el cuidado de las personas dependientes (Clides, 2011).

De acuerdo con un estudio realizado en España en el año 2007, se puede realizar una caracterización del perfil del cuidador de adultos mayores, destacando que en su mayoría son mujeres de edad media, con estudios primarios y empleadas de hogar, que generalmente conjugan el cuidado de la dependencia con otras tareas familiares. El perfil de las personas que reciben los cuidados se corresponde generalmente con mujeres con una edad media de 80 años, que con frecuencia sufren alguna enfermedad o trastorno (Crespo & López, 2007).

Otros factores que se evaluaron en este estudio fueron las motivaciones por las que una persona se llega a convertir en cuidador, las actitudes desarrolladas frente a esto y cómo puede asociarse con el cambio social en la sociedad tras la incorporación de la mujer en el mundo laboral. Cabe destacar que la mayor parte de las personas mayores dependientes no se encuentran institucionalizadas, recibiendo en su mayor parte cuidados de carácter informal. De este modo, el cuidador se constituye como un valioso recurso socio-sanitario para tanto para estas personas como para la sociedad en general (Crespo & López, 2007).

Ahora bien, cuidar a una persona dependiente implica gastos tanto personales como emocionales, que sobrepasan con frecuencia a las personas encargadas, produciendo en la mayoría de los casos un estrés continuado. Esta situación ha sido abordada desde distintos modelos teóricos con la finalidad de poder explicar este estrés que aparece tanto en los cuidadores informales y formales. En ese sentido, estos costes

abarcan tres dimensiones: la social, física y emocional. Analizados los costes negativos, también se detallan los posibles efectos positivos, entre los que se destacan el sentimiento de reciprocidad y el aumento de la autoestima por parte de quien brinda el cuidado. (Crespo & López, 2007).

En el mencionado estudio, los autores Crespo y López (2007) realizan un recorrido para explicar los distintos programas existentes destinados a cuidar al cuidador de personas dependientes. Estos programas son de cuatro tipos: apoyo formal en centros de día, estadias esporádicas en residencias y servicios de ayuda a domicilio. Todos estos, son programas educativos cuyo principal objetivo es que el cuidador se forme, se generan también grupos de ayuda mutua que intentan facilitar a los cuidadores el reconocimiento de otras personas que tienen problemas similares, proporcionando intercambio de ideas y estrategias para enfrentar el día a día. Finalmente y no menos importante, cabe destacar las intervenciones psicoterapéuticas que se le realizan al cuidador por parte de un profesional del área de la salud mental. En cuanto a la psicoterapia, se trabaja con tres fases interdependientes: evaluación, intervención y post-evaluación. Entre los objetivos generales de dichas intervenciones destacan, por un lado, mejorar la calidad de vida de los cuidadores, y por el otro, proporcionar estrategias eficaces para el manejo del estrés al que se ven sometidos. Este es un programa breve, de orientación principalmente cognitivo-conductual, que consta de ocho sesiones, una vez a la semana, de una hora de duración aproximadamente cada una. Se incluyen en este programa también tareas para casa, consiguiendo la generalización de las estrategias para el manejar el estrés en la vida cotidiana, contribuyendo una considerable mejoría emocional del cuidador.

Cabe mencionar además que, por su parte, el cuidador formal recibe una capacitación con un enfoque interdisciplinario, que se orienta desde el modelo biopsicosocial de la vejez y del envejecimiento, considerando siempre la interacción con su entorno. Esta formación apunta a que el cuidador logre generar estrategias de autovaloración y autocuidado, desarrollar habilidades a través de las tareas diarias, ser resolutivo en la toma de decisiones, junto con lograr prevenir situaciones de riesgo y realizar una derivación profesional ante circunstancias que lo excedan. Además cabe destacar que apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento y apoyo (en el caso de que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana. (Clides, 2011).

Finalmente, cabe mencionar que dar asistencia al adulto mayor, proveer apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria de éste, en el cuidado de su salud, en la rehabilitación posible de acuerdo con cada caso y situación particular, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida de aquellas personas que reciben el cuidado. (Clides, 2011).

Capítulo III: Metodología

3.1 Tipo y diseño de Investigación.

La Metodología de esta investigación es de carácter cuantitativo, porque se medirá y cuantificará la variable Burnout. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar como se relacionan estas. Por lo mismo este estudio es de tipo descriptivo tipo, pues buscamos solo describir un fenómeno. De carácter no experimental, pues no vamos a manipular variable. De corte transeccional o transversal, pues se recolectan datos en un solo momento

3.2 Definición conceptual y operacional de variables.

La variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. Las variables adquieren valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o una teoría. Una definición conceptual trata la variable con otros términos, como la dificultad de vocación que aumenta con el tiempo, cuando describen la esencia o las características de una variable, objeto o fenómeno, se le denomina definiciones reales. Estas últimas son las que constituyen la adecuación de la definición conceptual a los requerimientos prácticos de la investigación,

Se entiende como una definición operacional aquello que constituye el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en

mayor o menor grado (Reynolds, 1986, p52). En otras palabras especifica que actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable. Una definición operacional nos dice que para recoger datos respecto de una variable, hay que hacer esto y esto otro, además articula los procesos o acciones de un concepto que son necesarios para identificar ejemplos, lo cual demuestra la tendencia de los sujetos según la categorización de los puntajes de Maslach. Burnout Inventory (MBI) lo cual demuestra la tendencia de los sujetos según la categorización de los puntajes de Maslach. (Reynolds, 1986).

Sus dimensiones del Maslach Burnout Inventory:

Se expondrán en el siguiente apartado las dimensiones y sus correspondientes criterios de diagnóstico, utilizados por el MBI. Se definirán conceptualmente y operacionalmente

Despersonalización: en esta dimensión la persona muestra una falta total de interés hacia todo lo que le rodea, así como pérdida en la capacidad de empatizar con los compañeros, familiares y demás personas de su entorno. Por eso presentan sentimiento de culpa y a la vez cuando tienen que interactuar con más personas utilizan el cinismo como escudo. A todo ello se suma un comportamiento hostil hacia los demás pero, por otro lado, de retraimiento llegando a la depresión.

Definición Operacional: Puntaje obtenido de la medición a través del MBI en las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22, cuya puntuación es directamente proporcional con la intensidad del Burnout. El corte en esta dimensión serán los siguientes criterios: puntuaciones superiores a 10 indicarían un nivel alto, de 6 a 9 niveles medios y puntuaciones menores de 6, corresponderían a baja prevalencia de Burnout

Agotamiento emocional: esta dimensión tiene que ver con la energía de la persona (ésta es de muy bajo nivel). También tiene que ver con la poca capacidad de la persona para recargar los recursos emocionales que tiene, asimismo la persona percibe una sensación tensa y constante de impotencia y frustración por lo que sigue gastando más, si cabe, los recursos dichos anteriormente. Las tareas que tiene que ejecutar han perdido todo su atractivo, no hay nada que a la persona la impulse a ejecutarlas. Todo movimiento es tedioso y lo acepta con disgusto. Para que se dé este síndrome es necesario que den

positivo en las tres dimensiones. Aunque se diera en una o dos dimensiones es posible que la persona tuviera tendencia a tener ese síndrome pero no Burnout.

Definición Operacional: Puntaje obtenido en la medición a través del MBI en las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, cuya puntuación es directamente proporcional intensidad. El punto corte para el “Agotamiento Emocional” serían según los siguientes criterios: puntuaciones de 27 o superiores serían indicadores de un alto nivel de Burnout, entre 19 y 26 serían niveles medios, e inferiores a 19 indicarían bajos niveles de Burnout.

Realización personal: la persona experimenta como su competencia personal va disminuyendo, tras esta reducción la persona puede pensar en la posibilidad de un posible cambio laboral bien dentro de la empresa en la que está bien incluso el cambio en el sector en el que se presenta. Además la persona percibe que no progresa y se queda estancada tanto a nivel profesional como a nivel de productividad. También tiene una evaluación de sí mismo y de lo que hace muy negativa, por lo que con el tiempo tiene baja autoestima, descontento con su vida en general y se siente más infeliz.

Definición operacional: Puntaje obtenido en la medición a través del MBI en las preguntas 4, 7,9,12,17,18,19 y 21, cuya puntuación es inversamente proporcional al grado de afección. En cambio para la sub escala de realización personal, la cual se mide en sentido contrario, el punto de corte estaría definido por los siguientes criterios: Puntuaciones de 0 a 30 indicarían una baja realización personal, mientras que de 34 a 39 serían nivel medio y superiores a 40 indicarían una alta realización personal.

3.3 Procedimiento de muestreo.

La presente muestra corresponde a cuidadores formales profesionales de adultos mayores, que trabajan actualmente en la Clínica Psiquiátrica San José, de la comuna de Las Condes en la Región Metropolitana, en el hospital Salvador de Santiago, y el centro de salud para el adulto mayor Rosa Ermida ubicada en la ciudad de Concepción. . La muestra es por restricción no probabilística/ voluntariado. Una muestra no probabilística consiste en que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino mas

bien con causas asociadas a las características de la investigación o de quien realiza la muestra, el procedimiento no es mecánico y con base en formulas de probabilidad, sino que depende de las decisiones del investigador y por ende las muestras seleccionadas se someten a otros criterios de investigación.

3.4 Criterios de rigor científico.

Confiabilidad: grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Validez: grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. La escala de Burnout tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

3.5 Técnicas de recolección de datos.

Se mide el Burnout por medio del Inventario de Maslach que data 1986 y es utilizado en todo el mundo.

Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

El cuestionario de se responde aprox en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

Con respecto a la interpretación de las puntuaciones, éstas se consideran bajas por debajo de 34 puntos. Altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

Instrumento: Inventario de Burnout de Maslach que cuenta con 22 ítems y una escala tipo Likert donde 1 es nunca y 5 es diariamente.

1 (nunca)

2 (algunas veces al año)

3 (algunas veces al mes)

4 (algunas veces a la semana)

5 (diariamente)

3.6 Técnicas de análisis de datos.

Estadísticos descriptivos.

Medidas de tendencia central, estadísticas de posición, estadísticas de dispersión, tablas de frecuencia, gráficos y pruebas de contraste estadísticos, realizados por el software SPSS versión 15 y Excel versión 2007.

3.7 Consideraciones Éticas

Las personas que van a responder el cuestionario lo harán de manera 100% voluntarias, sin ser inducidas u orientadas en sus respuestas. Se les debe informar claramente el objeto de dicha encuesta. Los participantes lo harán de manera totalmente anónima, de tal forma que sientan plenamente libertad de ser honestos en sus respuestas con la seguridad que se están protegiendo sus derechos como persona, sin ser expuestos y juzgados. Según exigencias del código de ética del psicólogo (art. 4, 5, 11 destacando de este último, punto 1 y 4)

3.8 Procedimiento.

En primer lugar se tomó contacto con las Sra. Ynde Sepúlveda Chávez, técnico paramédico de la Clínica San José de la comuna de las Condes en Santiago, quien facilitó la comunicación con la dirección del establecimiento, autorizando aplicar el instrumento (MBI), sin carta formal, solamente se solicitaron identificaciones de las alumnas de la Universidad Miguel de Cervantes, María Elena Flores Martínez y Elisa Martínez Silva. Así mismo se contactó a la estudiante de enfermería del Hospital Salvador en Santiago, Alejandra Moscoso, quien de igual forma facilita la aplicación de dicho instrumento en su equipo de trabajo. En el caso del centro de salud de adultos mayores Rosa Hermida, el contacto se realizó a través de correo electrónico, canalizando

el procedimiento y envío de tests con una estudiante en práctica de kinesiología Srta. Javiera Álvarez.

La aplicación del instrumento en las tres instituciones se realizó entre los primeros días del mes de Mayo y finales de Junio del 2017, a 47 profesionales de atención al adulto mayor demenciantes. De los cuales 28 corresponden a la Clínica San José de las Condes, 14 al hospital Salvador en Santiago y 5 al centro Rosa Hermida de Concepción.

Una vez obtenida la muestra se tabula en el programa SPSS para su posterior puntuación e interpretación.

Capítulo IV: Resultados y Conclusión.

4.1 Resultados

Del 100% de la muestra un 23% presenta Burnout, lo cual se desglosa en que un 25% de personas presentan agotamiento emocional, un 63.8% que presentan un alto nivel de despersonalización y 68.1% presentan una baja realización personal.

En relación a los años de experiencia no existen diferencias significativas como tampoco se encontró diferencias en las variables rango etario y género. Sin embargo, existe una diferencia matemática en las mujeres que presentaron mayores niveles de agotamiento emocional de un 23.3%, y en los hombres arrojó un 20.7%. Sin embargo dicha diferencia no es significativa (0.22%). En cuanto a la variable despersonalización los resultados son muy parejos, un 12.28% para mujeres y un 12.45% para hombres.

En función de los centros se observan diferencias significativas en los niveles de agotamiento emocional entre la Clínica San José y el centro de salud Isaura Hermida arrojando una diferencia de un 9.4%. En relación a los resultados de despersonalización entre la Clínica San José y el centro de salud Isaura Hermida el estudio arroja una diferencia significativa de un 6.1%. Cabe destacar la existencia de una significancia en relación a la dimensión realización personal en el centro de salud Isaura Hermida, el resultado estadístico arroja un -9.492 en comparación con la clínica San José cuya puntuación es de un -2.003%, mientras que el hospital Salvador arroja una puntuación de un 9.492%.

Presentación de los resultados

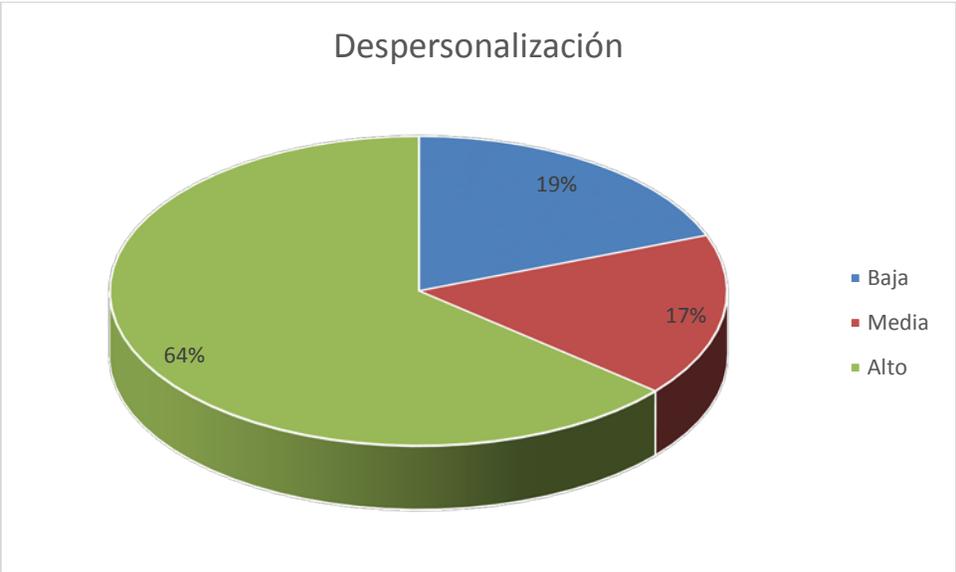
Es posible interpretar los resultados de presencia de Burnout sobre la muestra total de 47 personas aludiendo que un 25% de los profesionales presentan el síndrome. Resultado que podría considerarse significativo.

Grafico N°1



En cuanto a la dimensión “despersonalización” se observa una marcada significancia en relación a las otras dimensiones, cuya puntuación es de un 64% del total de la muestra.

Grafico N° 2.



La estadística indica una baja realización personal, con una puntuación significativa de un 4% en el total de la muestra.

Gráfico N°3



4.2 Conclusión.

El trabajo que guió la presente investigación tenía como objetivo conocer cuáles eran los principales factores pertenecientes al fenómeno de Burnout en profesionales de la salud que tienen a su cuidado específicamente adultos mayores demenciales y cuantificar el impacto del Burnout en estos profesionales de la salud. Los datos sociográficos arrojan un creciente aumento en la población adulto mayor, lo que deriva en un aumento en la atención tanto en salud mental, como en cuidados especiales a este sector de la población, por esta razón y agregando los escasos estudios en nuestro país sobre la problemática en cuestión, es que nos interesó desarrollar la presente tesina en este fenómeno. Los datos estadísticos referentes a incremento en la población adulto mayor nos los proporciona el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), afirmando que nuestro país se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento poblacional, donde se muestra un crecimiento importante en la última década de un 3,6% en la población adulto mayor chilena. Se consideró en este resultado estadístico el censo del 2002 y el censo del 2012.

Según los estudios en trastornos de Alzheimer, las personas que en primer lugar se hacen cargo del adulto mayor afectado con esta problemática son los familiares cercanos, principalmente mujeres. Este familiar muchas veces debe dejar de trabajar o detener su rutina diaria para poder avocarse al cuidado de su familiar, dejando en evidencia una sobrecarga física y emocional. Como el fenómeno ha ido en aumento y por lo desgastante que suele ser el cuidado del mismo, muchas familias se ven en la necesidad y obligación de delegar este cuidado a un cuidador profesional.

El cuidador formal se transforma entonces en la solución para estas familias, recurso rápido y eficaz para atender a los adultos mayores con demencia o Alzheimer. El cuidador formal pasa a ser parte entonces del cuidado de este adulto mayor, y es aquí donde los estudios abordados y el nuestro en particular, arrojan resultados que nos indican que después de cierto tiempo prolongado en esta función pueden darse dolencias y trastornos en el ámbito social laboral como es el síndrome de Burnout.

Este síndrome es provocado por la exposición prolongada a estrés físico, psicológico y social en el lugar de trabajo, cuyos síntomas son principalmente despersonalización agotamiento físico y emocional, como también sentimiento de

ineficacia, fatiga crónica y baja realización personal. Síndrome que se presenta principalmente en profesionales de la salud cuya función es el cuidado de otro.

El objetivo de nuestro trabajo fue investigar la presencia del Burnout en personas que formalmente se dedican al cuidado del adulto mayor con trastorno demenciante. Con la finalidad de provocar una toma de conciencia de esta problemática, conocer cuán presente está en nuestros profesionales de la salud, reflexionar sobre el tipo de orientación y herramientas desde la psicología que podríamos brindarles, como también reflexionar en torno al síndrome de Burnout, cómo surge, sus consecuencias, y los conflictos que eventualmente pudiera experimentar el cuidador formal. Evaluar la presencia de Burnout en cuidadores formales de adultos demenciados es un gran aporte para la Psicología pues hay una escasa literatura en nuestro país acerca de estudios relacionados al síndrome de Burnout dirigidos a este sector poblacional de cuidadores formales, siendo en su mayoría estudios extranjeros aquellos con los cuales nos hemos encontrado, por lo tanto quisimos acercarnos y actualizar la información estadísticamente de la presencia de Burnout en este sector de la población de profesionales de la salud en Chile, buscamos identificar los índices de la baja realización personal, que conlleva a una desmotivación por dar bienestar a otro y a la falta de empatía con los pacientes. Así mismo determinar el nivel de agotamiento pues los estudios demuestran que cuando el síndrome de Burnout se presenta y ya está instalado en el sujeto lo imposibilita para atender idóneamente al paciente pudiendo perjudicarlo en vez de ayudarlo, ya que no está en condiciones ni físicas ni psicológicas para un buen y efectivo desempeño en sus labores de cuidado, pudiendo contaminar la calidad de la atención y la relación cuidador-paciente.

Ya que suele considerarse al estrés como precursor del Burnout consideramos importante entregar un detallado análisis de la relación estrés/ enfermedad para distinguir las diferencias sintomáticas con el síndrome de Burnout.

Dentro de los factores desencadenantes del síndrome de Burnout existe coincidencia en los diferentes estudios cuyos resultados dan importancia a: la edad del cuidador formal, sexo, personalidad, nivel organizacional considerando el tipo de ambiente físico del trabajo y relaciones interpersonales negativas con compañeros, supervisores, subordinados y pacientes; detectándose una mayor vulnerabilidad en población joven, en la variable sexo hay mayor presencia en mujeres, en el tipo de personalidad que dispondrían al sujeto a sufrir Burnout, tales como el neuroticismo y

presentar una conducta tipo A, sumándose la sensación de falta de autoeficacia y baja autoestima. En cuanto al nivel organizacional las condiciones y las políticas públicas en salud chilena han mejorado en las últimas décadas, pero aún es insuficiente. Principalmente se debería avanzar más desde la Psicología de la Salud, disciplina que aborda variadas enfermedades desde un enfoque biopsicosocial. Según estudios del Doctor en Psicología, Luis Oblitas es necesaria una comprensión de la salud como algo complejo, holístico e integral. Un modelo alternativo al biomédico, que considere los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos, como determinante de la enfermedad y su tratamiento. (Oblitas, 2007). La psicología de la salud tiene como objetivo, promocionar la salud, entendiendo por salud no solo la ausencia de enfermedad física sino también un estilo de vida y conductas saludables, conociendo aquellos aspectos que socavan o mejoran la salud de los individuos.

Cabe destacar, dada la complejidad que implica el cuidado de un adulto mayor en relación al envejecimiento y declinación fisiológica y un posible aumento en ciertas patologías como el deterioro de la memoria, funciones intelectuales, ejecutivas y motoras, el cuidador formal puede sufrir situaciones sistemáticas estresantes que provocarán una sobrecarga y dolencias de tipo psicosocial como el síndrome de Burnout. Lo que conlleva a una baja realización personal, despersonalización y agotamiento emocional. Aquí es necesario enfatizar las consecuencias graves que provoca el hecho de que un cuidador formal atienda en estas condiciones a los pacientes, ya que eventualmente puede caer en el abuso, maltrato, afectando la calidad de vida, dignidad y participación social del adulto mayor demenciado.

El presente estudio corresponde a una muestra de cuidadores formales profesionales de adultos mayores, que trabajan actualmente en la Clínica Psiquiátrica San José, de la comuna de Las Condes en la Región Metropolitana, el Hospital Salvador de Santiago y el centro de salud para adulto mayor Isaura Hermida en Concepción. En la muestra global participaron 47 cuidadores formales y se les aplicó el inventario Maslach Burnout Inventory (MBI).

A raíz de la estadística obtenida se observa, en el total de la muestra trabajada, la presencia de Burnout significativamente en un 23.3% de las personas.

Podemos observar que a diferencia de los estudios recopilados en nuestro marco teórico, el diagnóstico del estudio realizado no muestra diferencias significativas según género ni tampoco según rango etáreo.

En la variable género no se reflejan diferencias significativas, sólo matemáticamente se refleja una diferencia, ya que en mujeres presenta un agotamiento emocional de un 23.3 % y en los hombres se observa un agotamiento emocional de un 20.7%. En despersonalización los resultados son muy parejos no encontrándose diferencias significativas.

Sin embargo, la estadística sí muestra una diferencia significativa entre las puntuaciones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal entre los tres centros investigados, resultado que invita a futuros estudios a indagar y conocer las variables de condiciones de trabajo, carga laboral, entorno familiar y social en los cuales está inserto el cuidador formal.

Esperamos nuestro estudio sea un aporte para la psicología porque es una disciplina cuya finalidad está enfocada en proporcionar bienestar en salud mental a otro que sufre. Por lo tanto, es necesario conocer la prevalencia de Burnout en cuidadores formales a cargo del cuidado de adultos mayores demenciantes, para crear conciencia de la importancia que es contar con cuidadores sanos y funcionales, que se encuentren en óptimas condiciones en las tres dimensiones que abarcan, lo social, lo físico y lo emocional, desarrollando y generando estrategias de autocuidado y autovaloración, de esta manera estén capacitados para proporcionar verdaderas herramientas para mejorar la calidad de vida de este sector de la población favoreciendo la autonomía del adulto mayor a través de su apoyo y acompañamiento. Por lo anterior expuesto podría ayudar a que el adulto mayor demenciante disminuya su sensación de exclusión social.

Pretendemos además a través de este estudio generar la inquietud en nuestros colegas motivándolos a realizar más investigación en nuestro país, en relación a este fenómeno, ya que una de las principales limitaciones con las que nos encontramos al momento de buscar material de apoyo investigativo fue la escasez de estudios chilenos que estuvieran enfocados específicamente en el cuidador formal de adultos mayores demenciantes.

Se sugiere como aporte para mejorar desde la psicología la presencia del síndrome del Burnout, desgaste que tanto afecta la calidad de vida de los cuidadores formales, en primer lugar incentivar la investigación en materia de Burnout en Chile, dado que una de las principales limitaciones en información con la que el presente estudio se enfrentó fue la escasa publicación nacional al respecto. Por otra parte focalizar y fomentar la investigación en instrumentos complementarios tanto cuantitativa como cualitativamente. Facilitar los canales para acceder a una muestra mayor y generar, a través del Estado, políticas públicas, que cubran la necesidad de mayor investigación como también facilitar los canales de acceso a instituciones de la Salud pública y privada sin mayor protocolo que un documento que certifique que el investigador es alumno en práctica o profesional de la salud mental en Chile. Promover y desarrollar talleres de capacitación a profesionales y cuidadores cuyo rol principal es el cuidado y bienestar de un otro. Se considera como factor relevante la permanente supervisión y detección de este síndrome en los cuidadores sometiéndolos cuestionarios y a chequeos periódicos, sugiriendo que el diagnóstico positivo de este trastorno sea una razón ética a considerar para movilizar una derivación a tratamiento psicológico, esto asumido como protocolo institucional bajo la responsabilidad del Estado.

La psicología nos entrega bases científicas, diferentes técnicas en psicoterapia individual y grupal, que han alcanzado con éxito la superación de este trastorno. Estas técnicas pueden ser desde un sustraerse de variados enfoques psicológicos, tales como el humanismo, la Gestalt, psicoanálisis, cognitivo conductual, psicología positiva, a través de talleres grupales, para entrenamiento de habilidades para afrontar la ansiedad, desarrollo de resiliencia y comprensión del síndrome de Burnout. Dichas técnicas, con base científica, son eficaces para el tratamiento de los diversos síntomas y trastornos propios del Burnout, como la ansiedad, depresión, despersonalización, agotamiento emocional, baja realización personal, entre otros. Aumenta la actividad de aquellas zonas del cerebro encargadas de las emociones positivas. Su práctica regular podría desarrollar herramientas y permitir a los usuarios contar con recursos individuales para afrontar el síndrome de Burnout.

En segundo lugar, se debe tener presente la parte física del problema. El estrés y el Burnout tienden a provocar tensión muscular en determinadas zonas del cuerpo, como los hombros o el cuello, lo que a medio y largo plazo puede suponer la aparición de contracturas musculares, hernias discales y otro tipo de lesiones, agravando el estado de salud del cuidador. Por esta razón es importante realizar determinados talleres de ejercicios antiestrés como parte de la rutina diaria.

En tercer lugar, no se puede dejar de lado los enormes beneficios que la ayuda de un profesional sano puede ofrecer, que el cuidador esté en óptimas condiciones para entregar los cuidados necesarios, como la calidez, la amabilidad, empatía, contención, incondicionalidad y entrega, y que de esta forma el paciente perciba esta entrega como un medio fidedigno y útil para alcanzar su autonomía y progreso.

Finalmente promover en los cuidadores un estilo de vida saludable, evitando el tabaco y el alcohol y dormir las horas suficientes sugerencias que pueden ayudar a combatir el estrés y el Síndrome de Burnout.

Referencias

- Albala, C et al (2000) Manual de Geriátría y Gerontología. Universidad Católica de Chile.
- Arias, R y Pérez C (2016). “Resiliencias y estrategias de afrontamiento en cuidadoras informales de adultos mayores con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor, pertenecientes a la región metropolitana”. Tesis de grado. U Central, Chile.
- Crespo, M Y López, J (2007-2008) Cuidadoras y cuidadores: “*El efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*”. Boletín sobre el envejecimiento N 35. España.
- De los Reyes Aragón, C J (2009) Redalyc.org. “*Prevención e intervención del síndrome de Burnout en daño cerebral*”. Psicología desde el Caribe N24. Colombia Extraído de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21312270001>
- Dulcey-Ruiz, E (2013) Envejecimiento y Vejez. Colombia.
- Espín Andrade, A. M (2008). Revista cubana de salud pública. “*Caracterización de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*”.
- Estrés Laboral.Info. “*Síndrome de Burnout*”. Extraído de: <http://www.estreslaboral.info/sindrome-de-burnout.htm>
- Fernández B (2015) El cuidado del adulto mayor: “*papel del sistema de cuidados formal e informal*”. Diplomado en prevención y abordaje del maltrato hacia las personas mayores. U Católica de Chile.
- Garcés, J et al (2006) La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: “*Análisis y propuesta de intervención psicosocial*”. Polibienestar Valencia
- Gonzalez F Graz A Pitiot D, Podestá J. (2014). Revista del hospital JM Ramos Mejías “*Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas*”.
- Hernández S, Roberto; Fernández C, Carlos; Baptista L, Pilar. Metodología de la Investigación (Ed. Mc Graw Hill, 5ªed. 2010).
- Informe CCI, Ingeniería Económica (2012).

- Jofré V, Mendoza S (2005) *“Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales”*.
- Kasahara, C (2015), *“Calidad y Proyección de vida en cuidadoras informales de adultos mayores, con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor, pertenecientes a la zona Oriente-Sur de la región metropolitana”*. Tesis de grado Escuela de Psicología, Universidad Central de Chile.
- Menezes, V (2006) *“Resiliencia y el modelo Burnout – Engagement en cuidadores formales de ancianos”*. Psicothema volumen 18. Extraído de: www.psicothema.com
- Mis 15minutos.com *“Diferencias entre el estrés y el Burnout”*, extraído de: <http://www.mis15minutos.com/burnout/diferencia-estres/>
- Torres, Javier (28 noviembre, 2008) *“Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria)”*. Universidad de Huelva, Departamento de Psicología.
- Zapata, H (2013, 2015) Diagnostico de la situación de los adultos mayores en Chile. Santiago, Chile. nancyclides.wordpress.com *“Cuidadores Domiciliarios de Adultos Mayores”*, extraído de <https://nancyclides.wordpress.com/2011/12/22/el-cuidador-domiciliario-en-el-siglo-xxi/>