



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE KINESIOLOGÍA

**INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR CON
DEPENDENCIA SEVERA O DISMOVILIDAD EN HOGAR
DE ANCIANAS “SAN JOSE” DE LA COMUNA DE
RECOLETA**

SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADO EN KINESIOLOGIA

MÓNICA LILIANA ARAVENA ROMERO
FRANCISCO ALEJANDRO GRANGEY TRUJILLO
PROFESOR GUIA: KINESIOLOGA DANIELA HERRERA ARAVENA

Santiago, Chile

2017

AUTORIZACIÓN PARA FINES ACADÉMICOS

SE AUTORIZA LA REPRODUCCION TOTAL O PARCIAL, CON FINES
ACADEMICOS, POR CUALQUIER MEDIO O PROCEDIMIENTO,
INCLUYENDO CITA BIBLIOGRAFICA DEL DOCUMENTO.

FECHA

DIRECCION

TELEFONO-EMAIL

FIRMA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE KINESIOLOGÍA

INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES DEL
ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA O DISMOVILIDAD EN
HOGAR DE ANCIANAS "SAN JOSE" DE LA COMUNA DE RECOLETA.

SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADO EN KINESIOLOGIA

Mónica Liliana Aravena Romero
Francisco Alejandro Grangey Trujillo

| | NOTA | FIRMA |
|--|-------|-------|
| Docente Guía: Klga. Daniela Herrera Aravena. | _____ | _____ |
| Docente Corrector 1: | _____ | _____ |
| Docente Corrector 2: | _____ | _____ |

Santiago, Chile
2017

Agradecimiento

A dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. A mi madre, por ser el pilar más importante, mi fuente de inspiración y fuerza. Brindándome siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi padre, a pesar de nuestras diferencias, nunca faltaron tus consejos que han sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

Mis hermanos, Vieroska y Eduardo que me han acompañado durante todo mi proceso

Agradezco aquella persona quien día a día me entrega su apoyo y ayuda incondicional en todo este proceso, en el cual estuve motivándome en todo momento, Gracias por confiar en mí; por ultimo a Mónica quien ha sido una gran amiga y compañera de tesis y por ultimo a mis amigos (as) gracias por su apoyo incondicional al poder contar con ustedes siempre.

Francisco Alejandro Grangey Trujillo

Agradecimiento

Agradezco a mis compañeros, quienes comenzaron esta etapa junto a mí a quienes quedaron en el camino y a quienes hemos finalizado este largo proceso junto.

A mis compañeros de tesis gracias por la paciencia por el tiempo momentos compartidos y por el gran apoyo mutuo que nos entregamos en estos momentos.

Gracias a mis amigos más cercanos por apoyarme en los momentos más duros, dando animó y llevándome a ver una luz de claridad en los momentos difíciles.

Quiero dedicar mi tesis a mi familia, amigos y a mi abuelita Elba quien no se encuentra hoy conmigo pero sé que está en un lugar mejor.

Agradezco a mis padres por hacer de mí una persona íntegra, con valores y responsable.

A mi madre, por estar siempre presente y tener una palabra de aliento y apoyo en los momentos más difíciles de este proceso.

A mi padre, quien a su manera me demuestra su cariño y confianza cada día haciendo de mí una persona de carácter y responsable.

A Mi hermano mayor, Fabián, mi segundo padre, que a pesar de todo siempre ha presente día a día para corregir en los errores y alentar en los aciertos.

A mi hermana, Katherine, que desde el primer momento confió en mí junto a Marcelo, mi cuñado quienes me alentaron poder iniciar esta etapa académica tan importante, ya que sin su ayuda no habría sido posible. Además porque nunca dudaron de mis capacidades y aptitudes, y a su manera me demuestran cada día lo orgullosos que esta de mí y por ser parte tan importante de su familia.

A mi hermano, Gustavo, que a pesar de nuestros pequeños percances nunca ha dejado de creer, apoyarme sabiendo entregar una palabra de sabiduría para poder salir adelante.

Finalmente agradezco a Dios por permanecer siempre a mi lado en todo momento y por cuidar y proteger a quienes ya no se encuentra conmigo, sobre todo a esa persona tan especial que dejo este mundo para ir a un lugar mejor dejándonos un legado de esfuerzo y trabajo y demostrando que con ello sea cual sea la circunstancia y los obstáculos en la vida saldremos, adelante, ella es mi madrina y abuela Elba Muñoz García.

Mónica Liliana Aravena Romero.

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo I..... | 3 |
| MARCO TEÓRICO | 3 |
| 2.1 Envejecimiento | 3 |
| 2.1.1 Características del envejecimiento | 4 |
| 2.2 Adulto mayor..... | 4 |
| 2.2.1 Epidemiología | 5 |
| 2.2.2 Dependencia severa en el adulto mayor..... | 6 |
| 2.2.3 Dismovilidad..... | 7 |
| 2.3 Escalas de evaluación para el adulto mayor | 10 |
| 2.3.1 Índice de barthel..... | 10 |
| 2.3.2 Escala de Dinamarca de la dismovilidad (ETADI)..... | 11 |
| 2.4 Cuidador | 12 |
| 2.4.1 Carga del cuidador..... | 14 |
| 2.4.2 Síndrome de Burnout | 14 |
| 2.5 Escala de evaluación para el cuidador..... | 16 |
| 2.5.1 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory..... | 16 |
| Capítulo II | 19 |
| MARCO METODOLOGICO..... | 19 |
| 3.1 Planteamiento del problema..... | 19 |
| 3.2 Pregunta de investigación | 20 |
| 3.3 Justificación..... | 20 |
| 3.4 Variables..... | 21 |
| 3.4.1 Variables independientes | 21 |
| 3.4.2 Variables dependientes..... | 21 |
| 3.4.3 Variable interviniente | 21 |
| 3.5 Objetivos..... | 21 |
| 3.5.1 Objetivo general | 21 |
| 3.5.2 Objetivos específicos..... | 21 |
| Capítulo III | 22 |
| METODOLOGÍA..... | 22 |
| 4.1 Materiales y métodos | 22 |
| 4.1.1 Diseño de investigación | 22 |
| 4.1.2 Muestra..... | 22 |

| | |
|--|----|
| 4.1.3 Criterios de inclusión y exclusión | 23 |
| 4.1.4 Materiales | 23 |
| 4.1.5 Análisis de datos | 23 |
| Capítulo IV | 25 |
| Resultados | 25 |
| Capítulo V | 30 |
| Discusión | 30 |
| Conclusión | 32 |
| Capítulo VI | 33 |
| BIBLIOGRAFÍA | 33 |
| | 37 |
| ANEXOS | 37 |
| ANEXO I | 37 |
| ANEXO II | 38 |
| ANEXO III | 39 |
| ANEXO IV | 40 |
| ANEXO V | 41 |

Índice de tablas y gráficos

| | |
|---|--------------------------------------|
| Tabla N° 1. Nivel de dependencia según índice de Barthel | 11 |
| Tabla N° 2. Etapas de encamamiento | 12 |
| Tabla N° 3. Clasificación de dimensiones en las preguntas del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. | 17 |
| Tabla N° 4. Frecuencia de ocurrencia según puntuación | 18 |
| Tabla N° 5. Puntaje de cada dimensión asociado a nivel de Síndrome de Burnout | 18 |
| Tabla N° 6. Medidas de tendencia central respecto a la edad de las cuidadoras .. | 25 |
| | |
| Cuadro N° 1. Características del envejecimiento..... | 4 |
| Cuadro N° 2. Diferencias entre dismovilidad larvada y dismovilidad aguda | 8 |
| | |
| Gráfico N° 1. Evolución natural de la dismovilidad larvada y respuesta tras iniciar rehabilitación motora | ¡Error! Marcador no definido. |
| Gráfico N° 2. Valoración índice de Barthel en el adulto mayor | 26 |
| Gráfico N° 3. Etapa de dismovilidad en el adulto mayor | 27 |
| Gráfico N° 4. Nivel de agotamiento emocional | 28 |
| Gráfico N° 5. Nivel de despersonalización | 28 |
| Gráfico N° 6. Nivel de realización personal..... | 29 |

Resumen

Resumen: El Síndrome de Burnout se caracteriza por un progresivo agotamiento tanto físico como mental; el cuidador que lo presenta demostrara una falta de motivación por las tareas que realice e importantes cambios en su comportamiento. Es necesario saber que tan incidente es este Síndrome en los cuidadores de adulto mayor del Hogar de Ancianas “San José”. Maslach y Jackson definieron al Síndrome de Burnout como un “un Síndrome Tridimensional, en el que se presenta agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización en el trabajo” (Carlos Vázquez-García, 2013).

Objetivo: Evaluar la incidencia del Síndrome de Burnout en cuidadores del adulto mayor con dependencia severa o dismovilidad del Hogar De Ancianas “San José” de la comuna de Recoleta mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory; el cual se realizara una única vez a las cuidadoras.

Metodología: Se evaluaron a ocho cuidadoras mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory y se recopilaron datos del adulto mayor, mediante la ficha clínica para obtener la valoración de: Índice de Barthel y ETADI (Escala de Dinamarca de la dismovilidad). Finalmente se analizaron los resultados obtenidos; para poder evaluar la incidencia del síndrome de Burnout en el cuidador.

Marco Conceptual: El tipo de estudio corresponde a un diseño de investigación de tipo transversal descriptivo el cual se manejó bajo el diseño no experimental con una metodología cualitativa; nuestra población se compuso de todas las cuidadoras del Hogar De Ancianas “San José”; quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Este estudio cumplió con el objetivo principal, al evaluar la incidencia del síndrome de Burnout en el cuidador mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory; sin embargo no se encontraron cuidadoras que presentaran el síndrome. Esto se asocia a una gran diferencia entre las edades de las cuidadoras del hogar, sumado a una baja población de estudio.

ABSTRACT

Abstract: Burnout Syndrome is characterized by progressive physical and mental exhaustion; the caregiver who presents it demonstrates a lack of motivation for the tasks that he performs and important changes in his behavior. It is necessary to know how so incident this syndrome is in the caregivers of older adult of the San José Nursing Home. Maslach and Jackson defined Burnout Syndrome as a "Three-Dimensional Syndrome, in which there is emotional exhaustion, depersonalization and lack of accomplishment at work" (Carlos Vázquez-García, 2013).

Objetivo: To evaluate the incidence of Burnout Syndrome in caregivers of the elderly with severe dependence or dysmobility of the Hogar de Ancianas "San José" of the commune of Recoleta through the questionnaire of Maslach Burnout Inventory; Which will be done once to the caregivers.

Metodología: Eight caregivers were evaluated using the Maslach Burnout Inventory questionnaire and data were collected from the older adult, using the clinical chart to obtain the assessment of: Barthel Index and ETADI (Dysmobility Denmark scale). Finally, the results obtained were analyzed; to assess the incidence of Burnout syndrome in the caregiver.

Marco Conceptual: The type of study corresponds to a research design of descriptive transversal type which was managed under the non-experimental design with a qualitative methodology; our population was composed of all the caregivers of the San Jose Nursing Home"; who met the inclusion and exclusion criteria.

Results: This study met the main objective, when assessing the incidence of burnout syndrome in the caregiver using the Maslach Burnout Inventory questionnaire; however, there were no caregivers who presented the syndrome. This is associated with a large difference between the ages of the household caregivers, coupled with a low study population.

Introducción

El presente estudio tiene por objetivo evaluar la incidencia del Síndrome de Burnout en cuidadores del Mayor con dependencia severa o dismovilidad en Hogar de Ancianas “San José” de Recoleta.

El Síndrome de Burnout, se caracteriza por un progresivo agotamiento tanto físico como mental, aquel que lo padece presenta una falta de motivación por las tareas que realiza e importantes cambios en su comportamiento. Maslach y Jackson definieron al Síndrome de Burnout como un “un Síndrome Tridimensional, en el que se presenta agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización en el trabajo” (Carlos Vázquez-García, 2013).

Se tiene conocimiento que si la carga emocional del cuidador es mayor, aumentara la probabilidad de presentar el síndrome de Burnout. Se decidió incluir el nivel de dependencia y dismovilidad en el adulto mayor del hogar y así lograr determinar qué tan influyente son estos factores en la presencia o no del síndrome, obteniendo los datos de: Índice de Barthel y ETADI respectivamente.

Hoy en día el Síndrome de Burnout se considera una forma de estrés laboral crónico y es la segunda causa de problemas de salud relacionados con el trabajo según diversos estudios, lo que genera una alta ausencia laboral, por lo que se ha vuelto cada vez más conocido y diagnosticado. Es por esto que la Organización Mundial de Salud (OMS) le ha entregado una mayor importancia ya que lo cataloga como un riesgo laboral (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006).

Al revisar la bibliografía disponible es posible encontrar múltiples estudios, los cuales hacen referencia a la presencia del Síndrome de Burnout en el cuidador, que en su mayoría no muestran coincidencias en los resultados obtenidos, debido a esto se puede concluir que la prevalencia de este síndrome depende directamente del ambiente y las características propias en las que se desempeña el cuidador.

Con este estudio fue posible analizar cada una de las dimensiones del síndrome de Burnout que corresponden; desgaste emocional, despersonalización y realización personal de las cuidadoras, las cuales se engloban en el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, y así se categorizo

en qué etapa del síndrome se encontraba y si este se encontraba instaurado en las cuidadoras del hogar.

Capítulo I

MARCO TEÓRICO

2.1 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal y se puede definir como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad (Maya, 2014). Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel (Alejandra María Alvarado García, 2014).

Este proceso se inicia desde la concepción y desarrolla a lo largo de toda la vida, determinado por factores genéticos y ambientales (Igdany Reyes Torres, 2011). Presentándose como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva (Maya, 2014).

La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional dependen no sólo de la estructura genética, sino también (y de manera importante) de lo que se ha hecho durante la vida; del tipo de cosas con las que se ha encontrado a lo largo de ella; y de cómo y dónde se ha vivido la vida (Peña Pérez, Terán Trillo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro, 2009). Todo esto se verá reflejado por el estilo de vida que haya llevado el sujeto y también se asociara a condiciones socioeconómicas deficientes, llevan al adulto mayor a una situación de mayor vulnerabilidad de su salud funcional, llegando a producirse pérdida de autonomía en diferentes grados, situación en la cual el adulto mayor depende de otra persona para efectuar las actividades de la vida diaria (Cardona A., Segura C, Berbesí F, & Agudelo M., 2013).

2.1.1 Características del envejecimiento

En el siguiente cuadro N°1 se pueden observar las características del envejecimiento.

Cuadro N°1. Características del Envejecimiento

| | |
|--------------------------|--|
| Universal | Propio de todos los seres vivos. |
| Progresivo | Proceso acumulativo. |
| Dinámico | Está en constante cambio. |
| Irreversible | No se puede detener, ni revertir. |
| Declinante | Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte. |
| Intrínseco | Ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales. |
| Heterogéneo e individual | Proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona. |

(Barraza & maricel, 2006)

2.2 Adulto mayor

Según la OMS (1979) adulto mayor se define como la persona de más de 65 años de edad en países desarrollados y 60 años en países en vías de desarrollo (Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera adulto mayor, a aquellas personas que tienen 60 años o más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población regional y las condiciones presentes en el envejecimiento (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015).

2.2.1 Epidemiología

La población de adulto mayor ha ido en ascenso estos últimos años a nivel mundial; de la que Chile no está ajeno. Si bien es un elemento natural de la vida, el proceso de transición demográfica ha ocurrido de forma acelerada. El grupo de edad de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo, alcanzando el 11,4% del total de la población, de los cuales aproximadamente el 15% tiene más de 80 años (Jauregui, 2015).

Según la Organización de las Naciones Unidas este aumento se mantendrá; duplicando el número de personas de 60 años o más en 2050, con un número estimado de 21 mil millones en el mundo (Jauregui, 2015) Todo esto se debe al aumento de la esperanza media de vida que ha mejorado en el último siglo. Actualmente, alrededor del 7% de la población mundial es de 65 años y más de edad (Landinez Parra, Contreras Valencia, & Castro Villamil, 2012).

En Chile, según las proyecciones del CENSO 2002, las personas de 60 años y más representaban en 2010 el 13% de la población total y se estima que este porcentaje continuará aumentando durante esta década llegando al 20% en 2025 (Jauregui, 2015) Actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo de adulto mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco (Nuevoportal.ine.cl, 2007). En 2009 se estimó que en Chile un 85% de los adultos mayores vive en zona urbana, 16% de las personas adultas mayores viven solas, un 35% vive con su familia sin cónyuge y un 47% vive con su cónyuge y familia. Sobre el 80% de los cuidados a personas mayores dependientes son realizados por mujeres, principalmente hijas y cónyuges (Jauregui, 2015).

Todo este aumento puede incrementar su Índice de Dependencia Demográfica (IDD) de 57,2 en el 2005 a 60,0 en el 2020. Esto significa que, por cada cien personas potencialmente activas habría 60 dependientes (menores de 15 y 60 años o más) (Nuevoportal.ine.cl, 2007); afectando generalmente a las personas mayores a 65 años, presentando dificultad de movimiento en un 18% y mayores a 75 años en un 50% (Madrugal, 2015)

En 2016, en América Latina y el caribe se estima que este grupo etario constituye el 11,5% de la población; entre los años 2006 y 2030, el número de adultos mayores aumentara un 140% superando el crecimiento del 51% previsto para países desarrollados (Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados, 2016). Actualmente, el

envejecimiento es un fenómeno global que tiene enormes consecuencias económicas, sociales y políticas (Maya, 2014)

2.2.2 Dependencia severa en el adulto mayor

Antes de comenzar a hablar de dependencia severa o dismovilidad debemos saber que es el estado funcional normal; que se define como la capacidad de una persona para realizar las actividades necesarias para lograr el bienestar (Peña Pérez, Terán Trillo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro, 2009).

En Chile el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) estipula que las definiciones de dependencia se enmarcan "dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria", y Barthel la describe como "la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria (G., Elizabeth, Edith, & Fredy, 2012) Siendo la funcionalidad del adulto mayor importante para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente, y vivir de manera independiente (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, & Palomé-Vega, 2016). El adulto al perder su independencia, los roles y las tareas definidos socialmente se ven afectados y el nivel de sociabilización del adulto tiende a disminuir (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, & Palomé-Vega, 2016); conllevando al adulto a algún grado de dependencia y en sus funciones principales como vestirse, bañarse, utilizar los servicios o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, & Palomé-Vega, 2016). Este grado de dependencia que puede ser leve; moderado o severa afectara de manera directa la calidad de vida del adulto mayor.

Según la OMS la calidad de vida está vinculada a "la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones" (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, & Palomé-Vega, 2016).

La dependencia severa implica dos actores: la persona dependiente y la persona que cuida a la persona dependiente (<http://www.minsal.cl/>, 2009); siendo el cuidador responsable de las grandes exigencias que presenta el Adulto Mayor con dependencia severa.

2.2.3 Dismovilidad

En la actualidad se define como síndrome de **dismovilidad**, al síndrome antes conocido como **inmovilidad**, no porque se trate de una patología diferente sino debido a la practicidad en la comprensión y reconocimiento del estado del paciente; con el objetivo de realizar una intervención apropiada para potenciar su capacidad o mantener el estado del paciente e impedir su progresión a la inmovilidad propiamente dicha (Dinamarca, 2007).

También se puede definir como dismovilidad a; la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundario a situaciones de origen biológico, mental, social, espiritual y/o funcional que afecta la calidad de vida y/o tiene riesgo de progresar (Madrigal, 2015) Según Dinamarca José Luis (2007). A su vez, molestia es aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento (arco del movimiento) y dificultosa aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento.

2.2.3.1 Etapas de la dismovilidad

Es importante saber en qué etapa de dismovilidad se encuentra el adulto mayor; siendo de gran importancia, pues permite entre otras cosas, definir el nivel de atención; determinar las medidas terapéuticas y preventivas; contar con un patrón de referencia de la eficacia de las medidas implementadas; establecer pronóstico funcional (Estable, en riesgo de Progresión, en Progresión); y sienta una importante referencia de base para determinar el pronóstico vital (Dinamarca M, 2017).

La dismovilidad presenta dos formas de instalación las cuales son la dismovilidad larvada que inicia de manera lenta y asolapada y la dismovilidad aguda que inicia de manera abrupta. Estas se describen más detalladamente en el cuadro N°2. "Diferencias entre dismovilidad larvada y dismovilidad aguda". También es posible apreciar de mejor manera la evolución natural de la dismovilidad larvada y aguda (Dinamarca M, De la inmovilidad a la dismovilidad en Geriatria., 2005).

Cuadro N° 2 muestra las diferencias entre los dos tipos de dismovilidad que podemos encontrar, siendo estas la dismovilidad larvada o dismovilidad aguda.

Cuadro N°2. Diferencias entre dismovilidad larvada y dismovilidad aguda

| | Dismovilidad Larvada | | Dismovilidad Aguda | |
|-----------------------------|--|---------------------|--|--------------------|
| Forma de instalación | Lenta y solapada | | Abrupta , generalmente espectacular | |
| Etiología (ejemplos) | Osteoporosis | Osteoartrosis | Caídas | Fractura de cadera |
| | Síndrome Metabólico | Demencias | Infarto al miocardio | Infarto cerebral |
| | Déficit vitamínicos | Déficit sensoriales | Fecaloma | Retención urinaria |
| | Trastornos esfinterianos | Estitiquez | Delirium | Depresión |
| | Tabaquismo - EPOC | Alcoholismo | Enfermedades tromboembólica | |
| | Hipercortisolismo | Hipotiroidismo | Infecciones (urinaria, respiratoria) | |
| Evolución | Múltiples patologías crónicas que producen el síndrome | | Fallo homeostático agudo por patología crónicamente descompensado | |
| | Signosintomatología: Alta variabilidad en el tiempo. Evolución inespecífica en el largo plazo | | Bastante específica y evidente. Evolución típica en corto tiempo | |
| | Buena respuesta al manejo médico-farmacológico y estilos de vida saludable | | Respuesta variable ante el tratamiento agudo. Alta probabilidad de secuelas, complicaciones y recaídas | |
| | Escasa morbimortalidad secundaria | | Alta morbimortalidad secundaria | |
| Diagnóstico | Paciente y familiares tienen diversas opiniones acerca del diagnóstico | | Paciente y familiares sospechan con alto nivel de certeza un mismo diagnóstico | |
| | El paciente "convive" con la patología durante mucho tiempo, antes de realizarse una hipótesis diagnóstica | | En un tiempo muy corto se establece al menos un diagnóstico sindromático | |
| | Lugar: Generalmente en atención ambulatoria (consultorios, consultas privadas) o domiciliarias | | Generalmente en el primer centro asistencial donde acuda el paciente. Alto porcentaje en unidades de emergencias | |

(Dinamarca M, De la inmovilidad a la dismovilidad en Geriatría., 2005).

El gráfico N°1 muestra la progresión en el tiempo de la dismovilidad. La línea azul muestra una pérdida lenta de la capacidad locomotora, con remisiones y agudizaciones difíciles de percibir pero que progresan constantemente hacia etapas cada vez más profundas de Dismovilidad. Suelen implementarse sucesivas medidas sintomáticas sobre diagnósticos inespecíficos en momentos de pérdida motora mayor (líneas anaranjadas), como el paso de etapa 1-A a 1-B (uso de bastones, ocurrencia de caídas) o de 2-A a 2-B (dificultad para levantarse de la silla). En el corto plazo tienen efectos beneficiosos, pero por lo general son abandonados y entre la implementación de uno y otro es notoria la consolidación del deterioro locomotor (líneas verdes).

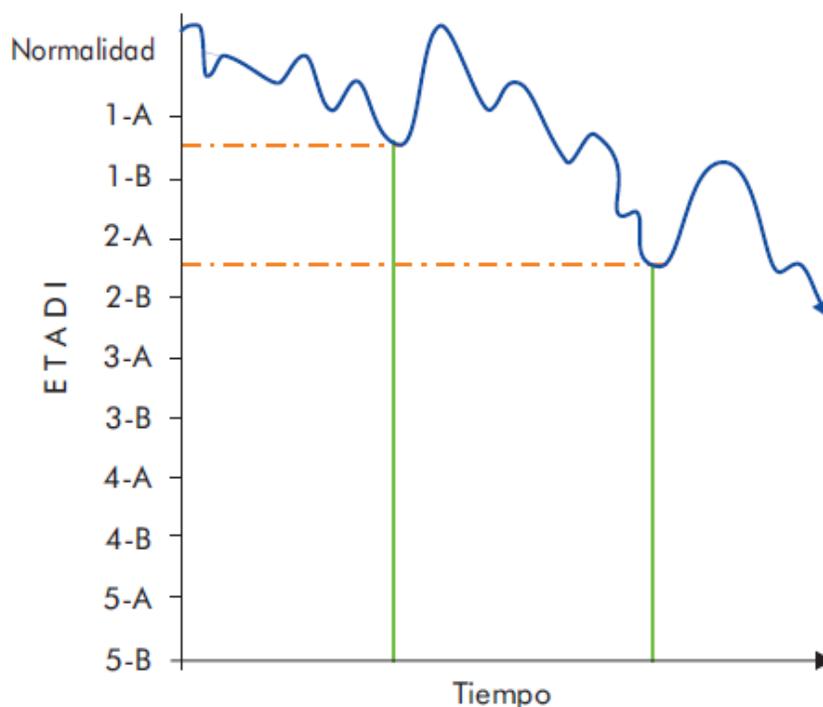


Gráfico N°1. Evolución natural de la dismovilidad larvada y respuesta tras iniciar rehabilitación motora (Dinamarca M, De la inmovilidad a la dismovilidad en Geriatria., 2005).

Dentro de la dismovilidad se pueden distinguir 5 grados con dos sub tipos A y B los cuales se ven expresados en la Escala de Dinamarca el cual ve las etapas de la dismovilidad (ETADI). (Anexo III)

2.3 Escalas de evaluación para el adulto mayor

Las herramientas a utilizar en el adulto mayor serán las escalas de evaluación; INDICE DE BARTHEL y ETADI (etapas de dinamarca de la dismovilidad); los que se describen a continuación.

2.3.1 Índice de barthel

La valoración de la funcionalidad es rutinaria en los centros de rehabilitación; dado que los índices para medir la dependencia en el adulto mayor son cada vez más utilizados en la práctica e investigación; cuya prevalencia de dependencia es mayor a diferencia de grupos etarios menores. Hoy en día se posiciona como un importante instrumento a utilizar destinado a medir el estado de salud mediante la valoración en función su autonomía. (Cid & Damian, 1997)

El Índice de Barthel (IB) (Anexo II) es una medida genérica que valora el nivel de independencia del sujeto respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (Ruzafa & moreno, 1997)

Se trata de un cuestionario el cual trata de asignar a cada usuario una puntuación en función de su grado de dependencia realizando una serie de actividades básicas; la puntuación asignada depende de la funcionalidad de cada adulto mayor. Este cuestionario aportara información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal (Ruzafa & moreno, 1997)

Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina (Ruzafa & moreno, 1997)

Las actividades se valoran de forma diferente, pudiendo ser cero, cinco, diez o quince puntos; variando entre cero el cual presentara dependencia completa y cien puntos al que es completamente independiente.

La interpretación de los resultados se clasifica en la tabla N° 1.

Tabla N°1. Nivel de dependencia según Índice de Barthel

| | Puntaje |
|----------------------|----------------|
| Dependencia total | 0 – 20 |
| Dependencia severa | 21 – 60 |
| Dependencia moderada | 61 – 90 |
| Dependencia escasa | 91 – 99 |
| Independencia. | 100 |

(Cid & Damian, 1997)

2.3.2 Escala de Dinamarca de la dismovilidad (ETADI)

La escala de Dinamarca (ANEXO III) señala que los pacientes en etapa sedente pueden dividirse, en aquellos que pueden sedestar sin apoyo de espalda, brazos ni pies, en aquellos que necesitan apoyar los pies; la espalda; los brazos; en aquellos que pueden permanecer sentados sólo en un sillón, etc. Cabe destacar que aquel paciente que puede permanecer en posición sedente pero en la cama, debe ser considerado en etapa de encamamiento.

La determinación de la etapa en que se encuentra el paciente debe hacerse en base a su vida HABITUAL, no en base a lo que es o sería capaz de hacer.

En las etapas propuestas se hacen patentes 2 momentos de quiebre:

Entre la etapa 1 y la etapa 2; y entre la etapa 2 y la 3; esto es, entre el paciente que tiene una vida de pedestación al que tiene una vida principalmente sedente, y entre el paciente que tiene una vida sedente al que tiene una vida de cama. Las etapas 3, 4 y 5 corresponden a sub-etapas del Encamamiento.

Por lo tanto, debe ponerse especial énfasis en el manejo de los puntos de quiebre y las etapas “B”, para evitar la progresión e, implementando manejo, procurando lograr la regresión a la etapa anterior. (Debe destacarse que si el quiebre se produce en forma aguda, con una progresión en 72 horas o menos

comprometiendo 2 o más etapas, debe considerarse que se está ante una urgencia de tipo geriátrica).

En relación a la Etapa 2, es importante destacar que la progresión de la dismovilidad va afectando progresivamente la capacidad de sentarse en el siguiente orden: silla sin apoyabrazos, silla con apoyabrazos, sillón, silla de ruedas estándar, silla de ruedas neurológica. El permanecer sentado en la cama se considera como parte del encamamiento.

De este modo, se caracteriza por etapas y subetapas de encamamiento en la que se encuentra el adulto mayor, según tabla N° 2.

Tabla N° 2. Etapas de encamamiento

| Etapas | Característica |
|---------------|-----------------------------------|
| 1 | Paciente con vida de pedestación. |
| 2 | Pacientes con vida sedente. |
| 3, 4 y 5 | Subetapas del encamamiento. |

(Dinamarca M, Rojo F, & Brito D, 2003)

2.4 Cuidador

El cuidador, como lo entendemos en materia de dependencia, es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras (Alma Elizabeth Ruiz Ríos, 2012).

Cuidador se define como: "Aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales" según (Zamora, 2006). Se puede llegar a distinguir dos tipos de cuidadores, el cuidador informal y el cuidador formal. El primero alude a una persona miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica, mientras que el segundo hace referencia a personas que no hacen parte de la familia de la persona enferma, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol y

que, a cambio, reciben una remuneración económica (Ara Mercedes Cerquera Córdoba, 2013).

Idealmente, los cuidadores formales del adulto mayor son personas capacitadas a través de cursos teórico-empíricos de formación para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa (Zamora, 2006)

Hoy en día los cuidadores pasaron a ser una parte muy importante en el cuidado de quienes están a cargo y también depende la carga a la que estos se encuentran sometidos; Las cuales llegan a generar consecuencias negativas para la salud del cuidador, Es por esto que surge la necesidad de conocer desde la perspectiva de quienes cuidan, cuál es el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol y cuáles son los factores relacionados para poder establecer estrategias de intervención que permitan prevenir o detectar precozmente la sobrecarga en los cuidadores (Elizabeth Flores G., 2012).

Es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sinnúmero de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores de pacientes discapacitados (Eliana Dueñas, 2006). Esto debido a que, el cuidador se ve enfrentado diariamente a problemas de diversa índole, por lo que no es raro que renuncie, como resultado de las exigencias permanentes de su actividad; en definitiva, se expone a diferentes factores y vive situaciones ignoradas tanto por la familia, la comunidad y el sistema de salud (Cardona A., Segura C, Berbesí F, & Agudelo M., 2013), sufriendo pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional (Cardona A., Segura C, Berbesí F, & Agudelo M., 2013) y con repercusiones negativas sobre sí mismo y la persona a su cuidado (María Crespo, 2015).

Debido al desgaste que sufre el cuidador, inconcientemente comienzan a modificar su estilo y ritmo de vida, el cual se ve influenciado de acuerdo al grado de discapacidad o invalidez del adulto mayor; lo que, con el tiempo, puede generar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina carga (Suárez, 2013), estos factores, pueden ser provocadas directamente por las labores propias del cuidado, como también porque los cuidadores dejan de preocuparse de ellos mismos, situando en último lugar sus propias necesidades, lo que provoca disminución de la adherencia a los tratamientos médicos y estilos de vida poco saludables (Elizabeth Flores G., 2012). En algunos casos el cuidador pasa a ser

un paciente oculto o desconocido, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador (Elizabeth Flores G., 2012).

2.4.1 Carga del cuidador

Definida como la experiencia subjetiva del cuidador a las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas (Elizabeth Flores G., 2012). La carga subjetiva se refiere a las apreciaciones y emociones negativas, ante la experiencia de cuidar. La objetiva se define como el conjunto de demandas y actividades que deben atender los cuidadores (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015)

La carga objetiva es un parámetro del nivel de daño de la vida diaria de los cuidadores debido a lo demandante de su realidad. Puede discurrir como una variable que establece menor o mayor perjuicio físico y emocional de los cuidadores (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015).

2.4.2 Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout se caracteriza por un progresivo agotamiento tanto físico como mental, aquel que lo padece presenta una falta de motivación por las tareas que realiza e importantes cambios en su comportamiento. Maslach y Jackson definieron al Síndrome Burnout como un Síndrome tridimensional, en el que se presenta agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización en el trabajo (Carlos Vázquez-García, 2013). Las que a continuación se describen:

- **Agotamiento emocional:** pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo; disminución del interés y satisfacción laboral. Además, hay sentimientos de fracaso e indefinición por haber intentado modificar su situación sin resultado.
- **Despersonalización:** es un tipo de conducta caracterizado por falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimientos de culpa por la situación vivida. Esta característica se constituye en el núcleo del Burnout y en un mecanismo de defensa como consecuencia del cambio realizado en la fase anterior.

- **Realización personal:** sentimiento de competencia y éxito en el trabajo del profesional, que conlleva a una evaluación positiva por parte del sujeto al sentirse contento consigo mismo y satisfecho con sus resultados laborales (Carrillo Vaca and Nieves Conde, 2010).

Este síndrome como se ha descrito tiene varias traducciones las cuales son las siguientes:

- Síndrome de Burnout.
- Síndrome de Burned Out.
- Síndrome del trabajador quemado o síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT).
- Síndrome de quemarse por/en el trabajo.
- Síndrome del trabajador desgastado o consumido.
- Síndrome de desgaste ocupacional (SDO) o profesional.
- Síndrome del agotamiento ocupacional o profesional.
- Síndrome de la cabeza quemada.
- Síndrome de sobrecarga emocional.
- Síndrome de fatiga en el trabajo.
- En el lenguaje coloquial suele emplearse la expresión "estar quemado" para referirse al Burnout.
- Entre otros (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006).

En el año 2000, fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (Lachiner Saborío Morales, 2015).

Los trabajadores de salud, por las características de su trabajo que incluyen situaciones desgastantes a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, con altas exigencias y múltiples factores psicosociales, así como la transferencia que reciben de sus pacientes, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés (María Guadalupe Aldrete Rodríguez, 2015).

Epidemiológicamente se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del síndrome de

Burnout depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo (Lachiner Saborío Morales, 2015).

Existen muchos factores de riesgos los cuales se asocian a que se pueda padecer este síndrome, entre ellos podemos encontrar:

- Personas jóvenes.
- Género femenino.
- Estado civil, solteros o sin pareja estable.
- Mayores turnos laborales o sobrecarga laboral.
- Numero de hijos.
- Rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas alturistas elevadas, deseos de prestigio y mayores ingresos económicos .

De entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006).

2.5 Escala de evaluación para el cuidador

La herramienta a utilizar sera el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (ANEXO IV), que se realizara a los cuidadores del hogar.

2.5.1 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Para lograr diagnosticar y cuantificar si se presenta o no el síndrome de Burnout se realiza el cuestionario. El cual fue creado por Cristina Maslach en 1986 y que se denomina: Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario tiene varias versiones aplicables a diferentes poblaciones con diferentes idiomas y ha mostrado confiabilidad y validez. Por estas razones es el que en la actualidad se utiliza con mayor frecuencia para evaluar o medir su intensidad (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006).

El cuestionario está constituido por 22 preguntas en una escala de tipo Likert que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular con sus pacientes; midiendo los 3 componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006), los cuales se valoran en un

rango de 7 adjetivos que van de “nunca” a “todos los días”, dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. De hecho, se agrupan en tres subescalas, una para cada uno de los componentes del síndrome (Lachiner Saborío Morales, 2015).

Este test, evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%) (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006).

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única, porque si se combinaran, no sería posible determinar en cual área es que el paciente tiene más afección (Lachiner Saborío Morales, 2015). Estas se pueden encontrar en la tabla N° 3 en donde se observan las dimensiones y preguntas correspondientes a cada una de ellas (Victor E. Olivares-Faúndez, 2014).

Tabla N°3. Clasificación de dimensiones en las preguntas del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

| Dimensiones | Preguntas |
|----------------------|-----------------------|
| Cansancio emocional | 1-2-3-6-8-13-14-16-20 |
| Despersonalización | 5-10-11-15-22 |
| Realización personal | 4-7-9-12-17-18-19-21 |

(Victor E. Olivares-Faúndez, 2014).

Las respuestas obtenidas del cuestionario, son recopiladas numéricamente, donde se asigna a la frecuencia de ocurrencia de cada elemento que se evalúa, según tabla N°4.

Tabla N°4. Frecuencia de ocurrencia según puntuación

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

(Victor E. Olivares-Faúndez, 2014)

Los resultados de cada subescala se pueden apreciar en la tabla N°5, donde se observa y se puede medir la intensidad con la que se sufre el Síndrome de Burnout. Se requiere de puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones y baja en la tercera dimensión definiéndose como el Síndrome Burnout.

Tabla N°5. Puntaje de cada dimensión asociado a nivel de Síndrome de Burnout

| Dimensión | Puntaje | Intensidad |
|-----------------------|---------|------------------------|
| Agotamiento emocional | > 27 | Alto nivel de Burnout |
| | 19 - 26 | Intermedio |
| | < 19 | Bajo nivel de Burnout |
| Despersonalización | > 10 | Alto |
| | 6 – 9 | Intermedio |
| | < 6 | Bajo |
| Realización personal | 0 – 30 | Baja realización |
| | 34 - 39 | Intermedia realización |
| | > 40 | Sensación de logro |

(Maslach, Jackson, 1981).

Capítulo II

MARCO METODOLOGICO

3.1 Planteamiento del problema

El cuidador al presentar el síndrome de burnout tendrá sentimientos de estar sobre-exigido y vacío de recursos emocionales y físicos, los cuales hacen que los trabajadores se sientan debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición y carentes de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema (Bambula & Gómez, 2016).

Maslach y Jackson definieron síndrome de Burnout como una respuesta inadecuada al estrés crónico, caracterizado por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional (AE), despersonalización o deshumanización (DP) y falta o disminución de la realización personal en el trabajo (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015).

El componente de agotamiento emocional se caracteriza por fatiga emocional, física y mental. Desaparece el entusiasmo, aparecen sentimientos de impotencia e inutilidad, así como aburrimiento emocional (Carlos Vázquez-García, 2013) El cuidador comenzara a presenciar sentimientos negativos hacia las personas que tiene bajo su cuidado, lo que causa automatización en sus relaciones y distanciamiento de las personas (Carlos Vázquez-García, 2013).

La situación demográfica actual caracterizada por el incremento paulatino del grupo de adultos mayores obliga a considerar, además de las necesidades que implica la atención a este grupo poblacional, tratar las afectaciones en la salud que traen consigo el cuidar a un adulto mayor (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015); siendo reflejado con el aumento de personas mayores de 60 años teniendo cada vez más peso relativo, alcanzando el 11,4 % del total de la población, de los cuales aproximadamente el 15% tiene más de 80 años (Elizabeth Flores G., 2012).

Esto involucra una alta demanda, responsabilidad y un enorme esfuerzo en el cuidador, lo que provoca una sobrecarga, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y

autocuidado no solo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados (Elizabeth Flores G., 2012).

Los cuidadores que trabajan directamente al cuidado del adulto mayor son una población altamente susceptible a desarrollar el síndrome de Burnout (Carlos Vázquez-García, 2013).

3.2 Pregunta de investigación

¿Se encontrara en la población de estudio una alta incidencia del síndrome de Burnout realizada mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory?

3.3 Justificación

Las personas con dependencias necesitan básicamente la ayuda o los cuidados de otra persona para poder realizar las actividades de la vida diaria (Guía de atención al cuidador, 2012). Por ello el síndrome de sobrecarga del cuidador de los adultos mayores es un estado de angustia que amenaza la salud física y mental por la dificultad persistente de cuidar a un Adulto Mayor. (Cardona A., Segura C, Berbesí F, & Agudelo M., 2013)

Es importante destacar que la experiencia y la carga que es percibida por los cuidadores es muy variable en cada cuidador, en donde algunos refieren que es una experiencia agradable, reconfortante y emocionalmente satisfactoria, en cambio para otros esta experiencia es extremadamente estresante (Alma Elizabeth Ruiz Ríos, 2012).

Aunque igualmente, los cuidadores están expuestos a diferentes factores y experimentan situaciones ignoradas tanto por el actual sistema de seguridad social como por la familia, porque no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado y el reconocimiento de su labor (Natividad Pinto Afanador, 2005) (Cardona A., Segura C, Berbesí F, & Agudelo M., 2013)

Cabe mencionar que por esta razón, este estudio propone identificar la incidencia del síndrome de sobrecarga del cuidador de adultos mayores y los factores asociados a este.

3.4 Variables

3.4.1 Variables independientes

- Síndrome de Burnout que esté presente en los cuidadores de adulto mayor
- Factor asociado al grado de dependencia o dismovilidad del adulto mayor

3.4.2 Variables dependientes

- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory para todos los cuidadores de adultos mayores con Dependencia severa o dismovilidad en Hogar De Ancianas “San José”.
- Nivel de sobrecarga de las cuidadoras

3.4.3 Variable interviniente

- Edad
- Cansancio laboral que impida la obtención de datos en las cuidadoras
- No contar con disponibilidad laboral para realizar el cuestionario
- Mayor grado de independencia en el adulto mayor

3.5 Objetivos

3.5.1 Objetivo general

Evaluar la incidencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores con dependencia severa o dismovilidad del Hogar de Ancianas “San José”.

3.5.2 Objetivos específicos

- Identificar incidencia del Síndrome de Burnout en las cuidadoras.
- Clasificar subetapas de sobrecarga de las cuidadoras.
- Conocer número de cuidadoras que están a cargo del Adulto mayor que reside en el hogar.

Capítulo III

METODOLOGÍA

4.1 Materiales y métodos

4.1.1 Diseño de investigación

El presente estudio corresponde a un diseño de investigación de tipo transversal descriptivo el cual se manejó bajo el diseño no experimental con una metodología cualitativa; Nuestro universo poblacional serán todos los cuidadores de adulto mayor que presenten dependencia severa o dismovilidad en Hogar de Ancianas *San José* en la comuna de recoleta; los cuales deberán cumplir con los criterios de inclusión de dicha investigación, y así obtener la muestra final para realizar los correspondientes análisis.

4.1.2 Muestra

Tipo de muestra es probabilística aleatoria y corresponde al total de la población de estudios de cuidadores y adultos mayores del hogar de ancianas “San José”. La población de estudio está compuesto por ocho cuidadoras y 21 adulto mayor correspondientes todas al sexo femenino.

Todas las cuidadoras participaron de manera voluntaria una vez informadas de manera personal sobre los objetivos que se intentan encontrar con esta investigación; aceptando y quedando registrado por medio de un consentimiento informado.

Los datos obtenidos del adulto mayor fueron recopilados a través de la ficha clínica que posee cada residente del hogar; las cuales se encuentran con la información actualizada

4.1.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión para aquellas cuidadoras del adulto mayor serán:

4.1.3.1 Criterios de inclusión

- Ser trabajador regular del hogar.
- Estar a cargo de un Adulto mayor que presente dependencia severa o dismovilidad.
- Ambos géneros.
- Que tengan disponibilidad y acepten colaborar con consentimiento y encuesta

4.1.3.2 Criterios de Exclusión:

- Presentar antecedentes psiquiátricos.
- Negativa del cuidador a participar en el estudio

4.1.4 Materiales

- Cuestionario para cuidadores: Maslach Burnout Inventory
- Cuestionario para Adulto mayor: Índice de Barthel y ETADI.
- Consentimiento informado para las cuidadoras

4.1.5 Análisis de datos

Al ser un estudio descriptivo se debió realizar un correcto análisis; en el cual se utilizaron medidas de tendencia central como media, moda y desviación estándar representadas en tablas de frecuencia, además de estadística descriptiva.

Se recopilaron datos provenientes de distintas escalas de evaluación; Escala Índice De Barthel, el cual mostro el grado de dependencia del adulto mayor. También se debió obtener el grado de dismovilidad que presentan; en la cual se

utilizó la escala de Dinamarca (ETADI); las cuales se encontraron en cada una de las fichas clínicas del adulto mayor que reside en el Hogar. En cuidadores se realizó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory para poder cuantificar a aquellas cuidadoras que presenten este síndrome.

Una vez interpretado los resultados obtenidos de la escala de Barthel, Dinamarca y Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, fueron analizados mediante estadísticas descriptivas utilizando programa IBM SPSS STATISTICS BASE 22; el cual registro los datos tanto de los cuidadores como de los adultos mayores del hogar.

Finalmente con los datos obtenidos, se analizaron los resultados del cuestionario de Maslach Burnout Inventory; respecto a aquellas cuidadoras que presentan el síndrome de Burnout y ver qué tan influyente son los factores que presenta el adulto mayor con dependencia severa o dismovilidad; en relación a los resultados de las evaluaciones obtenidas mediante el Índice de Barthel y ETADI, con la finalidad de ver si el cuidador se encuentra frente a una sobrecarga en su ámbito laboral; que conlleve a presentar el síndrome de Burnout.

Capítulo IV

Resultados

En este estudio participaron voluntariamente 8 cuidadores del Hogar de ancianas “San José” de la comuna de Recoleta; perteneciendo todas al género femenino; en un rango etario de 21 a 74 años con un promedio de 42,50 años; la moda es de 21 años y la desviación estándar fue 20,52 años; como se observa en la tabla N°6.

Tabla N°6. Medidas de tendencia central respecto a la edad de las cuidadoras.

| | Nº cuidadoras | Edad cuidadoras |
|---------------------|---------------|-----------------|
| N | 8 | 8 |
| Media | 4,50 | 42,50 |
| Moda | 1 | 21 |
| Desviación estándar | 2,449 | 20,522 |
| Varianza | 6,000 | 421,143 |

También fue necesario saber el nivel de dependencia y dismovilidad de los adultos mayores del hogar; para lograr objetivar el grado de dependencia severa o dismovilidad, los cuales fueron obtenidos en el test de BARTHEL y ETADI, en donde podemos observar sus resultados en los gráficos 2 y 3 respectivamente.

Los datos obtenidos de Índice de Barthel de 21 adultos mayores (AM) del hogar de ancianas san José dieron como resultado que un 19,05 % de ellos correspondiente a cuatro AM siendo totalmente independiente; un 19,05 % equivalente a cuatro AM presentando una dependencia leve; el 28,57 % corresponden a seis AM que demuestra una dependencia moderada y otros seis AM encontrándose con una dependencia severa en el hogar; aumentando así la carga laboral del cuidador. El último 4,76 % equivale a un adulto mayor

que es totalmente dependiente en todas sus actividades de la vida diaria (AVD). Según el gráfico N°2.

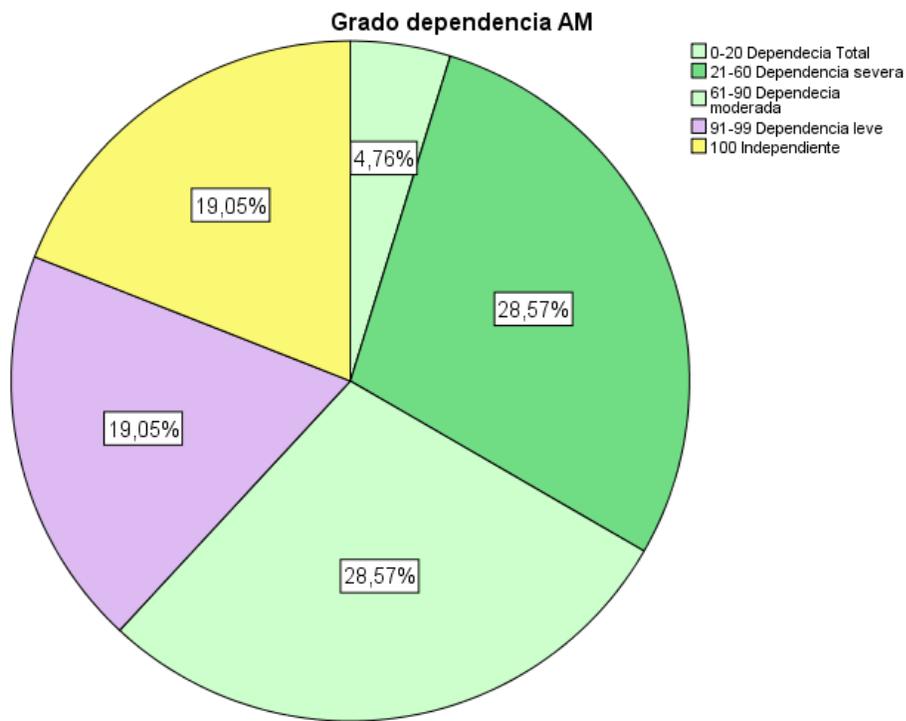


Gráfico N°2. Valoración Índice de Barthel en el adulto mayor

Al obtener los datos correspondientes a ETADI se puede apreciar que un 52,38% de los adultos mayores del hogar presentan un grado mayor de dismovilidad, en donde un 28,57 % se encuentra en etapa 2B (seis AM) caracterizándose por permanecer la mayor parte del día sentado, al cual deben sentarlo y/o incorporarlo. Un 9,52% se encuentra en etapa 2A (dos AM) identificándose por permanecer la mayor parte del día sentado en donde el adulto mayor se sienta e incorpora solo, un 14,29% está en etapa 1B (tres AM) donde permanecen la mayor parte del día de pie pero requiere de algún tipo de ayuda para desplazarse ya sea una ayuda técnica o de algún un tercero. Un 47,62 % se encuentra en la etapa 1A (10 AM) los cuales permanecen la mayor parte del día de pie y pueden desplazarse de manera independiente; según muestra gráfico N°3.

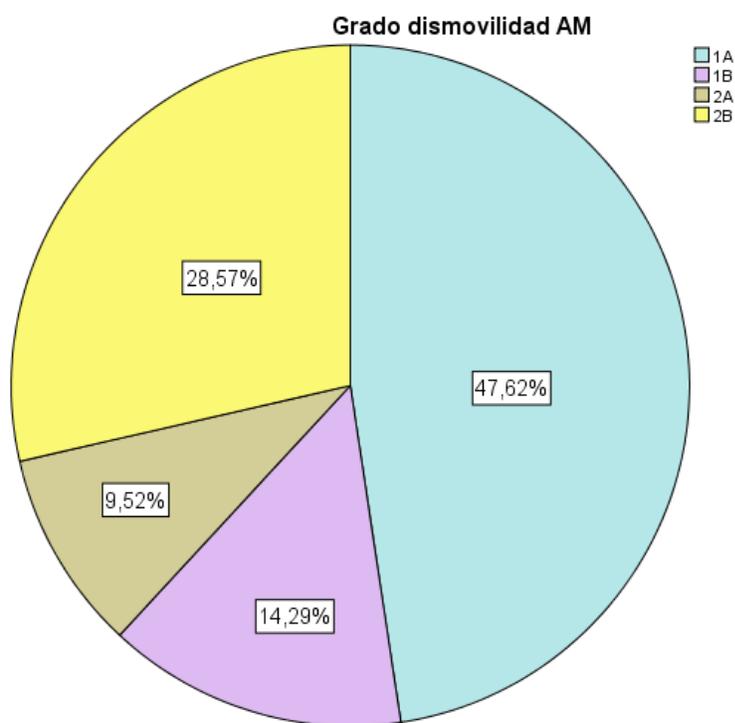


Gráfico N°3. Etapa de dismovilidad en el adulto mayor.

Al obtener los datos recopilados mediante el cuestionario Maslach burnout inventory que midió tres dimensiones de sobrecarga; los resultados de la subescala de agotamiento emocional, al procesar todos los datos de las cuidadoras nos indica, que el 75% de ellos correspondiente a seis cuidadoras presentan un bajo nivel del síndrome, el 12,5 % corresponde a una cuidadora teniendo un nivel intermedio de padecer el síndrome y el otro 12,5 % corresponde a una cuidadora que presenta un alto nivel de agotamiento emocional; implicando que la cuidadora está soportando una carga y tensión que superan sus límites; todo esto se observa en el siguiente gráfico N°4, cual muestra el agotamiento emocional con una desviación estándar de 0,7444 y un promedio de 2,63.

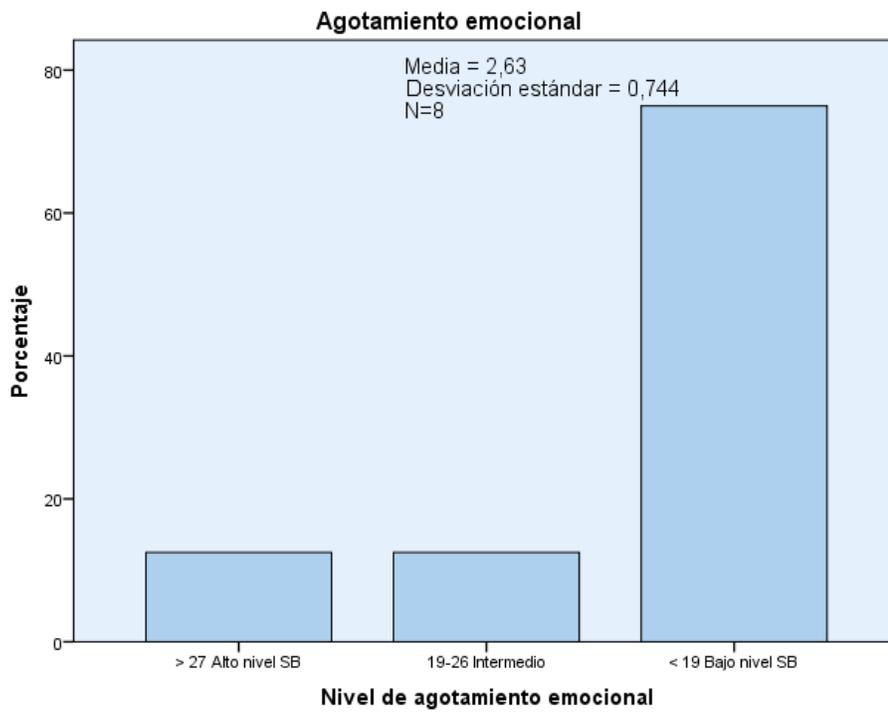


Grafico N°4. Nivel de agotamiento emocional.

En la subescala dimensión de despersonalización; presenta una desviación estándar de 1,035 con un promedio de 2,25. La expresión de datos índico que el 62,5 % correspondiente a seis cuidadoras revela presentar un bajo nivel de despersonalización y un 37,5% correspondiente a dos cuidadoras presentan un alto nivel de despersonalización. Según se observan en el siguiente gráfico N°5.

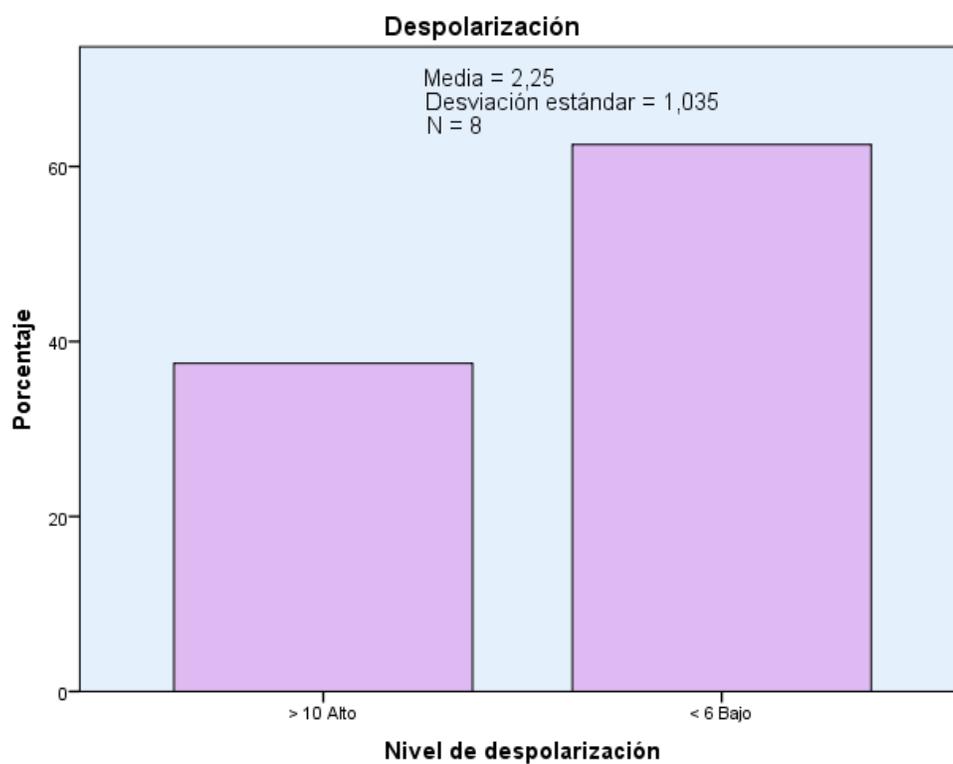


Gráfico N°5: Nivel de despersonalización.

En la última subescala de realización personal nos indica, que un 62,5 % correspondiente a seis de las cuidadoras que presentan una intermedia realización personal, mientras que un 37,5% proveniente a dos cuidadoras; presentan una mayor sensación de logro en su lugar de trabajo. Esta subescala mostro una desviación estándar de 0,518, con un promedio de 2,38. Según se observa en el gráfico N°6:

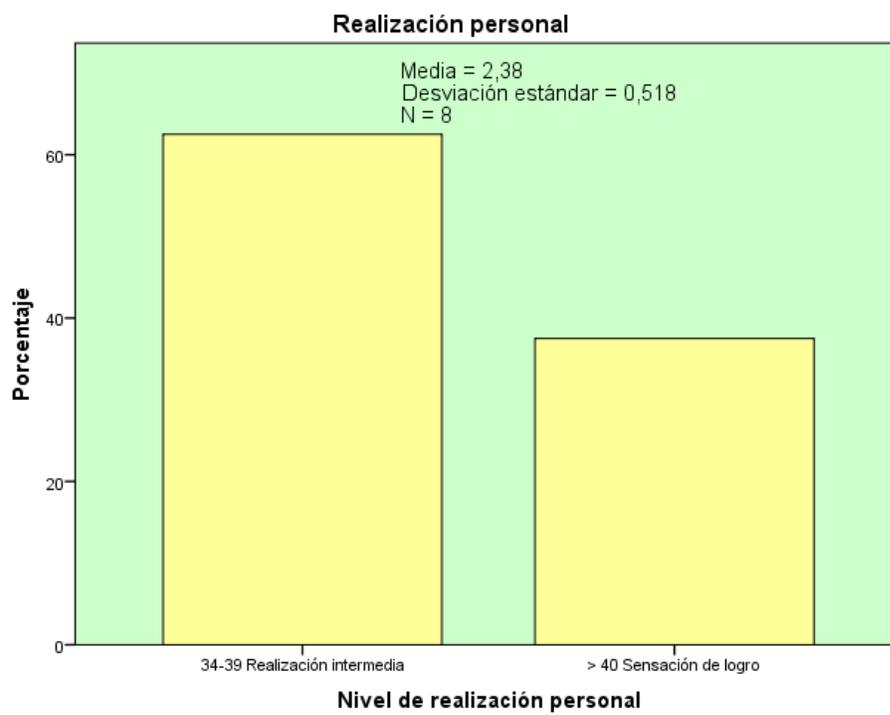


Gráfico N°6. Nivel de realización personal.

Capítulo V

Discusión

Los cuidadores que trabajan directamente al cuidado de adultos mayores son una población altamente susceptible a desarrollar el síndrome de Burnout; sin embargo, son escasos los estudios que se han enfocado a esta población (Carlos Vázquez-García, 2013).

Es difícil saber la etiología del síndrome de Burnout, atribuyéndose a las condiciones de trabajo en el desarrollo de esta patología (Carlos Vázquez-García, 2013).

En este estudio se encontró que en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, mostraron resultados de un nivel alto e intermedio reflejándose con un 12,5% en ambas categorías que corresponden a un cuidador en cada subescala de nivel alto e intermedio en agotamiento emocional y nivel alto en despersonalización indicando el riesgo de padecer este síndrome; las repercusiones del síndrome de Burnout van más allá de la salud del paciente que lo padece, ya que su presencia afecta la calidad de vida de los sujetos que cuida (Carlos Vázquez-García, 2013)

La dimensión de realización personal evidencio que ninguna de las cuidadoras presenta una baja realización personal de acuerdo a su ámbito laboral. Este resultado es similar a la investigación de sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015) en el cual presento un nivel bajo del síndrome con cada dimensión, sobre todo en la despersonalización.

Se ha señalado en algunos estudios que el agotamiento es el inicio del síndrome de Burnout (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015).

La sobrecarga del cuidador se ve expuesta al momento de estar al cuidado de un adulto mayor que presente algún grado de dependencia; siendo esta, una limitación funcional o cognitiva en un contexto social; es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud) y las demandas del entorno, es decir, lo que exige el medio (físico, laboral y social) para poder desarrollar sus actividades, roles o tareas sociales (Abellán, 2004). Por esta razón la dependencia obliga a la persona que la padece a necesitar ayuda de otra, para poder realizar sus actividades cotidianas (Castedo, 2005).

Otros estudios indican que la edad, género, estado civil, escolaridad y parentesco son características importantes que pueden intervenir en la presencia del síndrome de Burnout, ya que en función de estas varía la experiencia, dedicación, madurez, estabilidad y la toma de decisiones adecuadas y oportunas para resolver las vicisitudes del cuidado al adulto mayor (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015). También se debe tener en cuenta que la combinación de problemas mentales, sociales, económicos y físicos en los cuidadores del adulto mayor enfermo o dependiente se le considera sobrecarga del cuidador (Valle-Alonso, Hernández-López, & Zúñiga-Vargas, 2015)

Investigadores señalan que se requiere de estudios más amplios, con muestras más grandes e inclusión de otras variables como el estado de salud del cuidador, presencia de depresión, actividades realizadas durante la labor de cuidado y número de horas dedicadas a esta labor (Domínguez, Zavala, De la cruz, & Ramírez, 2010).

Conclusión

Este estudio cumplió con el objetivo principal de la investigación, al evaluar la incidencia del síndrome de Burnout en el cuidador mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Es importante mencionar que las cuidadoras participaron voluntariamente en este estudio, las cuales no presentan el Síndrome de Burnout instaurado. Esto se debe a que los criterios en los cuales se evaluaron las tres dimensiones de sobrecarga en el cuidador deben contener puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones (Agotamiento emocional y despersonalización) y baja en la tercera dimensión (Realización personal) para que presente el Síndrome.

Al ser baja la población de estudio y la sobrecarga que presentan las cuidadoras en este hogar, difícilmente se puede presentar el síndrome de Burnout; debido a que se encuentra una baja cantidad de adulto mayor con dependencia severa o un grado de dismovilidad considerable, los cuales influyen en la carga que presentan las cuidadoras como fue mencionado en el estudio.

También es importante mencionar que las edades de las cuidadoras influyeron de manera directa en los resultados; ya que estas presentaban un rango de edad muy amplio (21-74 años).

Se debe investigar y dar a conocer información del síndrome de Burnout y de su existencia a la población de los cuidadores del adulto mayor; realizando un trabajo preventivo en su puesto de trabajo; evitando así la aparición de este síndrome que ataca de manera directa a las cuidadoras; la cual puede estar presentando una sobrecarga al estar a cargo del adulto mayor con un alto grado de dependencia o dismovilidad.

Capítulo VI

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A. (2004). Una estimación de la dependencia en España. *Rev Mult Geronto*, 301-303.
- Alejandra María Alvarado García, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *GEROKOMOS*, 57-62.
- Alma Elizabeth Ruiz Ríos, M. G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 163- 169.
- Ara Mercedes Cerquera Córdoba, M. J. (2013). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: Un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149 - 167.
- Bambula, F. D., & Gómez, I. C. (2016). la investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica. *psicología desde el caribe*, 113-127.
- Barraza, a., & maricel, C. (2006). EL envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Publica y Salud Familiar.
- Cardona A., D., Segura C, Á. M., Berbesí F, D. Y., & Agudelo M., M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30-39.
- Carlos Vázquez-García, R. E.-L. (2013). Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. *Revista de investigación clínica*, 65(6), 510-514.
- Carrillo Vaca, L. and Nieves Conde, P. (2010). Síndrome de Burnout en médicos generales de consulta externa. [online] [Repository.urosario.edu.co](http://repository.urosario.edu.co). Available at: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/1639> [Accessed 28 Apr. 2017].
- Castedo, A. R. (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid, España: IMSERSO.
- Cid, J., & Damian, J. (1997). VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL. *Revisra española salud publica*, 127-137.

- Dinamarca M., J. (2017). ETAPIFICACIÓN DE LA DISMOVILIDAD. [online] Red Latinoamericana de Gerontología. Available at: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Etapificacion_de_la_Dismovilidad.pdf [Accessed 23 Apr. 2017].
- Dinamarca M, J. (2005). De la inmovilidad a la dismovilidad en Geriátrica. Sociedad Chilena de Salud Mental, 15-19.
- Dinamarca M, J., Rojo F, E., & Brito D, C. (2003). Síndrome de Inmovilidad: Diagnóstico situacional y proyecto de atención domiciliaria. Santiago: COMLAT-IAG.
- Domínguez, G., Zavala, M., De la cruz, D., & Ramírez, M. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander, 1-10.
- Eliana Dueñas, M. M. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Médica, 31-38.
- Elizabeth Flores G., E. R. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar en adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermería, 29- 41.
- Flórez J, A. M. ((1997)). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Jano, Medicina y Humanidades., 12- 18.
- G., F., Elizabeth, R. R., Edith, S. P., & Fredy. (2012). NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO. CIENCIA Y ENFERMERIA XVIII, 29-41.
- Gobierno de Aragon. (2015). Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. [online] Available at: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF> [Accessed 29 Apr. 2017].
- Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, M. Á. (2006). Síndrome de Burnout. Archivos de Neurociencias, 305- 309.
- Igdany Reyes Torres, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 354-359 .

- Jauregui, J. G. (2015). VEJEZ Y SOLEDAD: IMPLICANCIAS A PARTIR DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA NOCIÓN DE RIESGO. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Chile, 199-205.
- Lachiner Saborío Morales, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 1-6.
- Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública, 562-580.
- Loredo-Figueroa, M., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., & Palomé-Vega, G. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria, 159-165.
- Madrigal, L. N. (2015). Síndrome de inmovilización. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI, 551 - 555.
- María Crespo, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud , 9- 15.
- María Guadalupe Aldrete Rodríguez, C. N. (2015). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. Ciencia y trabajo, 32-36.
- Maya, A. M.-Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. GEROKOMOS, 57-62.
- Natividad Pinto Afanador, L. B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Aquichan , 128-137.
- Nuevoportal.ine.cl. (2007). Instituto Nacional de Estadística. [online] Available at: <http://nuevoportal.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estad%C3%ADstico-adulto-mayor-en-chile.pdf?sfvrsn=2> [Accessed 26 Apr. 2017].
- Peña Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 53-61.
- Ruzafa, J. C., & moreno, J. D. (1997). VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL . Revista Española de Salud Pública, 127-137.

- Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados. (2016). Magister. UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CENTRO DE POSGRADOS MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD.
- Suárez, G. M. (2013). Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 12- 18.
- Valle-Alonso, M. D., Hernández-López, I., & Zúñiga-Vargas, M. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 19-27.
- Victor E. Olivares-Faúndez, L. M.-M.-W.-S. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13, 145-159.
- Zamora, Z. E. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de Enfermería*.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago ___ de _____ del 2017

Yo _____ Rut _____

Autorizo a Mónica Liliana Aravena Romero y Francisco Alejandro Grangey Trujillo; estudiantes de kinesiología 5to año, Universidad Católica Silva Henríquez; para realizar Cuestionario de Maslach Burnout Inventory que será analizado en el proyecto de tesis cuyo objetivo es evaluar incidencia del síndrome de Burnout en el cuidador de adulto mayor dependiente severo y dismovilizado. Se realizara en el lugar de trabajo y se solicitara datos personales; estos datos entregados que entregare quedaran en estricta confidencialidad, no pudiendo ser utilizado para fines que estén fuera del procedimiento de investigación. Se me ha explicado además que no recibiré beneficios monetarios alguno por la participación de este estudio, y que podre tener acceso a los resultados obtenidos.

En el caso de que desee no seguir con el cuestionario; solicitare retirarme sin ninguna consecuencia.

He comprendido, conservado y aclarado mis dudas con los investigadores responsables; quedando mutuo acuerdo que ante cualquier duda sobre la investigación, la persona responsable de entregarme respuestas a estas serán la docente guía Klga Daniela Herrera, Mónica Aravena y Francisco Grangey; Tesista de la UCSH.

Firma Docente Guía

Firma alumnos

Firma Participante

ANEXO II

INDICE DE BARTHEL

| | | | |
|-------------------------|----|-------------------------|---|
| Alimentación | 10 | Independiente | Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si los necesita, de cortar el alimento, usar sal, etc. |
| | 5 | Necesita ayuda | Necesita ayuda para alguna de las actividades previas |
| | 0 | Dependiente | Necesita ser alimentado |
| Baño | 5 | Independiente | Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse |
| | 0 | Dependiente | Necesita alguna ayuda |
| Vestirse | 10 | Independiente | Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras. Se excluye la utilización de sujetador. |
| | 5 | Necesita ayuda | Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable 0 |
| | 0 | Dependiente | Necesita algún tipo de ayuda. |
| Arreglarse | 5 | Independiente | Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse |
| | 0 | Dependiente | Necesita ayuda |
| Deposiciones | 10 | Continente | Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema |
| | 5 | Incontinencia ocasional | Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema |
| | 0 | Incontinencia | Más de un episodio semanal. |
| Micción | 10 | Continente | Es capaz de controlar la micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina |
| | 5 | Incontinente ocasional | Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo de llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral |
| | 0 | Incontinente | Más de un episodio en 24 horas |
| Retrete | 10 | Independiente | Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocársela, vaciarla y limpiarla. |
| | 5 | Necesita ayuda | Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización de papel higiénico. |
| | 0 | Dependiente | Incapaz de acceder al inodoro o de utilizarlo sin ayuda mayor. |
| Trasladarse | 15 | Independiente | Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón. |
| | 10 | Mínima ayuda | Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos. |
| | 5 | Gran ayuda | Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda. |
| | 0 | Dependiente | Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado. |
| Deambular | 15 | Independiente | Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo |
| | 10 | Necesita ayuda | Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador. |
| | 5 | En silla de ruedas | Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.) |
| | 0 | Dependiente | Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona |
| Subir y bajar escaleras | 10 | Independiente | Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla |
| | 5 | Necesita ayuda | Necesita ayuda física o verbal |
| | 0 | Dependiente | Es incapaz. |

ANEXO III

ETADI

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------|---|---|--|---|---|
| Etapas | Permanece la mayor parte del día de pie. (Pero con algún grado de molestia, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado) | Permanece la mayor parte del día sentado. | Permanece la mayor parte del día acostado | | |
| | | | Con capacidad de levantarse o incorporarse | Con capacidad de movilizarse en la cama | Sin capacidad de movimiento en la cama |
| Sub etapas | a Camina sin ayuda | Se sienta y se incorpora solo | Puede salir de la cama solo o con ayuda | Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda | Puede expresarse y darse a entender |
| | b Camina con ayuda (técnica o de terceros) (incluye caminar apoyándose de muebles o paredes) | Deben sentarlo y/o incorporarlo | No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella | Puede movilizar extremidades superiores e inferiores. Necesita ayuda para realizar giros. | No puede expresarse, no puede darse a entender. |

ANEXO IV

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

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

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo | | | | | | | |
| 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo | | | | | | | |
| 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar | | | | | | | |
| 4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes/ clientes | | | | | | | |
| 5. Trato algunos pacientes/ clientes como si fueran objetos impersonales | | | | | | | |
| 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo | | | | | | | |
| 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes/clientes | | | | | | | |
| 8. Me siento “quemado por mi trabajo” | | | | | | | |
| 9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas | | | | | | | |
| 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión tarea | | | | | | | |
| 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente | | | | | | | |
| 12. Me siento muy activo | | | | | | | |
| 13. Me siento frustrado en mi trabajo | | | | | | | |
| 14. Creo que estoy trabajando demasiado | | | | | | | |
| 15. Realmente no me preocupa lo que ocurre a mis pacientes/ clientes | | | | | | | |
| 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés | | | | | | | |
| 17. Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes/ clientes | | | | | | | |
| 18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes/ clientes | | | | | | | |
| 19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión/ tarea | | | | | | | |
| 20. Me siento acabado | | | | | | | |
| 21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma | | | | | | | |
| 22. Siento que los pacientes/ clientes me culpan por alguno de sus problemas | | | | | | | |

ANEXO V

Hogar De Ancianas "San José"
Presente

Santiago, 19 de junio de 2017

Estimado(a) Director(a):

Junto con saludarle cordial y respetuosamente a usted, a través de la presente carta solicito a usted dar la autorización para los alumnos de 5° año de kinesiología de la Universidad Católica Silva Henríquez, Mónica Aravena con RUN 17.429.513-1 y Francisco Grangey con RUN 17.866.332-1, para acceder a las instalaciones y a la revisión de las fichas de aquellos adultos mayores residentes del Hogar de ancianas "San José" ubicado en la comuna de recoleta.

Todo con el fin de realizar las evaluaciones y entrevistas correspondientes a los adultos mayores y cuidadores del recinto, para recopilar los antecedentes necesarios para la elaboración de la tesis para optar al título de Licenciados en kinesiología.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del centro. De igual manera, se entregará a los cuidadores un consentimiento informado en donde se les invita a participar del proyecto y se les explica en qué consistirá la evaluación y entrevistas correspondientes.

El objetivo principal de los tesis en cuestión es "Evaluar la incidencia del síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores dependientes severos o dismovilizados"

La permanencia y el horario de los alumnos en cuestión, serán de mutuo acuerdo con la institución, permitiendo su ingreso y estadía dentro del Hogar.

En espera de su buena acogida y agradeciendo su atención y buena disposición se despide atte.



Nombre y firma
Director (a)

Mg. Kgor. Cristina Nebman N



Timbre