

República Dominicana



**Universidad Iberoamericana
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital General Dr. Vinicio Calventi
Residencia de Geriatría**

**PREVALENCIA DE SINDROME DEL CUIDADOR QUEMADO. HOSPITAL GENERAL
DR. VINICIO CALVENTI. OCTUBRE 2020- FEBRERO 2021**

Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:

GERIATRIA

Sustentante

Dra. Katuska Alt Padilla Almanzar

Dra. Pamela Lissette Tejada

Distrito Nacional: 2021

Los conceptos expuestos en el presente
proyecto de tesis son de exclusiva
responsabilidad del sustentante de la misma.

INDICE

Resumen	i
Abstrac	ii
Capítulo I	
Introducción	5
Antecedentes	7
Justificación	9
Planteamiento del problema	10
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos específicos	11
Capítulo II	
Marco teórico	12
Síndrome del cuidador quemado en Geriatria	15
Tipo de cuidador	17
Perfil del cuidador informal	26
Recomendaciones para evitar Burnout	30
Contextualización	31
Capítulo III	
Diseño metodológico	33
Tipo de estudio	33
Operacionalización de las variables	33
Método y Técnica	34
Aspectos éticos de la investigación	35
Selección de población y muestra	36
Capítulo IV	
Resultados	38
Conclusión y recomendaciones	42
Referencias bibliográficas	
Apéndice A: Consentimiento informado	i
Apéndice B: Instrumento de recolección de datos	ii
Apéndice C: Graficas	iii
Apéndice D: Presupuesto y cronograma	iv
Apéndice E: Mapa	v

RESUMEN

El envejecimiento de las poblaciones, aunque heterogéneo, es un hecho ineluctable que se está produciendo en todos los países, y aun en los más desarrollados sus consecuencias son significativas. La epidemia de enfermedades relacionadas con el envejecimiento que se espera que tenga lugar en las próximas décadas someterá a un gran estrés a los sistemas de salud. Todo esto trae consigo el nacimiento de nuevos conceptos y definiciones en geriatría, así como la necesidad de revalorar al adulto mayor y brindarle una apropiada atención integral asegurando que el costo necesario para envejecer se vea compensado con una vida de calidad en el adulto mayor. El aumento de la esperanza de vida y el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas incapacitantes, son dos de las principales características demográficas de la población del presente siglo y es en este escenario donde cobra importancia la labor del cuidador, que es esencial porque permite al enfermo prolongar su estancia en el entorno familiar, con lo que ello implica en cuanto a su bienestar, el mantenimiento de las relaciones sociales y el ahorro que puede suponer para determinadas economías. Se define como cuidador a la persona que asume la responsabilidad del cuidado del envejeciente y que brinda de forma directa atención formal al paciente y desempeña tareas de asistencia especializada enfocada en la prestación de servicios de salud de calidad. Se realizó entonces, un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal con los familiares de los pacientes que se ingresaron en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo octubre 2020-febrero 2021, quedando en evidencia la presencia del síndrome del cuidador quemado de manera ligera en un 39.1% de los familiares y de manera intensa en un 13%, siendo el 84.1% de los cuidadores femeninas para un 15.9% masculino.

ABSTRAC

The aging of populations, although heterogeneous, is an inevitable fact that is occurring in all countries, and even in the most developed ones its consequences are significant. The epidemic of age-related diseases expected to occur in the coming decades will place great stress on health systems. All of this brings with it the birth of new concepts and definitions in geriatrics, as well as the need to reevaluate the elderly and provide them with appropriate comprehensive care, ensuring that the necessary cost of aging is offset by a quality life in the elderly. The increase in life expectancy and the increase in the prevalence of disabling chronic diseases are two of the main demographic characteristics of the population of this century and it is in this scenario where the work of the caregiver becomes important, which is essential because it allows the patient to prolong their stay in the family environment, with what this implies in terms of their well-being, the maintenance of social relationships and the savings that it can mean for certain economies. A caregiver is defined as the person who assumes responsibility for the care of the elderly and who directly provides formal care to the patient and performs specialized assistance tasks focused on the provision of quality health services. An observational, descriptive, prospective cross-sectional study was then carried out with the relatives of the patients who were admitted to the Dr. Vinicio Calventi General Hospital in the period October 2020-February 2021, revealing the presence of burntout caregiver syndrome lightly in 39.1% of family members and intensely in 13%, with 84.1% of caregivers being female and 15.9% being male.

Introducción

Desde el punto de vista de Hayflick, el envejecimiento es un proceso estocástico que ocurre después de alcanzar la madurez reproductiva y que deriva de un progresivo incremento en el desorden molecular; tal desorden molecular progresivo incrementa la vulnerabilidad de los hombres y los animales a la enfermedad, la predación o los accidentes. Tiene como característica fundamental la disminución de la capacidad para mantener la homeostasis, lo cual se manifiesta como una incapacidad de adaptarse ante estímulos estresantes internos o externos, es además un proceso universal, ineludible y heterogéneo, que trae consigo una serie de desafíos para nuestros sistemas de salud al aumentar la esperanza de vida que es la medida más empleada para comparar la salud global de las poblaciones, proporciona una valiosa información acerca del grado de desarrollo humano ya que es un indicador de salud que resume el desarrollo socioeconómico y el grado de organización sanitaria de un país. Esta resume el tiempo que le queda de vida a un individuo como promedio, basado en las tablas de vida por sexo y edad, y en las características de su entorno. La esperanza de vida ha aumentado de manera global, estimándose que para el año 2050 el número de personas mayores de 80 años se triplicara y pasara de 143 millones a 425 millones de personas. Este aumento de la esperanza de vida y el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas incapacitantes, son dos de las principales características demográficas de la población del presente siglo y es en este escenario donde cobra importancia la labor del cuidador, que es esencial porque permite al enfermo prolongar su estancia en el entorno familiar, con lo que ello implica en cuanto a su bienestar, el mantenimiento de las relaciones sociales y el ahorro que puede suponer para determinadas economías.

El concepto de cuidador informal se basa en el hecho de que una persona asuma el rol de realizar las actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse), administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, de personas que no pueden valerse por sí mismas. Estas personas frecuentemente alteran de manera importante su ritmo de vida, en aspectos tales como: vida social, actividad laboral, lo que repercute en la salud física y/o mental de las personas que ejercen por tiempos prolongados la actividad del cuidado; a dichas repercusiones diversos autores lo han denominado como: “sobrecarga”

Numerosos estudios relevantes a la sobrecarga del cuidador se han llevado a cabo fuera del ámbito hospitalario abarcando escenarios tales como: adultos mayores con demencia, pacientes con enfermedades terminales, pacientes con lesiones neurológicas, que requieren de la ayuda de un cuidador, paciente en recuperación de adicciones, documentándose de manera muy amplia las diversas repercusiones negativas del cuidado, sin embargo, en la revisión bibliográfica no se identificaron estudios realizados dentro de las instituciones hospitalarias, específicamente cuando los cuidadores asisten a sus familiares

durante su estancia hospitalaria, lo que ha limitado la documentación de la sobrecarga en este contexto.

La presente investigación surge tras la observación del estrés, enojo, cansancio y aprensión que reflejan los cuidadores de los adultos mayores hospitalizados, quienes requieren un acompañamiento constante y atención integral. Frecuente el cuidador no dispone de preparación y desempeña un rol ambiguo al interior de las instituciones sanitarias, en comparación con el personal de enfermería, el cual es formado para brindar un cuidado al paciente durante su estancia hospitalaria, por lo que surge la inquietud de profundizar en la temática del cuidador y el fenómeno de sobrecarga, ya que los cuidadores no son reconocidos dentro de las instituciones sanitarias y el entendimiento del fenómeno de sobrecarga nos acerca a la empatía de las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los cuidadores y debemos hacer una prioridad cuidar al cuidador.

Antecedentes

Desde la década de los ochenta, Zarit et al, han investigado y dado importancia clave al estado del cuidador y las repercusiones que tiene la sobrecarga que presenta este al momento de ejercer dicha función, siendo estas en su mayor frecuencia negativas. En sus investigaciones con cuidadores de pacientes con Alzheimer, Zarit (1980) diseñó la escala de sobrecarga del cuidador; a pesar de sus modificaciones, ha sido un instrumento empleado para la realización de diversos estudios de aplicación en distintos escenarios, resultando ser el instrumento más utilizado para estudios de sobrecarga del cuidador. Se han realizado diversos estudios a nivel internacional que demuestran la importancia de investigar sobre esta entidad.

Los Dres. Mario Pérez Rodríguez, Dra. Tamara Álvarez Gómez y Dr. Ernesto Javier Martínez Badal realizaron en el 2010 en el Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos Sancti Spiritus de Cuba, un estudio para determinar las afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales de envejecientes con Alzheimer donde se evidenció que el 82.8% de los cuidadores fueron féminas, con un grado académico de secundaria, sin conocimientos fuertes sobre la enfermedad de sus familiares. Se detectó que la falta de apoyo por otros familiares y la falta de tiempo libre fueron los principales hallazgos socioeconómicos presentados.

Romero et al, en el 2015, investigaron la Sobrecarga y calidad de vida percibida en 225 cuidadores familiares de pacientes renales que asistieron a instituciones prestadoras de servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal en Cartagena; en el cual se determinó el nivel de sobrecarga de los cuidadores; reportando que Los cuidadores mostraron ausencia de sobrecarga en un 48,4 %; sobrecarga ligera en un 31,1 % y sobrecarga intensa el 20,4 %; concluyendo que “la sobrecarga encontrada en los cuidadores de pacientes con insuficiencia renal se asoció con la calidad de vida, siendo afectadas las dimensiones física, psicológica y social.

En el 2013, Ortega E, en su investigación de postgrado investigó las Relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor, aplicado a 29 cuidadores primarios de personas adultas con demencia senil,(actualmente demencia avascular) resultando en ausencia de sobrecarga 53%, sobrecarga ligera 25.8% y sobrecarga intensa 21.2%.

Para el 2014, en Guayaquil, Ecuador, Villamar RC en su trabajo de investigación de postgrado indagó sobre la presencia del síndrome del cuidador quemado en los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencia del Instituto de Neurociencias de la JBG a los cuales se les aplicó la escala antes mencionada; lo cual demostró que el 100% de los sujetos de estudio entrevistados tenían una sobrecarga intensa, lo que también podría ser llamado “Síndrome del cuidador quemado”(1).

De igual forma, Díaz G, en el 2014, en México, en su estudio a 30 personas que desempeñaban el rol de cuidador informal primario de un familiar hospitalizado adulto mayor, reportó un nivel de sobrecarga intensa de 90%, con un puntaje medio de 81 en la escala de Zarit, el 10% restante experimentó sobrecarga leve con una puntuación media de 53 puntos en la escala de Zarit; concluyendo así que “el nivel de sobrecarga en los cuidadores informales primarios de pacientes adultos mayores hospitalizados, experimentan un elevado nivel de sobrecarga intensa en un 90%” (2).

En México, Islas et al, en el 2016 investigaron sobre la prevalencia de sobrecarga, depresión y nivel de dependencia en 74 cuidadores primarios informales (CPI) de niños con lesión cerebral, pacientes de un centro de rehabilitación infantil, a quienes se aplicó la Entrevista de Carga de Zarit, para determinar el nivel de sobrecarga que presentaban los cuidadores; demostrando así que tres cuartas partes de los cuidadores mostraron sobrecarga severa o leve; lo que puede explicarse debido a que más de la mitad de los receptores con lesión cerebral eran totalmente dependientes, por lo que su cuidado primario informal tenía que llevar a cabo un considerable número de tareas de difícil ejecución, lo que implica un mayor esfuerzo, estar más pendiente del paciente y una mayor sobrecarga.

A nivel nacional, cabe destacar que solo se ha realizado un estudio en el cual se utilizó la escala de Zarit en el 2014, en el cual Medrano et al investigaron la presencia de sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, los cuales midieron la presencia de sobrecarga en 67 cuidadores; resultando que 24 cuidadores (36%) mostraron presencia de sobrecarga, de la cual 17% mostraron presencia de sobrecarga intensa.

Justificación

Los sistemas de salud de todo el mundo enfrentan un gran desafío al verse con la realidad del aumento de la esperanza de vida de las poblaciones lo que significa un aumento en la presencia de enfermedades crónicas y enfermedades incapacitantes en nuestros envejecientes, que implica a su vez una mayor demanda de un cuidador primario informal que asuma la gran responsabilidad de brindar el soporte que necesita el paciente. El Hospital General Dr. Vinicio Calventi como sede de la Especialidad de Geriatría, maneja un gran volumen de pacientes geriátricos y vemos como son afectados los familiares cercanos de los pacientes que ameritan cuidados en más del 50% de las actividades básicas de la vida diaria, lo que repercute tanto en la salud física como emocional del cuidador, por lo que es de nuestro interés determinar si existe o no sobrecarga del cuidador primario informal del paciente ingresado.

La presencia de sobrecarga o síndrome del cuidador quemado resulta de gran interés de estudio. Es una condición que puede prevenirse de manera oportuna si se conoce la presencia del mismo, y es preciso recordar, que tanto el paciente es de vital importancia para el médico, como la persona que asume el cargo de “cuidador primario”, persona sobre la cual se deposita la función de los cuidados totales o parciales de una persona no autónoma que amerita su total atención.

Cabe destacar, que de manera frecuente la carga que asume el cuidador es tan pesada que, en ocasiones, no quieren continuar con este estilo de vida que se vio generada a partir de la enfermedad del paciente, lo que podría ocasionar una recaída del paciente, generando en este caso que en la familia existan dos enfermos; el paciente y el cuidador.

Actualmente, en nuestro país no existen suficientes datos que abarquen esta problemática, destacando que en nuestro hospital esta problemática nunca ha sido abordada, siendo el cuidador muchas veces un ente olvidado, a pesar de la carga emocional, física y el estrés que conlleva la responsabilidad del mismo por el paciente. Este presente trabajo de investigación nos dará pautas más claras acerca de la presencia del síndrome del cuidador quemado, como identificarlo, en qué manera se ve afectado el sistema de salud y cómo podemos prevenir la ocurrencia de este.

Planteamiento del Problema

El cuidador primario es definido por la OMS como “la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.” De igual forma, Zarit define a la sobrecarga como el grado en que las personas que proporcionan el cuidado del paciente perciben que su salud, vida social y personal, y situación económica cambian por este hecho.

A lo largo de las últimas décadas se ha observado un incremento en la incidencia y prevalencia de este síndrome en los cuidadores primarios, debido a que el mismo, en su mayoría de veces, no es diagnosticado a tiempo, representando un riesgo para los pacientes que se encuentran bajo el cuidado de estas personas.

Actualmente, se ha observado en estudios anteriores que la mayor prevalencia de sobrecarga de cuidador primario la presenta la población femenina; esto es debido a que ellas asumen el papel de cuidadoras, porque así fueron educadas; suponiendo esto un estereotipo típico de la mujer.

Ante la falta de información en el sistema de salud de nuestro país y ausencia parcial de estadísticas sobre el tema a abordar; así como también la situación que se vive hoy día en nuestra institución en la cual no se ha llevado a cabo un estudio de investigación en el cual se involucren los cuidadores primarios y se tome en cuenta medidas que prevengan el deterioro y aparición del Síndrome del Cuidador Quemado en los mismos, nos planteamos responder las siguientes preguntas:

- 1- ¿Cuál es el nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios de los pacientes ingresados en Hospital General Dr. Vinicio Calventi octubre 2020- febrero 2021?
- 2- ¿Cuál es el sexo que desarrolla con más frecuencia el papel de cuidador?
- 3- ¿Cuál es la familiaridad del cuidador con el paciente?
- 4- ¿Cuáles son las patologías más frecuentes en pacientes dependientes?
- 5- ¿Qué tan frecuente es la fatiga en los cuidadores?

Objetivo General

Determinar la prevalencia del síndrome de cuidador quemado en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, octubre 2020- febrero 2021.

Objetivos Específicos

1. Valorar el sexo más frecuentemente implicado en el cuidado del paciente envejeciente hospitalizado en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo octubre 2020- febrero 2021.
2. Determinar el parentesco del cuidador primario con el paciente.
3. Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador primario de acuerdo al género.
4. Conocer cuales cuidadores tienden a padecer mayor frecuencia de presencia de sobrecarga de acuerdo a la especialidad de ingreso.
5. Determinar las patologías mas frecuentes en los pacientes ingresados.

Marco Teórico

El concepto de “burnout” tiene su primera mención en la novela escrita por Graham Greene, “A burnout case”, publicada en 1961. Es una novela que narra la historia de un arquitecto que se encontraba atormentado espiritualmente y decide abandonar su profesión para retirarse a la selva africana.

A principios de los años 60, un trabajo realizado para conocer qué efectos tenía sobre las familias el hecho de mantener en la comunidad a pacientes psiquiátricos, como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que se estaba implantando en Gran Bretaña en aquel tiempo. El interés principal de este trabajo era conocer cómo afectaba a la familia y a la vida doméstica la convivencia con estos pacientes (por ejemplo, cargas económicas, vergüenza por tener un paciente psiquiátrico en la familia). Posteriores trabajos acerca del impacto de esta forma de asistencia psiquiátrica sobre la familia incidían en la necesidad de evaluar estos efectos desde una amplia perspectiva, a la vez que ponían de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término de carga. (3)

Para 1974 se utiliza el término de síndrome de cuidador quemado por Herbert J. Freudenberger, psicólogo estadounidense, para describir cómo se sentían un grupo de voluntarios que colaboraban en una clínica para ayudar a personas a abandonar las drogas. Tras un año de actividad, muchos de ellos estaban agotados, se irritaban fácilmente y habían desarrollado una actitud despectiva hacia los pacientes y una tendencia a evitarlos. El tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado (4)

Tres años más tarde, en 1977, la psicóloga estadounidense Christina Maslach dio a conocer el término en el Congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), refiriéndose al profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida de un familiar dependiente, como consecuencia de la exposición continuada a situaciones de estrés (estado de sobreesfuerzo) al que está sometido. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con gran

aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (4)

El problema principal residía en las diferencias entre lo que los investigadores, por un lado, y los familiares, por otro, consideraban carga. Estas diferencias en cuanto al significado del término, fueron el origen de la primera distinción entre carga objetiva, o efectos concretos sobre la vida doméstica, y carga subjetiva, definida como sentimientos subjetivos o actitudes hacia el hecho de la convivencia con un familiar con problemas psiquiátricos. (3)

En las primeras publicaciones realizadas, referentes a la implicación con distintos profesionales, tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, así como en la divulgación de los medios de comunicación se destacaba más la importancia de las diferencias individuales, como la personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo. Se popularizaron los sentimientos de prevención y de intervención dirigidas a su adecuado afrontamiento. Existe una diferencia clave entre el burnout como estado o como proceso, ya que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un etiquetamiento (decir que alguien “está quemado” o burn-out sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la concepción como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo (4).

El aumento de la esperanza de vida y el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas incapacitantes, son dos de las principales características demográficas de la población del presente siglo. En este escenario, la labor del cuidador es esencial porque permite al enfermo prolongar su estancia en el entorno familiar, con lo que ello implica en cuanto a su bienestar, el mantenimiento de las relaciones sociales y el ahorro que puede suponer para determinadas economías.

Desde sus inicios hasta la actualidad el síndrome ha evolucionado en cuanto su definición, para el 1974 fue definido por Freudenberger como sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Para 1976 Maslach lo describe cómo el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. En 1979 Spaniol y Caputo definieron el burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales. Edelwich y Brodsky en 1980 lo plantean como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Para 1984, Brill conceptúa un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimientos objetivos como de satisfacción personal y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un

reajuste laboral. En 1990 es definido sencillamente como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo por Hiscott y Connop. Burke y Richardsen en 1993 proponen un proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort. Para 1997 Gil-Monte y Peiró proponen una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución. Gil-Monte y Peiró en año 2000, desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). Más recientemente, el burnout se ha descrito como un síndrome defensivo, es decir, como un mecanismo de defensa que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico.

Podemos concluir con el hecho de que existen diferencias individuales a la hora de percibir el estrés y de que un mismo individuo en diferentes ocasiones y ante el mismo estresor puede sentirse afectado por él o no además de que los recursos de afrontamiento pueden ser aprendidos y por supuesto olvidados y la afectación de esos estresores puede ser crónica o aguda.

De esta cronología en cuanto a las diferentes definiciones del síndrome del burnout o cuidador quemado se entiende que dentro los síntomas presentes están los siguientes:

Síntomas Emocionales: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.

Síntomas Cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción cinismo, criticismo generalizado.

Síntomas Conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, autosabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Síntomas Sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.

Síntomas Psicosomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas.

Síndrome de Burnout o cuidado quemado en Geriatría

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera adultos mayores, 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. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera que el envejecimiento es un destello de la superación del proceso evolutivo humano, pues es la consecuencia de la disminución de la mortalidad (fusionada con la disminución de la fertilidad) y una gran supervivencia. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se envejece a partir del momento en que se nace. No obstante, habitualmente se utiliza como término estadístico el tiempo de más de 60 años. (5)

Las estimaciones mundiales establecen que para el 2030 habrá más personas mayores de 60 años que menores de 5 años, esto supone un gran reto para los sistemas de salud de todo el mundo pues al aumentar la esperanza de vida aumentan las enfermedades de la senectud que demandan ayuda o asistencia para aquellos que presentan limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria.

El cuidador familiar es la persona encomendada a cubrir las necesidades básicas y psicosociales del anciano, aquel que lo supervisa en sus acciones cotidianas domiciliarias; se denomina como tal, porque generalmente la persona que asume esta responsabilidad tiene lazos de parentesco con el adulto mayor, también puede hacerse referencia a cuidador informal debido a la carencia de preparación formal para realizar las actividades de cuidado. Este puede ser asignado arbitrariamente o por conveniencia, o puede aceptar de manera voluntaria, contratada o por coerción de los familiares.

Los cuidadores familiares se clasifican como principales o primarios y secundarios, esto según el grado de responsabilidad que asumen al cuidado de los ancianos. La atención que realiza el cuidador familiar, modifica el tiempo dedicado a sus acciones de recreo, actividades sociales, de relaciones, a su vida íntima y su libertad, provocando problemas en su armonía emocional. El hombre o mujer que asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto le origina sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no; de ahí la importancia de tratar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor. Una investigación realizada en el 2006, para valorar el impacto físico y psicológico que produce el ser cuidador principal de personas dependientes por ancianidad, enfermedades crónicas e invalidez; identificaron que lo que aquejó principalmente a los cuidadores, fue que: la mayoría (84%) cambiaron su vida anterior, se sentían rebasados (20%), modificaron su proyecto de vida (66%), tenían insomnio (40%); consideraban que el cuidar al anciano les exigía esfuerzo físico drástico (76%), además de confesarse tensos, nerviosos e inquietos (64%). Descubrieron además prevalencia de ansiedad de 36%, la mitad de los cuidadores tomaba “ansiolíticos/hipnóticos”, 55% de estos no asistieron al médico en los seis meses recientes a la fecha de estudio. Sin embargo, una persona que cuida puede sentir satisfacción por ayudar a otro a continuar su vida, o puede tener

sentimientos de fracaso, impotencia o creer que su trabajo no tiene valor, debido a la sobrecarga percibida por el cuidado a su familiar en edad avanzada. En el estudio referido la mayoría de los cuidadores (68%) consideró inicialmente ser capaz de cuidar a su enfermo, pero al aumentar la edad de los ancianos esta consideración disminuyó (6).

Respecto a la calidad de vida de los cuidadores familiares de ancianos, una investigación realizada en México reportó nivel intenso de sobrecarga relacionada significativamente con el bienestar y la salud de este, descubriendo que la satisfacción de vida declinaba cuando se acrecentaba el nivel de carga en el cuidado. El agotamiento físico y emocional son señales que el cuidador puede percibir oportunamente, de no ser así, puede enfermar e ignorar que se encuentra deprimido, sin deseo de alimentarse, descansar o distraerse, llegando a ser nocivo para su salud (6).

Quien asume el rol de cuidador en la familia del anciano se enfrenta al riesgo de que su vida se trastorne originándole sensación de carga severa. La edad, género, estado civil, escolaridad y el parentesco son características importantes que pueden intervenir en ese riesgo, 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 anciano.

El cuidador primario es aquella persona que brinda de forma directa atención formal al paciente y desempeña tareas de asistencia especializada y que se encuentra enfocadas en la prestación de servicios de salud de calidad, la importancia del reconocimiento de los cuidadores primarios como población potencialmente en riesgo se debe a la gran demanda de tiempo y energía que se invierte en el cuidado del adulto mayor; por estas razones existe la posibilidad de generar una sobrecarga laboral entendida como el conjunto de problemas que afecta la estabilidad de las dimensiones que lo rodean repercutiendo en el desarrollo óptimo a nivel laboral como cuidador.

El cuidador, a grandes rasgos, es aquella persona que asiste a quien presenta algún impedimento en el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. La vida del cuidador y del resto de familiares que se ocupan de un paciente dependiente, se puede ver afectada de muchas maneras teniendo un importante impacto físico, psicológico y socio-económico. Esto es debido a que tener una persona enferma y dependiente interfiere en la dinámica familiar y altera el día a día de quien asume el rol de cuidador principal, favoreciendo la aparición de cuadros depresivos, insomnio, agresividad y cambios de humor. A todo ello hay que añadir que esta situación también puede suponer un gran gasto económico para el entorno familiar ya que, en muchas ocasiones, quien va a asumir el rol de cuidador principal, se ve obligado a abandonar su trabajo favoreciendo la aparición de cuadros de ansiedad secundarios a la preocupación económica. Existen muchos factores relacionados entre sí, incluso algunos dependientes de otros, que influyen directamente sobre la dinámica familiar cotidiana, el tiempo que pueden dedicar al ocio o a otro tipo de actividades, lo que produce un cambio de hábitos de vida en el entorno del paciente y de manera especial en la del cuidador principal.

Este síndrome produce estrés laboral, estrés afectivo, inadecuación personal (cansancio, cefaleas, ansiedad) por el trabajo crónico de tareas monótonas y repetitivas, sensación de falta de control sobre el resultado final llegando incluso a una fase de vacío personal, que es habitual que aparezca cuando el enfermo ha ingresado en una residencia o ha fallecido y el cuidador tiene que aprender a vivir sin él y adaptarse a una nueva realidad. Conforme avanza la enfermedad, estas alteraciones emocionales se pueden manifestar como alteraciones de conducta, del carácter e incluso alteraciones psicosomáticas manifestadas con la aparición de angustia, alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias o trastornos gástricos e intestinales.

Probablemente, el trastorno físico más frecuente en el cuidador es el cansancio y la sensación de empeoramiento del estado general y de salud. Estableciendo una comparativa entre una persona de análogas condiciones que no desempeña el rol de cuidador, se observa que disfrutan de una salud mejor. Los familiares cuidadores primarios tienen un riesgo en torno al 70% de sufrir mayor incidencia de problemas orgánicos. Sin embargo, no suelen acudir a consulta médica, aun reconociendo no encontrarse bien, por lo que tardan más en recuperarse de las enfermedades.

Tipos de cuidador

El cuidador puede ser catalogado según sus responsabilidades, retribuciones, parentesco y otras características. Se conoce como cuidador principal del enfermo a la persona que asume la responsabilidad de atender y cuidar al enfermo diariamente. Es el familiar más cercano, generalmente cónyuge que acompaña en el proceso de la enfermedad del paciente desde el inicio de esta, durante todo el proceso de enfermedad hasta su muerte. En muchos casos estos cuidadores afrontan otras cargas familiares y/o profesionales, por lo que usualmente requieren ayuda de otros miembros de la familia, a los que se denomina cuidadores secundarios. Tanto el cuidador principal como el secundario suele ser un familiar del enfermo, muy próximos a él; irán proporcionando la ayuda al enfermo según este vaya perdiendo sus capacidades y autonomía.

El papel principal del cuidador secundario es proteger contra la sobrecarga al que se somete el cuidador principal y que pudiera, ulteriormente, comprometer su integridad física o psíquica.

El cuidador profesional trabaja de forma remunerada y en el ejercicio de su profesión. Por lo general esta figura la desarrolla el personal socio-sanitario y es frecuente que sea realizada por auxiliares en la clínica. Posteriormente, es relevado por un profesional que puede desarrollar este trabajo a nivel domiciliario, correspondiente, en algunos casos, a su período laboral completo. Su labor también se perfila como parte de la descarga que se pretende hacer del cuidador principal.

A estos cuidadores también se les conoce como cuidadores formales, frente a cuidadores informales que son personas cercanas al enfermo (parientes, vecinos, amigos) y denominados así por no haber siempre una coordinación

previa y estipulada para hacer esta tarea, sino que se produce de forma espontánea o ante una emergencia, pero que tienen una misión importante, tomando en cuenta lo difícil y largo que puede ser el proceso de enfermedad. Por último, figuran los cuidadores voluntarios, personas que generalmente pertenecen a una ONG que presta su colaboración al cuidador o al enfermo, en coordinación con la familia y programados por la asociación u organización a la que pertenecen. Con frecuencia, son los miembros de la familia los que llevan a cabo las tareas de cuidado del enfermo, pero entre ellos se destaca la tarea de uno en particular, quien asume la mayor responsabilidad. Este corresponde al cuidador principal o primario, que suele ser una mujer, mayor de 50 años.

Cuidadores de pacientes envejecientes con deterioro cognitivo

La enfermedad de Alzheimer es en geriatría la causa principal de demencia, se caracteriza por tener síntomas crónicos cognitivos, alteraciones tanto emocionales, comportamentales y físicas. La característica clínica más notable es la dificultad de memoria, síntoma importante para considerarse que el síndrome amnésico del deterioro cognitivo es el punto del deterioro continuo de la enfermedad de Alzheimer

La presencia de una persona con deterioro cognitivo en una familia amenaza con desestabilizar la vida de todos sus integrantes en múltiples esferas, como lo son las relaciones interpersonales, relaciones en lo íntimo de la familia, conflictos de pareja (conyugales, separaciones caóticas, divorcios) y la sexualidad; pueden también afectar la formación y el desempeño laboral, así como la capacidad de disfrutar del ocio, actividades intelectuales y recreativas. Por todo esto es inexcusable plantear un apoyo al cuidador primario informal de las personas con deterioro cognitivo o que necesitan asistencia para la realización de todas las actividades de la vida diaria

En Colombia por ejemplo se han realizado varios estudios en cuidadores de pacientes con Alzheimer tales como: Arango-Lasprilla, Rogers y Fernández-Guinea, 2003; Ferrara, Langiano, Di Brango, De Vito, Di Cioccio y Bauco, 2008; Lladó, Antón-Aguirre, Villar, Rami y Molinuevo, 2008; McCurry Logsdon, Teri y Vitiello, 2007; Sanders, Ott, Kerber y Noonan, 2008), en donde los cuidadores de estos pacientes presentan síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, sentimientos de culpa e impotencia, aislamiento social y sobrecarga. Determinando que es importante hacer un seguimiento a la salud física y emocional del cuidador y del enfermo de Alzheimer, con el fin de evaluar la necesidad de un seguimiento más exhaustivo a nivel profesional, tanto para el enfermo como para el cuidador, lo cual ha demostrado que esto beneficia y mantiene los resultados de bienestar a largo plazo.

Es una tarea ardua y compleja que puede llegar a ser abrumadora, especialmente, cuando la respuesta al tratamiento no es la ideal o bien, la persona presenta limitaciones serias en su funcionamiento diario. Con frecuencia, nos centramos en procurar el mejor cuidado para la persona enferma, olvidando las necesidades y problemas con los que se enfrenta

cotidianamente el cuidador. Como consecuencia, muchos cuidadores se imponen un estilo de vida poco saludable que acaba dañando su salud y su capacidad para seguir cuidando. Algunas veces las enfermedades son tratadas, se logra una buena respuesta al tratamiento, se produce una evolución favorable desde el principio y la persona va recuperando progresivamente su funcionamiento anterior. (5)

En esos casos, la alarma y el miedo inicial de los familiares va desapareciendo, la alteración de la dinámica familiar se va normalizando y cada uno va volviendo a sus asuntos. Otras veces, la respuesta al tratamiento no es tan buena como se espera, y la persona presenta limitaciones en su funcionamiento personal y social que hace necesario que se le preste ayuda y cuidado para la satisfacción de sus necesidades cotidianas durante un periodo de tiempo prolongado. En otros casos la enfermedad se torna crónica y la persona requiere supervisión y cuidado continuamente. Se estima, que, en países latinoamericanos, un 80% de este tipo de personas dependientes vive con sus familiares y el cuidador principal lo constituye un familiar. (5)

Esta además el hecho de que el cuidador debe asumir, dolorosamente, que el familiar no va a poder proseguir con el proyecto vital que habían planeado, los cuidadores necesitan aprender a cuidar de una persona extremadamente sensible, que requiere vivir en un ambiente con pocas tensiones y una estimulación limitada, cuyas necesidades de cuidado varían, notablemente, en las distintas fases de la enfermedad, que en muchas ocasiones no es consciente del mal que padece, y que tiene serias dificultades para adaptar su estilo de vida a las características de su enfermedad. (5)

A esto se une la estigmatización y el desconocimiento generalizado que impera sobre este tipo de afección, que contribuyen a que el cuidador se sienta más aislado y disponga de menos apoyo social. El cuidador debe contar con una gran fortaleza y una gran estabilidad personal y social para poder enfrentarse a esa carga cotidiana sin sufrir alteraciones emocionales secundarias. Estas alteraciones emocionales suelen afectar, negativamente, la capacidad de cuidado de los familiares, y abonan el terreno para que las tensiones y conflictos se conviertan en un ingrediente cotidiano de la convivencia. (5)

Por ello, a la hora de abordar al envejeciente, se deben considerar no solo las necesidades del enfermo, sino también las del cuidador. Algunos familiares están tan angustiados y sobrecargados que centran todos sus esfuerzos en cuidar de su familiar, con la esperanza de que mejore y le necesite menos. Otros se resignan a dedicar su vida entera al cuidado de su familiar, a pesar de la frustración y el sufrimiento que les produce; pierden la esperanza de que, a pesar de todo, las cosas puedan intentar organizarse de forma que su sufrimiento sea menor y que ellos, dentro de las limitaciones, también puedan tener su propia vida.

Por último, es también común encontrar familiares que están firmemente convencidos de que dedicarse, en cuerpo y alma, al cuidado del otro es lo mejor, y no se permiten un momento para ellos mismos. Ante la presión y la

angustia de la enfermedad se olvidan de que nadie puede cuidar otro si no se encuentra en las condiciones físicas y emocionales adecuadas. De hecho, en situaciones difíciles que exigen un esfuerzo importante de forma prolongada, es necesario que las personas se cuiden, especialmente, para poder afrontarlas con éxito. Las personas que de forma continuada brindan cuidado, apenas tienen relaciones sociales, no realizan actividades agradables y tienen que sufrir, cotidianamente, situaciones desagradables y hostiles.

A la larga, tienden a tener problemas emocionales (trastornos depresivos, problemas de ansiedad, entre otros). Es muy probable que con el paso del tiempo se sientan muy desgastados y cada vez más nerviosos e irritables. En ese estado emocional es muy difícil mantener un ambiente relajado en casa, por no decir imposible. En el momento en que las exigencias del individuo cuidado acaban con la salud del cuidador y con su capacidad para realizar esta labor adecuadamente, lo que se habrá conseguido será, exactamente, lo contrario de lo que se pretendía. Una de las principales dificultades con que suelen tropezar los cuidadores es que no dan casi importancia al cuidado de su propia salud y bienestar, cuando es evidente que, si enferma o se sobrecarga mental o físicamente, no podrá cuidar de otra persona. El cuidador, por consiguiente, debe vigilar sus emociones negativas, el estrés al que está sometido y su propio estado físico y mental. (6)

El cuidado de otra persona, durante un tiempo prolongado, produce emociones negativas en todos los cuidadores. Es normal que en ocasiones se sientan desanimados, tristes, enfadados o asustados. Muchos suelen pasar por alto esas emociones y permiten que esos sentimientos vayan acrecentándose y envolviendo, cada vez más, su estado de ánimo cotidiano. Con el tiempo, pasan la mayor parte del día malhumorados, deprimidos o desesperanzados. Terminan teniendo dificultades para manejar estas emociones, bien porque son demasiado intensas, o porque se han mantenido durante mucho tiempo y quedan luego instauradas en la persona afectada. Por su lado, el estrés forma parte de la vida de todo el mundo y nuestro cuerpo está preparado para enfrentarse a él. Todas las personas están sometidas a situaciones que les producen cierto grado de estrés. (6)

Sin embargo, cuando es demasiado intenso y se prolonga en el tiempo, no solo provoca malestar, sino que puede provocar enfermedades o agravar las que ya se padecen. Uno de los aspectos que más fácilmente suelen descuidarse, cuando se está inmerso en el cuidado de otra persona, es el propio estado físico. La alimentación, el respeto de los periodos de descanso y el descenso en la actividad física son los aspectos que más fácilmente suelen descuidarse. Es muy frecuente que los cuidadores se planteen, como prioridad esencial, el cuidado y el bienestar del otro y descuiden su propio bienestar. El cuidado de otra persona es una labor muy exigente que requiere un esfuerzo importante por parte del cuidador, y es conocido que, en situaciones de esfuerzo, el propio estado físico resulta fundamental para poder actuar convenientemente. (6)

Los familiares que han dado tanto de sí han acabado agotados, han tenido que claudicar y renunciar al cuidado de su familiar por incapacidad.

Curiosamente, los cuidadores, en su mayoría, son permeables al discurso en el cual se les refleja la necesidad e importancia del cuidado de ellos mismos al igual que el de su familiar; sin embargo, surgen frecuentemente excusas por parte de estos para justificar la postergación de medidas de autocuidado. Entre ellas se encuentran:

- a) Reticencias a que terceras personas se encarguen del paciente durante su tiempo de autocuidado. Algunos familiares, en especial los progenitores del paciente, tienen el pensamiento que cuidar de su familiar con enfermedad mental es una responsabilidad propia indelegable y se sienten incómodos si otros hijos u otros parientes se encargan de algunos asuntos, mientras ellos dedican tiempo para sí, ya sea visitar a sus amigos o dar un paseo. En el fondo existe un pensamiento tal donde no es aceptable hacer cosas agradables para ellos mismos, mientras otros cargan con sus responsabilidades; por eso terminan renunciando a cualquier actividad de ocio si no pueden realizarla con el familiar enfermo.
- b) Pérdida de todos o casi todos los contactos sociales que mantenían antes de la enfermedad de su familiar o reticencia a relacionarse con ellos. En términos generales, la pérdida de relaciones sociales y el aislamiento social progresivo de los cuidadores son bastante frecuentes, y cuando el cuidador se plantea tener mayor vida social, se encuentra con muchas relaciones que ya no puede recuperar y otras que no desea recuperar por haberse sentido en algún momento juzgado o culpabilizado por esas personas. No es infrecuente encontrar a familiares avergonzados por los momentos de crisis del enfermo, donde afloran comportamientos llamativos y extraños que llevan al bochorno emocional ante vecinos y conocidos, se sienten etiquetados como el “padre (o hermano) del loco”. Por ende, tienden a relacionarse poco con la gente fuera de su círculo de confort y procuran llamar poco la atención. Ulteriormente, se da el aislamiento y dinámicas familiares insanas y viciadas que contribuyen poco a la recuperación de la enfermedad y terminan generando desequilibrios e incluso trastornos serios en el resto de la familia. En otros casos, ocurre que la conducta o el aspecto del familiar es llamativo y particular, situación que los avergüenza y ponen como excusa para que los amigos vayan a casa a visitarles. Esto también trae como resultado el distanciamiento de la gente con la que hasta entonces habían mantenido relaciones; descuidan sus amistades al punto que se les dificulta retomarlas cuando por fin están resueltos a hacerlo. Finalmente, cierto grupo de cuidadores se sienten juzgados e incomprendidos por algunas personas de su círculo social, generando como en los casos anteriores, aislamiento progresivo y permitiendo que su vida gire en torno a la enfermedad del familiar enfermo.
- c) No tener nada agradable que hacer en su tiempo libre. Este aspecto involucra a aquellos familiares que no sienten atracción por nada y no tienen interés por hacer nada. Después de mucho tiempo de pasar por situaciones desagradables y tener muy pocas satisfacciones, la gente suele sentirse incapaz de disfrutar de lo que antes gustaban, comportándose como un síntoma del trastorno depresivo. En efecto, muchas personas que funcionan como cuidadores durante mucho tiempo, acumulando sufrimiento y angustia, pueden terminar con cuadros ansiosos y depresivos. Peor aún, son

personas que no buscan ayuda porque se les hace más fácil proporcionarla que recibirla.

- d) Miedo a que le pasara algo desagradable al familiar durante su ausencia. En ocasiones, algunos familiares han expresado su temor a separarse de su pariente porque creen que cuando no están bajo su cuidado podría ocurrir alguna eventualidad o desgracia. La necesidad de supervisión y de cuidado en el enfermo varía, notablemente, dependiendo de la enfermedad mental y de la etapa de ésta en que se encuentre; y tan poco aconsejable es eludir las necesidades de la persona enferma como excederse en el apoyo y la supervisión que se le proporciona. En este sentido, el conocer las características de la enfermedad mental y de su tratamiento ayuda a modular este temor y a que los familiares puedan disfrutar de más tiempo para sí, a la vez, da espacio para mejorar la autonomía del paciente.

Los estudios que intentan valorar el impacto de las enfermedades degenerativas en el envejecimiento, sobre los cuidadores han pasado, gradualmente, de ser una simple enumeración de los problemas que deben afrontar estos cuidadores a tomar en consideración la experiencia del cuidador en su totalidad. Desde el paradigma del “estrés afrontamiento”, se ha intentado esclarecer la relación entre las diferentes facetas del cuidado como la carga sobre los cuidadores, sus estilos de afrontamiento y los resultados en términos de malestar para el cuidador. Los estresores son la base del proceso de estrés, en el cual el cuidado ha de ser involucrado. Los estresores primarios se entienden como conductores del proceso de cuidado, derivan, directamente, de las necesidades del paciente y la naturaleza y de la magnitud del cuidado demandado por estas necesidades. (6)

Se conciben las demandas de dar cuidados como facilitadoras de los estresores primarios que pueden derivar en otros problemas a los que se conoce como estresores secundarios. Estos se dividen en dos tipos: tensiones de rol donde la familia se involucra en situaciones y actividades fuera de dar cuidados, y las tensiones intrapsíquicas que tienen que ver con el autoconcepto del cuidador (6)

Niveles elevados de carga, disfunción y emoción expresada, conjuntamente con bajos niveles de apoyo disponible, se han asociado con varios estilos desadaptativos, principalmente, los centrados en la emoción, como la evitación, la resignación y la coerción. La forma como se valora la situación estresante, por parte de los cuidadores también tiene una influencia significativa en su afrontamiento (6). En este sentido, las situaciones percibidas como amenazadoras o que son imposibles de controlar conducen con más frecuencia a la utilización de estrategias centradas en la emoción. Paralelo a esto, la percepción del cuidador puede, a la vez, estar influenciada por sus rasgos de personalidad. Las personas con tendencia a la ansiedad o la depresión tienden a subestimar la amenaza que plantea la enfermedad del paciente, así como su capacidad para afrontarla.

El burnout puede ser identificado a partir de la interrelación de las siguientes dimensiones:

1. Cansancio o agotamiento emocional: este se manifiesta cuando el trabajador toma conciencia de su incapacidad para seguir sirviendo a sus usuarios con el mismo entusiasmo como lo hacía en sus primeros tiempos y es potencialmente importante para explicar una amplia gama de conductas y actitudes por parte del servidor social (Grajales, 2001). Los principales antecedentes del agotamiento emocional que se identifican en la literatura son la ambigüedad y el conflicto del rol que cumple el empleado.

2. Despersonalización: en el sentido de deshumanización: incluye indiferencia, un sentimiento de distancia emocional y el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. (Da Silva, 2001).

3. Baja realización personal: incluye vivencia de insuficiencia personal, sentimientos de fracaso y baja autoestima con una tendencia a evaluar el trabajo realizado de manera negativa, y con auto reproches por no haber alcanzado los objetivos que ha propuesto (Da Silva, 2001)

Los cuidados profesionales fueron sustituidos por los cuidados informales, llevados a cabo por los familiares de pacientes, sin el conocimiento, la información y las aptitudes, en la mayoría de los casos para asumir estas funciones. Este fenómeno empezó a repercutir sobre los cuidadores, ya que la atención a los pacientes psíquicos crónicos en la comunidad ha supuesto una sobrecarga para las familias, tanto por el malestar subjetivo que ocasiona la conducta del enfermo y la ausencia de habilidades en sus relaciones sociales como por los problemas que, habitualmente, suelen crear en la convivencia. (8)

La carga familiar se refiere a las consecuencias para el familiar que tiene el estrecho contacto con pacientes gravemente perturbados, y se define como un concepto multidimensional que considera la tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos de la vida de las personas. (8)

Bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la carga, se consideran costes económicos, carga física, limitación del tiempo; debido a esto, su evaluación ha consistido, únicamente, en una puntuación global de carga. Aunque teóricamente se contempla que la carga comprende una diversidad de factores, en la práctica se pierde esta multidimensionalidad, de manera que no existe posibilidad de comprobar las distintas formas en las que los cuidadores pueden verse presionados por el hecho de cuidar y los diferentes efectos de cada una de ellas.

Una distinción importante se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar (incluida la tensión emocional, ansiedad y depresión), la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Involucra los cambios en la rutina cotidiana, las relaciones familiares y sociales, el trabajo, el ocio, la salud física, entre otros. (9)

Esta distinción es especialmente útil desde el momento en que se evidencian diferencias sustanciales entre correlatos o factores asociados a cada una de estas dos dimensiones. Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, otras dimensiones más específicas de la carga del cuidador con las que se ha trabajado son, por ejemplo, la carga económica, física, interpersonal y social. (9)

A lo largo de los últimos quince años se ha producido un gran aumento de los estudios científicos acerca de las consecuencias del cuidado de pacientes con enfermedad mental sobre las personas que lo ejercen, sobre todo sus familiares. Los instrumentos utilizados para valorar este tipo de sobrecarga consisten en listas de problemas que pueden presentar los pacientes, generalmente significativos para los cuidadores. (11)

Otra manera de medir la sobrecarga consiste en emplear instrumentos no específicos, que miden dimensiones como calidad de vida o presencia de síndromes psicopatológicos, como ansiedad y depresión, o escalas de calidad de vida. Por último, un tercer modelo se deriva de la teoría general del estrés. Desde esta perspectiva, el cuidador tiene que enfrentarse con determinados factores estresantes, y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicopatológicos, especialmente el impacto emocional ante dichos factores, y la posibilidad de utilización de soporte sociofamiliar y estrategias de manejo. Como resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta, los cuidadores pueden experimentar una vivencia subjetiva de sobrecarga, así como otras consecuencias negativas sobre su salud. La sobrecarga del cuidador fue originalmente operativizada por el profesor Steven Zarit, de la Universidad de Pensilvania, en 1980.

La herramienta, nominada el Zarit Burnout Interview, se utiliza en la actualidad alrededor del mundo. Otros instrumentos fueron diseñados, posteriormente, para medir la carga del cuidador. Ellos se centran en los diversos procesos de la persona que recibe el cuidado y cómo estos afectan al cuidador. Han sido aplicados en poblaciones distintas, por ejemplo, personas con enfermedades físicas crónicas, ancianos, personas con cáncer que requieren cuidados paliativos, personas con demencia y pacientes con enfermedad mental. (12)

Dentro de este enfoque, se han diseñado varios instrumentos para medir el impacto de su labor de cuidador en su vida. Los ítems estudiados en la mayoría de cuestionarios empleados van desde los más ligados a la aparición de síntomas (insomnio y despertares frecuentes, llanto, tristeza, sentimientos de desesperanza, cansancio, agotamiento, problemas físicos de salud) a otros que guardan relación con la dedicación exhaustiva al cuidado del paciente (abandono de aficiones, dificultades para viajar, vacaciones, relaciones sociales, reuniones en casa, el abandono de otros miembros de la familia) con el sentimiento de estar enteramente a disposición del paciente. (12)

la Escala de Zarit original se presenta como una herramienta fundamental en el estudio e investigación para comparar y analizar los factores involucrados en la sobrecarga, ya que este instrumento logra evaluar diversas dimensiones. Es el instrumento más difundido en el ámbito gerontológico debido a su fundamentación teórica y a la adecuación de sus propiedades

psicométricas. Esta escala se basa en una concepción unidimensional del fenómeno, y fue diseñada para valorar el sentimiento de sobrecarga experimentado por cuidadores familiares de pacientes con demencia. A pesar de esto, también ha sido aplicada en cuidadores familiares de pacientes con distintas enfermedades (esquizofrenia, esclerosis múltiple, cáncer) y de distintos grupos etarios (niños, adultos, adultos mayores), desatendiendo la recomendación de su autor, que sugiere no generalizar el uso del instrumento a otras enfermedades. Evalúa una sola dimensión centrada en el aspecto subjetivo, estableciendo puntajes de corte que permiten discriminar entre ausencia y presencia de sobrecarga y, dentro de esta última, distinguir entre niveles leve e intenso. Así mismo, permite mensurar el nivel de sobrecarga experimentado por el cuidador a lo largo del tiempo en que se desarrolle la tarea de cuidado. En este sentido, y analizando la relación entre los niveles de sobrecarga experimentados por el cuidador y el nivel de severidad de la enfermedad del familiar, se observó que, generalmente, las cuidadoras de pacientes en estadio moderado presentan mayor nivel de sobrecarga respecto de aquellas que asisten a sus cónyuges en estadios leves de la enfermedad.

La escala de Zarit capaz de discriminar estrés psíquico con una sensibilidad de 93%.

Más aún, el análisis factorial de las dimensiones que incorpora la escala, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones. (Breinbauer, 2008) Su principal inconveniente es su extensión, por lo que recientemente se validó en España una forma abreviada, la "Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos". Consta de solo 7 ítems de la escala original. Cada ítem adopta 1-5 puntos, sumando entre 7 y 35 puntos. No distingue "sobrecarga ligera" de "sin sobrecarga", residiendo su utilidad en determinar "sobrecarga intensa".

En su validación española obtuvo 100% de sensibilidad, 90,5% de especificidad, 95,5% de valor predictivo positivo (VPP) y 100% valor predictivo negativo (VPN) frente al diagnóstico de sobrecarga intensa, convirtiéndose en una excelente herramienta de pesquisa. Se sigue recomendando la versión original de 22 preguntas para estudios comparativos, finos y con análisis de factores involucrados. Se plantea, entonces, el uso de la escala de Zarit abreviada como instrumento de pesquisa y la escala de Zarit como herramienta de estudio. La versión original en inglés, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten, a veces, los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre).

Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por lo tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Esta codificación en una escala de 0 a 4 es la que se sigue en las versiones del cuestionario en todos los idiomas, o al menos no hemos encontrado ninguna en la cual se modifique esta codificación original. Se sigue recomendando la versión original de 22 preguntas para estudios comparativos, finos y con análisis de factores involucrados. Se plantea, entonces, el uso de la escala de Zarit abreviada como instrumento de pesquisa y la escala de Zarit como herramienta de estudio.

La escala es también sensible al cambio. En estudios multicéntricos, controlados y aleatorios, diversos programas (basados en terapia ocupacional

o cognitivo conductual de enfoque comunitario) lograron disminuir, significativamente, niveles de sobrecarga, tanto en términos de la escala, como de calidad de vida, disminuyendo, significativamente, el riesgo de morbilidad física o mental asociada.

Otras herramientas se han creado para medir la sobrecarga de los cuidadores como la creada por Maslach Burnout inventory (MBI), diseñado en los Estados Unidos para medir el burnout ocupacional en profesiones orientadas hacia las personas, como los servicios de salud, servicios sociales, justicia criminal y educación. Este instrumento está escrito en un formato que permite a la persona exponer sus sentimientos y actitudes en una escala de siete puntos que traducen la frecuencia en que son experimentados estos sentimientos. Experience Caregiving Inventory (ECI), cuestionario auto aplicado de 66 ítems que mide el impacto de la experiencia de ser cuidador. Cada ítem tiene un puntaje de 5 puntos y su principal medida son los aspectos positivos (experiencias positivas y buenos aspectos de la relación) y negativos (estigma, efecto en la familia, dependencia, problema de servicio, problemas de conducta) relacionados con el cuidado. La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, la cual es la más utilizada en países de habla hispana por lo que fue la utilizada en este trabajo.

Perfil del cuidador informal

El cuidado informal, entendido como actividad de asistencia no retribuida de las personas enfermas y dependientes de la red social, continúa siendo una función básicamente femenina. En la población española, las mujeres representan el 84% de las personas encargadas de atender a otras dependientes; el predominio femenino se constata en cualquier relación de parentesco entre persona cuidada y cuidadora. Esta situación es similar a la descrita en otros países, donde la responsabilidad de cuidar es fundamentalmente femenina, y las personas que asumen esta función tienen un menor nivel socioeconómico. La frecuencia y el tiempo dedicados por las mujeres a cuidar son mayores que los de los hombres. Más de dos tercios de las mujeres cuidadoras proporcionan cuidados permanentes, frente a la mitad de los hombres, y afrontan cargas elevadas de cuidado con más frecuencia que los hombres (un 40,9 y un 28,9%, respectivamente). Según el artículo de Valle Alonso et al., el prototipo de persona con síndrome del cuidador quemado es una mujer de mediana edad, casada, con un anciano a su cargo, con grado de escolaridad medio, dedican las 24 horas del día al cuidado de dicha persona, no reciben ayudas externas y se sienten cansadas, infelices y con falta de bienestar

Hoy en día las familias son menos numerosas, por lo que la tarea de cuidar a las personas dependiente se divide entre un menor número de personas; este fenómeno, sumado a la incorporación de las mujeres al mundo laboral, hace que la tarea de cuidado de las personas dependiente se haga cada vez más difícil.

La diferente experiencia vital, familiar y laboral de hombres y mujeres determina la manera de vivir y enfermar, no solo en términos de exposición a diferentes riesgos, sino también por un desigual acceso a los conocimientos y recursos para afrontar dichos riesgos. En el ámbito de los cuidados informales, la distinta distribución de las responsabilidades va asociada a una distribución diferente de sus costes, generando desigualdades de género en la salud. Considerando siempre cómo las diferencias de género están involucradas en la respuesta al cuidado, las esposas experimentan un grado mayor de estrés y sobrecarga subjetiva que los esposos. Por su lado, las hijas usualmente están más involucradas emocionalmente y experimentan altos grados de tensión. (14)

Estas diferencias están en relación con el hecho de que las mujeres tradicionalmente están más inmersas en los quehaceres del hogar comparadas con los hombres, propiciando un mayor contacto con el paciente. También se ha sugerido que, para las mujeres, el rol de cuidadora entra en conflicto con su deseo de adquirir mayor autonomía. Muchas mujeres desean cambiar su rol a una edad media poniendo a un lado su papel de madre y de ama de casa, por lo que su papel de cuidadora puede poner en peligro estos planes de crecimiento personal. De forma curiosa se ha demostrado que, en el caso de las mujeres, las redes de apoyo formal e informal no resultan tan beneficiosas a la hora de aliviar la carga, posiblemente porque son menos capaces de delegar responsabilidades de cuidado y se sienten más culpables de no brindar el cuidado ellas mismas. Los hombres por su lado tienen diferentes estrategias para afrontar el cuidado de pacientes dependientes, lo cual les permite distanciarse de los problemas cotidianos. Por lo general, el cuidador masculino toma una actitud más operativa e instrumental para solucionar los problemas que surgen en el diario vivir. (15)

Morbilidad del cuidador

Depender del apoyo familiar como parte de una política nacional aunado a las tendencias demográficas y los cambios la prestación de servicios de salud sugiere que es indispensable e inevitable la presencia de los cuidadores familiares (informales) como parte de la red de cuidado de pacientes con discapacidad. Se estima que hasta un 80% del cuidado comunitario es brindado por los familiares, con un costo anual millonario para el Estado. Se encuentra evidencia de que los familiares cuidadores enfrentan una carga y estrés inevitable. Bajo esta premisa, el rol de cuidador puede ser concebido como un riesgo ocupacional, colocando al cuidador en un lugar de peligro para el desarrollo de problemas emocionales, psicológicos y físicos. Estos incluyen elevada morbi-mortalidad, estrés crónico (externado como “burnout”, auto descuido, uso de alcohol y drogas, depresión, abuso e institucionalización prematura del familiar), conflictos familiares y falla para alcanzar las necesidades personales y emocionales (16).

Además de asumir las labores del hogar, las compras, el transporte y el cuidado personal, más de un treinta por ciento de los cuidadores en general están involucrados en la entrega y aplicación de medicación al paciente que tienen a su cargo. De éstos, hasta un 77% mencionan que requieren de asesoría respecto de los tratamientos y medicaciones. Así, mientras el cuidador ocupa su tiempo externando sus preocupaciones al médico respecto de las necesidades de su ser querido, no se permite un espacio para hablar de sus

propias necesidades. Esta población de cuidadores está en riesgo elevado de morbilidad y mortalidad (16).

En la actualidad es de conocimiento general de salud pública el efecto nocivo que tiene la labor de cuidado sobre la salud y la calidad de vida en el cuidador informal. Las desigualdades de género, en las personas que cuidan a otras, podrían ser el reflejo de la tendencia observada en la población general, donde las mujeres refieren una mayor prevalencia de problemas de salud que los hombres. Además, las personas cuidadoras difieren en otros aspectos que afectan su salud: generalmente son más entradas en años, no tienen empleo remunerado y económicamente pertenecen a los grupos menos favorecidos. Estas diferencias también provocan desigualdades en salud. Así, los cuidadores y cuidadoras con dificultades económicas presentan menos bienestar y más riesgo de depresión. El trabajo remunerado puede ser un indicador de estatus social y de mejor posición económica en muchas mujeres, y el papel de cuidador entraña un riesgo de pérdida del empleo o de dificultad de acceder a uno (16).

A menudo, los cuidadores de los envejecientes generan síntomas de cansancio psicológico manifestados a través de diversos síntomas físicos. También se ha observado la existencia de pluripatología médica en el cuidador, fundamentalmente, de tipo osteoarticular. Hasta un 32% de los cuidadores puede llegar a manifestar malestar psíquico en escalas de ansiedad y depresión, lo cual se ve traducido en la toma de ansiolíticos y antidepresivos documentada en cuidadores (17).

Prácticamente, todas las investigaciones, actualmente, reportan elevados niveles de ansiedad y depresión, ya sea a nivel de sintomatología o de trastorno mental específico. En el caso de la enfermedad mental del cuidador, se ha vinculado su presencia y aparición con los problemas de conducta presentes en el paciente a su cargo, el nivel de ingreso económico, el estrés percibido y el nivel de satisfacción personal respecto de su vida. Existe evidencia también para relacionar el cuidado informal con la morbilidad física, manifestada en aspectos como la salud auto concebida, número de padecimientos, sintomatología, utilización de servicios de salud, conductas de autocuidado y funcionamiento cardiovascular. Para estas variables físicas se han relacionado aspectos del paciente que involucran su conducta y estado cognitivo, la depresión y la falta de apoyo externo (10).

Algunas circunstancias de la relación entre el paciente y el cuidador tienen asociación con el desarrollo de patologías en el cuidador. Por ejemplo, el parentesco es importante a la hora de determinar la incidencia de enfermedades en éste, por lo que ser madre o padre del paciente se asocia, de forma significativa, a mayor morbilidad psiquiátrica. Otro ejemplo lo constituye la cantidad de personas que habitan en el hogar, variable que se relaciona de manera proporcional en el orden de que un mayor número de personas que cohabitan en el mismo hogar se asocia mayor morbilidad. La repercusión que el hecho de prestar cuidados a un familiar con esquizofrenia tiene sobre el estado de salud psíquica del familiar, disminuye con el tiempo, demostrando así que es un proceso lento, que con el tiempo se desarrolla el duelo adecuado, se conoce mejor la enfermedad y se fortalecen los recursos para manejarla, independientemente del estado clínico del paciente (10).

Es muy común que los cuidadores no estén atentos a su autocuidado, a modo de ejemplo, no duermen lo suficiente, se alimentan de forma inadecuada, realizan escaso ejercicio físico, abusan del tabaco o alcohol, no realizan la vacunación en caso de precisarlo, se automedican e incumplen los tratamientos médicos.

La salud mental está sistemáticamente más afectada que la salud física en los cuidadores primarios, sobre todo en los familiares. Se puede observar que en un 54% de los cuidadores primarios se detectan problemas importantes de ansiedad (nerviosismo, angustia, tensión, y estrés) y a medida que avanza la enfermedad, puede desembocar en una depresión (hasta en un 28% de los cuidadores). Por todo ello, está acreditado que para ninguna persona es fácil enfrentarse a los cuidados que precisa el enfermo dependiente que tenga a su cargo y en ningún caso, le es posible continuar con su vida cotidiana. Incluso para las personas que manejan la situación de una manera optimista y positiva, es preciso que se conciencien de que van a tener que realizar muchas renunciaciones y dedicar gran cantidad de su tiempo y esfuerzo a la absorbente actividad que conlleva hacerse cargo de una persona en esas condiciones. Con una adecuada planificación que sea meticulosa, organizando las ayudas que puedan dispensar otros miembros de la familia, extremar el autocuidado y disponer de los recursos sociosanitarios disponibles a los que se puedan acoger, la tarea de cuidar será más llevadera. Mejorará su rendimiento como cuidador, optimizando el tiempo dedicado a la atención al enfermo y consiguiendo mayor confort para la persona a su cargo con lo que posibilitará que permanezca más tiempo en su hogar, sin que ello suponga un lastre para toda la familia y para el que pueda poner en peligro la normal convivencia.

Recomendaciones para evitar Burnout

1. **Establece tus límites:** No te excedas hasta llegar al agotamiento para cumplir con tus labores. Recuerda, que tu mente y tu cuerpo tienen un límite y hay que respetarlo para que no te enfermes.
2. **Acepta la ayuda.** Prepara una lista de lo que pueden hacer otros para ayudarte y deja que la otra persona elija qué hacer. Por ejemplo, un amigo puede ofrecerse para llevar de paseo a la persona que cuidas un par de veces por semana. O un amigo o un familiar puede hacer un trámite por ti, recoger alimentos o cocinar.
3. **Concéntrate en lo que puedas proporcionar.** Es normal que a veces sientas culpa, pero debes entender que nadie es el cuidador "perfecto". Confía en que estás haciendo lo mejor que puedes y tomando las mejores decisiones que puedes en todo momento.
4. **Fíjate objetivos realistas.** Divide las tareas grandes en pasos pequeños que puedas hacer de a uno. Prioriza, crea listas y establece una rutina diaria. Comienza a decir que no a pedidos desgastantes, como preparar comidas para las fiestas.
5. **Conéctate.** Busca recursos de cuidado en tu comunidad. Muchas comunidades tienen clases que son específicas sobre la enfermedad que tiene tu ser querido. Puede haber servicios de cuidado disponibles, como transporte, entrega de comida a domicilio o limpieza del hogar.
6. **Únete a un grupo de apoyo.** Un grupo de apoyo puede proporcionar validación y aliento, además de estrategias para resolver problemas en situaciones difíciles. Las personas que participan de los grupos de apoyo comprenden lo que estás atravesando. Un grupo de apoyo también puede ser un buen lugar para que surjan amistades importantes.
7. **Busca apoyo social.** Haz es el esfuerzo de mantener la conexión con familiares y amigos que te brinden apoyo emocional sin juzgarte. Destina algo de tiempo cada semana para conectar, aunque sea solo caminar con un amigo.
8. **Fíjate metas de salud personales.** Por ejemplo, fíjate la meta de establecer una buena rutina del sueño, encuentra el tiempo para hacer actividad física la mayoría de los días de la semana, sigue una dieta saludable y bebe mucha agua. Muchos cuidadores tienen problemas para dormir. No dormir bien durante un período prolongado puede generar problemas de salud. Si tienes problemas para dormir bien de noche, habla con tu médico.
9. **Visita al médico.** Recibe las vacunas recomendadas y hazte pruebas de detección. Asegúrate de contarle a tu médico que eres cuidador. No dudes en mencionar cualquier inquietud o síntoma que tengas.
10. **Haz pausas activas:** Estas deben realizarse una o dos veces durante el día, ojalá guiadas por un profesional que indique los ejercicios adecuados, de acuerdo con la actividad que realices.
11. **Tu tiempo libre es tuyo:** Realiza actividades diferentes que rompan con la rutina de la casa. Es una acción sanadora que permite dedicarte el tiempo que te mereces

Contextualización

Este estudio fue realizado en las salas de internamiento del servicio de Geriatría Hospital General Doctor Vinicio Calventi en el periodo octubre 2020 a febrero 2021, ubicado en el municipio de los Alcarrizos tiene una demarcación perimetral muy amplia, se dice que su extensión territorial abarca unas 620 Hectáreas. Posee diferentes sectores o barrios con una gran población.

Está en la Provincia Santo Domingo Oeste, sus límites son: al Norte se extiende hasta el Km. 18 de la autopista Duarte (Cerinca, Fábrica de Acero, Barrio Los Cerros y Las glorias), Al Sur sus límites llegan hasta el Km. 13 de La Autopista Duarte, al Este lo limita el Río Isabela y Arrollo Manzano, al Oeste el Río Haina y Sector Mano guayabo. La construcción del Hospital data de más diez años previos a su inauguración, por lo que se estima que su diseño estructural obedece a las necesidades y conceptos de un hospital de los años 1980. Su nombre es en honor al destacado Médico Dr. José Vinicio Calventi Gaviño, Ginecólogo-Obstetra y Maestro de la Medicina.

Este hospital dispone de 140 camas hábiles, unidad de hemodiálisis, laboratorio clínico, departamento de imágenes, Odontología, Unidad de Cuidados Intensivos con capacidad para 7 camas y 35 consultorios para las diferentes especialidades tales como: Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología y Diabetología, Nefrología, Neumología, Neurología, Hematología, Oftalmología, Urología, Cirugía General, Coloproctología, Cirugía Oncológica, Gineco-Obstetricia, Ginecología Oncológica, Planificación Familiar, Pediatría, Perinatología, Cardiología Pediátrica, Ortopedia y Traumatología, Salud Mental (Psiquiatría y Psicología), Otorrinolaringología, Geriatría, Nutrición, Medicina Familiar, Odontología, Terapia Física y Rehabilitación, Dermatología, Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía, Servicio de Atención Integral, Gastroenterología y otras.

Es de resaltar que en sus inicios el Hospital General “Dr. Vinicio Calventi”, pertenecía directamente al Ministerio de Salud Pública, hasta Febrero del 2008, cuando pasa a ser un Hospital Descentralizado, aunque manteniéndose bajo las directrices del Ministerio de Salud Pública y actualmente del Servicio Nacional de Salud.

A raíz de los esfuerzos realizados por los Doctores Español, Reyes Paulino, Tabaré de los Santos y Maribel Nova, se inician en el año 2008 los programas de residencias médicas en este centro de las especialidades de Geriatría y Medicina Familiar y Comunitaria avaladas por la Universidad Iberoamericana (UNIBE), siendo la primera graduación en el año 2010 del programa de la residencia de Geriatría y la primera de medicina familiar y comunitaria se celebró en el año 2012, los primeros coordinadores de dichas residencias fueron el Dr. Tabaré de los Santos y la Dra. Maribel Nova.

Cuenta con 2 residencias médicas en Geriátría y en Medicina Familiar y Comunitaria con rotaciones de médicos residentes de Cirugía General, Ortopedia, Anestesiología, Gineco-Obstetricia y Pediatría de otros hospitales docentes, así como médicos internos de diferentes universidades.

El Hospital General Doctor Vinicio Calventi, fue inaugurado el 15 de julio del 2007, siendo su primer director el Dr. José Alfredo Español Yapor, desde el día de su inauguración hasta el año 2011, sustituido por la Dra. Juana Peña Rivera, quien permanece en el cargo hasta octubre 2012, relevada por el Dr. José Alberto Díaz Paulino, el cual estuvo desempeñando dicha función hasta Octubre 2014, cuando es sustituido por Dr. Marcelo Antonio Puello Vales, este a su vez fue sustituido por el Dr. José Alfredo Español Yapor en Enero del 2017 el cual fue relevado por Director, el Dr. Orlando Vargas Almonte, 14 de mayo de 2018 Y sale de la institución el 7 de enero del 2020, siendo intervenido por la dirección por la dirección del servicio nacional de salud (SNS) el cual fue relevado por el Lic. Chanel Rosa Chupany, asumiendo el 29 de abril 2020 el Dr. Pedro Guillermo Rojas, relevado por el actual director Dr. José Pichardo, el 7 de octubre del 2020.

Diseño Metodológico

Tipo Estudio

Se presenta un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal con los pacientes que se ingresaron en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Sexo	Condiciones orgánicas que determinan el ser humano como hombre o mujer.	Género de la persona.	Cualitativa Nominal • Femenino • Masculino
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento hasta la actualidad.	Número de años cumplidos.	Cuantitativa Continua • 20-29 • 30-39 • 40-49 • 50-59 • 60-69 • >70
Parentesco	Vínculo por consanguinidad, afinidad, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Relación afectiva	Cualitativa Nominal • Esposa/o • Hijo/a • Hermano/a • Nuera/o • Nieto/a • Otro
Localización	Ubicación de una persona, cosa u objeto en un espacio.	Área del hospital donde está ingresado el paciente.	Cualitativa Nominal • Emergencia • Ortopedia • Cirugía General
Sobrecarga	Grado en que	Entrevista	• Cualitativa Nominal

	proporcionan l cuidado y perciben su salud, vida social, personal, y económica cambian por la sobrecarga	de Zarit	- Grado de carga de acuerdo a Zarit: 1) Ausencia de sobrecarga 22-46. 2) Sobrecarga ligera 47-55. 3) Sobrecarga intensa: 56-110.
Tiempo	Período determinado durante el que se realiza una acción	Tiempo de cuidado al paciente	Cuantitativa Nominal
Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad	Diagnóstico de ingreso del paciente	Cualitativa Nominal

Métodos:

La recolección de los datos se realizará mediante la aplicación de la Escala de Zarit, al cuidador directo de los pacientes ingresados en el centro.

Técnicas:

Entrevista directa al cuidador en un espacio privado que de confianza al mismo, con la aplicación de la Escala de Zarit.

Procedimientos:

Para esta etapa del estudio se aplicará la escala de Zarit a cada cuidador directo, dicha escala más adelante proporcionará los datos que permitirán obtener las respuestas preguntas antes mencionada en el planteamiento del problema.

Aspectos Éticos de la Investigación

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. Se proporcionó información acerca del estudio a los cuidadores primarios; los sujetos que aceptaron participar en el estudio se les solicitó firmar la hoja de consentimiento informado, informándole que pueden decidir no participar, si así lo desean sin ningún tipo de penalidad al igual que retirarse en cualquier momento del proceso.

Además de dar plena garantía a las autoridades del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, asegurando que la información recolectada sea manejada bajo estricta discreción, así como de mantener en secreto la integridad de los pacientes, mediante formularios sin que en este se coloquen los datos personales de cada paciente entrevistado, se dio previo a la ejecución de la investigación, se contó con el consentimiento informado de los pacientes con vista a garantizar los derechos de las personas objeto de estudio, este consentimiento fue verbal, escrito, comprendido y competente desde el punto de vista legal y voluntario.

Universo

Todos los cuidadores primarios de todos los pacientes ingresados en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, Octubre 2020- Febrero 2021.

Población

Todos los cuidadores primarios de los pacientes ingresados en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, Octubre 2020- Febrero 2021.

Variables

Independientes:

1. Sexo
2. Edad

Dependientes:

3. Parentesco
4. Especialidad
5. Sobrecarga
6. Tiempo
7. Diagnóstico

Criterios de Inclusión

- Cuidador primario del paciente ingresado.
- Paciente con más de 3 días de ingreso en el centro.

Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos.

Luego de contar con la aprobación del tema de investigación por comité de ética de la universidad iberoamericana UNIBE y del Consejo de Enseñanza del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, se procederá a la identificación de los cuidadores primarios de los pacientes ingresados en el centro durante el periodo octubre 2020 - febrero 2021 para la aplicación de la escala y posteriormente se tabularán los datos obtenidos para dar respuesta a la problemática que nos planteamos.

Plan de análisis

Los datos obtenidos serán procesados mediante un computador electrónico, siendo analizados por un programa llamado Excel. Los resultados obtenidos serán analizados, comparados y sometidos a prueba de significación estadística siendo presentada de forma escrita, en cuadros y gráficos.

Resultados

En el presente trabajo de investigación sobre la presencia del síndrome del cuidador quemado en los familiares de los pacientes ingresados en el hospital Dr. Vinicio Calventi, pudimos constatar que el sexo más frecuente de manera general que hace el papel de cuidador primario es el femenino como se muestra en la tabla número 1, con un total de 58 femeninas contra 11 correspondiente a los masculinos; esto coincide con el estudio realizado en el año 2014 que buscaba establecer la sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con enfermedad neurodegenerativa donde predominaron las mujeres como cuidadores primarios. Dentro de las femeninas juegan un mayor rol de cuidadoras las hijas con un total de 32 hijas, seguidas por 21 mujeres correspondientes a esposas, esto contrario en el estudio mencionado anteriormente en donde el rol principal lo desarrollaron las esposas; también hubo 7 nietas, y encontramos un total de 4 vecinas representando el papel de cuidadoras.

Con respecto a los pacientes encontramos que el sexo que con mayor frecuencia amerito ingreso fue el sexo femenino para un total de 41 femeninas y un total de 28 masculinos.

Cuando se evalúa el rango de edad más frecuente entre los cuidadores principales, se evidencio que la edad promedio mayor es entre los 51-70 años de edad, seguido del rango comprendido entre los 31-50 años. Esto no coincide con el estudio realizado por la Dra. Janeth Bello, donde se obtuvo que el mayor rango de edad entre cuidadores primarios fue de 31-45 años de edad, predominantemente femeninas.

Los pacientes envejecientes con frecuencia presentan más de una enfermedad que les aqueja, lo que se refleja en la mayoría de los estudios realizados. En este caso tenemos como patología principal la Hipertensión Arterial Sistémica, un total de 63 pacientes de los 69 ingresados son hipertensos. Seguidos de la Diabetes Mellitus 2 con total de 23 pacientes. 16 presentaron demencia por diferentes causas, algunos no tratados, 9 tenían historia de Evento Vascular Cerebral y 8 Cardiopatía Isquémica.

Por último, sobre la base de este trabajo se encontró que la mayoría de los pacientes se encuentran con sobrecarga ligera como cuidadores principales, para un total de 33 personas; 27 muestran ausencia de sobre carga y un total de 9 pacientes tiene sobrecarga intensa. Lo que demuestra que el cuidado por largo tiempo de una persona dependiente, sobre todo cuando solo hay una persona involucrada conlleva con el tiempo a la presentación del agotamiento por sobrecarga, esto repercute en el cuidado del paciente.

Tabla 1. Sexo más frecuente como cuidador primario

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	11	15.9
Femenino	58	84.1
Total	69	100.0

Tabla 2. Parentesco de los cuidadores

Parentesco	Frecuencia	%
Hijo/a	32	46.4
Vecino/a	4	5.8
Espos/a	21	30.4
Hermano/a	2	2.9
Nieto/a	7	10.1
Sobrin/a	3	4.3
Total	69	100.0

Tabla 3. Rango de edad de los cuidadores

Edad	Frecuencia	%
18-30	7	10.1
31-50	21	30.4
51-70	41	59.4
Total	69	100.0

Tabla 4. Sexo más frecuentemente ingresado

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	28	40.6
Femenino	41	59.4
Total	69	100.0

Tabla 5. Patologías más frecuentes

Enfermedades	Frecuencia	%
HTA	64	92.8
EVC	5	7.2
DM2	27	39.1
CI	8	11.6
Demencia	16	23.2

Tabla 6. Sobrecarga de los cuidadores

Nivel de sobrecarga	Frecuencia	%
Ausencia	33	47.8
Ligero	27	39.1
Intenso	9	13.0
Total	69	100.0

Conclusión y Recomendaciones

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que el envejecimiento poblacional es una transición difícil porque tiene repercusiones en todas las etapas de la vida humana, influye en la composición, en las modalidades de convivencia familiar, la salud y bienestar de los cuidadores. Estos últimos toman importancia como cuidador familiar por ser la persona encomendada a cubrir las necesidades básicas y psicosociales del anciano, aquel que lo supervisa en sus acciones cotidianas domiciliarias y suele ser alguien con algún parentesco familiar, se refiere al mismo como cuidador informal porque carece de la preparación formal para realizar las actividades del cuidado del adulto mayor. Es justo esto lo que motiva la realización de este trabajo, donde podemos identificar el grado de sobrecarga que puede tener el cuidador primario del paciente, lo que nos permite administrar herramientas para la ayuda del cuidador lo que ayudara en última instancia al paciente.

Como se muestra en la discusión, los cuidadores primarios de los pacientes en este trabajo son familiares cercanos, en su mayoría mujeres, encontrándose un grado de sobrecarga ligero en un 39%, cabe destacar en este sentido que muchos de los cuidadores se encuentran en la fase de dualidad del síndrome del cuidador donde sienten culpabilidad por sentir cansancio por el cuidado de un ser querido, motivo por el que en algunos casos no se obtiene una respuesta honesta, pues lo que expresan es querer que su paciente sea feliz. Lo que hace que tome más importancia dar a conocer la presencia de este síndrome para poder detectarlo y tratarlo a tiempo. No reciben apoyo de ningún tipo, ni económico, emocional, psicológico o social. De aquí derivan las siguientes recomendaciones:

Al Consejo Nacional de la persona Envejeciente (CONAPE):

- Implementación de programas preventivos de carácter social para la construcción de áreas de cuidados al adulto mayor como ayuda al cuidador primario, en donde además se brinden herramientas para mejorar su labor.
- Creación de programas para formar al cuidador primario con el objetivo de facilitar su trabajo como cuidador primario.

Al Servicio de Geriátría del Hospital General Dr. Vinicio Calventi:

- Creación de grupos de apoyo en la comunidad donde se concientice sobre la solicitud de ayuda con nuestros pacientes, la importancia de fijarse objetivos que podamos lograr y sobre la concientización de lo que podemos proporcionar.
- Promover las visitas de los cuidadores al médico desde la consulta de Geriátría.
- Capacitación de los familiares a través de las visitas domiciliarias que realiza el servicio de Geriatria.

Bibliografía

1. Villamar RC. Presencia del síndrome del cuidador en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG. 2014. pdf (accessed 3 marzo 2018).
2. Díaz G. Nivel de sobrecarga en los cuidadores informales primarios de adultos mayores hospitalizados. Junio 2014. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66105> (accessed 28 febrero 2018)
3. Leal, M.; et al. Valoración de la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr* 36 (2); 63-69. 2008.
4. Carlin, Maicon; Garcés de los Fayos Ruiz, Enrique J. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo *Anales de Psicología*, vol. 26, núm. 1, enero, 2010, pp. 169-180
5. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Serie. Recursos humanos para la salud No. 59. Washington, D. C: OPS; 2012 [consultado 12 Jul 2013].
6. Domínguez-Segura N, Gómez-Caballo R, López-Quintana R, et al. El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(1):15-20.
7. Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, Sánchez Colodrón. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología* 1998, vol. 14, No 2, 229-248
8. Hernández, Mariano. Dimensión clínica y humana de la atención psiquiátrica. Trastorno bipolar. Editorial Ars Médica, España; 2018. 77p.
9. Dejo, Mariela. Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad mental crónica. *Avances en Psicología latinoamericana /Bogotá (Colombia)*. Vol 25 (1):64-71. 2017.
10. Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, Sánchez Colodrón. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología* 2018, vol. 14, No 2, 229-248.
11. Leal, M.; et al. Valoración de la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr* 36 (2); 63-69. 2018.
12. Cuijperes, P.; Stam, H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services* 51 (3):375-379, 2020.
13. Palacios-Espinosa, X.; Liménez-Solanilla, K. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología Latinoamericana/Bogotá* 26(2); pp 195-210. Colombia. 2018.
14. Artaso, B; et al. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadores familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontolo* 2017; 38(4):212-218.

15. Harvey, K.; et al. The effect of intensive case management on the relatives of patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 53(12):1580-1585, 2018.
16. López García EP. Puesta al día: cuidador informal. *Rev Enferm CyL*. 2016; 8 (1): 71-7. [[Links](#)]
17. Larrañaga, I; et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* vol.22 no.5 Barcelona set./oct. 2018.
18. Morris, R.; et al. Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *Br J of Psychiatry* 153, 147-156. 2019.
19. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*. 2019;282: 2215-2219.
20. Seira, M.; et al. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural *Rev. Esp. Salud Pública* v.76 n.6. Madrid nov-dic. 2002
21. Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 Mayo [citado 2019 Dec 26]; 137(5): 657-665. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Dra. Katuska Padilla y la Dra. Pamela Tejada, Residentes de 4to años de Geriátrica, abalado por la Universidad Iberoamericana. La meta de este estudio es Determinar la Prevalencia del Síndrome del Cuidador Quemado. Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su nombre solo figurará en este consentimiento mas no en cuestionario. Por lo tanto las respuestas en la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por las Dras. Katuska Padilla y Pamela Tejada. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _Determinar la Prevalencia del Síndrome del Cuidador Quemado en los cuidadores de los pacientes ingresados en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Katuska Padilla o Pamela Tejada a los teléfonos 829-559-8431 – 829-758-5220 respectivamente.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Instrumento de recolección de datos:



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA UNIBE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

Escala de carga del cuidador de Zarit

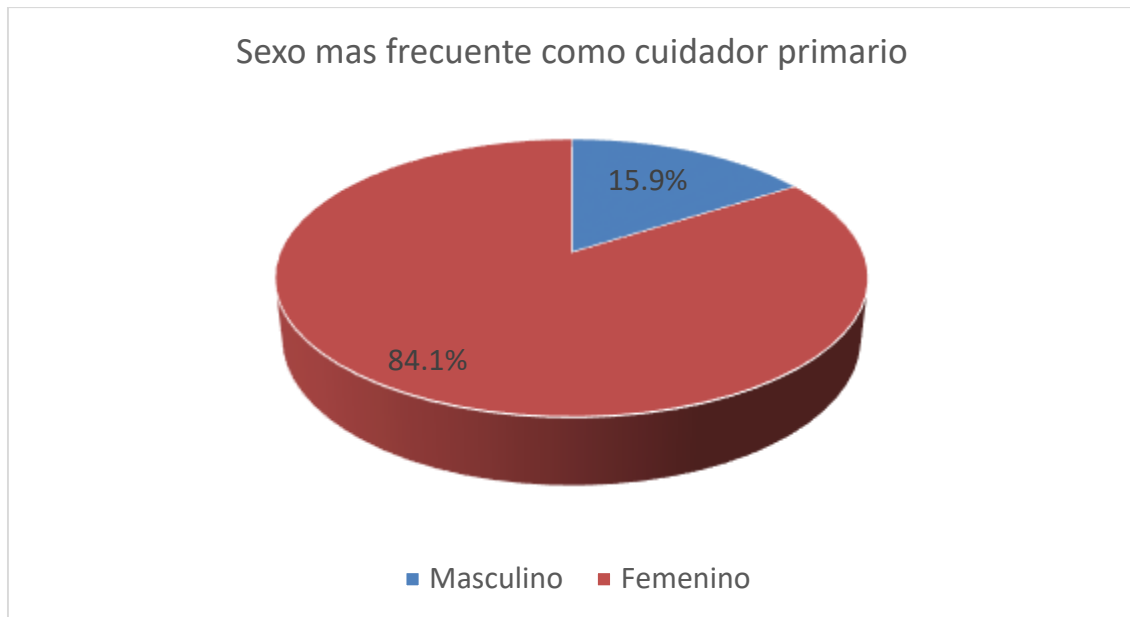
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener	

	que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

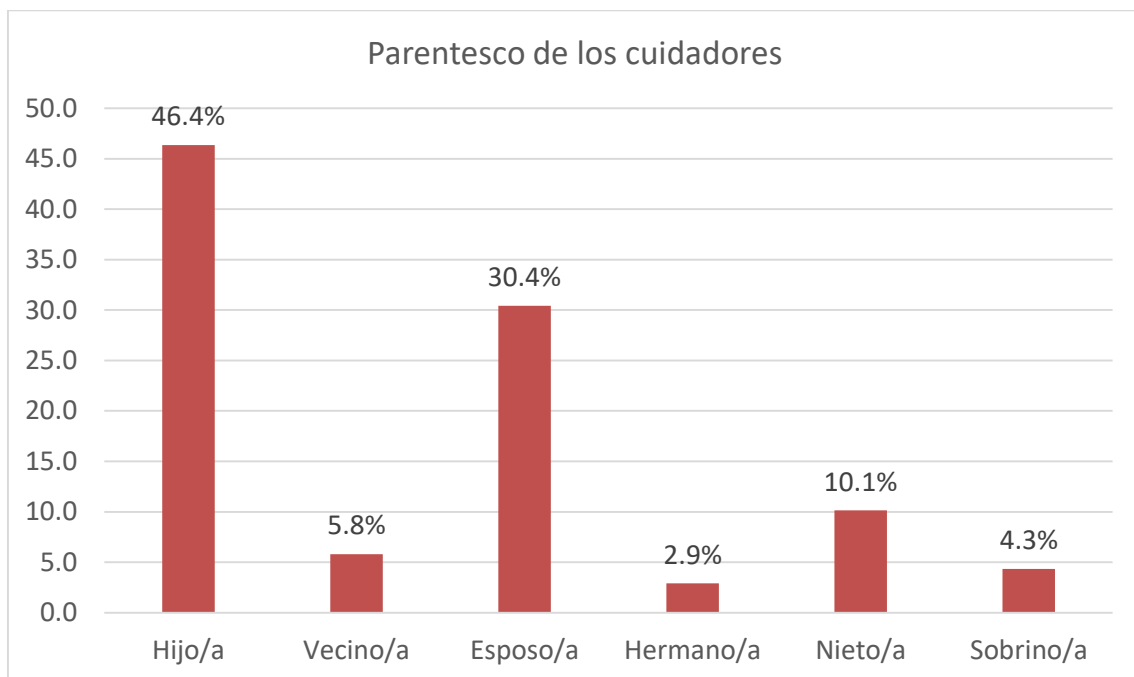
Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Graficas

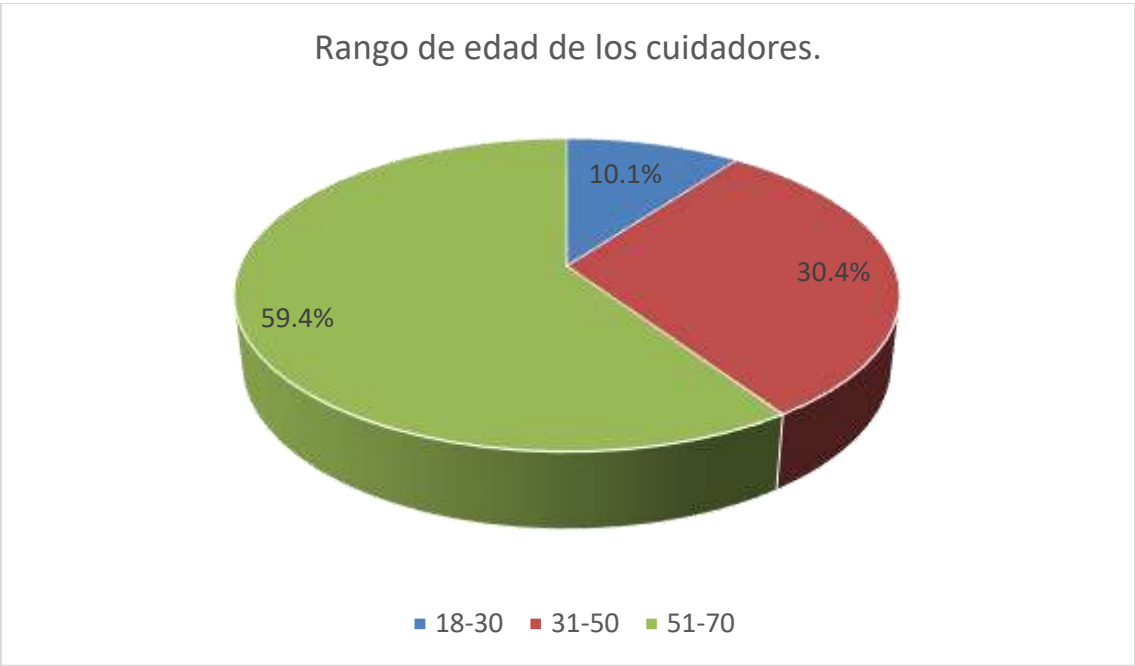
Grafica 1



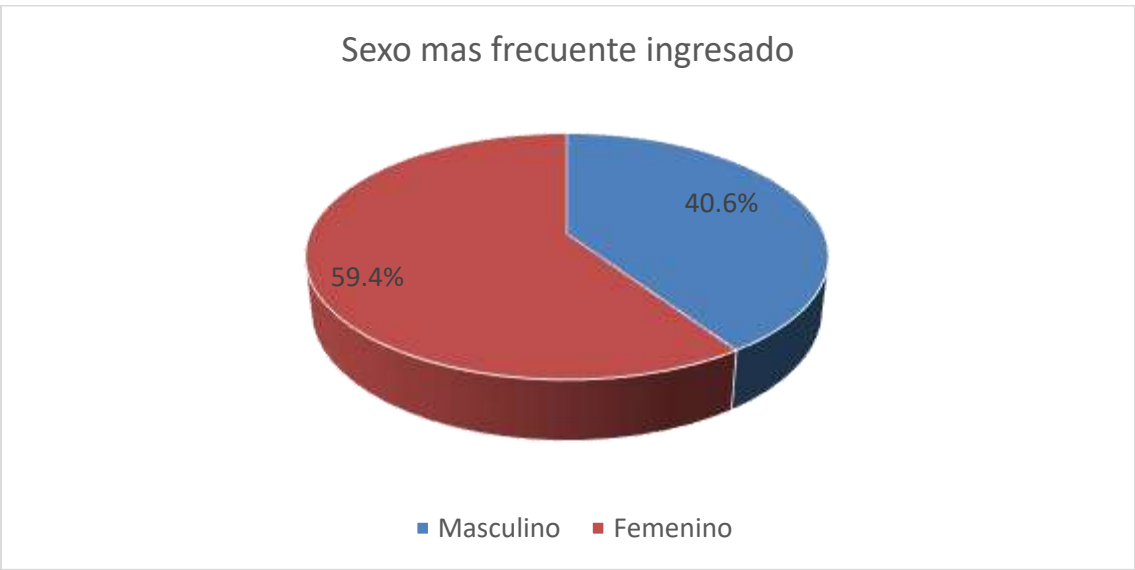
Grafica 2



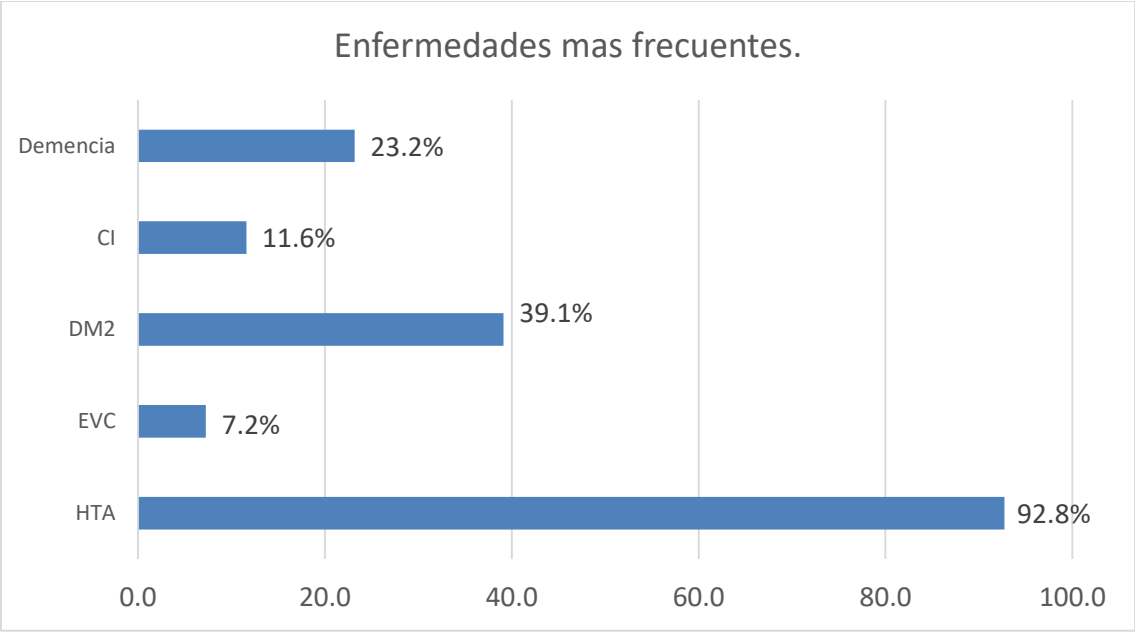
Grafica 3



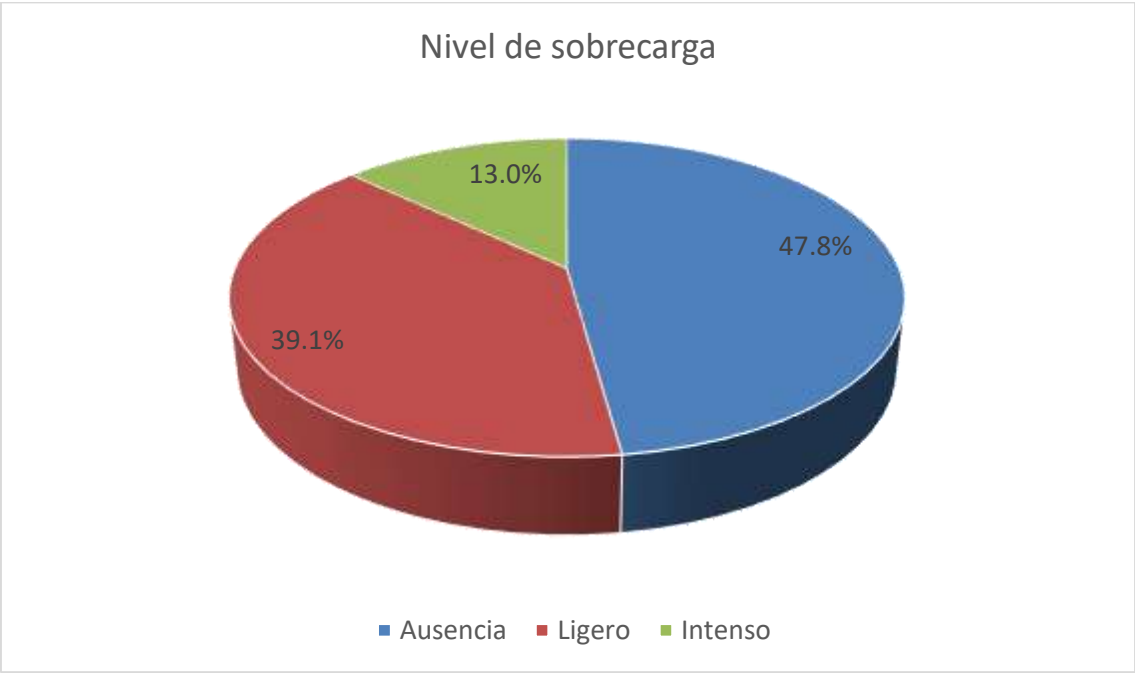
Grafica 4



Grafica 5



Grafica 6



Presupuesto

Insumos	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Impresión	141pgs.	\$ 10/15	\$ 1,680.00
Encuadernación	3	\$ 300	\$ 900.00
Refrigerio	15	\$ 200	\$ 3,000.00
Total			\$ 5,580.00

Cronograma

Variables	Tiempo 2020-2021
Selección del tema	Octubre 2020
Búsqueda de Referencia	Octubre –noviembre 2020
Elaboración del anteproyecto	Noviembre 2020 – diciembre 2021
Sometimiento y aprobación	Enero 2022- febrero 2022
Realización de encuesta y aplicación de escalas	Octubre 2020 – febrero 2021
Tabulación y análisis de Información	Marzo – Abril 2021
Redacción de Informe	Abril 2021
Revisión de Informe	Mayo 2023
Encuadernación	Mayo 2023
Presentación	

Mapa

