

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO
INSTITUCIONAL EN CENTROS GERIÁTRICOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ-
COLOMBIA EN EL SEGUNDO PERIODO DE 2016**

**NATALIA ANDREA LEÓN LOZANO
CARLOS GABRIEL NAZATE MOGOLLÓN**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE MEDICINA
HUMANA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
BOGOTÁ
2016**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO
INSTITUCIONAL EN CENTROS GERIÁTRICOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ-
COLOMBIA EN EL SEGUNDO PERIODO DE 2016**

**NATALIA ANDREA LEÓN LOZANO
CARLOS GABRIEL NAZATE MOGOLLÓN**

Trabajo de investigación

**FERNANDO QUINTERO BOHORQUEZ
*MÉDICO CIRUJANO Y AUDITOR MEDICO
ASESOR CIENTIFICO***

**MARLLY YANETH ROJAS ORTIZ
*BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICO
ASESORA METODOLÓGICA***

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE MEDICINA
HUMANA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
BOGOTÁ
2016**

**ACEPTACIÓN TRABAJO DE INVESTIGACION
NOTA DE ACEPTACIÓN**

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

BOGOTA D.C, NOVIEMBRE 2016

DEDICATORIA

A Dios

Por habernos permitido llegar a decimo semestre y habernos proporcionado inteligencia, fuerzas y salud para lograr los objetivos propuestos.

A Nuestros Padres

Por proporcionarnos apoyo en todo momento, por conocimientos impartidos y sobre todos sus valores y principios, por la motivación constante y por enseñarnos las herramientas para salir adelante.

A Nuestros docentes

Por su gran apoyo y motivación diaria para la culminación del semestre y por la elaboración de este trabajo de investigación, siempre pensando en impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional y como seres humanos.

A Nuestra Alma Mater

Por permitirnos ser parte de su comunidad de estudiantes y proveernos de las herramientas necesarias para nuestra formación como profesionales en el área de la salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres: Emel y Consuelo por apoyarme siempre en todo momento sea de felicidad o de adversidad, ya que nunca desfallecieron, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener educación en el transcurso de mi vida. También a mis hermanos Juan y Miguel por ser parte de mi vida y por ser ejemplo como profesionales. A Gabriel por el apoyo en todos estos años y ser un excelente compañero de trabajo de investigación.

Natalia León.

Agradezco a mis padres Alberto y Rosa quienes desde precolar me han inculcado los valores y principios necesarios para ser un profesional pero sobre todo una buena persona, dedicada, perseverante y responsable. Por apoyarme en todos los objetivos y metas propuestas y aún más por nunca desfallecer ante las adversidades presentadas; por último quiero agradecerle a Natalia por el tiempo que hemos compartido, por ser una excelente estudiante y por la entrega para la realización de este trabajo.

Gabriel Nazate.

Agradecemos de forma especial al Doctor Fernando Quintero Bohórquez, no solo por el apoyo y tiempo dedicado sino también por aceptar ser nuestro asesor científico además de la perseverancia en la búsqueda de los centros geriátricos para ayudar a la comunidad; A la Profesora Marilly Rojas quien no solo fue nuestra asesora metodológica sino también por impartirnos sus conocimientos en cada clase; al Doctor Elkin Higuera por sus asesorías sobre estadística y por sus recomendaciones para este trabajo y a las profesoras Lina Mahecha y Luz Dary Mejía por las asesorías oportunas para complementar este trabajo.

A los centros geriátricos de Bogotá, Cajicá y Tenjo que nos abrieron sus puertas de la manera más respetuosa y con un gran interés sobre el trabajo de investigación.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3. JUSTIFICACIÓN
4. OBJETIVOS
5. MARCO TEORICO
 - 5.1 INTRODUCCION
 - 5.2 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA
 - 5.2.1 Envejecimiento a nivel mundial
 - 5.2.2 Envejecimiento en Colombia
 - 5.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS
 - 5.3.1 Enfermedades crónicas a nivel mundial
 - 5.3.2 Enfermedades crónicas en las Américas
 - 5.3.3 Enfermedades crónicas en Colombia
 - 5.3.4 Enfermedades no transmisibles: plan decenal de salud y objetivos del milenio.
 - 5.4 EL ADULTO MAYOR COMO PERSONA VULNERABLE, EVOLUCION DE ATENCION Y NORMATIVIDAD
 - 5.4.1 Adulto mayor como persona vulnerable
 - 5.4.2 Adulto mayor en Colombia y hogares geriátricos
 - 5.4.3 Historia de la evolución del enfoque de atención a los adultos en Colombia
 - 5.4.4 Normatividad del cuidado del adulto mayor
 - 5.5 HOGARES GERIÁTRICOS: DEFINICION, CLASIFICACIÓN Y NORMATIVIDAD EN COLOMBIA

5.6 CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR

5.6.1 Definición Y Clasificación Del Cuidador Del Adulto Mayor

5.6.2 Normativa Del Auxiliar De Enfermería Como Prestador De Servicios De Salud

5.7 SOBRECARGA LABORAL

5.8 SINDROME DE BURNOUT

5.8.1 Historia

5.8.2 Definición

5.8.3 Factores de riesgo

5.8.4 Fisiopatología

5.8.5 Diagnostico

5.8.6 Tratamiento Y Estrategias De Prevención

5.8.7 Complicaciones

6. METODOLOGÍA

7. RESULTADOS

8. DISCUSIÓN

9. CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

LISTA DE SIGLAS

OMS. Organización mundial de la salud

MBI. Maslach Burnout Inventory

DANE. Departamento administrativo nacional de estadística

PDSP. Plan decenal de salud pública

RIPS. Registros individuales de presentación de servicios de salud

INS. Instituto nacional de salud

PND. Plan nacional de desarrollo

ISS. Instituto colombiano de los seguros sociales

SCC. Sobrecarga del cuidador

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1 Puntos de corte para el diagnóstico del síndrome de Burnout.....	46
Tabla N°2 Variables.....	52
Tabla N°3 Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por centro geriátrico.....	64
Tabla N°4. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por profesión.....	66

LISTA DE GRAFICAS

Grafica N°1. Población Colombiana total según sexo y tendencia.....	23
Grafica N°2. Pirámide de población 1985, 2005, 2010 y 2020.....	24
Grafica N°3. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su edad.....	55
5Grafica N°4. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su profesión.....	56
Grafica N°5. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout en Bogotá.....	57
Grafica N°6. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por edad.....	58
Grafica N°7. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por género masculino.....	59
Grafica N°8. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por género femenino.....	60
Grafica N°9. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por estado civil.....	61
Grafica N°10. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por experiencia en años.	62
Grafica N°11. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por número de pacientes a cargo.	63

LISTA DE ANEXOS

Anexo N°1. Consentimiento informado.....	82
Anexo N°2. Cuestionario de variables sociodemográficas y escala de Maslach Burnout Inventoy	83

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO INSTITUCIONAL EN CENTROS GERIÁTRICOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CAJICA Y TENJO– COLOMBIA EN EL SEGUNDO PERIODO DE 2016 ¹

Fernando Quintero Bohórquez²
Marlly Yaneth Rojas Ortiz⁴

Natalia Andrea León Lozano ³
Carlos Gabriel Nazate Mogollón ⁵

RESUMEN

El síndrome de Burnout es una enfermedad que se origina como respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por la despersonalización, el cansancio emocional y la baja realización personal; los cuales tienen un impacto negativos en los aspectos laborales, sociales y personales del paciente. El objetivo principal de este trabajo es determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los cuidadores primarios institucionales de centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia. Se presenta a continuación un estudio descriptivo de corte transversal; se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Se analizaron 51 cuestionarios correspondientes a 10 hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá, la población estudiada estuvo constituida por 46 mujeres (90,2%) y 5 hombres (9.8%), con edad promedio de 36.9 años, estado civil predominante soltero (32,7%), la profesión destacada fue auxiliares de enfermería (52,9%), la experiencia laboral en promedio de 6,9 años y número de pacientes a cargo de 17.4 pacientes. La prevalencia del Síndrome de Burnout fue de 1,96% de toda la población en estudio; se realizó la relación de frecuencia de la escala MBI, según los tres constructos (cansancio emocional, despersonalización y percepción personal), donde se evidencia el predominio del puntaje bajo; el puntaje alto se vio reflejado solo en la dimensión de percepción personal. A pesar que la prevalencia no es significativa, puesto que no se cumplían los criterios diagnósticos; las puntuaciones altas en los constructos pueden indicar

¹ Trabajo de investigación.

² Asesor científico, médico cirujano y auditor medico

⁴ Estudiante X semestre, programa de Medicina. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A

⁴ Asesor metodológico, bacterióloga y laboratorista clínico

⁵ Estudiante X semestre, programa de Medicina. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A

la presencia de factores de riesgo para el desarrollo del síndrome, generando la posibilidad latente de estrés laboral y afectando la calidad de vida en los pacientes.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, cuidador primario, Bogotá, centros geriátricos.

PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME IN INSTITUTIONAL PRIMARY CAREGIVERS OF NURSING HOMES IN THE CITY OF BOGOTÁ CAJICÁ AND TENJO- COLOMBIA IN THE SECOND PERIOD OF 2016¹

Fernando Quintero Bohórquez²
Marlly Yaneth Rojas Ortiz⁴

Natalia Andrea León Lozano³
Carlos Gabriel Nazate Mogollón⁵

ABSTRACT

Burnout syndrome is a disease that originates in response to chronic occupational stress, characterized by poor personality, emotional exhaustion and low personal accomplishment; which have a negative impact on laboral, social and personal aspects of the patient. The main objective of this study is to determine the prevalence of Burnout syndrome in institutional primary caregivers of nursing homes in Bogotá Cajicá and Tenjo- Colombia. A descriptive study of cross section is presented below, it was used a sociodemographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory (MBI). There were analyzed 51 questionnaires covering 10 nursing homes in Bogotá, the population was divided by 46 women (90.2%) and 5 men (9.8%), showing a predominance of female gender, with an average age of 36.9 years, dominant marital status single (32.7%), outstanding profession nursing assistants (52.9%), the average working experience is 6.9 years and the number of patients responsible of is 17.4 patients. The prevalence of Burnout syndrome was 1.96%; it was made the frequency ratio by dimensions of the MBI scale, according to the three dimensions (emotional exhaustion, poor personality and personal perception), with the majority of lower scores as a result; the higher score was showed only in the dimension of personal perception. In spite of the stadistics have no relevance due to the unfulfilled the diagnostic criteria, the higher scores of the dimensions might indicate the presence of risk factors to develop this syndrome, increasing the odds of occupational stress and impact the patient quality of life.

Key Words: Burnout syndrome, primary caregivers, Bogotá, Nursing homes

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población en la última década ha venido en aumento, y se considera un fenómeno de tendencia a nivel mundial; el incremento de la población adulta mayor trae consigo consecuencias en todos los entornos de la sociedad; tanto a nivel social, político y económico; las implicaciones del cambio demográfico se ven reflejadas en el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles; patologías que se ven claramente marcadas en el adulto mayor; debido a cambios fisiológicos propios del envejecimiento, las patologías incapacitantes generan mayor demandas de cuidadores tanto familiares como institucionales; generando un grupo poblacional que se expone a factores de riesgo que podrían repercutir en su calidad de vida dado por desgaste físico y emocional o cambios importantes en el estilo de vida. (1)

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 (2); 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; la sobrecarga laboral al ser crónica puede dar como resultado un agotamiento laboral que conlleva a un Síndrome de Burnout que se define como “una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional”. (3)

Este trabajo de investigación pretende describir la prevalencia del síndrome de Burnout del cuidador primario institucional de pacientes mayores con enfermedades crónicas en centros geriátricos, ya que la literatura en este tema es escasa y se

enfoca en la sobrecarga de los cuidadores familiares; el estudio pretende determinar la magnitud de la condición de sobrecarga en el cuidador primario institucional y el papel que predispone su ámbito biopsicosocial en el desarrollo del síndrome.

Nota aclaratoria: El presente documento comparte con el trabajo de investigación: “Prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo – Colombia en el segundo periodo de 2016” y las estudiantes Nataly Herrera y Dayana Pinzón, los siguientes ítems: introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos, marco teórico y metodología; sin embargo el presente estudio da cuenta de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones de la ciudad de Bogotá, por los estudiantes Natalia León y Gabriel Nazate.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años la tasa de mortalidad en el adulto mayor ha venido disminuyendo incrementando este grupo de población y por ende cambiando la pirámide de población, es decir menor población infante y joven y mayor población adulta y adulta mayor, con este cambio las necesidades del adulto mayor se van a incrementar y se puede decir que el aumento en la proporción de adultos mayores a nivel mundial es directamente proporcional a la prevalencia de enfermedades no transmisibles y esto a su vez a la demanda de cuidados asociados a las mismas.

El cuidado en el adulto mayor genera dependencia tanto física como económica para la familia, el rol que asume el familiar como cuidador informal; generalmente sin previa formación en salud, no recibe remuneración económica y por lo cual al tener un elevado grado de compromiso genera un estrés crónico que finaliza en un síndrome de sobrecarga de cuidador informal familiar, abandono del adulto mayor y búsqueda de centros geriátricos especializados en este tipo de cuidado. (4) La literatura ha descrito ampliamente en los últimos años información sobre la sobrecarga en cuidadores familiares, describiendo repercusiones a nivel social, económico y biológico, sin embargo se encuentran pocos estudios que permitan valorar estos aspectos en un cuidador primario institucional; los cuidadores asistenciales de adultos mayores dedican gran parte de tiempo y energía a su labor, ejerciendo una profesión que favorece múltiples condiciones para el desarrollo de un desgaste, estrés y agotamiento laboral. (5)

El siguiente trabajo pretende responder y aportar a la comunidad educativa en base a la siguiente pregunta: ¿Qué tan frecuente es el síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional de los centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo? Es primordial investigar sobre los principales desencadenantes del agotamiento laboral en los cuidadores primarios institucionales ya que la evaluación de esta no es una práctica clínica habitual y tal evaluación permitiría crear estrategias de intervención y prevención de dicho síndrome y llegar a reducir los

factores de riesgo centrando la atención en las necesidades de cada paciente para mejorar su calidad de vida.

3. JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores ha venido en aumento en los últimos años, según la organización mundial de la salud (OMS) para el año 2050 el número de personas mayores de 60 años se abra duplicado, pasando de un 11% calculado en el año 2006 a un 22% estimado, por lo cual aumentarán las enfermedades crónicas no transmisibles impactando así el sector de salud pública. (6)

Las enfermedades crónicas no transmisibles incapacitantes en adultos mayores generan un aumento en la demanda de cuidadores familiares e institucionales repercutiendo así en su calidad de vida dado por incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios en el estilo de vida, (1) usualmente en los hogares colombianos el abandono hacia las población de tercera edad se da por la falta de oportunidad familiar y apego emocional que el núcleo familiar niega debido a sus cambios físicos y emocionales, convirtiéndose en una carga potencial para la familia, además de la falta de capacitación del familiar, por lo cual buscan ayuda asistencial (7) debido a la relación que se encuentra entre el incremento de la población y el aumento de demanda de los centros geriátricos y por ende el aumento de profesionales de salud requeridos para este tipo de asistencia especializada.

El incremento en el número de pacientes con síndrome de Burnout, se ve asociado al aumento de la demanda de cuidado asistencial especializado, este síndrome se define como "una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva al agotamiento emocional, desarrollo de actitudes negativas hacia las personas con las que se labora y aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional"; (3) cualquier individuo que proporcione cuidado al adulto mayor en un centro geriátrico, se encuentra expuesto a factores estresantes y su respuesta a ello determinara el nivel de agotamiento laboral.

Se define como cuidador primario institucional a aquel individuo en el área de la salud con experiencia en cuidado, que provee atención formal del adulto mayor quien desempeña tareas de asistencia especializada y enfocada en calidad y servicios de salud las cuales no puede brindar un cuidador familiar.

Para la valoración integral del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional es necesario aplicar la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), ya que permite una visión más amplia e integral del paciente, detectando así las principales variables que inciden en la percepción del cuidador y el nivel de agotamiento laboral de este. Esta escala ampliamente validada a nivel mundial es utilizada para el diagnóstico del síndrome de Burnout por medicina familiar y comunitaria. (8)

Teniendo en cuenta lo descrito, este trabajo pretende determinar prevalencia del síndrome de Burnout del cuidador primario institucional en los centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo – Colombia en el segundo periodo de 2016. El estudio nos permite estimar la magnitud de la condición de agotamiento laboral en el cuidador primario institucional, el papel que predispone su ámbito biopsicosocial y los posibles factores de riesgo en la atención en salud al paciente adulto mayor.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional de pacientes de centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo – Colombia en el segundo periodo de 2016.

Objetivos Específicos:

- Evaluar el síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional por medio de los siguientes aspectos: el cansancio emocional, la despersonalización y la percepción personal mediante la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Caracterizar la población a estudio mediante la identificación de las variables sociodemográficas.
- Establecer los componentes principales más prevalentes del Síndrome de Burnout en los cuidadores primarios institucionales, relacionando las variables sociodemográficas con la escala de Maslach Burnout Inventory.

5. MARCO TEORICO

5.1 INTRODUCCIÓN

En el último decenio se ha observado que las tasas de natalidad y mortalidad han disminuido, lo cual con lleva a un aumento de la esperanza de vida en los países subdesarrollados, produciendo así crecimiento de la población mayor, población que se caracteriza por tener enfermedades crónicas y asociado a esto una disminución de fuerza física y en algunos casos disminución de capacidad cognitiva, afectando así su dependencia definiéndose como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (9) requiriendo cuidados de otras personas (familiar y/o cuidador primario institucional) por largo tiempo para llevar a cabo sus actividades.

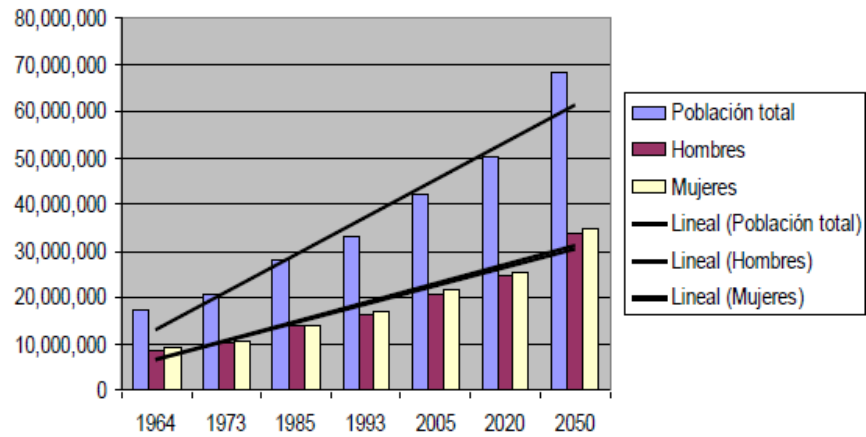
5.2 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

5.2.1 Envejecimiento a nivel mundial “El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el momento del nacimiento, se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos”. (10) Bajo esta definición inicial, se considera que el envejecimiento, como un proceso continuo que depende de factores biológicos, sociales y psicológicos que se relacionan con el mismo, permitiendo una interacción entre los mismos que determinan las condiciones propias para generar o no una condición en la cual la salud se vea afectada, ya sea a nivel físico como a nivel cognitivo. Las propuestas de múltiples artículos resalta tres patrones de envejecimientos los cuales son: 1. asociados a patología biológica o mental; 2. asociado a la función cognoscitiva y capacidad física; 3. asociada al envejecimiento patológico determinado la enfermedad“. (10) Teniendo en cuenta esto, se puede considerar la relación

marcada entre varios aspectos o variables que determinan la presencia o no de enfermedad en una población general y de forma más marcada en población de la tercera edad o adulto mayor. Conociendo el comportamiento a nivel social sobre las bases poblacionales, las condiciones en salud más relevantes, y teniendo una visión general sobre este comportamiento se implementan en teoría, programas y políticas públicas para trabajar en esta población que requiere más apoyo por parte de la comunidad general, necesitando recursos tanto humano como recursos económicos con el fin de brindar una calidad de vida dependiendo las circunstancias en las que se vea inmerso el individuo perteneciente al grupo de poblacional de adulto mayor, ya que esto general un gran impacto a nivel del desarrollo social, político y económico en la calidad de vida de estos individuos y/o pacientes.

5.2.2 Envejecimiento en Colombia A nivel general, se ha evidenciado un incremento marcado y progresivo de la población perteneciente al grupo de los adultos mayores. En un siglo el país pasó de 4'355.470 habitantes a 42'090.502, de los cuales más del 6% (2'617.240) es mayor de 65 años, siendo en este grupo, el 54.6% mujeres (3'190.262, cuando se toman los mayores de 60 años) Aunque las áreas rurales se caracterizan por mayores tasas de fecundidad el 75% de la población general, se concentra en las cabeceras municipales debido a las altas tasas de migración (DANE, Censos 1905 y 2005). El 63.12% de la población adulta mayor se concentra en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima. Concentrándose los mayores porcentajes en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Lo anterior se corrobora con el estrechamiento progresivo de la pirámide poblacional, con ampliación simultánea en la punta, debido a la disminución de la población joven y al incremento de los adultos mayores: se espera que para el 2050 el total de la población sea cercano a los 72 millones y con más del 20% por encima de 60, lo cual se traducirá en una estructura poblacional de forma rectangular. (Gráficas 1, 2). (10)

Grafica N° 1. Población colombiana total según sexo y tendencia.

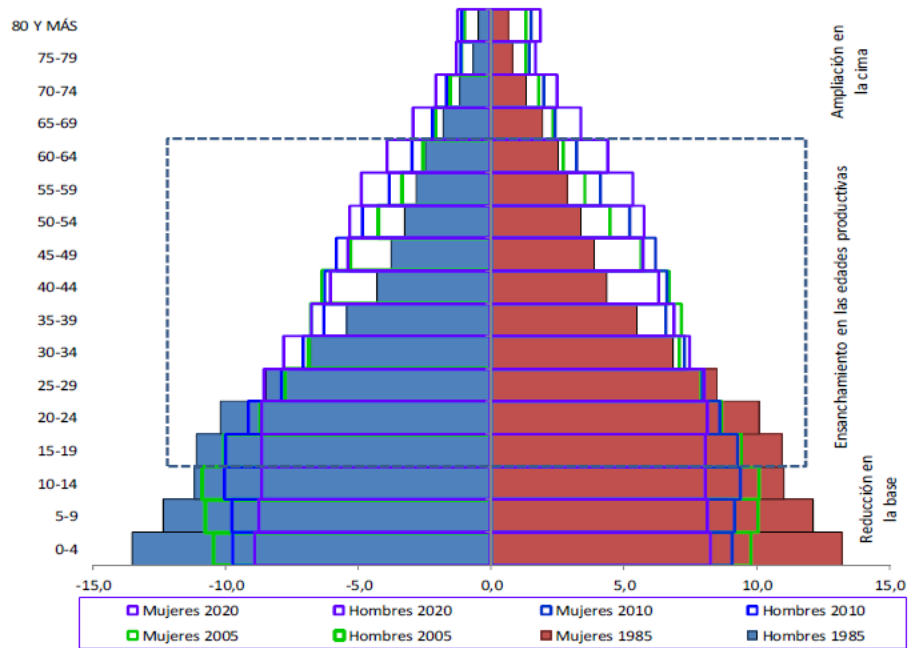


Fuente: DANE, 2015. (10)

Para el periodo 2010-2020, la población menor de 15 años pasará del 28,6% al 25,4%; la población entre los 20 y 29 años permanecerá prácticamente estable y la población entre los 15 y 39 años se reducirá del 40,1% al 39,5%. Por su parte, la población entre los 40 y 64 años se incrementará del 24,6% al 26,6% y la mayor de los 64 años, se incrementará del 6,7% al 8,5%. La población potencialmente activa (15 a 64 años), continuará con su tendencia creciente, al pasar del 64,7% al 66,1%; sin embargo, su ritmo será menor al observado en el periodo 1985-2005. (11)

En el 2013, según el DANE, existían 4'964.793 personas mayores de 60 años, lo que indica un 10.5% de la población general, de estos un total de 650.000 son mayores de 80 años. Según datos obtenidos por el DANE, el índice de envejecimiento desde 1951 muestra un incremento sostenido donde se ha identificado que de 12 a 41,5 personas mayores de 60 años por cada 100 jóvenes. También se determinó que en Colombia el promedio de vida en hombres corresponde a los 72 años en tanto las mujeres han tenido una esperanza de vida de 78 años.

Grafica N° 2. Pirámide de población 1985, 2005, 2010 y 2020.



Fuente: DANE, 2015. (10)

En la medida que la población envejece se incrementa la presencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, muchas de ellas no son curables o no son tratadas de forma oportuna y en muchos casos no reciben un seguimiento apropiado dando como resultado complicaciones y secuelas que dificultan la autonomía y la independencia en estos pacientes, incluso exponiéndolos a condiciones nefastas si no reciben acompañamiento de forma apropiada y muchas veces por desconocimiento o por falta de acompañamiento por familiares o falta de recursos humanos por instituciones prestadoras de servicios.

5.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS

5.3.1 Enfermedades crónicas a nivel mundial Las enfermedades crónicas según la OMS son la principal causa de mortalidad mundial. (12) Entre las enfermedades

crónicas se encuentra los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades cardíacas, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, etc., principalmente identificadas en los adultos mayores y consecuencias que pueden repercutir en salud pública como las muertes prematuras, la economía y la afectación de la calidad de vida.

5.3.2 Enfermedades crónicas en las Américas En las Américas la transición de la pirámide poblacional es esencial entenderla en este tema, ya que en el presente año se puede ver aumento de número en la población adulta mayor, presentándose en esta etapa más incidencia de enfermedades, esto se ve por factores alimenticios, cambios fisiológicos y morfológicos que se añaden al propio proceso del envejecimiento en esta población, haciendo que estas personas posean una cualidad de fragilidad haciéndolas más vulnerables. Las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia son las degenerativas, infecciosas, auto inmunitarias, iatrogenias y traumáticas. (12)

En América Latina y el Caribe son específicamente los hombres los que están expuestos a muertes prematuras, sin embargo cada vez más ocurre lo mismo con las mujeres. Normalmente, las personas menores de 60 años viven sus años más saludables y productivos. Pero, las que sufren de enfermedades crónicas se enfrentan a años de discapacidad que afectan a sus familias y a la economía del país. (13)

5.3.3 Enfermedades crónicas en Colombia La historia de Colombia ha estado caracterizada por violencia que esto ha generado varios efectos en diversos aspectos como social, cultural, político y económico generando así una afectación de la calidad de vida del ser humano, en Colombia, los cambios en los patrones demográficos y en los perfiles de salud - enfermedad en los años 1985 a 1995, generaron un incremento en la incidencia de patologías crónicas en personas mayores de 45 años (14), frente a esta realidad la persona que por la cronicidad llega a la dependencia, por lo general necesita de una persona que lo ayude o lo cuide que lo apoye emocionalmente y físicamente en algunas tareas habituales.

5.3.4 Enfermedades no transmisibles: plan decenal de salud y objetivos del milenio. En el Plan decenal de Salud Pública como marco conceptual presenta al adulto mayor como elemento importante dentro de la población vulnerable, por lo cual ha desarrollado objetivos en los cuales “busca actuar sobre la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, donde la promoción, el desarrollo y la implementación de diferentes políticas buscan la reducción de forma progresiva y sostenida factores de riesgo modificables no solo en los adultos mayores sino en diferentes etapas”. (15) También aclara la importancia de generar condiciones y el fortalecimiento de las gestiones para mejorar a la accesibilidad y la atención integral ante las enfermedades no transmisibles, “mediante el monitoreo social y económico. la vigilancia e intervenciones desde la salud pública” (15), todo lo anterior fijándose metas claras haciéndole frente a los factores de riesgo ya conocidos iniciando por el estilo de vida, promoviendo la importancia sobre el abandono de los mismos, concientizando a la población en general el consumo diario de frutas y verduras como factor benéfico para la salud, el incremento progresivo de impuestos a alimentos y bebidas que no cumplan las recomendaciones definidas por la OMS, implementación de estrategias para el inicio y permanencia en la prácticas de actividad física y el autocuidado, fortaleciendo medidas regulatorias en la mayoría de estos factores, como medidas para el control y prevención oportuna de la enfermedades no transmisibles. (16)

El Plan Decenal de Salud Pública, presenta como estrategias la educación, información y comunicación, con la intención de mejorar los registros de los eventos referentes a los riesgos laborales y propone el fortalecimiento de la investigación en esta materia mediante el desarrollo de proyectos de investigación en salud y seguridad en el trabajo, enfocando diferentes recursos para fortalecer las acciones de atención integral.

En el apartado correspondiente a *envejecimiento y vejez*, hace énfasis en la “necesidad del mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en la actualidad” haciendo la salvedad de la importancia de la participación e integración de diferentes sectores entre este el sector salud.

Cabe destacar que aparte de los registros RIPS, de los cuales el plan decenal de salud obtienen la base de datos correspondientes a las estadísticas, el INS también destaca la importancia de reducir los factores de riesgo vigilando varios eventos entre los cuales se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles(INS). Dado que las enfermedades no transmisibles, se identifica como uno de los factores que afecta el progreso en uno de los objetivos del Milenio correspondiente a la “reducción pobreza, debido a que los familiares de pacientes que cursan con estas condiciones, agotan rápidamente sus recursos económicos, llevándolos a la pobreza” (17) es muy importante su intervención con el fin de ir mejorando las metas de los objetivos del milenio.

5.4 EL ADULTO MAYOR COMO PERSONA VULNERABLE, EVOLUCION DE ATENCION Y NORMATIVIDAD

El adulto mayor se considera toda persona que tienen más de 65 años de edad, también llamados de la tercera edad (18) persona que a lo largo de su vida ha adquirido rasgos biológicos, sociales y psicológicos (19), este término es designado más por organismos internacionales que se refieren a un sujeto con menos diferencias que las de un adulto.

Sin embargo, es de vital importancia hablar sobre envejecimiento como “conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el momento del nacimiento, se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos”, basándose en el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), el porcentaje de adultos mayores se duplicara de 10 al 21% en un rango de años desde el 2000 al 2050. Como anteriormente se había mencionado sobre la importancia de esta transformación demográfica mundial; esto genera en el personal de salud desafíos para trabajar en esta población vulnerable. (20)

En países industrializados, se observa que el proceso transicional es gradual; donde existe una relación directa entre las causas de envejecimiento y la calidad de vida, por lo cual la OMS afirma que: “al invertir en mejorar la calidad de vida, en ámbitos como: la capacidad funcional, la participación social y su seguridad, se obtienen

menores complicaciones a causa del envejecimiento en un país, generando menores gastos en el sistema de salud del mismo.”

Por lo anteriormente mencionado sobre el aumento de adultos mayores mundialmente es importante conocer la situación actual del adulto mayor en Colombia, país en vía de desarrollo donde esta población cuenta con normativas correspondientes a esa población.

5.4.1 Adulto mayor como persona vulnerable La definición de vulnerabilidad encontrada en el Plan Nacional de Salud define que “es el resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales y que agrupa a cierta población especialmente a los adultos mayores que más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo”. (21)

En Colombia el adulto mayor cuenta como un objetivo de intervención en el plan decenal de salud pública, buscando asegurar la salud y el bienestar de los adultos mayores, proponiendo condiciones adecuadas y que por medio de ellas se generen políticas, normas proyectos y programas todo en pro de la equidad en salud pública. (22)

5.4.2 Adulto mayor en Colombia y hogares geriátricos En Colombia el aumento en general de la población es progresivo, la población general incrementa 1.9% promedio anual (en el período 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%, Colombia posee 4.450 centenarios , lo cual equivalente al 0.011% del total de la población con sexo de predominio femenino 61.9%, sin embargo se encontró que de los pacientes centenarios el 23% se encuentran alojados en hogares geriátricos teniendo como ciudad principal Bogotá con un 9% seguido de Medellín con un 6.1%, siendo esta estadística de vital para demostrar que el alojamiento en hogares geriátricos es tan común de lo que parece y esto obedece a situaciones de diferente aspecto sea estado biológico del adulto mayor, estado físico u ocupaciones. Entre las variables por la cuales la familia

proyecta la idea de institucionalizar al adulto mayor es la capacidad de decisión sobre la forma como se desea vivir el adulto mayor, también las preocupaciones por los demás, es decir, el sentimiento de carga generado hacia la familia hermanos amigos, entre otros, y la práctica religiosa. (20)

Entre las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son: (23)

- Incremento en expectativa de vida.
- Decremento de la mortalidad.
- Control de enfermedades prevenibles.
- Decremento de tasas de la fecundidad.
- Los procesos de migración.

Otro término que se considera importante hacer énfasis es en la esperanza de vida ya que este índice ha venido aumentando pero especialmente en mujeres, y es importante ya que esto relaciona de manera directa el nivel de dependencia factor considerado relevante a la hora de decidir cuidar del familiar o contratar a un cuidador formal o institucionalizarlo.

5.4.3 Historia de la evolución del enfoque de atención a los adultos en Colombia En una revisión histórica, el inicio de atención del adulto mayor se puede remitir hacia mediados del siglo XX fue asumido por el voluntariado y las congregaciones religiosas, quienes realizaban las actividades pero bajo una orientaciones de beneficencia y caridad.

En 1945, Colombia tenía sistemas patronales, donde se incluían prestaciones de trabajadores, pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales a cargo de la solvencia de los empresarios, al siguiente año se cuenta con el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS), luego 45 años después se hace referencia explícita a los adultos mayores y a su problemática; esto, demostrado en la inclusión de la Constitución de Colombia, donde destaca la necesidad de su protección, asistencia y seguridad social al adulto mayor.

Con base a la constitución de 1991 se creó la Ley 100 de 1993, que reglamentó la pensión de vejez, la seguridad social en salud, incremento de cobertura que hasta

esa fecha solo abarcaba un 20% de los adultos mayores en Colombia; también se implementó la cobertura familiar, generando la posibilidad de afiliación de los padres del afiliado y atenciones complementarios para adultos mayores en posición de indigencia representados en medio salario mínimo legal vigente. (20)

5.4.4 Normatividad del cuidado del adulto mayor Como ya explicado anteriormente los adultos mayores constituyen una población vulnerable, por lo cual es indispensable que exista una legislación específica que ofrezca protección, asegurando la presencia de derechos humanos de los internados en instituciones geriátricas.

Básicamente las normativas que se pueden encontrar en la Constitución Política de Colombia que respaldan a esta población son las siguientes:

Ley 1251 de 2008 se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores (24)

- Ley 1315 de 2009: Normativa de requisitos para la estadía en los centros de protección e instituciones de atención a los adultos mayores. (25)
- Ley 1276 de 2009: Normativa a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida. (26)
- Resolución 7020 de 1992 (1 de septiembre) Emanada por el Ministerio de Salud derechos de los adultos mayores, basados en el artículo 46 de la Constitución Política de Colombia. (27)

Se hace énfasis en principalmente en la norma que estipula los derechos de los adultos mayores:

- Ley 1251 de 2008 se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

En esta ley se definen ciertos conceptos importantes como vejez, adulto mayor, geriatría, entre otros sin embargo define los siguientes deberes del adulto mayor mediante los siguientes principios como la participación activa, el acceso a beneficios, equidad y atención, solidaridad, eficiencia, entre otros. (28)

Los deberes de los adultos mayores se encaminan en la Constitución Política de Colombia hacia cuatro entidades importantes: el estado, la sociedad civil, la familia, el adulto mayor y los medios de comunicación; por los que deberán para los adultos mayores cumplir a cabalidad lo siguiente deberes.

5.4.4.1 Deberes del estado hacia el adulto mayor El estado como galante de la sociedad, debe garantizar y hacer efectivos todos los derechos del adulto mayor por medio de la protección y restablecimiento de los derechos cuando estos han sido vulnerados; el estado debe implementar planes, políticas y proyectos para el adulto mayor generando espacios de participación activa. Además debe establecer mecanismo de inspección, vigilancia y control de las entidades públicas y privadas que presten los servicios asistenciales del adulto mayor, generar acciones y sanciones que exijan el cumplimiento de las obligaciones alimentaria a las familias que desprotejan al adulto mayor, eliminando todo tipo de discriminación, maltrato, violencia o abuso hacia esta población vulnerable. Estos deberes abren un marco de promoción tanto a la población de adultos mayores como a la sensibilización de los profesionales de la salud y la sociedad en general sobre la importancia de esta población vulnerable. (29)

5.4.4.2 Deberes de la sociedad civil La sociedad debe brindar a al adulto mayor un trato especial y preferencial, reconociendo y respetando los derechos de esta población: se debe generar espacios donde se reconozcan las habilidades y competencias del adulto mayor, participar de manera activa en la elaboración de proyectos y acciones que favorezcan a esta población, desarrollar actividades que fomenten el envejecimiento saludable y la participación activa; la comunidad tiene el deber de denunciar cualquier acto que vulnere los derechos del adulto mayor; no debe aplicar ningún tipo de discriminación social y por ultimo debe proteger al adulto mayor como parte fundamental de la sociedad. (30)

5.4.4.3 Deberes de la familia La familia tiene como deber principal generar espacios donde se promueva un ambiente de amor, respeto y ayuda al adulto mayor, promoviendo los derechos y protegiendo a la población vulnerable ante cualquier acto que atente contra los derechos e integridad del adulto mayor. La familia debe brindar un entorno donde se atiendan todas las necesidades básicas y psicoafectivas que requiera el adulto mayor y en caso que se encuentre institucionalizado no promover el abandono. (31)

5.4.4.4 Deberes del adulto mayor Dentro de los deberes del adulto mayor se encuentran el desarrollo de actividades de autocuidado e integración de los hábitos saludables, se debe participar en todas las actividades propuestas para el esparcimiento y recreación propuestas por la política y programas públicos diseñados para el adulto mayor, creando condiciones que le permitan propender de su propio bienestar; además de proporcionar información verídica sobre sus condiciones sociales y económicas. (32)

5.4.4.5 Deberes de los medios de comunicación Los medios de comunicación deben promover los derechos del adulto mayor, sensibilizando a la sociedad de los mismos; se debe generar una cultura alrededor del envejecimiento y denunciar cualquier acto de maltrato o violencia contra los derechos del adulto mayor. (24). (33)

5.5 HOGARES GERIÁTRICOS: DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y NORMATIVIDAD EN COLOMBIA

Dentro de la normativa colombiana, se encuentran la Ley 687 de 2001, resolución 110 de 1995, la ley 319 de 1996, Ley 1276 de 2009 y Ley 1315 de 2009, las cuales dan alusión a temas concernientes a los hogares geriátricos, caracterizándolos, y proponiendo lineamientos de funcionamientos, criterios de suspensión de licencia y demás requisitos, a continuación se presentara de forma general el contenido de cada uno con fines académicos.

Ley 687 de 2001 : “Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones” (34)

Ley 1276 de 2009: “A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida”. (35)

Resolución 110 de 1995: “por la cual se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de los establecimientos que ofrecen algún tipo de atención al anciano en el Distrito Capital” (36). Teniendo en cuenta esta resolución, se describen a continuación las definiciones que se hacen respecto a los hogares geriátricos.

Define como instituciones a “aquellas personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, organizadas en una entidad que cuenta con una infraestructura física, que ofrecen en forma directa, servicios de salud, y/o asistencia social al anciano” (36) diferenciándolas en diferentes tipos a saber:

1. Albergues: “instituciones dedicadas a proporcionar exclusivamente hospedaje nocturno a los ancianos”.
2. Centro día geriátrico: “instituciones orientadas exclusivamente al bienestar social del anciano con el apoyo de servicios básicos de salud; funcionan 8 horas durante 5 o 6 días a la semana”.
3. Centros geriátricos: “instituciones que ofrecen albergue, servicios sociales, y atención integral en salud a ancianos con grado moderado o severo de incapacidad física y/o psíquica, para desarrollar las actividades de la vida diaria (levantarse, deambular, bañarse, vestirse, usar el baño, alimentarse y

controlar esfínteres) o que están aquejados por enfermedades que requieren control frecuente de medicina, enfermería y servicio de rehabilitación y disciplinas afines”.

4. Clubes de ancianos: “son lugares donde se reúnen los ancianos para desarrollar actividades sociales. Su funcionamiento es diurno hasta 8 horas”.
5. Hogares gerontológicos: “instituciones destinadas al albergue permanente o temporal de ancianos con mínima incapacidad física o psíquica, donde se ofrecen servicios sociales y de salud básicos (suministro o supervisión de tratamientos médicos, primeros auxilios, terapias)”.
6. Comedores: “sitios destinados a proveer alimentación a personas ancianas”.
7. Hospital día geriátrico: “institución anexa a un hospital que presta servicios durante 8 horas diurnas, 5 o 6 días a la semana, en las áreas de atención médica y enfermería, rehabilitación, y procedimientos médicos menores (transfusiones, biopsias, pequeñas cirugías y post operatorios de cirugías ambulatorias)”.
8. Unidad de cuidado terminal: “instituciones dedicadas a prestar atención integral en salud a pacientes que por enfermedad tienen un pronóstico de sobrevida entre 3 y 6 meses”.

El Centro de gestión hospitalaria en el 2006, propone los “Requisitos mínimos de funcionamiento para las Instituciones que prestan servicios de atención y protección integral a las personas mayores en las diferentes modalidades”, de los cuales se tuvieron en cuenta en el 2007 por parte de la dirección Gerencial de Calidad de servicios para generar el reajuste y realizar el documento que contiene los Lineamientos Técnicos para la ejecución de proyectos territoriales de atención integral de Persona Mayor 2007. En este documento encontramos las definiciones correspondientes a persona mayor o adulto mayor, envejecimiento, vejez, bienestar de la persona mayor entre otros conceptos de los cuales ya fueron definidos anteriormente.

Se define como Centros de promoción social para personas mayores a aquellas instituciones que presentan diferentes tipos de atención y cuidado a esta población. “son espacios favorables para capacitación, recreación y el desarrollo de proyectos de vida y productivos destinados al bienestar de la persona mayor” como lo define el documento del ministerios de Salud en su apartado de lineamientos técnicos para la ejecución de proyectos territoriales de atención integral de la persona mayor del 2007. Proporcionando unos estándares mínimos para su funcionamiento. Este mismo documento ofrece las definiciones de los diferentes tipos de centros integrales a saber.

1. Centros residenciales para personas mayores. Son destinados al albergue permanente o temporal de personas mayores, ofreciendo servicios como hospedaje, sociales, bienestar y cuidado integral a la persona mayor”.
2. Centros día para personas mayores: de los cuales su funcionamiento corresponde al horario diurno, ocho horas diarias por 5 o 6 días a la semana”.
3. Centros de atención domiciliaria: están orientados al cuidado y bienestar de la persona mayor, en la residencia del usuario”.
4. Centros de tele asistencia domiciliaria: de los cuales sus servicios están destinados a la asistencia telefónica en crisis personales, sociales o médicas de las personas mayores, proporcionando seguridad y mejorar la calidad de vida, mediante el contacto inmediato con un centro de atención especializada”. (37)

Dentro de los instrumentos propuestos en los lineamientos, que deben ser implementados con el fin de generar una atención adecuada según el paciente, se encuentra el Test DELTA, el cual se valora la dependencia dada por la movilización, la deambulación y desplazamiento, aseo, vestido, alimentación, higiene, administración de tratamientos, cuidados de enfermería, necesidad de vigilancia, colaboración, deficiencia física donde se destaca la estabilidad, visión y audición, alteración en los diferentes sistemas orgánicos, deficiencia psíquica, lenguaje y comprensión, orientación, memoria, trastornos del comportamiento, capacidad de juicio y alteraciones del sueño. Este test es suministrado por Norma de Navarra (España) Decreto 126 de 1998.

Se hace énfasis en que la “distribución de la infraestructura física debe conformarse de acuerdo a los servicios prestados (alojamiento, atención médica, servicios de urgencias, alimentación,) de las cuales todas deben estar independientes de las demás, identificadas de forma visible”.

- Albergues y hogares gerontológicos: “las áreas mínimas por personas y cama en habitaciones individuales serán de 6 y 5 metros cuadrados respectivamente, reservando un metro para circulación por dos lados de cada cama como mínimo”.
- Centros geriátricos y unidades de cuidado: “en este caso serán 7 y 6 metros cuadrados de áreas mínimas por persona y cama en habitaciones individuales”. (36)

Las habitaciones deben tener una dotación correspondiente: “cama, closet o armario, timbre o intercomunicador, interruptor de luz, puertas ventanas. A su vez las clases de habitaciones “deben ajustarse dependiendo del estado de salud, los residentes”, a su vez las habitaciones deben clasificarse como:

- Habitaciones para ancianos sin incapacidad física
- Habitaciones para ancianos con problemas psicogerítricos: deben ser individuales, con baño privado. Deben tener barandas de protección para camas y ventanas, focos de iluminación con mallas.
- Habitaciones para ancianos con enfermedades infectocontagiosas: además de lo anterior debe constar de ventilación adecuada, baño privado con ducha, más técnicas de aislamiento.

En cuanto al área de salud debe constar de un consultorio médico que cuente con todos los equipos necesarios para la valoración integral y completa del adulto mayor “(camilla articulable para curaciones, carro de curaciones, equipo de cirugía menor, tensiómetro, fonendoscopio, trípode para suero, sondas nasogástricas y sondas urológicas, recipientes para gasas y algodón, material estéril , recipientes para medicamentos prescritos, botiquín, vitrina para almacenamiento de medicamentos básicos, antisépticos, jeringas, estufas, mesón, lavamanos , archivador de historias clínicas y registros”. Además debe “contar con servicio de enfermería que dispondrá de una sala de curaciones, zona de lavado para material quirúrgico, sondas, guantes y demás material médico utilizado, además de un salón oficina donde se lleven los controles de enfermería “. (36)

El área de servicios generales debe contar con comedor y cocina, despensa, lavandería, depósitos de asuras y depósito para utensilios de aseo.

El área administrativa debe ser una oficina con su dotación de muebles y enseres indispensables para la administración.

La infraestructura debe cumplir con especificaciones como el área de construcción debe ser acorde a los servicios que ofrece, el número de pisos debe limitarse a una sola planta o máximo dos de ser el caso el uso de rampas con pasamanos a dos niveles uno a 0,76 m y otro a 0.90 m para facilitar la deambulacion con apoyo para el adulto mayor, el ancho debe ser de mínimo 1.2 metros. Las escaleras también deben cumplir como requisitos un metro de ancho con una pendiente de 35% con escalones cortos de máximo 10 escalones por tramo con superficie plana sin ninguna saliente y en material antideslizante.

Se debe contar con la señalización correspondientes a todas las áreas (acceso, circulación y salida) de forma visible y estableciendo zonas restringidas.

La localización de estos centros deben ser de fácil ingreso tanto vehicular como peatonal, la condición de los pisos debe ser impermeable, uniformes de fácil limpieza y desinfección sin desniveles para que sean continuos. Cielorrasos, techos

paredes o muros deben ser impermeables, sólidos y resistentes a humedad y temperatura e incombustibles, en tanto las paredes de la cocina, cuarto de almacenamiento de alimentos, baños sala de curaciones y depósito de utensilios de aseo deben ser de material lavable.

Para la preparación de los alimentos se debe proseguir al cumplimiento del decreto 2333 de 1982. A su vez el abastecimiento de agua debe cumplir el decreto 2150 de 1983. Se debe contar con tanque de abastecimiento (los cuales deben ser de fácil limpieza y desinfección), contarse con alcantarillado, disposición adecuada de residuos sólidos evitando contaminación de otras áreas.

Cantidad de baños: 1 baño por cada 5 residentes diferenciados por sexo. El retrete debe tener apoyos laterales de 40 cm la longitud de los lavamanos entre 0.85 y 0,75 metros el cual debe estar colocado este último a 0.83 metros. Debe haber un servicio sanitario con sillón de ruedas adaptables al retrete. Las puertas de los baños deben abrir hacia afuera o ser corredizas sin cerraduras herméticas cuyo ancho mínimo debe ser 1,2 metros. A su vez deben contar con timbre en los baños.

Proyecto de acuerdo N°. 476 DE 2007: “Por medio del cual se regula el funcionamiento de los hogares geriátricos que prestan servicios a las personas mayores en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones”. (38)

Proyecto de acuerdo N°. 039 DE 2008: *“Por medio del cual se regula el funcionamiento de los hogares geriátricos que prestan servicios a las personas mayores en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones”* (39)

Ley 9 de 1979: se dictan medidas sanitarias: control sanitario de los usos de agua, residuos líquidos, residuos sólidos, disposición de excretas, emisión atmosféricas, suministro de agua, salud ocupacional, edificaciones destinadas a lugares de trabajo, condiciones ambientales, agentes químicos y biológicos, agentes físicos, seguridad industrial, medicina preventiva, saneamiento básico, clasificación de edificaciones , alimentos y reglamentación para su funcionamiento, entre otros, son los temas que se tuvieron en cuenta para reglamentar y ajustar en posteriores normativas respecto al funcionamiento de los centros de atención integral al adulto mayor. (40)

5.6 CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR

5.6.1 Definición y clasificación del cuidador del adulto mayor

Cuidador: El Diccionario de la Real Academia Española es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí. (41)

Cuidador Principal: es aquel individuo que ofrece la mayor parte del tiempo, al cuidado de dicho paciente y que no selecciona a un individuo por aspectos de género, edad, ocupación o parentesco sea cualquier persona. Sin embargo existe una definición más completa de este término, refiriendo así como aquella persona que cuida, facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento. (42)

Clasificación de los cuidadores:

Cuidador Informal: Persona que brinda atención sea familiar, amigos, vecinos o persona conocida por el paciente o la familia; sin capacitación previa sin remuneración, con alto grado de dedicación y afecto y atención ilimitada. (42) (43)

Los cuidadores familiares son la primera instancia para los pacientes mayores con enfermedades crónicas en la mayoría de los casos no tienen la formación adecuada en salud para atender los requerimientos que pueda presentar su familiar, además de las potenciales crisis por cambios en roles, patrones de conducta y horarios.

Cuidador Primario: Toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio económico por su trabajo. (43)

El cuidador actualmente puede ser domiciliario; figura nueva actualmente poco descrita bibliográficamente; es una persona, que realiza “atención domiciliaria” en este caso a pacientes adultos mayores. (44)

Denominan como atención domiciliaria el conjunto de servicios de apoyos sanitarios y sociales que se ofrecen a las personas en su domicilio, manteniéndolas en sus casas el mayor tiempo conveniente e intentando cuando es posible la inserción en su comunidad y el poder conservar los roles familiares y sociales con el fin de mejorar su calidad de vida. (45)

Cuidador primario institucional: “aquella persona profesional en el área de la salud o persona no profesional con experiencia en cuidado por largo tiempo quien se encarga de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante el día” (46) en lugares especializados con remuneración económica y horarios establecidos para dichas funciones.

A pesar de la formación profesional o la experiencia que tenga el cuidador primario institucional, este aun va estar expuesto a que haya sobrecarga laboral ya sea por alta demanda de pacientes, por la dificultad de tratar pacientes dependientes, por horarios extensos o horarios de manera continua, con la posibilidad latente de generar estrés laboral, pérdida de tiempo con su familia, aislamiento social, deterioro de situación económica, provocando cambios en su calidad de vida, repercutiéndose en alteraciones conductuales y emocionales, lo que algunos autores denomina el síndrome de sobrecarga del cuidador (SCC) o diagnosticarse con Síndrome de Burnout.

La cantidad y calidad de cuidados que ofrece el cuidador están determinadas por unas variables como: el tiempo, la relación paciente-cuidador, el tipo y estadio de la enfermedad y la formación. Variables que pueden venir del paciente y/o el cuidador, y a la vez van a repercutir directamente sobre ambos. (47)

5.6.2 Normativa del auxiliar de Enfermería como prestador de servicios de salud La Ley 911 del 2004 del Ministerio de Educación cita: reglamentación en la profesión de enfermería; por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

En el que menciona que el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión se ofrece a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada se en los colegas, familiares del paciente, paciente y el ser humano en búsqueda de la prevención de la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

5.7 SOBRECARGA LABORAL

La sobrecarga laboral la entendemos como un conjunto de problemas físicos, mentales socioeconómicos que puede experimentar el cuidador afectando su estabilidad en todas sus dimensiones y por ende afectando su desarrollo óptimo a nivel laboral como cuidador, exponiendo a los paciente bajo su cuidado a un sin número de eventos muchas veces en su mayoría adversos respecto a su salud física, psíquica y emocional, afectando la progresión de su enfermedad. Dentro de las variables encontradas en la literatura que son importantes a tener en cuenta en este contexto son: “edad, sexo, estilo de afrontamiento, motivación del cuidador, redes de apoyo, tiempo de cuidado, relación entre cuidador y enfermo, y la dinámica familiar”. (48)

“Las repercusiones de la enfermedad en el individuo no solo se refieren a sentimientos desagradables, como ansiedad depresión, rechazo frustración o conflicto, sino que también perturban las relaciones interpersonales y la dinámica familiar por pérdida de la autoestima, de la motivación o autonomía, en la mayoría de los casos, por la incapacidad para la adaptación”. (49)

“La sobrecarga del cuidador, la cual se define como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar de la persona dependiente”. (50)

La sobrecarga física se relacionó con insuficiente tiempo para sí mismos, agobio por las múltiples responsabilidades y quebranto de la salud desde el ejercicio del cuidado. A medida que el enfermo se vuelve dependiente por el deterioro físico y progreso de la patología, el cuidador asume progresivamente la realización de actividades básicas como alimentación, baño, eliminación, vestido, movilización y administración de medicamentos, acciones se prolongan a lo largo del tiempo e invaden otras áreas de la vida del cuidador. (49)

5.8 SINDROME DE BURNOUT

5.8.1 Historia El Síndrome de Burnout fue descrito por primera vez por el psiquiatra y psicoanalista Herbert Freudenberger en el año de 1974, quien estudio los efectos del abuso de sustancias psicoactivas, el cual encontró que existe una demanda entre un estado físico y emocional resultado de las condiciones de trabajo,

relacionándose así con una sobrecarga laboral, un agotamiento emocional y frustración personal. (51)

Varias definiciones surgen en la historia; en 1979, Storlie describía el síndrome como un colapso espiritual, en 1978, Seiderman lo describía como una pérdida de energía positiva, flexibilidad y de acceso a los recursos propios; en 1972, Bloch definía el síndrome como un tipo de conducta donde introdujo la definición de “cínico”; y en 1977, Reidl, lo define como una deshumanización hacia los clientes. (3) Para el año de 1981 Cristina Maslach, definió el síndrome como una sensación de desgaste relacionado con los años laborales que implicaban contacto directo y continuo con las personas. (52) Ambos autores en sus estudios encontraron una relación que a mayor estrés laboral habrá menor satisfacción y mayores actitudes negativas en su desempeño laboral. Maslach y Jackson, fueron los que crearon el primer instrumento de evaluación sistemático, el Maslach Burnout Inventory.

5.8.2 Definición En las últimas décadas se ha incrementado el nivel de importancia con los trabajadores de la salud, especialmente en los que trabajan en cuidado especializado en el adulto mayor, ya que demandan gran tiempo y energía al cuidado de estos; por estas razones ha venido en aumento la sobrecarga laboral en esta población y el estrés profesional, al ser crónico puede dar como resultado un agotamiento laboral o un síndrome de burnout que se define como: “una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional”. (3)

5.8.3 Factores de riesgo Los factores de riesgo del síndrome de Burnout se pueden clasificar en: Individuales, sociales y organizacionales.

Individuales: propios del individuo que hacen referencia a su personalidad (sentimientos, pensamientos, actitudes, emociones, etc.):

- Sexo: Más prevalente en mujeres, puesto que presentan mayor conflicto entre familia – trabajo. (53)
- Edad: aunque no es una variable concluyente, está relacionada con el nivel de madurez y experiencia de cada persona, por lo cual puede variar en la forma de afrontar las presiones laborales. (54)
- Estado civil: se asocia un alta frecuencia del síndrome con personas que no tiene pareja estable, si hay una estructura familiar con o sin hijos presenta una mayor capacidad de afrontar conflictos personales y emocionales. (54)
- Expectativas personales: hace referencia al grado de compromiso del individuo a la confianza y a las metas personales, se tiene en cuenta una personalidad que utiliza estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés.

Sociales: Relacionado con el contexto familiar y social mas no con el contexto laboral

- Apoyo y comunicación social: se relaciona con las actitudes positivas y negativas de los integrantes del círculo social de la persona
- Afrontamiento de problemas: Refiere a la capacidad de búsqueda de recursos para el manejo de conflictos familiares o sociales.
- Cultura: No afecta igual a los individuos que pertenezcan a una u otra cultura, ya que estas son las que dictaminan el comportamiento de cada persona ante cualquier relación o situación de estrés. (53)

Organizacionales: se relaciona con los factores estresores relacionados con el ambiente laboral:

- Entorno laboral: se refiere a características del lugar del trabajo como lo son lugar, espacio y ruido
- Demanda laboral: se distinguen dos tipos las cuantitativas que se refiere a la carga laboral y las cualitativas que hacen referencia al tipo y contenido de las tareas laborales. (55)

5.8.4 Fisiopatología La presentación del cuadro puede iniciar en los individuos como síntomas de alerta; se evidencia en un nivel leve la falta de motivación, agotamiento tanto físico como psicológico, bajo rendimiento laboral; sintomatología que podría estar acompañada de insomnio, alteraciones gastrointestinales, cefaleas y malestar general. (53) La sintomatología podría clasificarse de acuerdo a la gravedad de la presentación de los síntomas; desde sensación de cansancio, aislamiento, ausentismo laboral hasta aislamiento marcado, episodios psicóticos o cuadros psiquiátricos severos. La historia natural de la enfermedad se presenta en cuatro estadios:

Fase 1 "entusiasmo": se caracteriza cuando trabajador realiza sus actividades con expectativas personales y encuentra el trabajo como una actividad estimulante, sin embargo no logra establecer límites realistas sobre el trabajo y la vida personal.

Fase 2 "estancamiento": el trabajador no cumple con las expectativas personales, por lo tanto siente que sus actividades laborales no son valoradas ni recompensadas; en esta fase se pueden identificar síntomas leves como cefalea, sintomatología gastrointestinal o malestar general. (53)

Fase 3 "frustración": inicia con síntomas negativos hacia las actividades laborales, se evidencian síntomas psicósomáticos, cambios en la personalidad como irritabilidad y bajo rendimiento laboral. (56)

Fase 4 "apatía": como principal síntoma se evidencia la resignación hacia el aspecto laboral y personal, la sintomatología tanto física como psicológica se cronifica, inician síntomas como el cinismo y la irritabilidad constante en el trabajo que finaliza en ausentismo laboral. La última fase de la enfermedad se manifiesta con las características más comunes y potencialmente acentuadas del síndrome de Burnout. (56)

5.8.5 Diagnóstico Para el diagnóstico del síndrome de Burnout a lo largo de la historia se han usado diferentes técnicas, en un principio se usaban las observaciones sistemáticas mediante entrevistas o test proyectivos, pero al pasar al tiempo la evaluación tuvo mayor énfasis mediante cuestionarios o auto informes.

Pasando desde 1980 con cuestionarios como: The community Health Nurses Perceptions of work related stressors questionnaire (Bailey, Steffen y Grout) o Emener-Luck Burnout Scale (Emener y Luck), hasta el año 2000 con el cuestionario de desgaste profesional en enfermería (Moreno, Garrosa y Gonzales, teniendo debilidades entre las variables, llegando a un conceso y validación para el diagnóstico del síndrome de Burnout se usa la escala de Maslach Burnout Inventory.

5.8.5.1 Escala de valoración del síndrome de Burnout La escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson (1981), fue el primer instrumento de evaluación sistemático del síndrome de Burnout; este instrumento consta de 22 preguntas redactadas de forma afirmativa, las cuales indagan sobre actitudes del profesional en relación a su trabajo y hacia los individuos que están bajo su cuidado (pacientes); dentro de los parámetros para valorar el desgaste emocional o agotamiento físico o mental de un trabajador en cualquier área del conocimiento; el desgaste de cualquier individuo conlleva a repercusiones sociales; que en el contexto de nuestro estudio afectaría no solo al trabajador en sí, sino a los pacientes cuyo cuidado está en mando del cuidador primario institucional.

La escala tiene una confiabilidad del 90% y es el instrumento de mayor utilización en estudios e investigaciones relacionadas al agotamiento laboral; en Colombia este instrumento fue validado en el año 2004 por un comité de psicólogos (Universidad de Antioquia), donde evaluaron a una población muestra de universitarios trabajadores, obteniendo resultados consistentes al objetivo de su investigación (57) (58)

El cuestionario valora los 22 ítems con una escala tipo Likert de 0 a 6, donde se presenta de dos formas: en primer lugar se valora la frecuencia, donde el sujeto valora mediante un rango de siete adjetivos que van desde nunca a todos los días; en la forma de intensidad, la evaluación se realiza mediante grados y el sujeto valora la intensidad de las situaciones planteadas en el cuestionario.

En el mundo laboral se ha descrito el síndrome de Burnout, enfocado en aspectos de desgaste principalmente a nivel emocional, despersonalización, agotamiento y

percepción personal. El análisis es de forma generalizada y evalúa aspectos relevantes en tres sub escalas:

- Sub escala de cansancio emocional: definiéndose como la fatiga y la sensación de agotamiento como la disminución de la energía o de los recursos emocionales para enfrentarse a las situaciones con otras personas; está formada por nueve ítems que evalúan la disminución o pérdida de recursos a nivel emocional, en la escala están enumerados 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. (53) (Anexo N°2)
- Sub escala de despersonalización: definido como hostilidad, maltrato y cinismo mediante actitudes negativas y relaciones con posibles conflictos tanto personales como laborales, reflejando así un endurecimiento afectivo y rasgos de deshumanización; está formada por cinco ítems, enumerados en la escala 5, 10, 11, 15 y 22. (Anexo N°2)
- Sub escala de percepción personal: se evalúa si el trabajador percibe su trabajo como un logro o se autocalifica negativamente, dando así sensación de insatisfacción ante su desempeño; está compuesta por ocho ítems y describe sensación de eficacia laboral, enumerado 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. (59) (Anexo N°2)

El resultado de la escala de Maslach Burnout Inventory para diagnosticar el síndrome de burnout depende de la sumatoria de las preguntas de cada sub escala, dividiéndose cada sub escala en bajo, medio y alto, el criterio diagnóstico es que las tres sub escalas hayan dado el puntaje en alto o dos de las subescalas su puntaje haya sido alto y una en medio, mediante la siguiente forma:

Tabla N°1. Puntos de corte para el diagnóstico del síndrome de burnout. (54) (54)

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	≤ 18	19 – 26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6 – 9	≥ 10
Percepción personal	≥ 40	34 – 39	≤ 33

Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

5.8.6 Tratamiento y estrategias de prevención El abordaje del síndrome de Burnout en los profesionales asistenciales se hace de forma integral, haciendo énfasis en la historia clínica completa; se debe indagar sobre el entorno social y ocupacional con el fin de identificar posibles factores estresantes que puedan conllevar a dicho síndrome.

Para el tratamiento del síndrome se deben intervenir de forma prioritaria los principales factores estresores, los cuales se ven relacionados con el entorno laboral y las condiciones ambientales del trabajo; por lo tanto las intervenciones preventivas van dirigidas en la misma dirección. Dentro de los objetivos del tratamiento se encuentra el manejo integral de la sintomatología y desempeño laboral, se pueden usar tratamiento farmacológico de acuerdo a la sintomatología predominante (antidepresivos, beta-bloqueadores), sin embargo, se insiste en la individualización de cada caso clínico; se surge tratamiento psicológico con psicoterapia y aplicación de técnicas de relajación y manejo del estrés (60), que involucren diversas actividades y pausas activas; reorganización del ambiente laboral, cambios del horario laboral. (61)

Existen programas dirigidos hacia la prevención del síndrome de Burnout conformador tres niveles de formación en la prevención:

- A nivel organizacional: se deben crear estrategias y programas de educación frente a los cambios laborales; actividades donde se evidencien mejorías de las condiciones laborales, participación en la toma de decisiones, flexibilidad laboral, supervisión exhaustiva del personal, rol del profesional y actividades claras del ejercicio asistencial. (56)
- A nivel interpersonal: crear actividades sobre la interacción social, red de apoyo social y laboral, y capacidad de liderazgo y formación de relaciones laborales agradables.
- A nivel individual: actividades que fortalezcan las respuestas a niveles de estrés, estrategias de resolución de problemas a nivel personal y laboral (56).

5.8.7 Complicaciones La escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) se enfoca en el aspecto emocional por lo cual, las complicaciones más significativas van en relación a este aspecto; consecuencias a nivel psicológico se relacionan con cuadros depresivos, cambios en la personalidad, pérdida de la autoestima y conllevar a cambios fisiopatológicos en el individuo; las complicaciones se pueden dividir en:

- Consecuencias emocionales y actitudinales: el individuo puede presentar sentimientos de soledad y culpabilidad, auto negatividad, se pueden evidenciar cuadros psiquiátricos que podrían conllevar a consecuencias como ideación suicida.
- Consecuencias en hábitos y estilos de vida: se puede evidenciar abuso de sustancias y adicciones a sustancias psicoactivas; el desgaste emocional puede producir consecuencias conductuales que podrían llevar a cuadros de abusos de cualquier tipo de sustancias (como benzodiazepinas y opiáceos). (53)
- Consecuencias sociales: el individuo presenta deterioro de las relaciones interpersonales con su círculo social, presenta cuadros actitudinales negativos. (62)
- Consecuencias laborales: detrimento de la capacidad de trabajo, de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles y comunicaciones deficientes.
- Consecuencias fisiológicas: se pueden evidenciar manifestaciones generales como malestar general, hiporexia y sensación de agotamiento; a nivel osteomuscular, se evidencian dolores musculares; alteraciones inmunológicas como alergias y patologías dermatológicas; problemas a nivel sexual como impotencias, frigidez o dispareunia; alteraciones respiratorias como crisis asmáticas o episodios de tos persistente; alteraciones neurológicas como cefalea, trastornos del sueño; alteraciones gastrointestinales como gastritis, ulcera duodenal; alteraciones hormonales como trastornos menstruales; (56) se han descrito ampliamente alteraciones cardiovasculares en relación al estrés y la carga laboral, estudios indican que el agotamiento laboral puede estar relacionado en gran parte con los cuadros

de infarto agudo de miocardio, como una respuesta ante la adaptación al estrés crónico, (62) existe evidencia que soporta que el riesgo vascular aumenta en los pacientes con síndrome de Burnout, presentando incremento de niveles de colesterol-LDL y disminución de niveles de colesterol-HDL. (63)

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se desarrolla un estudio cuantitativo de tipo descriptivo observacional de corte transversal, en el cual se busca analizar la prevalencia del síndrome de Burnout y caracterizar la enfermedad a partir de la descripción sociodemográfica de la muestra obtenida.

Nota aclaratoria: El presente documento comparte con el trabajo de investigación: “Prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo – Colombia en el segundo periodo de 2016” y las estudiantes Nataly Herrera y Dayana Pinzón, los siguientes ítems: introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos, marco teórico y metodología; sin embargo el presente estudio da cuenta de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones de la ciudad de Bogotá, por los estudiantes Natalia León y Gabriel Nazate.

Población

La población a estudio fue el personal asistencial, específicamente los cuidadores primarios institucionales de instituciones especializadas en la atención geriátrica que entraron en los criterios de inclusión.

Muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico, se toma una muestra a conveniencia de cuidadores primarios institucionales en hogares geriátricos de Bogotá, Cajicá y Tenjo - Colombia.

De los 107 pacientes que participaron en el estudio; 43 pertenecen al municipio de Cajicá, 13 al municipio de Tenjo y 51 pacientes en Bogotá, de los cuales 56 cuidadores primarios institucionales cumplieron con todos los criterios de inclusión para el presente estudio

Criterios de inclusión

1. Cuidador principal institucional (se considera cuidador primario institucional a aquella persona con contacto frecuente con paciente adulto mayor con enfermedad crónica que requiera un sustento en su actividad diaria)
2. Mayor de edad (>18 años)
3. De ambos sexos
4. Con experiencia laboral en cuidados de adulto mayor con un mínimo de 6 meses

Criterios de exclusión

1. Cuidador primario institucional que no haya querido participar en el estudio
2. Menor de edad (<18 años)
3. Con experiencia laboral en cuidados de adulto mayor menor a 6 meses.
4. Participante que diligenciaron de manera errónea los cuestionarios

Tiempo de estudio

El tiempo dedicado a la realización de este estudio fue de 6 meses, iniciando en junio 20 del 2016 y culminando el 21 de noviembre del 2016 con la presentación del trabajo de investigación.

Recolección de la información

La recolección de la información previamente firmado consentimiento informado (ver anexo1), se realiza mediante un cuestionario que se divide en dos - cuestionario aceptado por el comité de investigación de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales y por la gerencia de cada institución geriátrica - la primera subdivisión incluye las variables sociodemográficas (edad sexo y estado civil) y las variables educativas laborales (Nivel educativo, experiencia laboral y cantidad de pacientes a cargo) (ver anexo N°2) y la segunda subdivisión del cuestionario hace referencia a la escala de Maslach Burnout Inventory, (64) el cual consta de 22 preguntas que se dividen de la siguiente forma: sub escala de agotamiento emocional (preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y20), subescala de despersonalización (preguntas 5, 10, 11, 15 y 22) y subescala de realización personal (preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). (Ver anexo N°2)

Implicaciones éticas:

Según la ley colombiana por la Resolución N° 008430 de octubre de 1993 en la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas en la investigación en salud ²¹ el presente trabajo se considera una investigación de sin riesgo ético y se realizara bajo los siguientes criterios:

- 1.** El trabajo tiene como sustento el interés investigativo académico y contará con la previa aprobación del Comité de Investigaciones del Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.
- 2.** Se respetará la autonomía de los pacientes, permitiendo libertar en la toma de decisiones; se ofrecerá protección frente a los resultados expuestos en el estudio bajo la firma del documento de consentimiento informado donde se brindara la información pertinente al paciente y las implicaciones globales y personales del estudio.
- 3.** Se garantiza que las preguntas aplicadas en los instrumentos investigativos no causan daño o perjuicios en la población estudiada; las conclusiones del estudio se harán bajo escalas avaladas a nivel mundial para la evaluación de la sobrecarga del cuidador. Los resultados de la investigación son de manera global, por lo tanto las recomendaciones se harán de igual manera.
- 4.** El estudio contempla los posibles riesgos para los individuos participantes; en primer lugar, repercusiones emocionales secundarias a la aplicación de los instrumentos investigativos (por ejemplo: culpabilidad, desesperanza), sin embargo la aproximación al estado de sobrecarga por medio de los instrumentos investigativos poseen pocas implicaciones diagnósticas por lo cual las repercusiones personales se minimizaran al máximo; en segundo lugar, las repercusiones laborales son nulas ya que el estudio es completamente confidencial, bajo el marco de la seguridad de los datos personales mediante base de datos protegidas con claves de seguridad; los resultados obtenidos serán manejados exclusivamente por el equipo investigativo. (65)

Tabla N° 2. Variables

Categoría	Variable	Definición	Escala de medición	Resultado de la medición
Sociodemográficas	Edad	La real academia española define como "tiempo en que ha vivido una persona en años"	Ordinal	Años
	Sexo	La real academia española define como "condición orgánica, masculino o femenina de los animales"	Nominal	Masculino Femenino
	Estado civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Nominal	Soltero, casado, divorciado, unión libre, viudo
	Nivel educativo	Los diferentes niveles de educación son "educación inicial, educación primaria, educación secundaria y educación superior"	Nominal	Auxiliar de enfermería, Enfermero, Otro
Educativas y Laborales	Experiencia Laboral (tiempo)	Se define como "conjunto de conocimiento y aptitudes que un individuo ha adquirido en un tiempo determinado"	Ordinal	Años

Cantidad de pacientes a cargo	Personas quienes son cuidados por un mismo profesional	Ordinal	Cantidad en numero																		
Escala de Maslach - Burnout	Se usa como instrumento para determinar el síndrome de Burnout	Cuantitativa Discreta	<p>1) Sub escala de agotamiento emocional:</p> <table border="1" data-bbox="1198 537 1510 722"> <thead> <tr> <th>Bajo</th> <th>Medio</th> <th>Alto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 18</td> <td>19 - 26</td> <td>≥ 27</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) Sub escala de despersonalización:</p> <table border="1" data-bbox="1198 886 1510 1071"> <thead> <tr> <th>Bajo</th> <th>Medio</th> <th>Alto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 5</td> <td>6-9</td> <td>≥ 10</td> </tr> </tbody> </table> <p>3) Sub escala de realización personal:</p> <table border="1" data-bbox="1198 1234 1510 1419"> <thead> <tr> <th>Bajo</th> <th>Medio</th> <th>Alto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 40</td> <td>34-39</td> <td>≤ 33</td> </tr> </tbody> </table>	Bajo	Medio	Alto	≤ 18	19 - 26	≥ 27	Bajo	Medio	Alto	≤ 5	6-9	≥ 10	Bajo	Medio	Alto	≥ 40	34-39	≤ 33
Bajo	Medio	Alto																			
≤ 18	19 - 26	≥ 27																			
Bajo	Medio	Alto																			
≤ 5	6-9	≥ 10																			
Bajo	Medio	Alto																			
≥ 40	34-39	≤ 33																			

Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

Impacto esperado

Este trabajo de investigación pretende describir la prevalencia del síndrome de Burnout del cuidador primario institucional de pacientes mayores con enfermedades crónicas en centros geriátricos, ya que la literatura en este tema es escasa y se enfoca en la sobrecarga de los cuidadores familiares; el estudio pretende determinar la magnitud de la condición de sobrecarga en el cuidador primario institucional, el papel que predispone su ámbito biopsicosocial y el posible factor de riesgo en la atención en salud al paciente adulto mayor.

Hipótesis

La prevalencia del síndrome de Burnout se diagnosticara en mayor cantidad en cuidadores primarios institucionales con profesión de técnico de auxiliar en enfermería cuyas características predominantes son: estado civil soltero o separado, edad menor de 30 años, con experiencia laboral menor a un año y sexo femenino.

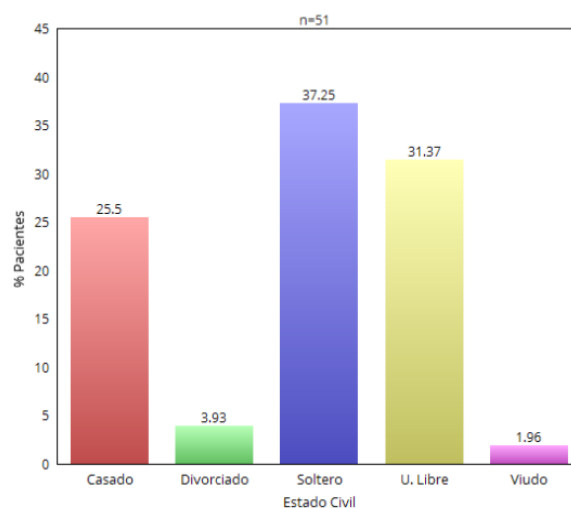
Análisis de Información

Se realiza un análisis estadístico descriptivo de tipo univariado para el estudio de la prevalencia del síndrome de Burnout junto a la caracterización sociodemográfica de la enfermedad. Se realiza tabulación de la base de datos en programa Excel 2013 y realización de graficas en programa R. Se consideran análisis de frecuencias para determinar la prevalencia del síndrome en la muestra obtenida y para el estudio de su asociación con variables sociodemográficas de tipo cualitativo, adicionalmente, se calculan medidas de tendencia central y de dispersión para la evaluación de la asociación de la enfermedad con las covariables cuantitativas de interés. El estudio del síndrome es realizado en función de la prevalencia de la enfermedad y en cada una de sus sub escalas o constructos (Cansancio emocional, despersonalización y percepción personal).

7. RESULTADOS

Según la muestra analizada en el estudio se logró obtener los siguientes resultados: para la muestra en total se analizaron 51 cuestionarios correspondientes a 10 hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá, la población estudiada estuvo constituida por 46 mujeres (90,2%) y 5 hombres (9.8%); en dicha población el promedio de edad observada fue 36,9 años con una desviación estándar de 13,4 años. Con relación al estado civil se obtuvieron los siguientes resultados: 37,2% solteros, 25,5% eran casados, 31,3% unión libre, 3,9% eran divorciados, y 1,9% viudo. (Grafica N°3).

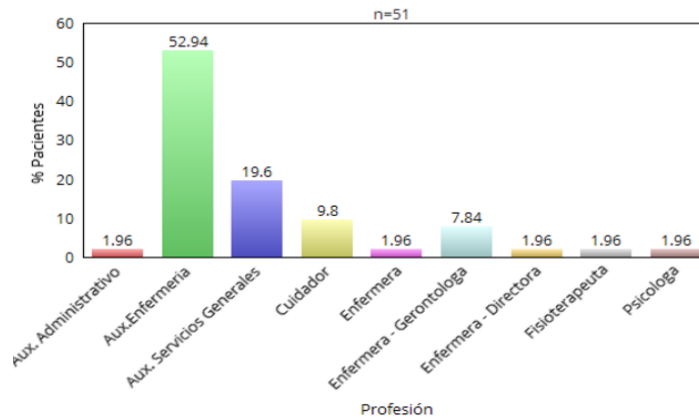
Grafica N°3. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su estado civil.



Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

Dentro de las profesiones encuestadas se encontró que el 52.9% eran auxiliares de enfermería, 19,6% auxiliares de servicios generales, 9,8% cuidadores, 7,8% enfermeras gerontólogas, 1,9% auxiliares administrativos, 1,9% enfermera, 1,9% enfermera directora, 1,9% fisioterapeuta y 1.9% psicólogo. (Grafica N°4).

Grafica N°4. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su profesión.



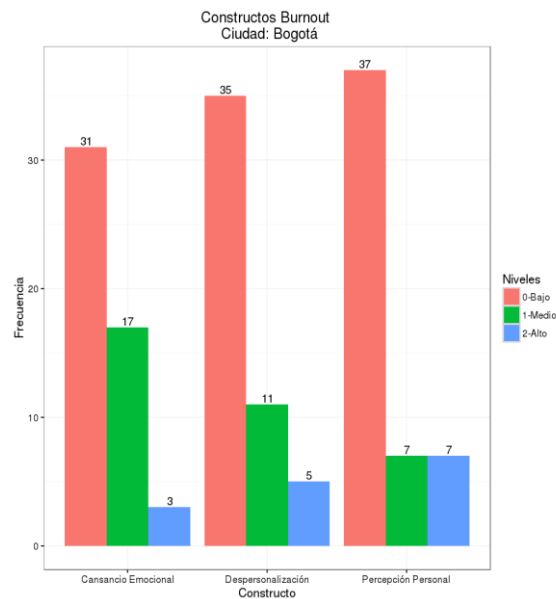
Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

En cuanto a las características laborales; la cantidad de pacientes a cargo se evidencia con un valor mínimo de 7 pacientes y un valor máximo de 66 pacientes, con un promedio de 17,4 pacientes a cargo por cuidador y una desviación estándar de 8,3; por otra parte la cantidad de experiencias en años se encontró en promedio para toda la población de 6,9 años por cuidador con una desviación estándar de 6,3.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en nuestra población a estudio fue de 1,96% correspondiente a 1 paciente del total de la población a estudio; se realiza la descripción de las frecuencias por los tres constructos de la escala MBI haciendo una relación con las variables sociodemográficas para la población en estudio evidenciando los siguientes resultados:

En el total de la población en estudio, según los tres constructos (cansancio emocional, despersonalización y percepción personal) de la escala MBI, se puede observar en la Gráfica 5, el predominio del puntaje bajo, seguido de puntaje medio y finalizando con puntaje alto, es relevante identificar que dentro de los tres constructos, el puntaje alto se vio reflejado en la dimensión de percepción personal.

Grafica N°5. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout en Bogotá.

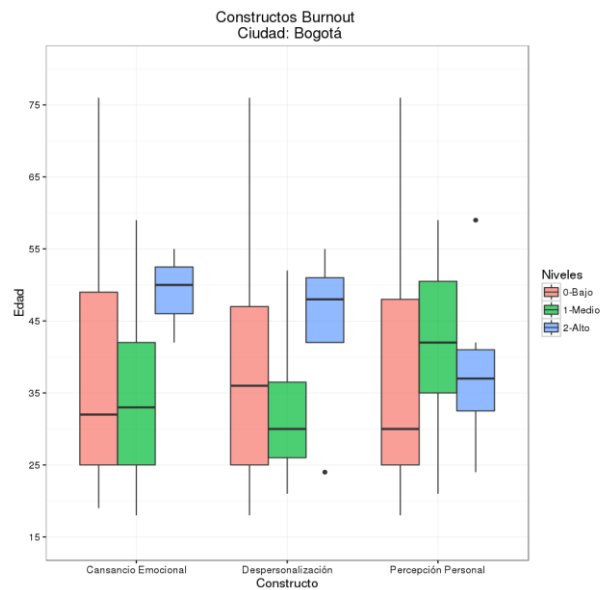


Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

En la Gráfica N°6 se observa la distribución de la variable edad para los diferentes constructos, empezando por el constructo de cansancio emocional se evidencia una mayor dispersión de la variable edad para nivel bajo que en los demás niveles, esta dispersión se contrasta bastante con el nivel alto pues presenta una variabilidad mucho más pequeña y la tendencia de la distribución da a un valor de la mediana mucho más alto que en los demás puntajes, el puntaje medio es similar al puntaje alto sin embargo presenta una menor dispersión y tiende a ser más simétrico con respecto a la mediana, en términos de la mediana se observa que la edad para los niveles altos es mayor que para los niveles medio y bajo; para el constructo de despersonalización observamos que la caracterización de cansancio emocional es similar a la de despersonalización, en puntaje bajo se ven rangos de edad bastante grandes en la distribución de la variables sin embargo en los diferentes grupos se ve una menor variabilidad; y el constructo de percepción personal es interesante

notar que no solamente ahora el puntaje medio parece mostrar grupos de edades mayores que en los niveles bajo y alto, sino que nuevamente se presenta mayor variabilidad en el puntaje bajo, además que el nivel alto presenta menor variabilidad sin embargo hay un valor atípico hacia arriba, comparando los tres constructos las distribuciones de las variables varían considerablemente en niveles medio y alto, en cambio los niveles bajos siguen un mismo patrón.

Grafica N°6. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por edad

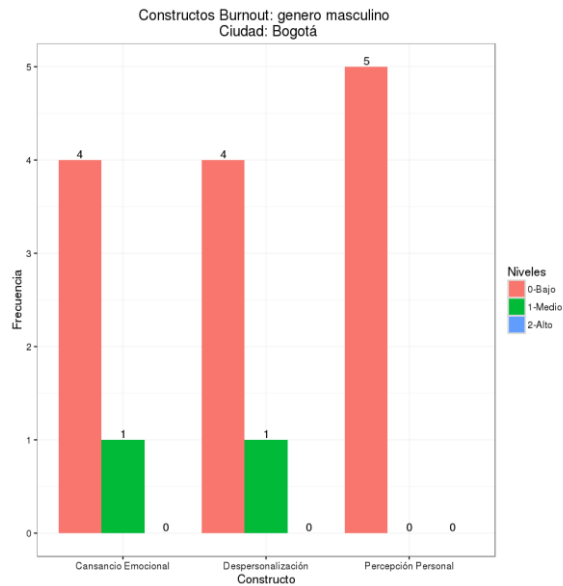


Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

En la frecuencia por constructos de acuerdo al género masculino en la Gráfica N°7, se observa que en su gran mayoría el puntaje de nivel bajo por los tres constructos para el género masculino es mayor, que hay una persona que tiene nivel medio en el constructo 1 y 2 y que no hay ningún hombre que tenga puntaje alto en los constructos.

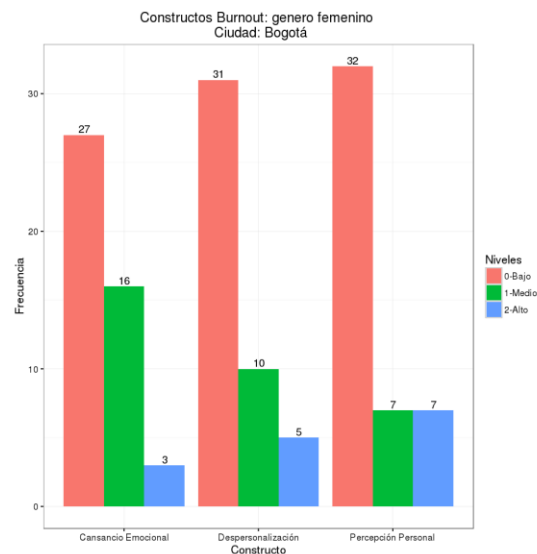
Se observa que la frecuencias de la Gráfica N°8 la comparación de constructos por género femenino que la mayoría de mujeres tienen puntaje bajo en los tres constructos, siendo mayor a 27 personas, seguido por el puntaje medio y de puntaje alto, además se observa que en el tercer constructo que los niveles altos y medio en cantidad son los mismos.

Grafica N°7. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por género masculino



Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

Grafica N°8. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por género femenino



Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

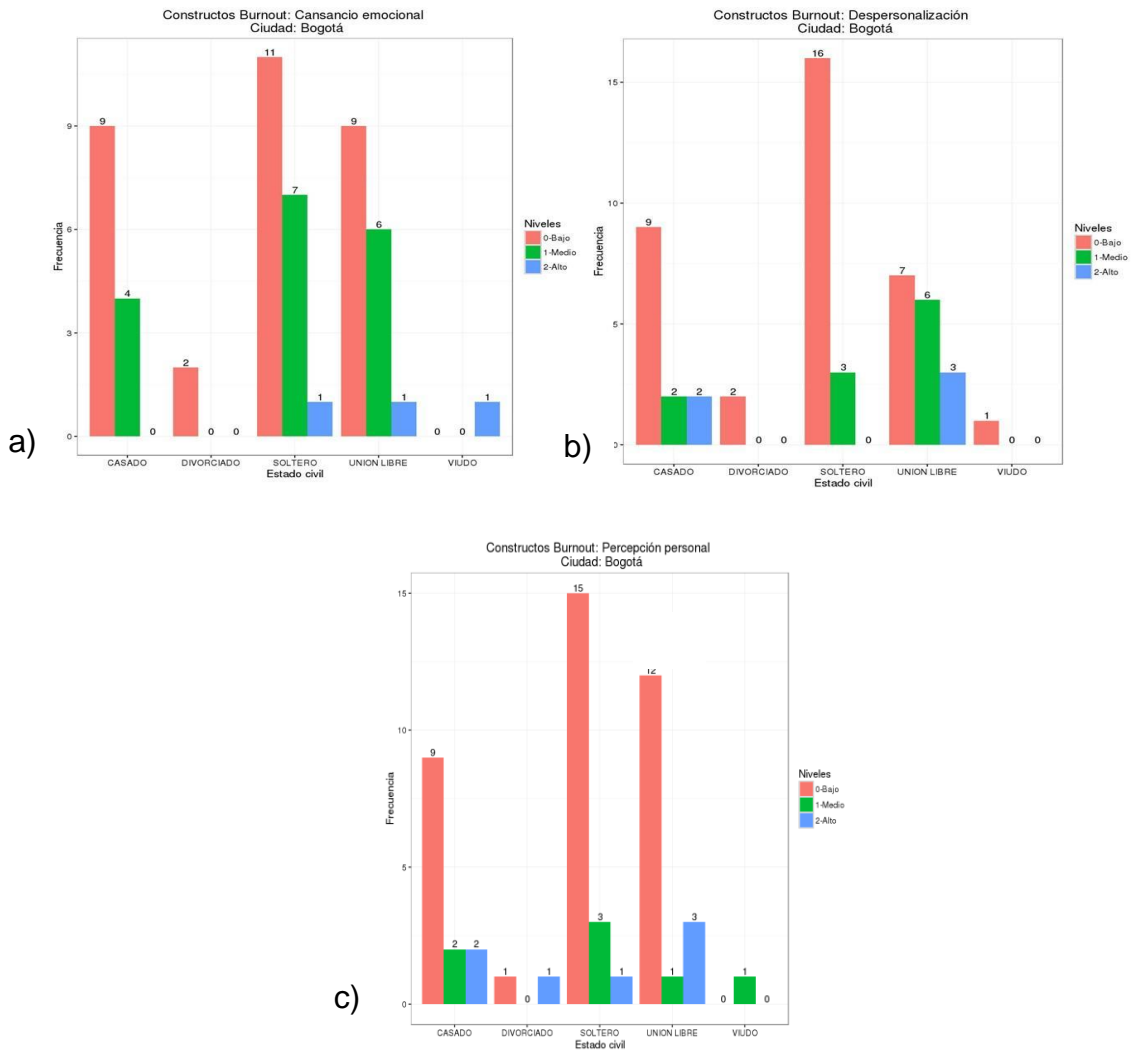
La frecuencia por constructos de la escala MBI por estado civil se puede evidenciar en la Gráfica N°9 a) en la dimensión de cansancio emocional el estado más relevante se observa en las personas casadas, las cuales no presentan puntajes altos, sin embargo, las personas divorciadas solo presentan puntaje bajo, los solteros que fueron la mayoría, solo una persona presento puntaje alto al igual que las personas en unión libre solo presentaron un puntaje alto y la única persona divorciada tiene cansancio emocional alto.

De acuerdo a la dimensión de despersonalización, en la Gráfica N°9 b) el puntaje bajo sigue siendo predominante, pero no es tan marcado como el de los otros constructos, se puede observar las personas divorciadas no tienen puntaje medio ni alto, que no hay ningún puntaje alto en las personas solteras y la persona viuda tiene despersonalización baja.

Por ultimo en la dimensión de percepción personal, en la Gráfica N°9 c) lo más relevante se evidencia en los divorciados no tienen puntaje medio, dos personas en

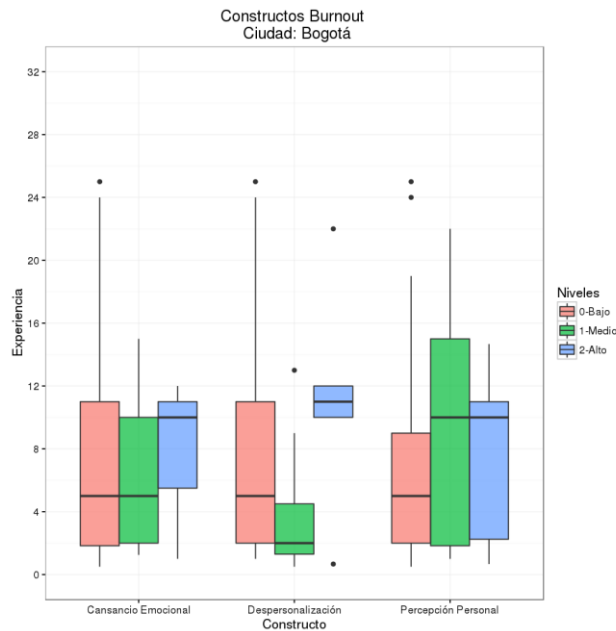
unión libre tiene puntaje alto y la persona viuda tiene percepción persona en puntaje medio.

Grafica N°9. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por estado civil



Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

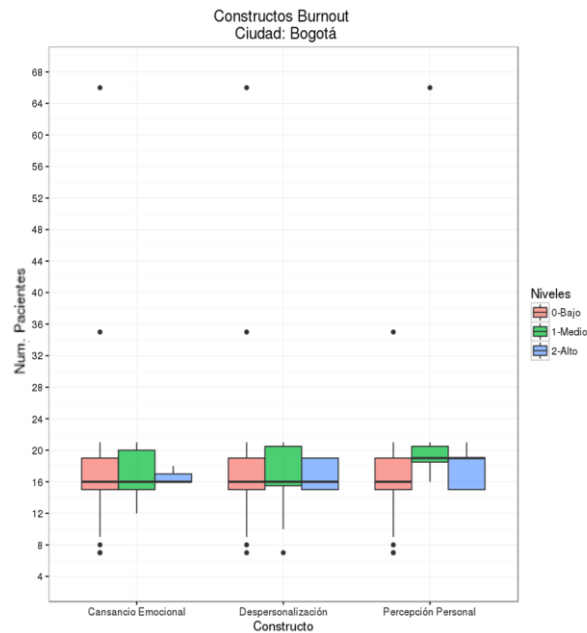
Grafica N° 10. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por experiencia en años.



Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

La distribución de los años de experiencia por constructo en la Grafica N°10 , se evidencia que toda la distribución de cansancio emocional tiene un sesgo hacia la derecha, es decir que para los niveles bajo y medio los valores se toman por debajo de la mediana, presentando atípicos y una dispersión bastante grande en puntaje bajo con respecto a los otros dos puntajes, con respecto al constructo de despersonalización, la distribución de los puntajes bajos es casi la misma, en puntaje medio la distribución es sesgada a la derecha, se encuentra un atípico arriba, y finalmente para el constructo de percepción personal, se ve diferente la distribución de nivel bajo, puesto que baja la dispersión aun habiendo atípicos, en nivel medio se ve una variabilidad muy grande.

Grafica N°11. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por número de pacientes a cargo.



Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

La distribución de la variable número de pacientes a cargo para cada uno de los constructos (Gráfica N°11), los datos tienden a estar cortos y la caja muy pequeña ya que tiene varios valores muy atípicos; para el constructo de cansancio emocional, el puntaje bajo presenta menor dispersión respecto a puntaje medio y su distribución es sesgada hacia la derecha, en puntaje medio hay menor distribución pero es más similar al puntaje bajo, ya que no tiene atípicos, en el puntaje alto todos presentan mediana similar, el puntaje alto esta sesgado hacia la derecha y la distribución es muy poco variable y no hay volatilidad en el número de pacientes; en el constructo de despersonalización el puntaje bajo y medio son similares sin embargo se destaca un desplazamiento de la caja hacia arriba, en este caso la despersonalización para nivel medio presenta mayores niveles del número de pacientes que en el cansancio emocional en puntaje medio, el puntaje alto presenta mayor variabilidad sin

embargo se ubica de manera similar en la mediana aunque presenta un sesgo hacia la derecha y en el constructo de percepción personal el puntaje bajo se presenta la misma variabilidad con respecto a número de pacientes, en el puntaje medio nuevamente la distribución aumenta, además se cierra la distribución del número de pacientes es menos reducida y tiene menor variabilidad, ya en puntaje alto cambia la distribución y esta sesgada hacia la izquierda.

Tabla N° 3. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por centro geriátrico

Cansancio Emocional				Despersonalización			
	Bajo	Medio	Alto		Bajo	Medio	Alto
Hogar 1	1	2	0	Hogar 1	2	0	1
Hogar 2	1	2	0	Hogar 2	2	1	0
Hogar 3	10	1	1	Hogar 3	7	3	2
Hogar 4	2	1	0	Hogar 4	2	1	0
Hogar 5	7	1	0	Hogar 5	6	1	1
Hogar 6	3	4	0	Hogar 6	4	3	0
Hogar 7	1	3	2	Hogar 7	6	0	0
Hogar 8	3	0	0	Hogar 8	3	0	0
Hogar 9	3	0	0	Hogar 9	2	1	0
Hogar 10	0	3	0	Hogar 10	1	1	1
a) Total	31	17	3	b) Total	35	11	5

Percepción Personal			
	Bajo	Medio	Alto
Hogar 1	2	0	1
Hogar 2	3	0	0
Hogar 3	9	0	3
Hogar 4	3	0	0
Hogar 5	3	3	2
Hogar 6	5	1	1
Hogar 7	4	2	0
Hogar 8	3	0	0
Hogar 9	2	1	0
Hogar 10	3	0	0
c) Total	37	7	7

Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

En la tabla N°3 se observa las frecuencias por constructo según los 10 centros geriátricos para el estudio; en el constructo de cansancio emocional, se puede observar que en la mayoría de centros geriátricos el puntaje bajo predomina más, llama la atención que en dos centros geriátricos de los 10 estudiados solo dos centros tienen personas con puntaje alto del constructo. Total de personas con puntaje bajo 31, medio 17 y alto 3; en el constructo de despersonalización se puede observar que el puntaje bajo del constructo es en su mayoría, que cuatro de los diez centros geriátricos tienen personas con nivel alto del constructo. total de personas con puntaje bajo 34, medio 11 y alto 5; y en el constructo de percepción personal: se puede observar que los puntajes bajos son en su mayoría en los centros geriátricos que cuatro de diez centros tiene personas con puntaje alto del constructo, total de personas con puntaje bajo 37, medio 7 y alto 7.

En la tabla N°4 se evidencia la frecuencia por constructo según la profesión en el cansancio emocional se puede observar que hay variedad en la profesión de las personas encuestadas, además se puede observar que el puntaje bajo predomina en los encuestados y que las personas que tiene puntaje alto es un auxiliar de enfermería, un auxiliar de servicios generales y un cuidador. el total fue puntaje bajo 31 medio 17 y alto 3; en cuanto al constructo de despersonalización se puede observar que el puntaje bajo es el que predomina en el constructo, los puntajes altos fueron dados por auxiliar de enfermería y auxiliares de servicios generales, pero en este caso un puntaje alto de enfermera - gerontóloga . El total fue puntaje bajo 35 medio 11 y alto 5; y en el constructo de percepción personal: se puede observar que el puntaje bajo predomina en este constructo y que los puntajes alto obtenidos fueron de auxiliar de enfermería, auxiliar de servicios generales. El total fue puntaje bajo 37 medio 7 y alto 7.

La frecuencia por constructo según la profesión en el cansancio emocional (Tabla N°4) se puede observar que hay variedad en la profesión de las personas encuestadas, además se puede observar que el puntaje bajo predomina en los encuestados y que las personas que tiene puntaje alto es un auxiliar de enfermería, un auxiliar de servicios generales y un cuidador. el total fue puntaje bajo 31 medio 17 y alto 3; en cuanto al constructo de despersonalización se puede observar que el puntaje bajo es el que predomina en el constructo, los puntajes altos fueron dados por auxiliar de enfermería y auxiliares de servicios generales, pero en este caso un puntaje alto de enfermera - gerontóloga . El total fue puntaje bajo 35 medio 11 y alto 5; y en el constructo de percepción personal: se puede observar que el puntaje bajo predomina en este constructo y que los puntajes alto obtenidos fueron de auxiliar

de enfermería, auxiliar de servicios generales. El total fue puntaje bajo 37 medio 7 y alto 7.

Tabla N°4. Frecuencia por constructos de la escala de Maslach- Burnout por profesión

a)

Cansancio Emocional			
	Bajo	Medio	Alto
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	17	9	1
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	5	4	1
CUIDADOR	2	2	1
ENFERMERA	0	1	0
ENFERMERA - GERONTOLOGA	3	1	0
ENFERMERO - DIRECTOR	1	0	0
FISIOTERAPEUTA	1	0	0
PSICOLOGA	1	0	0
Total	31	17	3

b)

Percepción Personal			
	Bajo	Medio	Alto
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	19	4	4
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	6	1	3
CUIDADOR	4	1	0
ENFERMERA	1	0	0
ENFERMERA - GERONTOLOGA	4	0	0
ENFERMERO - DIRECTOR	1	0	0
FISIOTERAPEUTA	0	1	0
PSICOLOGA	1	0	0
Total	37	7	7

c)

Despersonalización			
	Bajo	Medio	Alto
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0	1	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	18	7	2
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	6	2	2
CUIDADOR	5	0	0
ENFERMERA	1	0	0
ENFERMERA - GERONTOLOGA	3	0	1
ENFERMERO - DIRECTOR	1	0	0
FISIOTERAPEUTA	1	0	0
PSICOLOGA	0	1	0
Total	35	11	5

Fuente: prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

DISCUSIÓN

El síndrome de Burnout es una enfermedad que presenta diversas complejidades, ya que implica múltiple análisis de todas las variables del síndrome; este tipo de enfermedad puede ser evaluada mediante la escala MBI, avalada nacional e internacionalmente; como lo expresa Rodríguez, (53) el estudio de la prevalencia del Síndrome implica análisis y comparación con otros estudios, lo cual es difícil debido a la diversidad de métodos diagnósticos utilizados: Muñoz (57) aclara que los estudios deben tener claridad sobre las personas objeto de estudio, ya que responden de diferentes maneras al estrés de acuerdo al tipo de variables laborales y personales; la escala MBI es aplicable a cualquier tipo de área donde el estrés laboral sea un factor de riesgo; aunque en la literatura se describen múltiples poblaciones como Muñoz (57) donde analizan el rol profesional del personal de enfermería de un hospital, justifican el análisis de esta población como un personal con altos niveles de exigencia física, emocional y psicológica; afín con lo referido en el estudios de Peinado (66) donde el riesgo del cuidador se ve aumentado por las propias actividades laborales que ejercen; por lo cual para este estudio que ha sido de gran interés analizar una población con alto riesgo latente de padecer el Síndrome de Burnout que son los cuidadores primarios institucionales; pocas investigaciones se evidencian en la literatura científica mundial y las investigaciones se enfocan en cuidadores informales o familiares.

En cuanto a la muestra analizada en el estudio el género predominante en la población fue femenino con un porcentaje del 90,2% contra 9,8% del género masculino; lo cual siguió la tendencia observada en los estudios de Rodríguez (53) donde el género femenino predominó en la composición de la muestra con un predominio en el área laboral de la enfermería, concordante con el estudio de Muñoz (57) donde la participación del género femenino predominó en un 84,5%; la edad promedio para la población fue de 36,96 años, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 76 años; cabe resaltar que en cuanto al estado civil predominó el estado de soltero con un 37,2%; como se esperaba los centro geriátricos en cuanto a las profesiones ejercidas, predominaron con un 52,9% Auxiliares de enfermería; sin embargo, el rol del cuidador lo ejercen otros tipo de trabajadores como auxiliares de servicios generales (19,6%) o trabajadores sin títulos académicos pero con amplia experiencia en el cuidado del adulto mayor que se denominan cuidadores con un porcentaje del 7,8%.

Las características laborales de los pacientes se identificaron en dos variables; el promedio de pacientes a cargo fue de 17,4 pacientes por cuidador y una experiencia en años de promedio 6,9 años por cuidador, lo que evidencia que la experiencia laboral en los centros geriátricos es amplia lo cual se identifica como un factor favorable en cuanto a manejo de las actividades laborales.

El trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores primarios institucionales mediante la aplicación de la escala MBI; es importante anotar que la comparación de prevalencias con otros estudios es dificultoso debido a la medición de los instrumentos y los puntos de corte establecidos para cada estudio concordante con el estudio de Rodríguez (53) y Acevedo (51) ; en cuanto a la prevalencia del síndrome de Burnout en la población a estudio fue de 1.96% el cual corresponde a 1 paciente sobre el total de la población en la cual su caracterización de las variables sociodemográficas no correspondió en ningún grupo predominante; en el estudio de Rodríguez (53) se evidencio controversia en cuanto a la presentación del Síndrome de Burnout donde concuerda la relación con el género femenino; aunque consideran también el estado civil con la presentación del Síndrome en el personal de salud; es interesante destacar que en el estudio Muñoz (57) la prevalencia del personal de enfermería fue del 20,1% asociando el alto porcentaje a los sistemas de salud actuales de Colombia y las garantías laborales de los empleados, el ejercicio laboral de este estudio fue atención integral al paciente en diferentes áreas hospitalarias, afín con la población estudiada en este trabajo.

En cuanto al diagnóstico del síndrome se tiene en cuenta la sumatoria de las preguntas de cada sub escala dividiéndose cada sub escala en bajo, medio y alto; el criterio diagnostico se tiene en cuenta si las tres sub escalas dan un puntaje en categoría alta o dos escalas en categoría alta y una sub escala en categoría media; debido a que los puntos de cortes son estrictos y de puntajes superiores no fue posible realizar un diagnóstico del síndrome a una población más significativa, sin embargo, las puntuaciones altas en las diferentes dimensiones, pueden indicar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo del síndrome; como lo refiere Acevedo (51) en donde aclaran que el estudio presento dificultad diagnostica, sin embargo evidenciaron factores de riesgo para el desarrollo del Síndrome con porcentajes elevados en los tres constructos asociados a las variables sociodemográficas de su población; de tal manera que se realiza una descripción de las frecuencias por los tres constructos de la escala MBI haciendo una relación con las variables sociodemográficas para la población a estudio.

La escala MBI para los tres constructos (cansancio emocional, despersonalización y percepción personal), se puede observar en la población el predominio del puntaje bajo, seguido de puntaje medio y finalizando con puntaje alto, es relevante identificar que dentro de los tres constructos, el puntaje alto se vio reflejado en la dimensión de percepción personal.

De acuerdo a la edad y la frecuencia por constructos; se evidencia que a mayor edad se presenta un nivel más alto de cansancio emocional y despersonalización; en cuando al constructo percepción personal los pacientes que presentaron puntaje medio; la puntuación alta en este constructo se evidencio en personas jóvenes; la mayoría de población que presentaron un nivel bajo de los tres constructor suelen tener los tres niveles bajos con una dispersión mayor en la edad.

En cuanto a los años de experiencia relacionada con los constructos de la escala, se evidencia que la población con un nivel de cansancio emocional bajo y medio se caracterizan por tener menos años de experiencia; la población con nivel alto en esta dimensión se caracterizan por mayores años de experiencia con menos dispersión de los valores; en la dimensión de despersonalización, que presentaron niveles bajos y medio se caracterizaron con menos años de experiencia; el constructo de percepción personal no parece tener influencia con los años de experiencia.

Dentro de las características laborales se evidencia que el número de pacientes a cargo representaba influencia en los tres constructos de la escala; pacientes a cargo cercanos a 16 caracterizan el puntaje bajo de cansancio emocional, sin embargo el puntaje medio es mayor ya que esta mejor caracterizado porque no presenta puntos atípicos. Los puntajes altos en la dimensión de cansancio emocional están relacionados con menor cantidad de pacientes a cargo; es importante que se estudie ya que podría darse la posibilidad que los pacientes a cargo tengan una complejidad más alta de cuidado; el puntaje medio en percepción personal es mayor y caracteriza a la población con 17 pacientes a cargo por cuidador.

A pesar de la formación profesional o la amplia experiencia que tenga el cuidador primario institucional, este aun va estar expuesto a que haya sobrecarga laboral ya sea por alta demanda de pacientes o por la dificultad de tratar pacientes dependientes, como lo describe Muñoz (57) en su estudio el personal de enfermería se ejerce como una profesión de alto contacto con el paciente; jornadas laborales extensas y ambientes profesionales estresantes que pueden conllevar a factores de riesgo para la presencia del síndrome; estos factores predisponen la posibilidad

latente de generar estrés laboral, provocando cambios en su calidad de vida, repercutiéndose en alteraciones conductuales y emocionales conllevando a un Síndrome de Burnout; como lo afirma Acevedo (51) es necesario investigaciones más amplias en los criterios diagnósticos del síndrome y resaltar la importancia de la estrategias organizacionales como lo afirma Rodríguez, (53) dirigidas a prevenir la sobrecarga laboral y la posibilidad de desarrollar Burnout.

CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome de Burnout en cuidadores primarios institucionales en 10 centros geriátricos en la ciudad de Bogotá – Colombia en el segundo periodo de 2016 fue de 1.96% en una muestra de 51 pacientes.
- La caracterización predominante en las variables sociodemográficas para la población en estudio evidencio que la frecuencia es mujer de 37 años, soltera, auxiliar de enfermería con 17 pacientes a cargo y experiencia de 1 año.
- El criterio diagnostico en el estudio presenta puntos de cortes estrictos y de puntajes superiores por los cual se analizaron puntuaciones altas en las diferentes dimensiones, las cuales podrían indicar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo del síndrome.
- La escala MBI para los tres constructos (cansancio emocional, despersonalización y percepción personal), se puede observar en la población el predominio del puntaje bajo, seguido de puntaje medio y finalizando con puntaje alto, es relevante identificar que dentro de los tres constructos, el puntaje alto se vio reflejado en la dimensión de percepción personal.
- De acuerdo a la edad y la frecuencia por constructos; se evidencia que a mayor edad se presenta un nivel más alto de cansancio emocional y despersonalización.
- A pesar de la formación profesional o la amplia experiencia que tenga el cuidador primario institucional, este va estar expuesto a una posibilidad latente de generar estrés laboral, provocando cambios en su calidad de vida, repercutiéndose en alteraciones conductuales y emocionales conllevando a un Síndrome de Burnout.

RECOMENDACIONES

- Es importante generar nuevos estudios donde la población diana se enfoque en los cuidadores primarios institucionales, que involucren tamaños muestrales significativos probabilísticos, donde se pueda extrapolar los resultados a toda la población asistencial.
- La individualización de cada paciente es indispensable en el abordaje en individuos que presenten factores de riesgo altos; por lo cual se sugiere que se apliquen técnicas dentro del ámbito laboral como relajación y manejo del estrés; pausas activas, reorganización del ambiente laboral y control estricto de los horarios laborales.
- Para los pacientes que presenten factores de riesgo para generar un Síndrome de Burnout es importante que a nivel interpersonal se creen actividades sobre la interacción social, red de apoyo social y laboral, y capacidad de liderazgo y formación de relaciones laborales agradables.
- La tendencia general del estudio se centró en profesionales auxiliares sin embargo se evidencio un porcentaje significativo de cuidadores sin títulos académicos como auxiliares de servicios generales o cuidadores con amplia experiencia en cuidados del adulto mayor; se recomienda incentivar y reforzar por medio de capacitaciones, los conocimientos sobre cuidado del adulto mayor, enfatizándose en protocolos de atención en salud.
- Los centros geriátricos dentro del marco de sus protocolos deben fortalecer los planes de clima organizacional, y generar un seguimiento de los casos detectados de sus empleados con factores de riesgo para generar un Síndrome de Burnout.

PRESUPUESTO

COTIZACION	
	COSTO
INSUMOS Y EQUIPOS	
PAPELERIA FOTOCOPIAS E IMPRESIONES	200.000
COPIA E IMPRESIÓN DE CD	15.000
MEDIOS ELECTROMAGNETICOS	56.000
ESFEROS ETC	15.000
SERVICIOS	
TRANSPORTE GASOLINA -BUSES	200.000
RECURSO HUMANO	45.000
ALIMENTACION	100.000
LOGISTICA	50.000
TELECOMUNICACION	65.000
IMPREVISTOS	100.000
TOTAL:	846.000

Fuente: Prevalencia del síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo– Colombia en el segundo periodo de 2016. 2016

BIBLIOGRAFIA

1. Vega O, D. G. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica.. *Enferm. Glob.* 2009; 16(1-11).
2. Hernández Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos.. *Revista Scielo.* 2006; 15(52).
3. Moreno-Jiménez BRAGEMM. Breve historia del Burnout a través de sus instrumentos de evaluación. Egido Editorial Zaragoza. 2005;(161-183).
4. Segura C, Berbesí F, Agudelo M, Cardona A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2013; 31(30-39).
5. Zamora Z, Sánchez Y. Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado.. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2008; 13(127- 142).
6. OMS. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. [Online].; 2007 [cited 2015 Octubre 7. Available from: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>.
7. Guzmán M. Abandono del adulto mayor, derechos y política social. Proyecto de grado. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales; 2010.
8. Buzzetti Bravo M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile ,Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología; 2005.
9. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomsa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *Eur J Investig Health Psychol Educa.* 2014; 4 (2)(79-88).
10. Arango V, Ruiz I. Diagnóstico de los adultos mayores. [Online]. [cited 2015 Octubre 1. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>.
11. Muñoz O. Análisis de los indicadores demográficos del mercado de trabajo a nivel nacional 2001-2011 y proyección de la PEA 2012-2020. Subdirección de

- Análisis, Monitoreo y Prospectiva Laboral, Dirección de Generación y Protección del Empleo y Subsidio Familiar, Viceministerio de Empleo y Pensiones. Ministerio de Trabajo; 2013.
12. OMS. Enfermedades crónicas y promoción de la salud, prevención de las enfermedades crónicas. [Online]. [cited 2015 Octubre 7. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html.
 13. Bureau PR. Enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 7. Available from: <http://www.prb.org/pdf13/ncds-lac-datasheet-sp.pdf>.
 14. Norma técnica para la detección de las alteraciones del adulto. [Online]. [cited 2015 Octubre 7. Available from: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntadulto.htm>.
 15. Ministerio De Salud Y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021: "La salud de Colombia la construyes tu".. [Online].; 2013 [cited 2016 Junio 20. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.
 16. Ministerio De Salud Y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021: "La salud de Colombia la construyes tu". Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles".. [Online].; 2013 [cited 2016 Junio 20. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionesno-transmisibles.pdf>.
 17. Secretaria Seccional De Salud Y Protección Social De Antioquia. Gobernación De Antioquia.. Análisis de la situación de salud. Vida saludable y condiciones no trasmisibles. [Online]. [cited 2015 Septiembre 15. Available from: <https://www.dssa.gov.co/minisitio-dssa/index.php/diagnostico-de-la-situacion-salud/vida-saludable-y-condiciones-no-transmisibles>.
 18. OMS. Envejecimiento conceptos generales y cifras.. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>.
 19. Venemedia. Definición de adulto mayor.. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: www.conceptodefinicion.de/adulto-mayor.
 20. Santos de S, Zulma C. Adulto mayor, redes sociales e integración. Revista Universidad Nacional de Colombia. 2009; 11(159-174).
 21. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Grupos vulnerables. [Online].; 2006 [cited 2016 Octubre 21. Available from: www.diputados.gob.mx/cesop.
 22. Ministerio De Salud Y Protección Social. Concepto de vulnerabilidad por Plan

- Nacional de Desarrollo. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/poblacionesvulnerables/Paginas/poblaciones-vulnerables.aspx>.
23. Arango V. Diagnóstico de envejecimiento en Colombia: diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. [Online].; 2007 [cited 2016 Junio 22. Available from: www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticasyPoliticasyPoblaconales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C.
 24. Constitución Política de Colombia. Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186 de 27 de Noviembre de 2008. , Bogotá. Congreso de la República de Colombia. (27-11-2008).
 25. Constitución Política de Colombia. Ley 1315 de 2009. Diario Oficial No. 47.409 de 13 de julio de 2009. Bogotá. 2009..
 26. Constitución Política de Colombia. Ley 1276 de 2009. Diario Oficial No. 47.223 de 5 de enero de 2009. Bogotá. 2009..
 27. Congreso De La Republica De Colombia. Resolución 7020 de 1992. 1 de septiembre del 1991. Bogotá. 1992..
 28. Congreso de la república de Colombia.. Artículo 4, PRINCIPIOS; Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186 de 27 de Noviembre de 2008, Bogotá.. 2008..
 29. Congreso de la república de Colombia. Artículo 6; Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008, Bogotá.. 2008..
 30. Congreso de la República de Colombia. Artículo 6.2; Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008, Bogotá. 2008..
 31. Congreso de la república de Colombia. Artículo 6.3; Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008, Bogotá.. 2008..
 32. Congreso de la república de Colombia. Artículo 6.4; Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008, Bogotá.. 2008..
 33. Congreso de la república de Colombia. Artículo 6.5; Ley 1251 de 2008. Diario Oficial No. 47.186 de 27 de Noviembre de 2008, Bogotá.. 2008..
 34. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.. Ley 687 DE 2001. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14903>.
 35. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Ley 1276 DE 2009. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34495>.

36. Secretaria Distrital de Salud. Resolución 110 DE 1995. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=786>.
37. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Dirección general de promoción social- dirección general de calidad de servicios. Lineamientos técnicos para los centros de promoción protección social para personas mayores. [Online].; 2008 [cited 2016 Junio 22. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20Centros%20Persona%20Mayor.pdf>.
38. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.. Proyecto de acuerdo n°. 476 de 2007. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26830>.
39. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.. Proyecto de acuerdo n°. 039 de 2008. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28712>.
40. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Ley 9 de 1979. [Online]. [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1177>.
41. Real Academia Española. Cuidador. [Online].; 2001 [cited 2016 Junio 22. Available from: www.rae.es/rae.html.
42. Expósito Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev haban cienc méd. 2008; 7(3).
43. Hernández Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Revista Scielo. 2006; 15(52).
44. Puchia C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Science Direct. 2015; 12 (4)(219-225).
45. Bordon M. Curso Cuidadores Domiciliarios. [Online].; 2016 [cited 2016 Abril 12. Available from: www.concordiamagazine.com.ar/concordia/que-es-un-cuidador-domiciliario.
46. Lopez M, Orueta R. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clín Med Fam. 2009; 2 (7)(332-334).
47. Velázquez V, López L, López H, et.al. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Rev. salud pública. 2011; 13 (4)(610-619.).
48. Velázquez Y, Espín A.. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal

- de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Rev Cubana Salud Pública. 2014;(40).
49. Vega O, Ovallos F, Velásquez N. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos usuarios de la Clínica Cancerológica, en San José de Cúcuta. Investig. Enferm. Imagen Desarr. 2012; 14 (2)(85-95).
 50. Roig M, Abengózar M, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Anales De Psicología. 1998; 14 (2)(215-227).
 51. Acevedo A, Gordon S, Zambrano P. Síndrome de Burnout en residentes de la Universidad El Bosque durante el año 2010. Tesis post grado. Bogotá: Universidad El Bosque; 2010.
 52. Quiroz R, Saco S. Factores asociados del síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. SHUA- Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana- UNSAAC. 2003; 12 (23)(11-22).
 53. Rodríguez M, Rodríguez R, Riveros A, Rodríguez M, Pinzón J. Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010.. Protocolo post grado. Universidad del Rosario- Universidad CES. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, especialización en Epidemiología.; 2010.
 54. Vásquez J, Ruiz M, Beltrán L, Rosas J, Munguía S, Gómez F. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos de atención primaria de las clínicas de medicina familiar de la zona norte del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2006; 11(27-40.).
 55. Martínez A. El síndrome de Burnout: evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010; 112(1-40).
 56. Veiga D. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos.. Trabajo fin de maestría. Universidad de Coruña; 2012.
 57. Muñoz Y, Osorio D, Robles E, Romero Y. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014. Trabajo de grado post grado. Universidad del Tolima, Facultad de Ciencias de la Salud- Especialización en Epidemiología; 2014.
 58. Restrepo-Ayala N, Colorado G, Cabrera G. Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Rev. salud pública. 2005; 8 (1)(63-73).
 59. Barrón S, Salvador A. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer.. Barrón y Alvarado, Cancerología. 2009; 4(39-46).
 60. Gascón T, Fernández J, Gálvez M, Merino E. Effectiveness of an intervention for

- prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*. 2013; 14(173).
61. Weber A JRA. Burnout syndrome: a disease of modern societies? University of Erlangen-Nuremberg, Germany. *Occup. Med.* 2000; 50 (7)(512-517).
 62. Mingote J, Jiménez B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Herrerb Med Clin (Barc)*. 2004; 123(7)(265-70).
 63. Méndez-Cerezo A. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An Med (Mex)*. 2011; 56 (2)(79-84).
 64. Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. [Online]. [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>.
 65. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. [Online]. [cited 2015 Octubre 22. Available from: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf.
 66. Peinado, A; Garcés, E. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología Universidad de Murcia*, 1998; 14 (1) (83-93).

ANEXOS

Anexo 1

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y
AMBIENTALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA
DE MEDICINA HUMANA



PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO INSTITUCIONAL EN CENTROS GERIÁTRICOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CAJICA Y TENJO- COLOMBIA EN EL SEGUNDO PERIODO DE 2016

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, está desarrollando una evaluación para conocer la calidad de vida de los cuidadores del adultos mayores, que se llevará a cabo en la institución geriátrica _____, con el fin de conocer el estado físico, mental y determinar si hay o no factores de riesgo en su vida cotidiana, entorno familiar o personal.

Se realizara una encuesta que buscan conocer puntos de vista de todas las personas que forman parte de esta institución geriátrica, respecto a las condiciones personales para el cuidador del adulto mayor que puedan influir o no en su calidad de vida en general, teniendo en cuenta tanto la esfera mental, familiar, laboral, profesional. Por ello estamos invitando a toda la comunidad que integra estos equipos de salud para que participe contestando el cuestionario.

Sus datos no serán expuestos a sus jefes inmediatos ni ningún otro integrante dentro del centro en el cual usted labora, esta información será manejada confidencialmente y solo los conocerán los investigadores que integran el estudio, por lo cual no tendrá ningún tipo de implicación laboral que ponga en riesgo el mismo. Algunas preguntas pueden causarle cierta incomodidad, por lo que puede negarse a responderlas. Usted decide cuáles preguntas contesta y cuáles no.

Su participación en esta encuesta no tiene costo alguno y es totalmente voluntaria. Es decir, no tiene que participar si no lo desea y puede suspender su participación en el momento que usted decida, sin que haya ninguna consecuencia. El hecho de que decida participar o no en el estudio, así como el hecho de expresar libremente sus opiniones, cualesquiera que estas sean, no tendrá ninguna repercusión negativa para usted, su puesto de trabajo o estudio. Todos los datos serán registrados directamente en una base de datos, y únicamente los investigadores responsables podrán tener acceso a los mismos mediante claves de seguridad. La información obtenida se reportará de manera general.

Este estudio no le traerá beneficios directos, sin embargo, la información que obtenida en este estudio permitirá conocer los puntos de vista y comportamientos de la comunidad institucional frente al cuidador del adulto mayor. Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, puede comunicarse con los investigadores del proyecto, Natalia León, 316.625.3528; Dayanna Pinzón 314.289.2350; Nataly Herrera, 314.292.1705; Gabriel Nazate, 310.587.8343 o si prefiere, puede escribir a la siguiente dirección de correo: cuidadoresdegerontes@gmail.com, en caso de sugerencias, dudas o demás información que necesite una vez acepte participar. Si está de acuerdo en participar en el estudio, por favor firme a continuación el presente documento en la parte inferior.

Gracias por su participación

Firma

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:
CC:
TELEFONO DE CONTACTO:
EMAIL:

Anexo 2



Anexo N° 2 Cuestionario



Por favor realice el siguiente cuestionario de manera clara y honesta. Marque una X en el espacio indicado a la respuesta que corresponde

1. Edad ____ años
2. Género: F ____ M ____
3. Estado civil:
Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Unión Libre ____ Viudo ____
4. Profesión:
Auxiliar de enfermería ____ Enfermera(o) ____ Otro ____ Cual ____
5. Experiencia laboral en cuidado del adulto mayor:
____ mes(es)
____ Año(s)
6. Cantidad de paciente a cargo (indique el numero exacto) ____



Cuestionario de Maslach Burnout Inventory



Coloque en cada casilla el valor de 0 a 6 según sea su percepción de la respuesta.

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

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