



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

---

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL  
PACIENTE EN ETAPA TERMINAL**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:  
L. E. MARICRUZ MARTÍNEZ GARCÍA**

**DIRECTOR DE TESIS  
M. C. E. NORBERTA LOPEZ TARANGO**

Cuernavaca, Mor. 2018

## ***Dedicatoria:***

### **In Memoria**

La enfermería marcó mi vida en el pasado, al momento de nacer, como una vena deseosa de ser puncionada, ayeres muchos, contacto frente a frente todos, contrastando vidas, llenándome de vida, absorbiendo de ésta para crecer.

### **In Hoc**

Hoy la enfermería es en mí, es decir no he cambiado de pasión teniendo la oportunidad de hacerlo, ya que, el universo brinda una gran variedad de oportunidades, como ramos de flores existen, para optar por un cambio, nos coquetean, haciéndonos creer que para cuidar se puede hacer desde otras áreas de la salud, cierto es, pero cuidar, lo que se dice cuidar de una persona, una familia o una comunidad, sólo la enfermería, para lo que es, única y total.

### **In Posterum**

La enfermería será como un lugar de hormigas bravas o coloradas, que se mueven sobre tierra firme, de un lado a otro, proveyendo cuidados, aquí, allá, por doquier, como un bastión de ellos. La historia se seguirá escribiendo para sostener esto que está en mí.

## Índice.

<i>Resumen</i> .....	1
<i>Summary</i> .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPITULO I. GENERALIDADES.....	5
I.1. Planteamiento del problema.....	5
I.2. Justificación.....	9
I.3. Objetivos.....	8
I.3.1. Objetivo General .....	8
I.3. 2. Específicos: .....	8
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	11
II.1. Antecedentes.....	11
II.2. Síndrome de Burnout.....	12
II.2.1. Concepto.....	12
II.2.2. Causas del Síndrome de Burnout.....	13
II.2.2. Diagnóstico del Síndrome de Burnout.....	14
II.2.2.1. Staff Burnout Scala de Jones (1980) <sup>17</sup> .....	14
II.2.3. Cuestionario Maslach Burnout Inventory.....	15
II.2.3. Síntomas del Síndrome de Burnout.....	17
II.2.4. Etapas del Síndrome de Burnout.....	18
II.2.4.1. Agotamiento Emocional.....	19
II.2.4.2. Despersonalización (Deshumanización).....	20
II.2.4.3. Falta de Realización Personal.....	22
II.2.4. Tratamiento del Síndrome de Burnout.....	23
II.2.5. Cuidador Primario.....	26
II.2.5.1. Cuidar.....	26
II.2.5.2. Cuidador.....	27
II.2.5.3. Cuidador Primario.....	28
II.2.5.4. Cuidador Primario Informal.....	29

II.2.5.5. Paciente con Enfermedad Terminal. ....	29
II.2.5.6. Teoría de Sistemas de Betty Neuman. ....	31
<i>CAPITULO III. MÉTODOS.</i> .....	38
<i>Diseño general de la investigación.</i> .....	38
Análisis Estadístico.....	40
<i>Consideraciones éticas y de bioseguridad.</i> .....	41
<i>CAPITULO IV. RESULTADOS</i> .....	42
<i>IV.1 Resultados.</i> .....	42
<i>Conclusiones.</i> .....	48
<i>Discusión:</i> .....	49
<i>Recomendaciones.</i> .....	51
<i>Referencias bibliográficas.</i> .....	52
<i>Anexos</i> .....	I

## ***Resumen.***

**Introducción:** El Síndrome de Burnout se define como un proceso de estrés crónico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que incurre en personas que se encargan de cuidar a pacientes en etapa terminal. **Objetivos:** Determinar la presencia de Síndrome de Burnout en cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal de un Hospital Regional en Emiliano Zapata, Morelos. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo. Se aplicaron 40 cuestionarios de abril a mayo del 2018. Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory adaptado para el cuidador primario. **Resultados:** La presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal del Hospital Regional de Emiliano Zapata Morelos fue de nivel alto (37.5%) lo que significa que se encuentran cansados física y emocionalmente debido a las exigencias de las actividades diarias y el cuidado metódico y de alta concentración con su paciente, condicionado riesgo en el desempeño de actividades, perjudicando también la calidad de vida del paciente y del cuidador primario. El 22.1% de los cuidadores primarias presentaron niveles altos en la subescala de despersonalización lo que significa que muestran actitudes de frialdad y distanciamiento algunos días a la semana. El 40% de los cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal arrojaron puntuación media en la dimensión de realización personal, lo que significa servir a su familiar les da satisfacción, sin embargo, reconocen necesitar ayuda. **Conclusiones:** Todos los cuidadores se ven afectados en cierto grado de nivel del síndrome de burnout, siendo el de nivel alto el que predomina, por lo cual se demuestra que este síndrome impacta considerablemente en la vida calidad de vida de los cuidadores primarios y del paciente en etapa terminal.

**Palabras Clave:** Burnout, cuidadores primarios.

### ***Summary:***

**Introduction:** Burnout Syndrome is defined as a chronic stress process characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment, which incurs in people who take care of terminally ill patients.

**Objectives:** To determine the presence of burnout syndrome in primary caregivers of patients in terminal stage of a Regional Hospital in Emiliano Zapata, Morelos. **Material and methods:** Cross-sectional, descriptive, observational study. Forty questionnaires were applied from April to May 2018. The Maslach Burnout Inventory questionnaire adapted for the primary caregiver was used.

**Results:** The presence of Burnout Syndrome in primary caregivers of patients in terminal stage of the Regional Hospital of E. Zapata Morelos was of high level (37.5%) which means that they are physically and emotionally tired due to the demands of daily activities and the methodical and high concentration care with his patient, conditioned risk in the performance of activities, also harming the quality of life of the patient and primary caregiver. 22.1% of the primary caregivers presented high levels in the depersonalization subscale, which means that they show attitudes of coldness and distancing some days a week. 40% of the primary caregivers of terminally ill patients showed an average score in the dimension of personal fulfillment, which means serving their family member gives them satisfaction, however, they recognize that they need help. **Conclusions:** All caregivers are affected to a certain degree in the level of burnout syndrome, with the high level of prevalence, which shows that this syndrome has a considerable impact on the personal life of primary caregivers and the terminal patient.

**Keywords:** Burnout, primary caregivers.

## INTRODUCCIÓN.

El estrés crónico es la enfermedad del siglo XXI, consecuencia de ambientes laborales modernos, llenos de tecnología, relaciones exigentes y fatiga crónica. En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud, lo definió: como un factor de riesgo laboral, por su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso, hasta poner en riesgo la vida”<sup>1</sup>. El Síndrome de Burnout es un desorden físico, mental, emocional que impacta en la vida de las personas, alterando el orden de las actividades cotidianas y la convivencia; así es como la presente investigación se inicia, ante la necesidad de entender a los familiares de los pacientes terminales, viviendo una situación de estrés, sobre todo, a los cuidadores primarios; la edad, tiempo de cuidado, situación económica y de género, la falta de apoyo familiar y social, etc., son factores que condicionan el síndrome de Burnout, ahora se sabe, que en cada persona que tiene trato directo con otras personas.

La Psicóloga Christina Maslach y la Psiquiatra Susan Jackson<sup>2</sup>, en 1981, definen el Síndrome de Burnout como una: inadecuada forma de afrontar un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño laboral.

Los cuidadores primarios, que, en su mayoría son familiares de los pacientes, directos, consanguíneos, y, de acuerdo a los resultados del presente estudio, pertenecen al sexo femenino, son esposas o hijas, entre otros, que no están exentas de presentar el síndrome referido.

Síntomas como: malestar físico y mental, cefaleas, ansiedad, miedo, son característicos del Síndrome de Burnout. Cada ser humano que convive con una

persona de forma constante, cotidiana y responsablemente, tiene la condición de estresarse, por ende sufrir Síndrome de Burnout; así, los familiares o amigos que cumplen con la función de cuidador primario, son vulnerables de presentar agobio, alteración del sueño, fatiga, desórdenes alimenticios, temblores, mareos, cuello, manifestaciones que refieren los cuidadores primarios de los pacientes en etapa terminal del Hospital Regional “Centenario de la Revolución Mexicana”, al solicitar al personal de enfermería o médicos de pregrado un medicamento por qué presenta dolor, cansancio, ansiedad, de tal forma, que no son la excepción. Luego, entonces, fue necesario: identificar la presencia del Síndrome Burnout en los cuidadores primarios.

El capítulo I, detalla las generalidades objeto de estudio, como el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos; en el capítulo II, se describen los antecedentes, se define el Síndrome de Burnout y los hechos de interés que revelan la importancia del estudio en las investigaciones realizadas en otros contextos, asimismo, se explica la sintomatología, causas, tipos y tratamiento. Además, el enfoque se respalda en la teoría de Sistemas de Betty Neuman por la importancia en el manejo del estrés, donde plantea que cada persona tiene tres formas de enfrentarlo.

En el capítulo III, se describe la metodología, el diseño de la investigación, también se explica la concordancia de la teoría con los instrumentos y técnicas a utilizar y finalmente se determina las categorías de análisis que son las variables a investigar. En el capítulo IV, se encontrarán con: la discusión de resultados, donde se detallan los datos obtenidos en el estudio y se constata con la información adquirida de investigaciones realizadas en contextos diferentes; se termina con las conclusiones que responden al objetivo planteado y se añaden las recomendaciones para una posible intervención del caso.



## **CAPITULO I. GENERALIDADES**

### **I.1. Planteamiento del problema.**

En los últimos años se ha desarrollado un gran interés por el estudio sobre el estrés, los factores relacionados con el trabajo y su repercusión sobre la salud. Desde luego, el estrés afecta negativamente a las personas en lo general; para el cuidador primario, no es una excepción; los problemas que le causan angustia, alteraciones emocionales y la frustración de sentir que las metas aún no se han alcanzado, dentro de la cotidianidad de actividades, impacta en los enfermos atendidos por éste, considerando que regularmente y, sin temor a equivocarse, son seres queridos por ellos.

El cuidado diario de los enfermos, relacionados afectiva y, en algunos casos consanguíneamente, requiere de un despliegue de actividades que necesitan de un control mental y emocional de mayor rigor, puesto que, es una tarea expuesta a múltiples cuidados de tiempo prolongado, con una alta exigencia de concentración y responsabilidad, por ende, un gran desgaste físico y mental, además, de los roles familiares, laborales fuera de casa y sociales que deben cubrir, ya que se encuentran inmersos en una comunidad, que con el paso del tiempo, se convierten en solidarios, respecto a las labores cotidianas de los cuidadores primarios, en el mejor de los casos.

El cansancio, la incompreensión y la angustia son síntomas que el cuidador primario percibe y se cuestiona, pero no puede identificar como un problema de salud, ya que, el “cuidador” es él. El Síndrome de Burnout ha sido estudiado por reconocidos psicólogos de talla internacional y nacional, tal es el caso, de la Psicóloga Estadounidense Christina Maslach<sup>3</sup>, creadora del instrumento, más

usado para la evaluación del Síndrome de Burnout, de inicio, como un problema laboral. Posteriormente se observó que afecta a diferentes grupos sociales destinados a la atención de enfermos en diferentes condiciones de salud y enfermedad, por lo anterior, “estar quemado o fatigado emocionalmente”, llama la atención de diferentes profesionistas<sup>4</sup>.

Considerando que el Síndrome de Burnout es un problema relevante de salud laboral, “desde los años 70, siendo el grupo médico el más vulnerable, por ende, el personal de enfermería quien brinda cuidados a las pacientes”<sup>5</sup>, en consecuencia el cuidador primario, que hace las funciones de procurar, en determinadas circunstancias la atención a un enfermo, ya sea acompañándolo en su estancia hospitalaria o en su domicilio, bajo la orientación de dicho profesional, es entendible que por tener contacto directo a lo largo, de por lo menos 12 hora o más, descrito por Balseiro<sup>6</sup>: “realizar un trabajo con un grado de exigencia y altos niveles de estrés, con un conocimiento limitado, la necesidad de resolver problemas que tienen que ver con la salud de una persona”; dicho sea de paso, que se encuentra, en la mayoría de los casos, emocionalmente ligada a él y la poca o nula ayuda que le brinda la red social de familiares y amigos, al cuidador primario, afectando la calidad de vida de éste y la relación entre el enfermo y el cuidador.

Lo anterior, condiciona el cansancio, la frialdad en el trato y la inquietud por no saber sí hace lo correcto, durante la convivencia diaria con el enfermo, abriendo una brecha en la relación, convirtiendo al familiar enfermo en víctima; por lo que se hace necesario proponer al cuidador primario, quién llegado ese momento, es el victimario, a hacer cambios en la rutina y ampliar la red de apoyo familiar y social.

En México, específicamente en el Estado de Morelos, el Psicólogo Juárez G.<sup>7</sup>, investigador del Centro Transdisciplinar de Investigación en Psicología (CITPsi), de la UAEM, en Cuernavaca, Morelos, realizó una revisión sistematizada, sobre

la investigación en México del Síndrome de Burnout, donde colaboraron otros investigadores extranjeros (Colombianos), como resultados obtuvieron: “que el estado de Jalisco y en la Ciudad de México, antes Distrito Federal, el valor promedio, en los metaanálisis, fue de “Una vez por semana o menos”, en la escala resultados del síntomas de burnout, en los profesionales de la salud”; el presente documento, analiza la presencia de Síndrome de Burnout en Cuidadores Primarios de Pacientes crónico en etapa terminal de las áreas de Quimioterapia, Radioterapia, Urgencias, U. C. I. y Cirugía General, de un Hospital Regional.

Los cuidadores primarios pueden presentar Síndrome de Burnout por las actividades desempeñadas cotidianamente, la falta de apoyo o la inseguridad al hacer sus tareas cotidianas, tratándose, de cuidar. De lo anterior, surge la pregunta: ¿Cuál es el grado de intensidad del Síndrome de burnout que presenta el Cuidador Primario del paciente en etapa terminal?

## **I.2. Objetivos**

### I.2.1. Objetivo General

Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en Cuidadores Primarios de pacientes en etapa terminal de un Hospital Regional en Morelos.

### I.2. 2. Específicos:

1.2.2.1. Identificar la presencia de problemas físicos, emocionales y psicológicos en los cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales, como parte de las manifestaciones del Síndrome de Burnout.

1.2.2.2. Evaluar el grado de intensidad del Síndrome de Burnout en los cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.

### **I.3. Justificación.**

Cuidar implica desprenderse un poco de sí mismo, puesto que la vida del cuidador primario se va posponiendo para ser el soporte y sostén del enfermo, que se encuentra a su cuidado. Son durante los días y a lo largo de las horas, que el cuidador va cubriendo necesidades fundamentales de salud para el bienestar de su familiar o amigo enfermo, en el diario ir y venir del trabajo hospitalario, se ha observado al familiar de los pacientes en etapa terminal, inquietos, angustiados, refiriendo dolor en las articulaciones, desanimados, bajo mucha presión, pidiendo una pastillita por que le duele algo.

Muchas personas fungen la función de cuidador por decisión propia o por asignación, por simpatía o por empatía, por necesidad, cuando no hay quien pueda o quiera cuidar, siendo padre o madre, hija, hijo, amiga, amigo, etc., pero sobre todo por un sentido moral, ya que se requiere de un ser humano para cuidar a otro ser humano, por eso se convierte en un acto moral, nadie que conviva con un enfermo, se dará la vuelta ignorando tal situación, una necesidad para el bienestar; quizás en algunos momentos el cansancio, el miedo, la tristeza, el enojo, la incertidumbre, de no saber sí se hace lo correcto y las actividades extras, provoquen el síndrome de burnout, en cada persona dispuesta para la atención de ellos.

Así, dicho síndrome, se va imponiendo en cada binomio: enfermo-cuidador, hasta lograr “quemar” al que cuida. El agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, van pesando y haciendo necesario voltear hacia el cuidador y detenerse para atenderle e inclusive apoyarlo en sus tareas cotidianas. Identificar el síndrome de burnout en los cuidadores primarios permite entender y guiar al familiar respecto a sus síntomas o la manera de tratarlos.

El presente documento se describe la presencia de síndrome de burnout en los cuidadores primarios del paciente en etapa terminal, ya que los días de trabajo sin fin en la atención cansa al mismo, afectando la salud del cuidador primario. Considerando que el trato constante, cotidiano y rutinario con una persona es causa suficiente para desarrollar el síndrome de Burnout y una vez identificado en los cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal, se proporciona al cuidador herramientas que le ayudan a disminuir el estrés, así, estarán más receptivos y brindarán mejores cuidados a su paciente. Los resultados servirán para la creación de un programa de intervención el manejo del estrés del cuidador primario.

## **CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.**

### **II.1. Antecedentes.**

En 1974 el Psiquiatra Freudenberger<sup>8</sup>, inicia los trabajos de investigación de forma rudimentaria el fenómeno del Burnout, destacándolos en el ámbito laboral determinada por distintos entornos de trabajo, que impactaban en la salud. Para 1977, la Psicóloga social Christina Maslach, estudió las respuestas emocionales de las personas que trabajan con personas, sobre todo en el área de educación, posteriormente, se encuentra con el mismo fenómeno con el personal de salud<sup>9</sup>. Apoyada en la teoría anterior, se asume que el cuidador primario no está exento de presentar el síndrome, ya que tiene contacto directo con una persona y, esta persona, se encuentra necesitada.

De acuerdo a López C.<sup>10</sup>, en la tesis realizada por la misma, para obtener el grado de doctorado, titulado: El Síndrome de Burnout: Antecedentes y Consecuentes Organizacionales en el Ámbito de la Seguridad Pública Gallega, menciona: que a mediados del siglo XX se dedica especial atención a un fenómeno llamado Síndrome de Burnout o “De Estar Quemado”, debido a las demandas laborales de las diferentes empresas a nivel mundial, los trabajadores presentaron una serie de síntomas que se relacionan con la sobrecarga laboral, la falta de influencia positiva y desarrollo personal. Condicionando una serie de problemas laborales”. En un principio se situó al síndrome como única y exclusivamente en el ambiente laboral, donde los trabajadores de empresas observaban a sus recursos humanos con desanimo para seguir desempeñando sus funciones.

Actualmente el Síndrome de Burnout toca en cada persona que tiene trato con otros seres humanos, a los cuales se tiene proporcionar una serie de cuidados y atención que repercute en su vida diaria e impacta directamente en su vida; los cuidadores primarios requieren funcionar con un alto grado de exigencia, generando el desarrollo de diversas manifestaciones en la salud de éstos dentro de un periodo crítico, que se gesta durante el primer semestre de atención.

## **II.2. Síndrome de Burnout.**

### ***II.2.1. Concepto.***

El Dr. Graue W., y otros<sup>11</sup>, en el seminario sobre: El Ejercicio Actual de la Medicina, desarrollaron el tema: “El Síndrome de Burnout: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y desarrollo profesional, en el año 2007, describen lo siguiente: “la una palabra inglesa de Burnout es un término de difícil traducción en el castellano. Como termino coloquial que es, va más allá del simple agotamiento o estar exhausto, pues implica también una actitud hacia el trabajo de privada de ánimo.

El síndrome de Burnout, usualmente se describe: “como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos riesgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño laboral”<sup>12</sup>.

Los autores de la escala de Maslach Burnout Inventory, Christina y Jacckson<sup>13</sup>, en 1981, definen el Síndrome de burnout como una: inadecuada forma de afrontar un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño laboral; siendo la definición más aceptada hasta el día de hoy.



### **II.2.2. Causas del Síndrome de Burnout.**

Arakaki E<sup>14</sup>. en su tesis para obtener el título de licenciatura, titulada: “Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores del Adulto Mayor en la clínica Bamboo de junio a octubre del 2016”, menciona que las causas del síndrome de burnout, son: “la personalidad, entre ellas las perfeccionistas o las competentes con grandes expectativas, porque poseen poca tolerancia a la frustración; la edad, el estado civil, ya que los jóvenes y solteros son los más propensos a padecer de este síndrome; el sufrimiento laboral de las carreras sanitarias por la irreversibilidad de muchos de los casos y la cercanía a la muerte; Las condiciones laborales o profesionales deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, bajos salarios, sobrecarga laboral, mala relación compañeros, jefes; también cuando hay demasiada presión de parte de otras personas. El aspecto ambiental, como cambios significativos e importantes en la vida de la persona, es otra causa importante”.

Por otro lado, el Dr. López E.<sup>15</sup>, en el artículo titulado Síndrome de Burnout, publicado en la Revista Mexicana de Anestesiología, en el 2004, refiere que: “la atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral”, cómo las causas del síndrome, además, coinciden con otros autores sobre otras causas como son la edad, el sexo, el estado civil, el horario laboral, el salario

El cuidador primario desempeña un trabajo, que sí, bien no es remunerado, también se puede situar en un ámbito empresarial, donde la familia, es la empresa.

Colmenares T. y otros<sup>16</sup>, publicaron en la Revista cubana de Salud y Trabajo, en el 2018, en el artículo titulado: Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de México, sobre las causas del síndrome que: “la dimensión de agotamiento se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías, y con la sensación de dejar a la persona de que no puede ofrecer nada más,

manifestando síntomas físicos y emocionales con manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso”, como las causas del síndrome. Se entiende debido a lo extenuante de su labor.

### ***II.2.2. Diagnóstico del Síndrome de Burnout.***

Ahora, es posible determinar que, para realizar el diagnóstico del Síndrome de Burnout, una vez identificados los síntomas que llevan a la identificación de cada una de las etapas es necesario aplicar el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Dicho cuestionario evalúa tres componentes que determinan el grado de intensidad de éste, sin embargo, se existen distintas escalas que ayudan para la evaluación del síndrome.

#### ***II.2.2.1. Staff Burnout Scala de Jones (1980)<sup>17</sup>.***

Es una escala que valora la insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, enfermedades físicas, distrés y negativas relaciones profesionales, a través de 30 ítems con una escala para medir Burnout solamente en profesionales de la salud.

#### ***II.2.2.2. Indicadores de Burnout. Gillespie (1979-1980)<sup>18</sup>.***

Utilizó siete indicadores potenciales de Burnout en forma de ítems con opción de respuesta tipo Likert, después de estudiar a 183 personas, concluye que el Burnout es multidimensional según el tipo de Burnout activo o pasivo.

#### ***II.2.2.3. Emener-Luck Butnout Scala. (1980-1982)<sup>19</sup>.***

Los autores de la escala con 100 ítems lograron clasificar a 251 profesores dentro de los siguientes rubros: trabajo general- sensaciones relacionadas con el trabajo y consigo mismos, trabajo-preparación del ambiente negativas, respuesta de la persona, disonancia, autoconcepto, en una escala de respuesta bipolar.

#### ***II.2.2.4. Tedium Measure. Aroson y Kafry (1981)<sup>20</sup>.***

Fue diseñado originalmente como instrumento de medida de tedium, es una escala de tipo Likert de veintiuno ítems, con siete opciones de respuesta que mide las tres dimensiones del Burnout.

### **II.2.3. Cuestionario Maslach Burnout Inventory.**

Miravalles J.<sup>21</sup>, hace una descripción del cuestionario desmenuzándolo para que no quede duda respecto a la utilidad del mismo. Ya que este cuestionario, usa un sistema de respuesta que gradúan la frecuencia con que una persona experimenta los sentimientos descritos en cada ítem, en una escala de Likert de 7 valores, que van del: 0= nunca; 1= pocas veces al año; 2= una vez al mes; 3= pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana y 6= todos los días.

De acuerdo al cuestionario las preguntas han sido mezcladas para explorar las 3 áreas descritas, el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, de tal forma que se pueda medir y diferenciar tres subescalas, que representan las dimensiones del síndrome.

Las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20 exploran el *agotamiento emocional* y su resultado es directamente proporcional al grado de intensidad de dicha área, así, a mayor puntuación, mayor agotamiento.

<b>Cuestionario Maslach Burnout Inventory</b>
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
8. Siento que mi trabajo me está desgastando
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente cansa.
20. Me siento cómo sí estuviera al límite de mis posibilidades

Las interrogantes 5, 10, 11, 15, y 22 exploran el grado de *despersonalización* sufrida por el cuestionado y sus resultados, también, son directamente proporcionales al grado de intensidad: a mayor puntuación, mayor despersonalización del sujeto estudiado.

<b>Questionario Maslach Burnout Inventory</b>
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
10. Siento que me he hecho más duro con gente
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

Las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 exploran grado de *insatisfacción en la realización personal* del explorado, en este caso la puntuación es inversamente proporcional a la percepción, es decir: a menor puntuación, mayor insatisfacción de la persona estudiada.

<b>Questionario Maslach Burnout Inventory</b>
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo
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
21. siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada

Para los resultados, de las tres áreas, se deben sumar del 0-6 en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse por separado los resultados. El puntaje obtenido para los tres componentes del Síndrome de Burnout ha sido validado en numerosos estudios hechos a trabajadores de la salud, al igual que en otros profesionales donde se tiene trato directo con personas.

Del global de las puntuaciones obtenida se han descrito tres rangos diferentes para las tres áreas exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome.

### ***II.2.3. Síntomas del Síndrome de Burnout***

Hernández V. y otros<sup>22</sup>, publicaron en la Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, en el 2008, en el Artículo original, titulado: el síndrome de Desgaste Profesional Burnout en Médicos Mexicanos, sobre lo siguiente: “Primer grado. Signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies. Segundo grado. Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes. Tercer grado. Los síntomas son continuos, con problemas psicológicos y físicos, llegando incluso a la depresión, sin explicación a la que pasa”. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales. Se intensifican los problemas familiares con el cuidador primario.

La Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, publicó un artículo titulado: Síndrome de Burnout a el Desgaste Profesional, elaborado por Álvarez G. Y Fernández R.<sup>23</sup>, donde describen la definición y los rasgos (síntomas) esenciales del síndrome, concordando así con otros estudios, de tal forma que: "El rasgo fundamental del "burnout" es el cansancio emocional o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás, el sujeto trata de aislarse de los otros desarrollando así una actitud impersonal hacia los "clientes", mostrándose cínico, distanciado, utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratará de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y descenso de su compromiso laboral". Son síntomas del cuidador primario que se presentan o desarrollan, durante el trato cotidiano con el enfermo y su entorno, condicionantes del síndrome de burnout.

La Revista Médica Panacea, publicó el artículo titulado: Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud, de Arteaga R<sup>24</sup>. y otros, donde destacan que el síndrome burnout se manifiesta por una sintomatología variada, en el ámbito cognitivo (baja realización personal, impotencia para el desempeño profesional, etc.), somático (fatiga, cefalea, dolores musculares, insomnio, hipertensión, etc.), emocional (expresiones de hostilidad, irritabilidad, odio, aburrimiento, ansiedad, depresión) y conductual (cinismo, rigidez, agresividad, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos, etc.). una vez más síntomas presentados por el cuidador primario del paciente en etapa terminal.

#### ***II.2.4. Etapas del Síndrome de Burnout***

El concepto de Síndrome de Burnout obliga a ser explícitos respecto a las etapas del mismo, así: el agotamiento emocional, que otros autores los describen cómo cambios emocionales, la despersonalización y la falta de satisfacción en la realización personal.

### ***II.2.4.1. Agotamiento Emocional***

Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales. De esta forma los diversos estudios han llegado a la conclusión de que el grupo más sensible a los cambios emocionales son las mujeres, como se observa en este estudio de la Dra. Aranda B<sup>25</sup>. Diferencias por Sexo, Síndrome de Burnout y Manifestaciones Clínicas, en los Médicos Familiares de dos Instituciones de Salud, Guadalajara, México, en el cual describe lo siguiente: “es en la dimensión de “agotamiento emocional”, que las mujeres son las más vulnerables a agotarse física y mentalmente”, datos que son congruentes con otros autores, en los cuales el grupo de mujeres presentó una puntuación mayor en la dimensión de “agotamiento emocional”, culturalmente la mujer presta más asistencia y dispone de menos oportunidad para expresar lo que siente y en un afán se “ser” buena, calla una serie de injusticias que le agobian; sobre todo como cuidador primario.

Para Peinado P. y otros<sup>26</sup>, en el estudio realizado por ellos, titulado: “Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: “el síndrome del asistente desasistido, los efectos emocionales que sufren los familiares que asumen el papel de cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, y en especial el síndrome denominado Burnout. Este trastorno se manifiesta mediante un complejo síndrome afectivo y motivacional, que acaece en quienes desempeñan tareas de ayuda a los demás, caracterizado por la presencia de síntomas de agotamiento emocional”. El cuidado y atención constante que los familiares deben prestar al enfermo a lo largo de todas las fases de la enfermedad, asistiendo en calidad de testigos impotentes del deterioro progresivo e irreversible de su familiar, justifica frecuentemente la aparición de este síndrome.

Otro estudio elaborado por Domínguez S. y otros<sup>27</sup>, titulado: Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México, resaltan que: “diversas investigaciones sobre esta temática, indican que existe una gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los

cuidadores y que los principales efectos negativos para la salud se concentran en 40% de los cuidadores que manifiestan un mayor agotamiento físico o mental. Los sentimientos de una persona cuando se dedica a cuidar de otra, regularmente se ven alterados, siempre con la premura de hacer bien lo que tiene que hacer, preocupados por no equivocarse, ya que de ello depende el bienestar de otro”.

#### ***II.2.4.2. Despersonalización (Deshumanización).***

Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. Es una situación de salud mental que hace sentir a la persona que no forma parte del mundo que le rodea, interfiere con las actividades y funciones sociales y acciones necesarias para la vida diaria, es una situación causada por la sensación de ser abusado emocional, física y psicológicamente,

Durante la búsqueda de información se encontró el siguiente artículo titulado Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid, donde Albaladejo R. y otros<sup>28</sup>, describen que el “segundo aspecto relatado es la tendencia a la despersonalización, por la que aparece un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, a los cuales se puede considerar como meros números («el 714»). En este sentido, se ha argumentado que la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo”.

En el libro titulado Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud, escrito por Peña y otros<sup>29</sup>, escriben las diversas ideas del personal que tiene a su cargo enfermos, sobre: “el fallo profesional en el ambiente laboral y con el desarrollo por parte del profesional sanitario de actitudes negativas hacia



su propio rol y desempeño profesional, así como, sentimientos negativos hacia las personas con las cuales se relaciona y trabaja en su día a día apareciendo lo que se conoce como actitudes de despersonalización”. Es decir, hace lo que hace, sin importarle que hace.

Jiménez S. y otros<sup>30</sup>, en la publicación, Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar; encontraron que: “el 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20% a desarrollar un cuadro intenso conocido como “burnout” o síndrome del cuidador quemado”, en el cual, llegarán a presentarse experiencias que denoten despersonalización, por la sobrecarga de trabajo, los horarios, la falta de paga y las demandas cotidianas de un enfermo.

La Revista cubana de Enfermería publicó el artículo cuyo nombre es Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales, en el año 2015, donde, el objetivo del estudio, era determinar la relación entre la sobrecarga percibida y la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica en Cartagena, los autores Romero M. y otros<sup>31</sup>, concluyeron que: “Estas personas llegan a presentar en su día a día cambios biopsicosociales que afectan a su calidad de vida: alteración de la imagen corporal, del sueño, del humor, del peso, del apetito y del interés sexual, las restricciones dietéticas y agua, dificultades profesionales, así como cambios en las relaciones familiares. La calidad de vida del cuidador va de la mano con la sobrecarga que este recibe. Esta carga del cuidador es definida como “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de gente mayor incapacitada”. Este proceso de percepción del impacto de los cuidados y la angustia que se le asocia es lo que se denomina sobrecarga del cuidador”; o lo que para otros autores es el síndrome de Burnout, en la etapa de despersonalización.

### ***II.2.4.3. Falta de Realización Personal.***

Consiste en ver en la percepción del trabajo de manera negativa, existe una autocrítica, respecto, de haber hecho lo correcto, al no alcanzar los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiente satisfacción personal y profesional.

Rizo V. y otros<sup>32</sup>, en el estudio sobre la Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado, en el 2016, cuyo objetivo era caracterizar al cuidador informal oncológico y los aspectos que contribuyan a la calidad del cuidado domiciliario, investigaron sobre las condiciones que condicionan una sensación de baja realización personal en los cuidadores primarios, destacando que: “La dependencia de la enfermedad oncológica en fase avanzada implica para el cuidador la provisión de múltiples tareas de cuidado, vigilancia y acompañamiento. Esta asistencia ha de ser diaria, intensa e implica una elevada responsabilidad, la demanda es tal que supera las propias posibilidades del cuidado. Estas suelen ser las condiciones de la sobrecarga del cuidador, la cual se define como un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen al cuidar a la persona dependiente y que pueden llevar a convertir al cuidador en un paciente más”, por la presencia de la tercera etapa del síndrome descrito en el presente documento. El cuidador primario presenta insatisfacción en lo que se hace.

El estudio Quality of Life Primary Caregivers of Children with Intellectual Disabilities, elaborado por Vera P. y otros<sup>33</sup>, aborda una investigación con enfoque mixto, en la primera parte el objetivo fue identificar el nivel de calidad de vida actual en el grupo de cuidadores primarios y repercusiones a nivel físico, psicológico, social y ambiental, posteriormente indagar los cambios en la CV antes y después de asumir el rol de cuidador; los resultados que obtuvieron, que son relevantes para el presente estudio y la etapa que se está describiendo que: “las cuidadoras con menor puntaje expresaron que han manifestado cambios

poco favorables para su CV”; esto último concuerda con otros estudios en los que sobresale el hecho de la insatisfacción al prestar sus servicios, en el caso de los cuidadores, los cuidados que brindan.

Gómez R. y otros<sup>34</sup>, realizaron la investigación titulada, Síndrome de Burnout: una revisión breve, en el 2015, El objetivo del trabajo publicado se basó en una breve revisión del burnout, donde se hicieron diferentes cuestionamientos, finalmente concretaron que: “El concepto que se tenga de burnout determina los medios e instrumentos para su estudio, detección/diagnóstico y atención/tratamiento. Si bien existe amplia literatura respecto al burnout, es innegable que al día de hoy la falta de consenso sobre su definición es el máximo obstáculo para su estudio tanto a nivel teórico como empírico”. Lo cual implica, que mientras se trate de relaciones humanas, donde uno necesita atención o cuidados y el otro los proporcione, habrá duda e incertidumbre sobre lo que se hace y como se hace, sobre todo tratándose de un paciente en la etapa más vulnerable de su enfermedad y la insatisfacción se presenta.

#### ***II.2.4. Tratamiento del Síndrome de Burnout.***

Cuando se plantea tratar el síndrome de burnout, se hace como una solución a quien cree que sólo interesan sus cuidados, es la humanización del cuidador primario, primero: para hacerle saber que requiere de atención, porque es valioso e importante, segundo: las actividades que realiza, requieren de su atención y estado de alerta, físico, psicológica y por ende, funcionalmente, para cuidar, al que lo necesita.

La tesis para obtener el título de Médico General, elaborada por Shinchire J.<sup>35</sup>, en el 2017, nombrada Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala, describe qué: “las numerosas técnicas preventivas y de intervención en el burnout aparecen insertas en los diferentes modelos

explicativos del síndrome. Los autores citados resumen estos modelos explicativos en tres teorías concretas:

1. Teoría ecológica<sup>36</sup>: mantiene el supuesto de que cuando las diferentes normas y exigencias hacia el profesional entran en conflicto, aparecen los "desajustes ecológicos" que generan burnout; la teoría, plantea la interrelación entre distintos ambientes en los que participa el sujeto directa o indirectamente, puede hacer que se produzcan "desajustes ecológicos" esto es, cuando las distintas normas y exigencias entran en conflicto<sup>37</sup>.
2. Teoría cognitiva<sup>38</sup>: apoya la idea de que no es tanto la situación objetiva, cuanto la percepción que el sujeto tiene de ella, lo que crea la vivencia de estrés; esta teoría, no es tanto la situación como la percepción de la misma para el sujeto. El que resulte estresante no depende sus esquemas mentales<sup>39</sup>.
3. Teoría de las organizaciones<sup>40</sup>: propugna que son las variables del contexto laboral las que causan las experiencias, negativas en el sujeto; son las variables del contexto laboral las que van a determinar las experiencias negativas del sujeto<sup>41</sup>.

Al tratar el síndrome de burnout se debe encontrar el equilibrio, para la mejora la calidad de vida del cuidador primario.

Respecto a la prevención, la tesis de Shinchire J.<sup>42</sup>, plantea la clasificación de dos categorías:

- a) Prevención primaria: Trabajos que aportan propuestas sobre aspectos que han demostrado experimentalmente ser las variables más relevantes para prevenir el síndrome. Por ejemplo:
  - a. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.

- b. Equilibrio en áreas vitales tales como: la familia, amigos, diversión, descanso y trabajo.
  - c. Creación de espacios comunes y objetivos comunes.
  - d. No sobrecargarse de actividades.
  - e. Aceptar el apoyo de la red familiar y social<sup>43</sup>.
- b) Prevención secundaria<sup>44</sup>: Trabajos que examinan y comparan las diversas técnicas de intervención en sujetos que padecen el síndrome de burnout. A nivel profesional:
- a. Proceso Atención Enfermero.
  - b. Programas de atención al Cuidador Primario.
  - c. Terapia individual.

La literatura revisada hace referencia a la posibilidad de la *intervención individual*, respecto al tratamiento del burnout, donde, es necesario que la propia persona consiga el confort individual con sus propios recursos o habilidades desarrolladas a lo largo de su vida. Así se define que las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza el individuo para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por las transacciones estresantes.

Se apoya el anterior argumento, con el estudio elaborado por Vargas A. y Ocampo I.<sup>45</sup>, llevado a cabo en país de Uruguay, donde, el objetivo, era describir los factores de resiliencia que presentan las familias de personas con síndrome de Down, en el 2017 y titulado Resiliencia en familias de personas con Síndrome de Down en San Pedro del Paraná, Paraguay; así, explican que: “La resiliencia es un proceso dinámico, que tiene lugar a lo largo del tiempo y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar”. Todos en un momento dado, encuentran el equilibrio por las experiencias ya vividas.

## **II.2.5. Cuidador Primario.**

### II.2.5.1. Cuidar.

La búsqueda de bibliográfica, arrojó, el documento titulado Las Dimensiones Éticas del Cuidar de Enfermería, desarrollado por la Profesora de ética en Nagano College of Nursing, Anne J. Davis<sup>46</sup>, “El cuidar es visto por algunas personas como el factor más importante de la totalidad de la vida moral. Es la condición previa para que una persona sea moral. Filosóficamente hablando el *cuidar* tiene cuatro acepciones, primero: quiere decir ansiedad, preocupación, angustia o sufrimiento mental; segundo: cuidar puede significar preocupación o interés básico, por las personas, las instituciones o por las ideas que tienen importancia para uno mismo; tercero: cuidar puede significar atención solícita y responsable ante el trabajo y; cuarto: cuidar puede significar tener un respeto y atender a las necesidades específicas de una persona en particular”.

El profesional de cuidados de salud y los cuidadores primarios, quienes verdaderamente se interesa -preocupa- por su paciente, especialmente por aquellos que no puede cuidar de sí mismos<sup>47</sup>.

Históricamente, para los profesionales de la salud el cuidar quiere decir dos cosas<sup>48</sup>:

1. Cuidar a la persona enferma por medio de la prestación del tratamiento pertinente y especializado y;
2. Preocuparse por o acerca de la persona enferma, de manera que las enfermeras y los médicos manifiesten un profundo interés por el paciente en tanto es persona única.

La condición del cuidado alcanza niveles holísticos, es decir, implica cuidar su físico, sus pensamientos, sus emociones y su vida espiritual, la enfermería, cuida

cada una de esas áreas, ya que tiene en su haber y su saber los elementos que coadyuva a ello; basado en los diagnósticos de enfermería, los resultados y las intervenciones (NANDA, NIC Y NOC), tomando los modelos y teorías de los profesionales que le han antecedido.

### **II.2.5.2. Cuidador.**

El cuidador es, en no, pocas ocasiones el recurso por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos, es decir, en ellos se deposita y descansa el compromiso de preservar la vida de otra persona. Así con esa responsabilidad en hombros, vale la pena identificar el concepto o los conceptos, que, al respecto existe.

Para tal caso, en el texto encontrado de Rivas H. y Ostiguín M.<sup>49</sup>, titulado Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?, definen lo siguiente: “Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”.

El ensayo titulado, Cuidadores: responsabilidades-obligaciones, del 2012, desarrollado por Ruíz R. y otros<sup>50</sup>, cuyo objetivo fue conocer la responsabilidad y obligaciones de los cuidadores desde diferentes disciplinas, define al cuidador como: “la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como ase, alimentación, desplazamiento, entre otras”.

El estudio llamado Expectativas y necesidades de Cuidadores Familiares de Pacientes Oncológicos que acuden a Urgencias de atención Primaria, de Vázquez F.<sup>51</sup>, publicado en el 2016, sin hace una conceptualización de cuidador, describe que: los cuidados y funciones que llevan a cabo los cuidadores familiares expresaron fundamentalmente realizar tareas de acompañamiento en salidas a consulta, pruebas diagnósticas, vigilar toma de medicación, dieta, etc.,

### **II.2.5.3. Cuidador Primario**

La literatura muestra en el estudio, Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención, elaborado por Flores V.<sup>52</sup>, cuyo objetivo fue: conocer las características del cuidador primario con base en el perfil demográfico, físico y emocional, así como las redes de apoyo familiar e institucional; además de identificar y obtener los resultados de la evaluación de sobrecarga, describieron que, el cuidador es: “aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”.

En 1999 la Organización Mundial de la Salud<sup>53</sup>, definió al cuidador primario como: “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta”.

Sagrario E. y otros<sup>54</sup>, escribieron en el estudio titulado Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer, en el 2017, que el rol de cuidador primario: “de forma circunstancial, uno de los miembros de la familia, regularmente asume la mayor parte de responsabilidad del cuidado del paciente, de forma implícita e inesperada y, es así como se convierte en el Cuidador Primario”; Quien toma toda la responsabilidad y el cuidado de la salud del enfermo.

Otra definición se encuentra en el contenido de Rivas H. y Ostiguín M.<sup>56</sup>, titulado Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?, y es que: “la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometido.



#### **II.2.5.4. Cuidador Primario Informal.**

El estudio titulado El cuidado informal: una visión actual, elaborado en el 2012 por Ruíz R. y Moya A.<sup>56</sup>, describe que “la estructura familiar toma conciencia de la enfermedad de la persona dependiente, a partir de la cual se generan toda una serie de cambios en el seno familiar, que se traduce en serias consecuencias tanto para el contexto familiar como para el cuidador principal”, empáticamente con otros estudios, que también destacan la participación familia para brindar cuidados, por diversas circunstancias, consanguíneas, económicas, sociales, pero indiscutiblemente por humanidad.

La Guía de Práctica Clínica de Detección y Manejo del Colapso del Cuidador del 2015, elaborada por Medina C. y otros<sup>57</sup>, miembros de diferentes instituciones públicas, del llamado sector salud, en el país, definieron lo siguiente: “El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino”. Siempre culturalmente, el familiar realiza el cuidado y la prestación del bienestar para su familiar enfermo o convaleciente, con la creciente demanda de servicios de salud, se ha hecho necesario tomar en cuenta dicha actividad, tal es el caso que ahora se contempla cuidar al cuidador.

Otra definición se localiza en el estudio publicado, en la Revista UNAM, por Rivas H. y Ostiguín M.<sup>58</sup>, titulado Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?, que también, señalan que, los cuidadores primarios informales: Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio. Se tiene que agregar que no perciben ninguna paga por ello.

#### **II.2.5.5. Paciente con Enfermedad Terminal.**

En términos generales, la etapa terminal nos refiere inmediatamente a lo último, es decir a la muerte. Al momento en donde los medicamentos, las terapias físicas, los líquidos parenterales, la dieta son paliativos para el cuerpo; el confort es la meta para un cuidador de paciente con enfermedad terminal, ya que no habrá mejora y el cuerpo cada día responde menos a los cuidados que se le proporcionan.

Chamorro V.<sup>59</sup>, señala en el Caso Clínico: Virus de Inmunodeficiencia Humana en Pacientes de 70 Años de Edad, presentado en el año que transcurre, para obtener el grado de licenciado, describe la etapa terminal así: “Llegados a esta etapa final, el estado general de la persona mayor es muy deficiente y muy precario. Hay que prestar especial atención y evitar en el mayor grado posible que el paciente sufra una caída, un episodio de neumonía o esté en un estado nutricional e hídrico carencial, ya que podría acabar con la independencia y la autonomía del individuo”, hablando de los pacientes con V.I.H. Sin embargo, aplica a todos los pacientes terminales.

El artículo titulado Ley de Voluntad Anticipada, elaborado por Carrillo E y Gómez H<sup>60</sup>, en el año 2013; señala que: “El enfermo en etapa terminal es aquel que presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa. Tiene una imposibilidad de respuesta a tratamiento específico y presenta numerosos problemas y síntomas secundarios o subsecuentes. La esperanza de vida en este grupo de pacientes es menor a seis meses y se encuentran imposibilitados para mantener su vida de manera natural”.

Salas P.<sup>61</sup>, en su artículo titulado Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada, en el 2014, menciona que: “Como es de conocimiento, el cáncer lleva a la persona a una condición de debilitamiento que conduce a una fase terminal, caracterizada por la fase final de

una enfermedad crónica, avanzada e incurable que no responde al tratamiento curativo. Este proceso irreversible de la enfermedad desencadena pérdida de la dignidad, miedo a la muerte, al dolor, crisis y un sufrimiento intenso e incapacitante en el paciente, estado que provoca en muchos de ellos la solicitud de eutanasia y asistencia al suicidio”. Cabe señalar, que, en nuestro país, lo anterior no es legal.

Covarrubias B. y otros<sup>62</sup>, Obstinación terapéutica en pacientes geriátricos: estudio fenomenológico de experiencias de médicos en Jalisco, México, escriben sobre: “el deterioro físico del paciente geriátrico debe ser considerado parte del proceso natural de la vida; en ese sentido, la muerte es parte de ella. Esta debe ser en casa con la familia, con un «médico de cabecera» (personal) y en paz espiritual, elementos sobre los cuales se consideró que existe poca sensibilización en los médicos por parte de las instituciones de salud”; en opinión de los participantes en el estudio, significativa es la descripción de la etapa terminal.

#### **II.2.5.6. Teoría de Sistemas de Betty Neuman.**

El estrés es un estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales. Se considera también, un conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos. En el caso de los cuidadores primarios que asisten al paciente en etapa terminal; la sobrecarga del cuidador primario es el resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros.

Puede caracterizarse por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicosomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y

deshumanización; comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en alto niveles de estrés.

Para el profesional de enfermería no es difícil de intervenir al respecto, ya que, cuenta con los elementos teóricos para ello, contemplados en las etiquetas diagnósticos de la NANDA-NIC-NOC<sup>63</sup>, de ello se puede contemplar lo siguiente:

- a) Ansiedad (00146), definida como: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
- b) Afrontamiento ineficaz (0069) definida como: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas.
- c) Deterioro de la resiliencia personal (00210) definida como: Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante situaciones adversa o una crisis.

Por mencionar algunas, cada una con su con respuestas esperadas e intervenciones que ayuda a mejorar al cuidador primario.

En este momento es obligado fundamentar teóricamente todo el estudio, tomando en consideración el Modelo de Sistemas de Betty Neuman<sup>64</sup>.

La Teoría de Neuman está clasificada y fundamentada en conceptos de la Psicología, busca superar el modelo biomédico, trayendo una mirada multidimensional de la persona que se encuentra en constante interacción con factores de estrés ambientales, con foco en las necesidades humanas de protección y de alivio de los factores de estrés, y las causas del estrés podrían ser identificadas y remediadas por las intervenciones de enfermería, como se

mostró anteriormente. Precisa tener necesidad de equilibrio dinámico de los seres humanos, proporcionada por la identificación de datos y problemas, de las metas y el uso del concepto de prevención como intervención.

Para el Modelo de Sistemas de Neuman, la persona constituye un conjunto abierto en contacto con factores estresantes, reaccionando comúnmente de forma positiva o negativa, siendo descrito por cinco variables que interactúan a nivel fisiológicamente, psicológicamente, espiritualmente, de desarrollo y socioculturalmente, que trabajan de forma armónica en relación a las influencias ambientales, internas y/o externas, determinantes del estrés sobre el individuo.

Fundamentalmente, el marco propuesto por Neuman es la representación de la persona, de la familia o de la comunidad por medio de una estructura básica y sus recursos energéticos, rodeados por una serie de círculos concéntricos, denominados, del centro para las extremidades como línea de resistencia, línea normal de defensa y línea flexible de defensa, interactuando con el ambiente ante factores de estrés presentes o no.

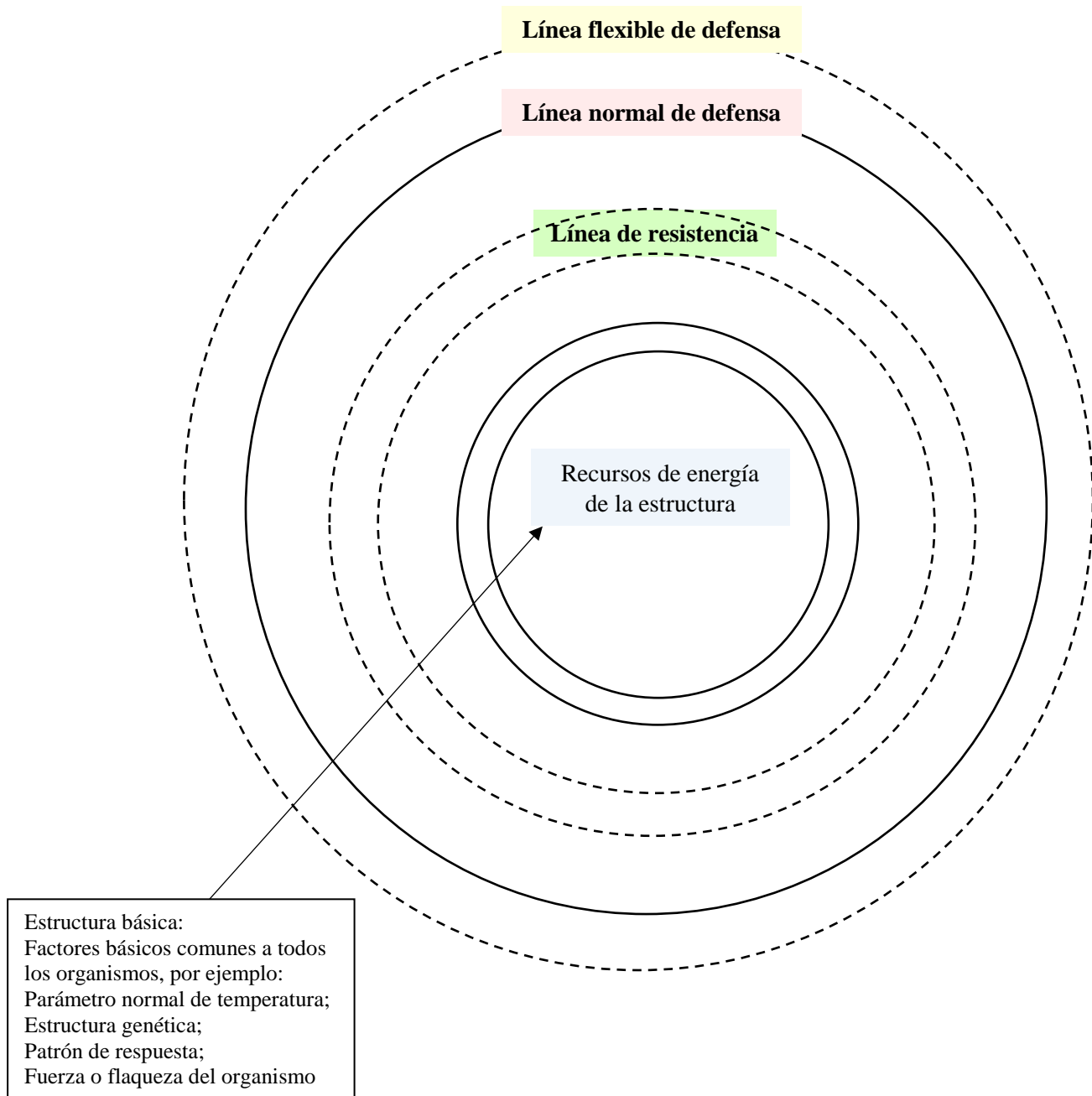
Los dos elementos principales del modelo son los factores de estrés y Aquí es importante conceptualizar algunos términos usados en el Modelo de Neuman<sup>65</sup>:

1. Factores de estrés son fuerzas de naturaleza intrapersonal, interpersonal y extrapersonal, las cuales tienen potencialidad para la quiebra del equilibrio del sistema.
  - 1.1. Los intrapersonales son fuerzas que ocurren dentro del individuo: éstas provienen del mismo ser humano que se enfrenta al estrés, de acuerdo a su temperamento.
  - 1.2. Los interpersonales acontecen en las relaciones entre uno o más individuos, influenciándose entre sí, para crear un clima de estrés o tranquilidad, de acuerdo al contexto o experiencia en común;

1.3. Los extrapersonales son fuerzas que ocurren fuera del sistema resultantes de procesos socioculturales, políticos y sociales Individuo/ Hombre/ Cliente. Es un sistema abierto, que está permanentemente en contacto con su medio, en cambio y en movimiento, interactuando recíprocamente. Es multidimensional y compuesto de variables. Ambiente/ Entorno es un conjunto de fuerzas internas y externas que rodean a la persona en todo momento. Es multidimensional y dinámico, e incluye los factores energéticos de la estructura básica, siendo que el ambiente interno es aquél que se relaciona con la persona, y el ambiente externo, corresponde al inter y extrapersonal, relacionado con todo lo que es exterior al cliente.

2. Las reacciones a los factores de estrés, o sea, el enfrentamiento.

## Representación gráfica del Modelo de Sistemas de Betty Neuman<sup>66</sup>.



NOTA: las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales ocurren, ocurren y son consideradas simultáneamente en cada círculo concéntrico del paciente.

El esquema de la página anterior, hace referencia al sistema de Neuman, muestra: un diagrama con círculos subdivididos, de acuerdo a las fuerzas, de cada persona.

Debido a que cada individuo tiene una estructura básica de recursos de energía, la línea flexible de defensa en el modelo es representada por un círculo punteado externo que cambia constantemente en respuesta a las influencias de los cambios psicofisiológicas y socioculturales, o sea, es un mecanismo protector que envuelve y protege la línea normal de defensa de la invasión por factores de estrés.

La línea normal de defensa es un círculo continuo en dirección al núcleo del modelo y representa un estado dinámico de adaptación mantenido por el individuo a lo largo del tiempo (entendida como el nivel de adaptación de salud desarrollado a lo largo del tiempo y considerado normal para determinado paciente o sistema).

La línea de resistencia está representada por círculos de línea discontinua alrededor del núcleo del modelo, o sea, estructuras básicas de energía, está compuesta por factores internos activados por el cliente para su estructura básica tras la interferencia de un factor de estrés no limitado por la línea normal de defensa.

La enfermería, para Neuman, tiene la función principal de ayudar al cliente a alcanzar y mantener la estabilidad del sistema, pues al apoyarlo, el enfermero proporciona el vínculo entre el individuo/ambiente/salud y la propia enfermería, legitimando estos que son los metaparadigmas de la enfermería identificados por el modelo de Neuman y descritos anteriormente.



A fin de alcanzar o mantener el equilibrio del sistema, las intervenciones de enfermería necesitan darse en todos los niveles de prevención, o sea, primario, secundario y terciario, en los cuales el proceso de enfermería es esencial para conservar el bienestar o proteger la reconstitución de éste.

Por todo lo anterior, se considera que el cuidador primario vive en constante estrés por el tipo de actividad y cuidado que brinda, así como la complejidad de la información y decisiones que se toman cuando se está al cuidado de una persona con necesidades de salud.

Después de la revisión bibliográfica se puede concluir que, sí bien, existen trabajos sobre la experiencia, expectativas, vivencias, etc., del cuidador primario, hasta el momento el estudio sobre el síndrome de Burnout en el cuidador primario de pacientes en etapa terminal, es limitado, sino es que nulo, agregando una condicionante más, la etapa terminal, para encontrarnos con un cuidador primario "quemado o desgastado", por tal motivo el presente documento abre la puerta para el estudio de personas en condiciones ya mencionadas.

## **CAPITULO III. MÉTODOS.**

### ***Diseño general de la investigación.***

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo, observacional. Considerando como criterios de inclusión los cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal, de las áreas de Quimioterapia, Radioterapia, Urgencias, U. C. I. y Cirugía General, que aceptaron participar en el estudio; como de exclusión, a cuidadores de pacientes que no se encontraban en etapa terminal de todo el hospital y de eliminación a todos los asistentes que no cumplían con el criterio de ser cuidador primario; la investigación se realizó en el Hospital Regional del ISSSTE “Centenario de la Revolución Mexicana”.

En el espacio que ocupa las áreas de Quimioterapia, Radioterapia, Urgencias, U. C. I. y Cirugía General, en la planta baja, segundo, tercero y cuarto piso, respectivamente, en la sala de espera, en un espacio acondicionado para ello, durante el pase de visita médica; el estudio fue de cinco meses, a partir del mes de enero y terminando en mayo del 2018; se realizó, la revisión documental y el informe fue colectado en los meses de marzo a abril, además, el análisis se llevó a cabo en los meses de mayo y julio.

La enunciación de las variables se presenta en los anexos VII y VIII, para la clasificación y definición de las mismas.

Se aplicaron 40 cuestionarios Maslach Burnout Inventory adaptado para cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal de las áreas de Quimioterapia, Radioterapia, Urgencias, U. C. I., Cirugía General, fue una muestra no probabilística por conveniencia.

Se realizó un cuestionario de veintidós reactivos, diseñado por Psicóloga Christina Maslach y la Psiquiatra Susan Jackson, el cual se encuentra en el anexo No. 1, también el cuestionario adaptado para cuidador primario, se colocó como el anexo No. 2; el instrumento de Christina y Sudan, constituido por 22 interrogaciones (Items) en una escala de tipo Likert, que evalúa los sentimientos y actitudes del cuidador primario durante la atención de su familiar enfermo midiendo los tres componentes del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (bajo, medio y alto) con una alta validez interna y grado de confianza (86%). La tabulación de los datos encontrados se realizó en el programa Excel, versión 2016.

### **Análisis Estadístico.**

Para la presente investigación se utilizó el método descriptivo, ya que, se refieren las características del síndrome de burnout en cuidadores de pacientes en etapa terminal, se realizó una muestra no probabilística, por conveniencia, incluyendo a 40 cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal de las áreas de Quimioterapia, Radioterapia, Urgencias, U. C. I. y Cirugía General, del Hospital Regional del ISSTE “centenario de la Revolución Mexicana”. Es de tipo transversal, puesto que se midieron en una sola ocasión las variables, en un periodo de tiempo y a una población establecida.

El proceso de elaboración de base de datos se realizó el software de Excel, el programa Stata 11 para el análisis; una vez respaldada la información capturada, se realizaron tablas y gráficas de la información obtenida, de las áreas estudiadas en base al cuestionario de síndrome de Burnout, modificado para cuidadores primarios.

En el análisis estadístico, las variables se asociaron a los datos sociodemográficos que arrojaron los datos sobre agotamiento emocional en el cuidador primario, despersonalización y falta de realización personal, que complementaron la información obtenida, a continuación, descritos en la tabla No. 1 y las gráficas 1, 2, 3 y 4, del presente documento.

### ***Consideraciones éticas y de bioseguridad.***

El estudio se realizó en un marco de completa confidencialidad para dar confianza a los participantes, ya que el cuestionario no solicitaba y nombre de ellos. Sin embargo, se contempló lo inscrito en el Código de Nuremberg y la declaración de Helsinki, de los cual se puede destacar lo siguiente, siendo de utilidad para la presente investigación:

- Fue voluntaria la participación de los Cuidadores Primarios<sup>67</sup>.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud y la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la investigación<sup>68</sup>.

Para el presente trabajo, se entiende que el “deber médico”, involucra a todo el personal médico y paramédico, que asiste a un enfermo, o, en el caso de la investigación, al cuidador primario.

Para continuar y considerando, primero, que se abordaron cuidadores primarios de los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores (ISSSTE), para la elaboración de la presente investigación; fue necesario considerar el Código de Conducta de Enfermería institucional, en su numeral: XII Relación con la Sociedad y Derechohabientes, que a la letra dice: debo ofrecer a los ciudadanos un trato digno, justo cordial, equitativo orientado y de tolerancia siempre con un espíritu de calidad y calidez<sup>69</sup>, en concordancia, con el hecho de que la participación fue voluntaria, anónima y confidencial.

## **CAPITULO IV. RESULTADOS**

### ***IV.1 Resultados.***

Participaron en el estudio 40 cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal, del sexo femenino 70% y masculino 30% de las áreas de Quimioterapia, Radioterapia, Urgencias, Cirugía General y U. C. I., la edad media de los participantes fue de 45 años con una de desviación estándar 18.7, el 70 % trabaja fuera de casa, el 7.50% son padres del paciente al que cuidan , el 10% mamá, el 22.50% esposas, el 12.5% hijos, el 17.50 a hijas, el 15% a hermanas y el 5% a primas, escolaridad es de un 20% primaria, un 5% secundaria, un 35% preparatoria, el 10% técnico y un 30% superior.(Tabla No. 1)

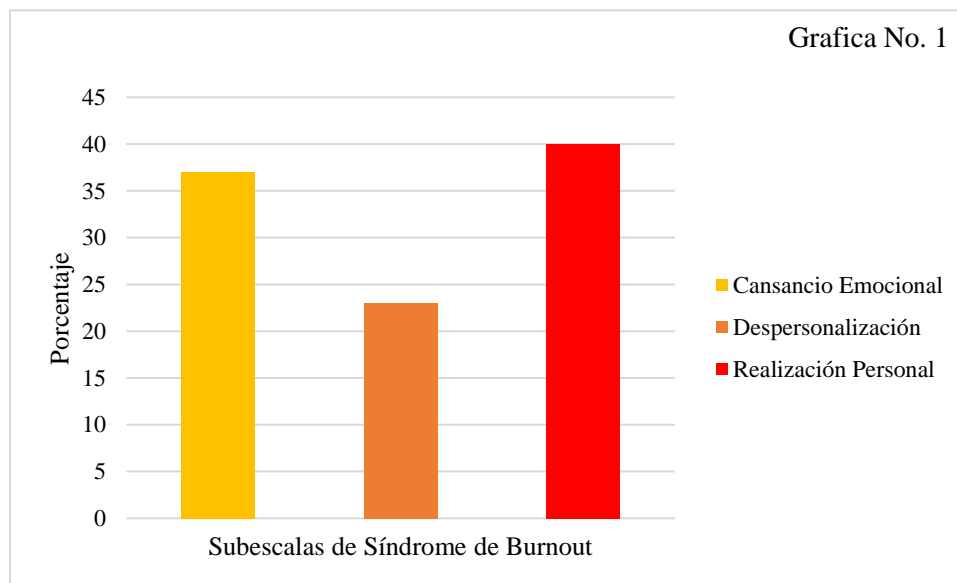
**Tabla 1. Distribución Sociodemográfica.**

<b>Característica</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Hombres	30	75.00
Mujeres	10	25.00
<b>EDAD</b>		
20 a 30	8	20.00
31 a 40	7	17.50
41 a 50	4	10.00
51 a 60	14	35.00
61 a 70	7	17.50
<b>TRABAJO</b>		
Si	28	70.00
No	12	30.00
<b>PARENTESCO</b>		
Padre	3	7.50
Madre	4	10.00
Esposa	9	22.50
Esposo	5	12.5
Hijo	4	10.00
Hija	7	17.50
Hermana	6	15.00
Prima	2	5.00
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	8	20.00
Secundaria	2	5.00
Preparatoria	14	35.00
Técnico	4	10.00
Superior	12	30.00

### Gráfica No. 1: Síndrome de Burnout en el Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal.

El Síndrome de Burnout se define con dos valores de referencia altos, uno de ellos cansancio emocional 37% y a otra la despersonalización 22%, y con una baja realización personal 40%, por último, en las subescalas. (Gráfica 1)

Gráfica No. 1: Síndrome de Burnout del Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal

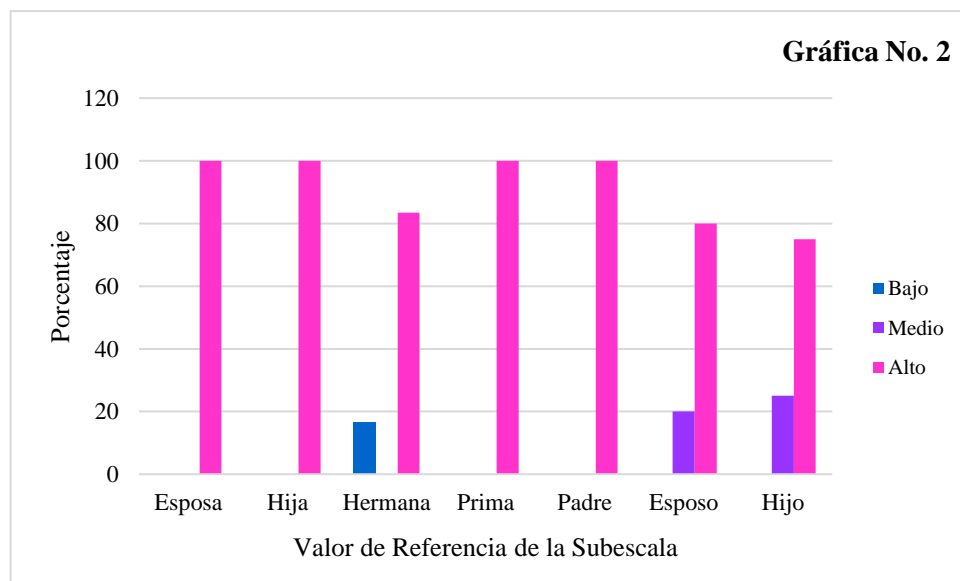




## Gráfica 2: Cansancio Emocional Según Parentesco en el Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal.

El análisis estratificado sobre el parentesco muestra que las madres, las esposas, las hijas y las primas tienen un nivel alto 100%, en las hermanas un nivel dividido entre bajo y alto en un 16.6% y un nivel alto en un 83.4%, de la subescala del Síndrome de Burnout, con relación a los padres nivel alto 100%, niveles divididos los esposo medio en un 20% y alto en un 80%, de hijo alto en un 75% y medio en un 25%, en la subescala de cansancio emocional. (Gráfica 2)

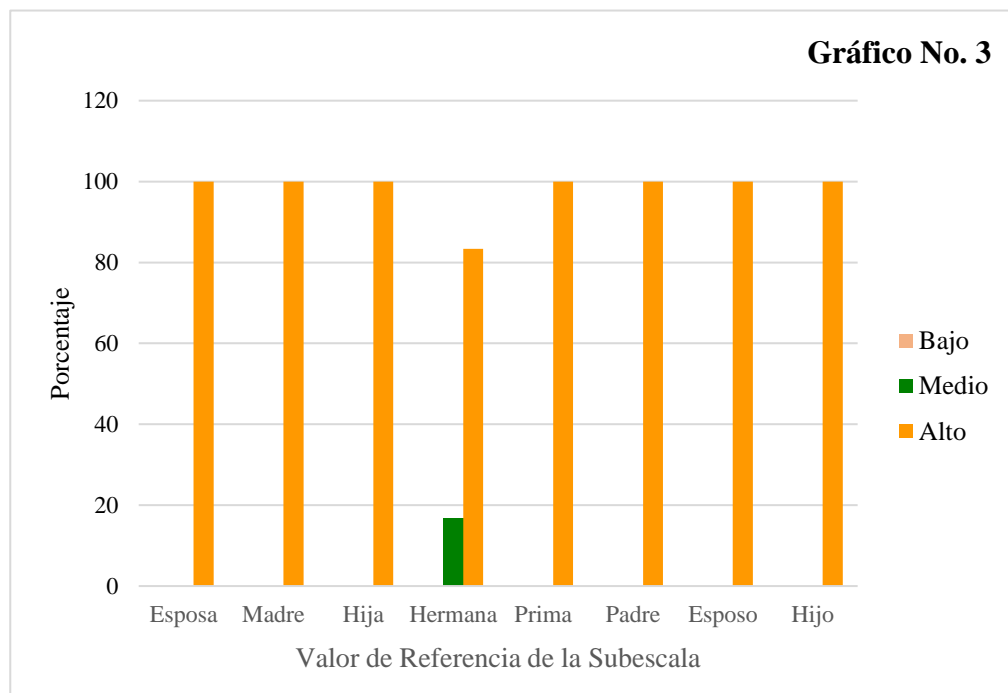
Gráfica No. 2: Cansancio Emocional Según Parentesco en el Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal



### Gráfica 3 Despersonalización Según Parentesco en el Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal.

Respecto a la Despersonalización se observa que los padres presentan un nivel alto 100%, los esposos de igual manera un 100%, así mismo, los hijos en un 100%, la madre 100%, las esposas 100%, las primas en un 100%, las hijas 100%, coinciden al presentar un nivel alto, las hermanas 16.6% nivel bajo y nivel alto en un 83.4% dejar ver un nivel dividido. (Gráfica 3)

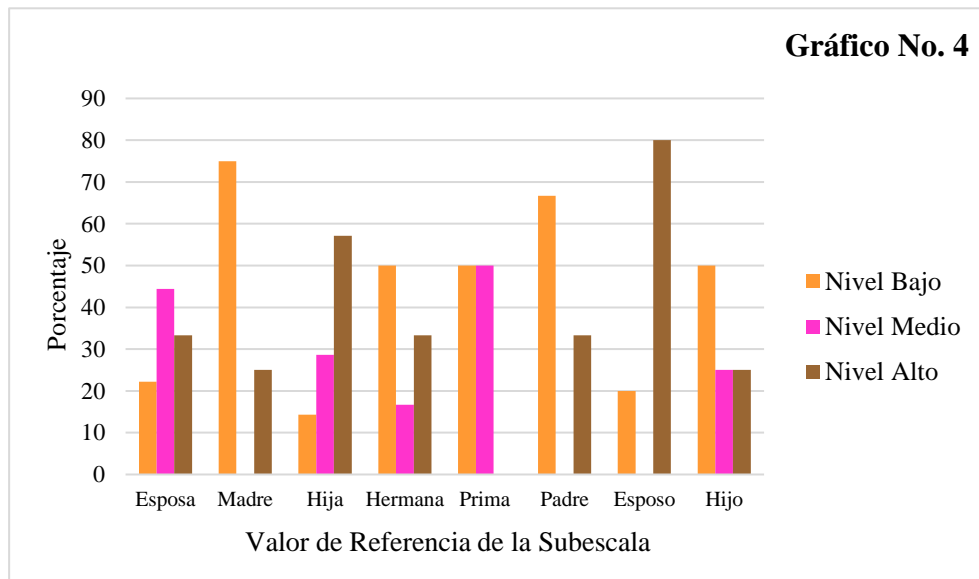
**Gráfico No. 3: Despersonalización Según Parentesco en el Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal**



**Gráfica 4: Realización Personal y Parentesco Según Parentesco en el Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal.**

En base a los datos obtenidos en la subescala de realización personal (falta) los resultados arrojados son divididos en un primer grupo de participantes del sexo femenino las esposas nivel bajo del 22.2%, nivel medio 44.4% y nivel alto en un 33.4%; las madres en un nivel bajo de 75% y un nivel alto en un 25%; respecto a las hijas un 57.1% de nivel alto, un 28.6% nivel medio y un 14.3% en el nivel bajo, las hermanas nivel bajo en un 50.0%, medio en un 16.7% y nivel alto en un 33.3%; las primas, en un 50% medio y nivel bajo en un 50%, el segundo grupo de participantes del sexo masculinos presentan los padres el 66.7% se encuentran en un nivel bajo y un 33.3% en un nivel alto, el en caso de los esposos 20% corresponde al nivel bajo y al nivel alto un 80%; describe que los hijos tienen un nivel es bajo del 50%, un nivel medio de 25 % y un nivel alto en un 25%. (Gráfica 4)

**Gráfico No. 4 Realización Personal Según Parentesco en el Cuidador Primario del Paciente en Etapa Terminal**



## ***Conclusiones.***

### **Betty Newman**

El Síndrome de Burnout en cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal del Hospital Regional en Emiliano Zapata, Morelos, es de Nivel Alto, observándose que se encuentran cansados física, mental o emocionalmente.

El cansancio emocional en los cuidadores primarios son, de acuerdo a los resultados, el de nivel alto para la gran mayoría que son mujeres, de acuerdo a la escala de valoración de referencia del Cuestionario Maslach Burnout Inventory, al sentirse agotadas, cansadas y desgastadas, emocionalmente las mujeres son más vulnerables, por tanto, no es extraño que durante el transcurso de la semana, al terminar su jornada laboral y posterior a los cuidados proporcionados a su enfermo, se presenten estos cambios.

La despersonalización en los cuidadores primarios, sobre todo en los del grupo mayoritario, es de un nivel alto, al referir sufrimiento, enojo, frustración e indiferencia al no ver los resultados esperados en su paciente, además, se comportan con cierta insensibilidad, ya que, piensan que ellos se buscaron su mal.

La falta de realización personal de los cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal, en la escala de valoración de referencia del Cuestionario Maslach Burnout Inventory, es de nivel medio, ya que los familiares encuentran satisfacción en el servicio que brindan a sus pacientes, cada vez que le proporcionan ayuda, les hace sentir que apoyan a sus enfermos y realizados.

En conclusión, se puede ver que los resultados obtenidos en la presente investigación contribuyen a la incorporación de un nuevo conocimiento teórico, respecto al Síndrome de Burnout.

### ***Discusión:***

Los resultados del estudio demuestran que el Síndrome de Burnout conformado por las subescalas de Cansancio emocional, despersonalización y realización personal, afecta al cuidador primario, de la misma forma que a otras personas profesionistas que atienden personas, desde educadores hasta el personal de salud como sea leído en el presente texto, por el estrés de sobre llevar el cuidado de un ser humano enfermo; ya que, como menciona Ruíz R. y Nava G.<sup>61</sup>, en el ensayo titulado Cuidadores: Responsabilidades-Obligaciones: “Se considera que se produce por el estrés permanente de tipo crónico (no el de tipo agudo de una situación puntual) en un batallar diario contra la enfermedad con tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador”. Agregándose la pesada tarea de trabajar fuera de casa.

El cansancio emocional como respuesta al estrés en el cuidador primero del paciente en etapa terminal, dado por la sobre carga de trabajo, los cuidados meticulosos, continuos durante las veinticuatro horas del día, además de las actividades que exige la familia en general y la sociedad, afectan emocionalmente al cuidador, lo cual coincide con el estudio elaborado por Valle A. y Otros<sup>62</sup>, donde mencionan que las mujeres familiares, en primera línea de parentesco, para el cuidado, son las hijas y las esposa, afectadas por la primera subescala, quien también contribuyen a la economía familiar; la consecuencia de tanto esfuerzo es la despersonalización, riesgo inminente, cuando el cuidador primario percibe que su paciente no evoluciona favorablemente a pesar de sus esfuerzos y cuidados, situación se ha mencionado en estudios como los de Gómez de R. y Estrella C., es una experiencia que conlleva a la progresión de un sentimiento de no ser reconocidos y valorados, hasta el punto en que la

experiencia del cuidado no es viable ni saludable para el familiar cuidador y el paciente.

La creencia de la falta de realización personal se define como la necesidad de logro que tiene todo ser humano para llegar a ser excelente, está relacionada con la realización de tareas de uno mismo o con los otros, provoca que la persona se evalúe negativamente, con énfasis en cómo es que está realizando su trabajo y la relación de este con las personas que atiende. El ser humano por naturaleza espera ser llamado único, Vázquez E. y Otros, lo comentan, sin embargo, el rol moral de cada individuo conlleva una responsabilidad ante su paciente y la sociedad, en el cual, se tiene que se hacer lo necesario para que este bien, la imagen es observada, así, cuando los cuidados se hacen presentes ante los demás, se experimenta cierto grado de paz y satisfacción en ello.

### ***Recomendaciones.***

En los hospitales las actividades diarias, las rutinas y la sobrecarga de trabajo, aísla al personal médico y paramédico de la atención del cuidador primario, funge como acompañante y cuidador, al que, se le informa y solicita su aprobación para ciertos procedimientos destinados a mejorar la salud de su paciente, sin embargo, no repara en él, es decir, no se toma en cuenta.

Surge entonces, la necesidad de crear programas de Acompañamiento Emocional y Arte-Terapia, que enlacen las concepciones de salud-ocupación, explorando el proceso de duelo que experimenta los cuidadores, se identifique los factores desencadenantes del Burnout y se manejen estrategias de afrontamiento, prevención o disminución del síndrome, donde los cuidadores aprendan como afrontar las diferentes causas de éste, y la forma particular de superarlas (resiliencia), además, de ajustar las actividades de atención del paciente, las relaciones familiares y sociales, aumentando la mejor calidad de vida tanto al cuidador como a la persona a cuidar.

## ***Referencias bibliográficas.***

### ***Referencias bibliográficas.***

1. Síndrome de Burnout en la actualidad [Internet]. Ciudad de México; 2018 [Consultado 01 Junio 2018]. Disponible en: [www.grupogestal.com](http://www.grupogestal.com)
- 2.- Entrevista con Christina Maslach: Reflexiones sobre el Síndrome de Burnout [Internet]. Ciudad de México; septiembre 2010. [Consultado 30 Abr2018]. Disponible en: [www.scielo.org.pe](http://www.scielo.org.pe)
3. Ídem.
4. Ídem.
- 5.- Balseiro L. El Síndrome de Burnout. 1ª. Ed. Ciudad de México, Editorial Trillas; 2010. Pág. 24.
6. Ídem.
- 7.- Síndrome de Burnout en Población Mexicana una revisión sistemática [Internet]. Ciudad de México; marzo/abril 2014. [Consultado 30 Abr2018]. Disponible en: [www.scielo.org.mx](http://www.scielo.org.mx)
- 8.- Balseiro L. El Síndrome de Burnout. 1ª. Ed. Ciudad de México, Editorial Trillas; 2010. Pág.26.
9. Ídem.
- 10.- El Síndrome de Burnout: Antecedentes y Consecuentes Organizacionales en el Ámbito de la Seguridad Pública Gallega [Internet]. Granada, España; 2017. [Consultado 30 Abr2018]. Disponible en: [www.investigacion.biblioteca.uvigo.es](http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es)
- 11.- El Ejercicio Actual de la Medicina, desarrollaron el tema: “El Síndrome de Burnout: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y desarrollo profesional [Internet], Ciudad de México 2010. [Consultado 30 de abril 2018]. Disponible en: [www.repve.uis.edu.co](http://www.repve.uis.edu.co)
12. Síndrome Burnout [Internet]. Heredia, Costa Rica 2015. [Consultado 27 de abril 2018]. Disponible en: [www.scielo.sa.cr](http://www.scielo.sa.cr).



13. Síndrome de Burnout [Internet]. Ciudad de México 2006. [Consultado 27 de abril 2018]. Disponible en: [www.medigraphic.mx](http://www.medigraphic.mx).
14. Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto mayor en la Clínica Bamboo de junio a octubre del 2017 [Internet]. Lima, Perú 2017. [Consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>  
URI: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6022>
15. Síndrome de Burnout [Internet]. Ciudad de México 2004. [Consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)
16. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de México [Internet]. Cuba 2018. [Consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: [bvs.sld.cu](http://bvs.sld.cu)
17. II Instrumentos de Medición del Burnout [Internet]. Ciudad de México. [Consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: <http://tesis.uson.mx>
18. Ídem.
19. Ídem.
20. Ídem.
21. Cuestionario Maslach Burnout Inventory [Internet]. Ciudad de México 2008. [Consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: [www.javiermiravalles.es](http://www.javiermiravalles.es)
22. El Síndrome de Desgaste Profesional Burnout en Médicos Mexicanos [Internet]. Ciudad de México 2008. [Consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: [bvs.sld.cu](http://bvs.sld.cu)
23. El Síndrome de "Burnout" o el Desgaste Profesional [Internet]. España 1991. [Consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: [revistaen.es](http://revistaen.es)
24. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud [Internet]. Ica, Perú 2014. [Consultado 31 marzo 2018]. Disponible en: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe/>
25. Diferencias por Sexo, Síndrome de Burnout y Manifestaciones Clínicas, en los Médicos Familiares de Dos Instituciones de Salud, Guadalajara, México [Internet]. Costa Rica, 2006. [Consultado 30 de abril 2018]. Disponible en: [www.scielo.sa.cr](http://www.scielo.sa.cr)

26. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido [Internet]. Murcia, España; 2010. [Consultado 03 Abr2018] [Consultado 30 Abr 2018]. Disponible en: [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)
27. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México [Internet]. Colombia, 2010. [Consultado 03 de abril 2018]. Disponible en: [www.repvie.uis.edu.co](http://www.repvie.uis.edu.co)
28. Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid [Internet]. Madrid, España, 2004. [Consultado 03 de abril 2018]. Disponible en: Revista Española de Salud Pública, <https://www.scielosp.org/article/resp/2004.v78n4/505-516/es/>
29. El Síndrome Burnout desde la perspectiva sanitaria. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, 2017, p. 17 [Internet]. NP, El Salvador 2017. [Consultado 03 de abril 2018]. Disponible en: [https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO\\_3.pdf#page=17](https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=17)
30. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar [Internet]. Bogotá, Colombia 2009. [Consultado 04 de abril 2018]. Disponible en: <https://revistas.uosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/62/54>
31. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales, en el año 2015 [Internet]. Cartagena, Colombia 2015. [Consultado 04 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/299/134>
32. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado, en el 2016 [Internet]. Habana, Cuba 2015. [Consultado 04 de abril 2018]. Disponible en: [medigraphic.com](http://medigraphic.com)
33. Quality of Life Primary Caregivers of Children with Intellectual Disabilities [Internet]. Ciudad de México, México 2017. [Consultado 04 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174e.pdf>
34. Síndrome de Burnout: una revisión breve [Internet]. Yucatán, México 2015. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/>

35. Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18240/1/TESIS%20MARLO%20SINCHIRE%20BIBLIOTECA.pdf>

36. Ídem.

38. Modelos Teóricos del "Burnout" y Variables más Significativas [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://psicopsi.com/>

39. Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18240/1/TESIS%20MARLO%20SINCHIRE%20BIBLIOTECA.pdf>

40. Modelos Teóricos del "Burnout" y Variables más Significativas [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://psicopsi.com/>

41. Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18240/1/TESIS%20MARLO%20SINCHIRE%20BIBLIOTECA.pdf>

42. Modelos Teóricos del "Burnout" y Variables más Significativas [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://psicopsi.com/>

43. Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18240/1/TESIS%20MARLO%20SINCHIRE%20BIBLIOTECA.pdf>

44. Modelos Teóricos del "Burnout" y Variables más Significativas [Internet]. Loja, Ecuador 2017. [Consultado 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://psicopsi.com/>

45. Resiliencia en familias de personas con Síndrome de Down en San Pedro del Paraná, Paraguay [Internet]. San Pedro de Paraná, Uruguay 2017. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec>
46. Las Dimensiones Éticas del Cuidar de Enfermería [Internet]. La Rioja, España 1999. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.secpal.com>
47. Ídem.
48. Ídem.
49. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? [Internet]. Ciudad de México, México 2011. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en: [www.revistas.unam.mx](http://www.revistas.unam.mx)
50. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones [Internet]. Ciudad de México, México; abril 2012. [Consultado 01 May 2018]. Disponible: [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)
51. Expectativas y necesidades de Cuidadores Familiares de Pacientes Oncológicos que acuden a Urgencias de atención Primaria [Internet]. Madrid, España, México 2016. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en:
52. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención [Internet]. Jalisco, México 2017. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- 53.- Balseiro L. El Síndrome de Burnout. 1ª. Ed. Ciudad de México, Editorial Trillas; 2010.
54. Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer [Internet]. Madrid, España 2017. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/55816/50600>
55. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? [Internet]. Ciudad de México, México 2011. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en: [www.revistas.unam.mx](http://www.revistas.unam.mx)

56. El cuidado informal: una visión actual [Internet]. Valencia, España 2012. [Consultado 06 de abril 2018]. Disponible en: [http://reme.uji.es/reme/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf](http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf)
57. Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Colapso del Cuidador [Internet]. Ciudad de México, México 2015. [Consultado 07 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>
58. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? [Internet]. Ciudad de México, México 2011. [Consultado 07 de abril 2018]. Disponible en: [www.revistas.unam.mx](http://www.revistas.unam.mx)
59. Caso Clínico: Virus de Inmunodeficiencia Humana en Pacientes de 70 Años de Edad [Internet]. Babahoyo, Ecuador 2018. [Consultado 07 de abril 2018]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec>
60. Ley de Voluntad Anticipada [Internet]. Ciudad de México, México 2013. [Consultado 07 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2013/ms133d.pdf>
61. Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada [Internet]. Lima, Perú 2014. [Consultado 07 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.eeplt.edu.pe/revista/>
62. Obstinación terapéutica en pacientes geriátricos: estudio fenomenológico de experiencias de médicos en Jalisco, México [Internet]. Jalisco, México 2016. [Consultado 07 de abril 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.002>
63. Proceso Enfermero Orientado a Personas con Trastorno de Ansiedad [Internet]. Barcelona, España 2015. [Consultado 08 de abril 2018]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu>
64. Teorías y Modelos de Enfermería [Internet]. Jalisco, México 2017. [Consultado 07 de abril 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal>
67. Código de Nuremberg normas éticas sobre experimentos en seres humanos [Internet]. Ciudad de México, México; abril 2007. [Consultado 27 Abr 2018]. Disponible: [www.combioetico-mexico.salud.gob.mx](http://www.combioetico-mexico.salud.gob.mx)

- 68.- Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos [Internet]. Brasil; octubre 2013. [Consultado 28 Abr 2018]. Disponible: [www.wma.net](http://www.wma.net)
69. Código de Conducta del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [Internet]. Ciudad de México, México; abril 2007. [Consultado 27 Abr 2018]. Disponible: [www.issste-cmn20n.gob.mx](http://www.issste-cmn20n.gob.mx)
70. Instrumento de desgaste profesional de Maslach [Internet]. Ciudad de México, México; abril 2007. [Consultado 27 Abr 2018]. Disponible: <https://www.ecestaticos.com>

## **Anexos**

### **Anexo. 1.**

Instrumento de Desgaste Profesional de Maslach<sup>70</sup>

<b>INSTRUMENTO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH</b>
<b>Cansancio Emocional</b>
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante
5. Me siento quemado, desgastado, cansado por mi trabajo
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo
7. Creo que estoy trabajando demasiado
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés
9. Me siento acabado, como si no pudiese más
<b>Despersonalización</b>
1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas
<b>Realización Personal</b>
1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas

4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

Este cuestionario usa un sistema de respuesta que gradúan la frecuencia con que una persona experimenta los sentimientos descritos en cada ítem, en una escala de Likert de 7 valores.

### **Escala tipo Likert**

0= nunca

1= pocas veces al año

2= una vez al mes

3= pocas veces al mes o menos

4= una vez a la semana

5= pocas veces a la semana

6= todos los días

De acuerdo al cuestionario las preguntas han sido mezcladas para explorar las 3 áreas descritas, el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, de tal forma que se pueda medir y diferenciar tres subescalas, que representan las dimensiones del síndrome.

Las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20 exploran el agotamiento emocional y su resultado es directamente proporcional al grado de intensidad de dicha área, así, a mayor puntuación, mayor agotamiento<sup>1c</sup>.

Las interrogantes 5, 10, 11, 15, y 22 exploran el grado de despersonalización sufrida por el cuestionado y sus resultados, también, son directamente



proporcionales al grado de intensidad: a mayor puntuación, mayor despersonalización del sujeto estudiado.

Las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 exploran grado de insatisfacción en la realización personal del explorado, en este caso la puntuación es inversamente proporcional a la percepción, es decir: a menor puntuación, mayor insatisfacción de la persona estudiada.

Los resultados de las tres áreas se deben sumar del 0-6 en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse por separado los resultados. El puntaje obtenido para los tres componentes del Síndrome de Burnout ha sido validado en numerosos estudios hechos a trabajadores de la salud, al igual que en otros profesionales donde se tiene trato directo con personas.

Del global de las puntuaciones obtenida se han descrito tres rangos diferentes para las tres áreas exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome.

### CATEGORIZACIÓN DE LOS PUNTAJES

COMPONENTE	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	< 18	19-26	> 27
Despersonalización	< 5	6-9	> 10
Realización personal	> 40	34-39	< 33

**Anexo. 2.** Instrumento Adaptado Para Cuidador Primario de Desgaste Profesional de Maslach

**CUESTIONARIO SOBRE SINDROME DE BUTNOUT PARA CUIDADORES PRIMARIOS.**

CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) ADAPTADO PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES TERMINALES DEL HOS REGIONAL "CENTENARIO DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA" DEL ISSSTE EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.

Datos generales:

Folio: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nivel de Estudios: \_\_\_\_\_ Trabaja fuera de casa: Si: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

COLOQUE EL NÚMERO QUE CREA MÁS ADECUADO SOBRE LA FRECUENCIA DE SU SENTIR. SIENDO EL **RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA:**

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

No.	PREGUNTAS A EVALUAR	RESP.
1	Me siento emocionalmente agotado/a por cuidar a mi familiar enfermo	
2	Me siento cansado al final del día después de cuidar a mi familiar enfermo	
3	Cuando me levanto por la mañana y me tengo que ir a atender a mi familiar enfermo me siento cansado/a	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mi familiar enfermo	
5	Creo que estoy tratando a mi familiar enfermo como si fuera un objeto impersonal	
6	Siento que cuidar todo el día a mi familiar enfermo supone un gran esfuerzo y me cansa	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mi familiar enfermo	
8	Siento, que cuidar a mi familiar enfermo, me está desgastando, estoy muy agotado (quemado).	
9	Creo que con mis cuidados estoy influyendo positivamente en la vida de mi familiar enfermo	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que cuido a mi familiar enfermo	

11	Pienso que desde que cuido a mi familiar enfermo soy más duro emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía cuando tengo que cuidar a mi familiar enfermo	
13	Me siento frustrado/a cuando cuido de mi familiar enfermo	
14	Creo que cuidar a mi familiar enfermo es mucho trabajo	
15	No me preocupa realmente lo que le ocurra a mi familiar enfermo porque se lo busco	
16	Trabajar directamente con mi familiar enfermo me produce estrés	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con familiar enfermo	
18	Me siento motivado después de cuidar a mi familiar enfermo	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas cuando estor cuidando a mi familiar enfermo	
20	Me siento acabado cuando cuido a mi familiar enfermo, al límite de mis posibilidades	
21	Cuando cuido a mi familiar enfermo los problemas emocionales, los manejo con mucha calma	
22	Creo que mi familiar enfermo me culpa de algunos de sus problemas	

Adaptado por: L. E. Maricruz Martínez García. Pasante de Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UAEM.

## ESCALA DE MEDICIÓN

### Escala tipo Likert

0= nunca

1= pocas veces al año

2= una vez al mes

3= pocas veces al mes o menos

4= una vez a la semana

5= pocas veces a la semana

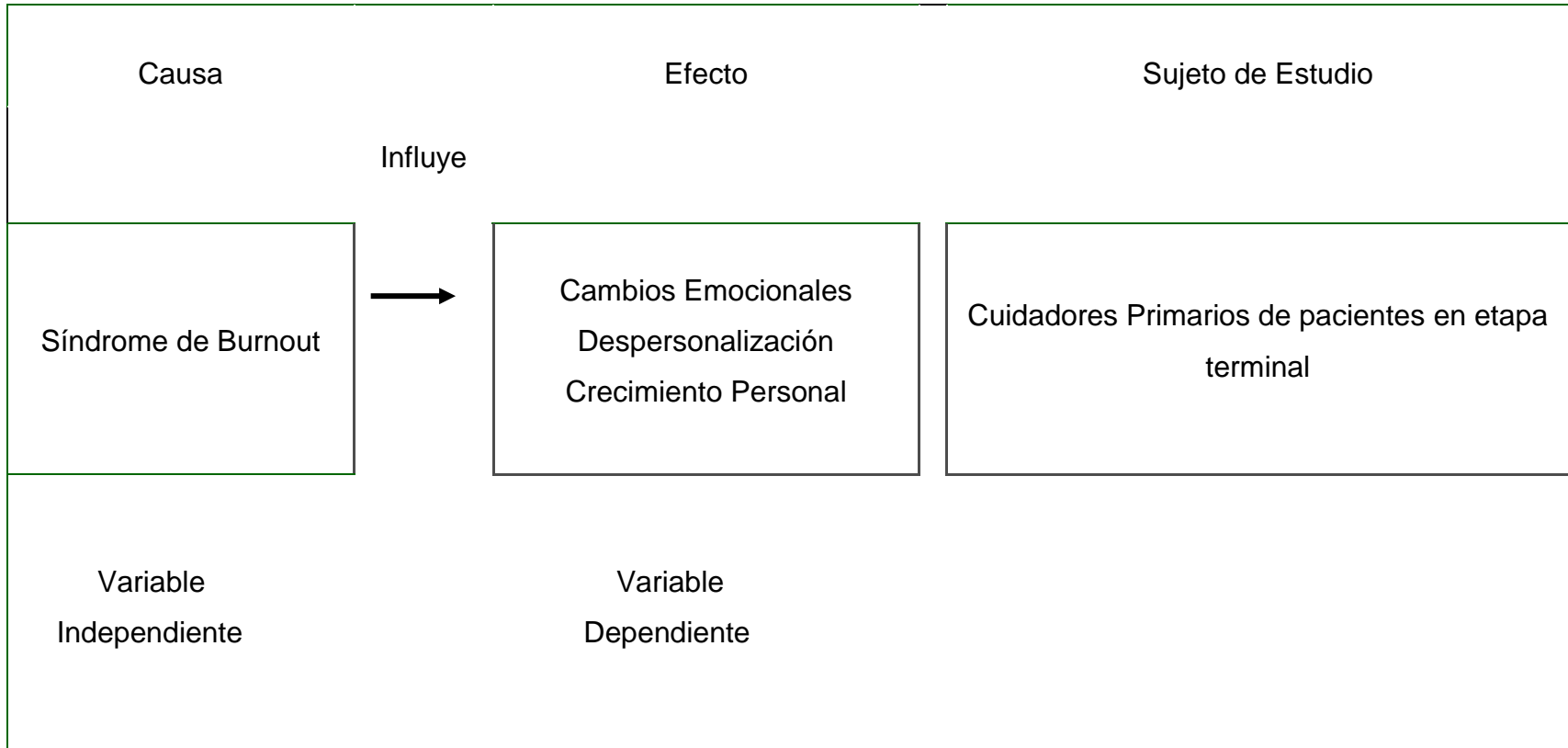
6= todos los días

### CATEGORIZACIÓN DE LOS PUNTAJES

COMPONENTE	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	< 18	19-26	> 27
Despersonalización	< 5	6-9	> 10
Realización personal	> 40	34-39	< 33

La realización del cuestionario se realizó en la intimidad de un espacio, donde no existió la influencia de otras personas para responder a él, se cuidó la confidencialidad, además no se influyó para tener respuestas que alterarán los resultados esperados, en la investigación. Cabe hacer notar que, para muchos autores, el agotamiento emocional es el área central más importante del S. B., que es el que mayor valor tiene en la interpretación de los resultados y respecto al tratamiento de éste.

Variables:



### Definición de Variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
1.- Síndrome de Burnout	Independiente	Estrés crónico, que se manifiesta en aquellas profesiones de servicio caracterizadas por una atención intensa y prolongada personas que están en una situación de necesidad o dependencia.	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.	Nominal	Porcentaje	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.
2.- Cambios Emocionales	Dependiente	Cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder más a los demás.	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.	Nominal	Porcentaje	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.
3.- Despersonalización	Dependiente	Desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc.	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.	Nominal	Porcentaje	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.
4.- Realización Personal	Dependiente	Sensación de que las demandas hechas exceden a la capacidad para atenderse de forma competente <sup>4</sup> .	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.	Nominal	Porcentaje	Cuestionario aplicado a cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales.