



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACION ESPECIAL
PARA LA OBTENCION DE EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

TEMA:

“SINDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES INFORMALES
DE PACIENTES PSIQUIATRICOS”

AUTOR

DR. XAVIER EDUARDO PULLA TORRES

TUTOR

DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE.

AÑO 2016

GUAYAQUIL - ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

**SINDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES
PSIQUIATRICOS**

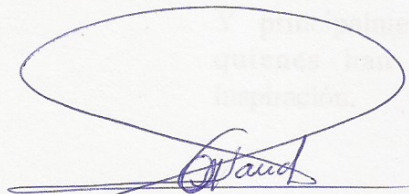
AUTOR: Dr. Xavier Eduardo Pulla Torres	TUTOR: Dr. Francisco Obando Freire.
	REVISOR:
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Medicina	
FECHA DE PUBLICACIÓN: Octubre 2016	No. DE PÁGS: 69
ÁREAS TEMÁTICAS: Área 11: SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	
PALABRAS CLAVE: desgaste , cuidadores , burnout	
RESUMEN: Antecedentes: El síndrome de Burnout es una patología poco diagnosticada en los cuidadores informales de pacientes con patología crónica, su presentación clínica es polimórfica, de tipo insidioso, crónica y que se perpetua en las consecuencias que puede dar a el cuidador informal . Llega a ser deletérea en el cuidador y se extiende a el paciente. El objetivo del presente estudio es determinar la presencia de el síndrome de desgaste profesional en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos. Materiales y Métodos: El diseño de el estudio es cuantitativa, transversal y analítica, se trabajó con los cuidadores informales – familiares- de los pacientes ingresados, en el Instituto de Neurociencias, en el periodo de 1 de junio al 30 noviembre del 2015. Resultados: Los resultados alcanzados es que el síndrome de Burnout se encuentra presente en los cuidadores, no existió correlación entre el sexo del cuidador (p de 0,13), la patología de el paciente que es cuidado (p de 0,25) y la carga días de cuidado (p de 0,73). Conclusiones: se concluye que el síndrome de burn out esta presente en los cuidadores informales y no es diagnosticado a tiempo lo que disminuye la calidad de vida de los cuidadores y la capacidad de realizar una terapéutica adecuada a este componente de la diada enfermo- familiar.	
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	
ADJUNTO PDF:	☒ SI ☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0987296261 E-mail: dr.xpulla@yahoo.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS
	Teléfono: 2288086
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com

: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 2509054**

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante DR. XAVIER EDUARDO PULLA TORRES del Programa de Especialidad PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL nombrado por el Decano de la Facultad de CIENCIAS MEDICAS. CERTIFICO: que el estudio de caso del examen complejo titulado **“SINDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS”**, en opción al grado académico de Especialista en PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente



DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE.

TUTOR

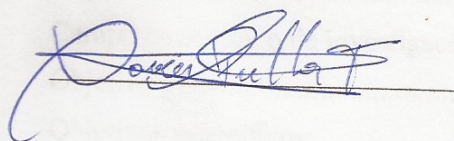
DEDICATORIA

El presente trabajo esta dedicado a a mis hijas , quienes son mi fortaleza, a mis maestros y tutores y al personal de el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

Y principalmente a mis padres, quienes han sido siempre mi inspiración.

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL".



Dr. Xavier Eduardo Pulla Torres.

Tabla de contenido

Resumen.....	
Introducción.....	1
Delimitación del problema:	1
Formulación del problema:	2
Justificación:	2
Objeto de estudio:	2
Campo de acción o de investigación:.....	3
Objetivo general:	4
Objetivos específicos:	4
La novedad científica:	4
Capítulo 1	5
MARCO TEÓRICO.....	5
1 Teorías generales: Estrés, cuidadores y patología mental.	5
2 Teorías sustantivas: Síndrome de el Burnout.....	11
3 Referentes empíricos.....	17
Capítulo 2	14
MARCO METODOLÓGICO.....	20
4 Metodología:	20
5 Métodos:	20
6 Hipótesis.....	20
7 Universo y muestra.....	20
Operacionalización de variables.....	21
9 Gestión de datos.....	22
10 Criterios éticos de la investigación.....	23
Capítulo 3	24
RESULTADOS.....	24
11 Antecedentes de la unidad de análisis o población.....	24
12 Diagnostico o estudio de campo:	24
Capítulo 4	31
DISCUSIÓN.....	31
13 Contrastación empírica:	31
14 Limitaciones:	31
15 Líneas de investigación:	31
16 Aspectos relevantes.....	31

Capítulo 5	32
PROPUESTA.....	32
Conclusiones y recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de la muestra.....	25
Tabla 2. Presencia de sobrecarga.	26
Tabla 3: Relación de sobrecarga con el sexo.....	27
Tabla 4: Distribución de la muestra patología mas común	28
Tabla 5: Relación entre patología y sobrecarga.....	29
Tabla 6: Asociación de los tipos de sobrecarga y días de cuidado.....	30

Título: Síndrome de Burnout en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos

Resumen:

Antecedentes: El síndrome de Burnout es una patología poco diagnosticada en los cuidadores informales de pacientes con patología crónica, su presentación clínica es polimórfica, de tipo insidioso, crónica y que se perpetua en las consecuencias que puede dar a el cuidador informal . Llega a ser deletérea en el cuidador y se extiende a el paciente. El **objetivo** del presente estudio es determinar la presencia de el síndrome de desgaste profesional en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos. **Materiales y Métodos:** El diseño de el estudio es cuantitativa, transversal y analítica, se trabajó con los cuidadores informales – familiares- de los pacientes ingresados, en el Instituto de Neurociencias, en el periodo de 1 de junio al 30 noviembre del 2015.

Resultados: Los resultados alcanzados es que el síndrome de Burnout se encuentra presente en los cuidadores, no existió correlación entre el sexo del cuidador (p de 0,13), la patología de el paciente que es cuidado (p de 0,25) y la carga días de cuidado (p de 0,73). **Conclusiones:** se concluye que el síndrome de burn out esta presente en los cuidadores informales y no es diagnosticado a tiempo lo que disminuye la calidad de vida de los cuidadores y la capacidad de realizar una terapéutica adecuada a este componente de la diada enfermo- familiar.

Palabras clave: desgaste , cuidadores , burnout

Title: Burnout Syndrome among informal caregivers of psychiatric patients

Summary:

Background: Burnout syndrome is a disease under diagnosed in informal caregivers of patients with chronic pathology, clinical presentation is polymorphic, insidious type, chronic and perpetuates the consequences that can give informal caregiver. Becomes deleterious to the caregiver and extends to the patient. The aim of this study is to determine the presence of burnout syndrome in informal caregivers of psychiatric patients. **Materials and Methods:** The design of the study is quantitative, transversal and analytical worked with informal caregivers of patients admitted at the Neurosciences Institute in period 1 June to 30 November 2015. Results results achieved is that the burnout syndrome is present in caregivers, there was no correlation and dependence between sex caregiver (p 0.13), the pathology of the patient's care (p 0.25) and day care burden (p 0.73). **Conclusions:** It is concluded that the syndrome of burn out is present in informal caregivers and is not diagnosed in time which decreases the quality of life of caregivers and the ability to make an adequate response to this component of family sick man dyad therapy.

Keywords: wear, caregivers, burnout

Introducción

Las enfermedades mentales están en constante aumento en la población general, estas se caracteriza por presentar varios síntomas , siendo los principales la psicosis, los trastornos afectivos, los síndrome orgánico cerebrales, los retrasos mentales, los toxisindromes y las patologías por consumo de sustancias. Los enfermos mentales llegan a tener varias conductas disruptivas o semiótica invalidante lo cual hace que estén a cargo de cuidadores formales – con conocimiento médico- o informales-familiares.

Nos es indispensable estudiar el síndrome de burn out ,en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil en los familiares, cuidadores informales o primarios, de los pacientes que se encuentran ingresados en las áreas de hospitalización general varones y mujeres. Lo que hemos detectado es que la mayoría de los cuidadores informales se quejan de sufrir trastornos en su sueño, preocupación, agotamiento, depresión , ansiedad y consumo de sustancias , llegando como manifestación máxima de desgano a seguir cuidando a su enfermo mental.

Las principales causas de el síndrome de Burn out son: sobrecarga de cuidado, menos días libres, falta de adecuado control de emociones, mal manejo de el estrés, muchos días al cuidado de un enfermo, más de 8 horas al cuidado de un enfermo, el tipo de enfermedad que tiene el paciente al cual cuida, el mal soporte familiar, bajo ingreso económico, y desconocimiento de la patología que padece el familiar, además, el hecho de tener una patología mental o física, asociada, incrementa el riesgo de presentar síndrome de burnout out.

Las principales consecuencias del síndrome de Burn out son: Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, depresión y ansiedad crónicas, trastornos del

carácter, suicidio, comportamientos disruptivos graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo). Somáticas. Cuadros de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos. deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo. (Carrillo, 2012).

La presencia de el síndrome de burnout en cuidadores informales, entiéndase como familiares, trastoca la salud de los familiares y disminuye la inserción de el usuario externo, entiéndase paciente. El síndrome de burnout es en realidad muy sub - diagnosticado, pues presenta manifestaciones clínicas que , a veces , no son tomadas en cuenta, manifestándose con: bajo rendimiento laboral, malas relaciones interpersonales, superposición de depresión y ansiedad, y mal ambiente laboral. Esto lleva a la importancia de la detección temprana en los familiares de los pacientes , lo cual ayudaría a mejorar la inserción de el paciente en el medio familiar .

El síndrome de desgaste en los familiares de pacientes psiquiátricos se da porque este altera la manera en que los familiares ayudarían a una recuperación del paciente, además no es diagnosticado por los profesionales de la salud mental, se observa que tiene muchas consecuencias en la vida psicológica y física del cuidador llegando incluso, a el abandono del paciente. Esto lleva a que el conocimiento real, de esta patología, ayudaría a la mejor integración del paciente así como a la mejor vida del cuidador por ello se propone su estudio y la realización de una solución para el mismo. Dicho antecedente nos lleva a plantear la siguiente pregunta ¿qué características tienen los cuidadores informales que generen la aparición del síndrome de desgaste en ellos?

El estrés es un estímulo que puede ser tomado como nociceptivo, o no nociceptivo. Según Barraza 2006, "... un sistema abierto que se relaciona con el ambiente en un constante flujo de entrada (input) y salida (output) donde pretende un estado de equilibrio". Este estímulo provoca una respuesta fisiológica normal conocida como lucha o huida, la cual se caracteriza por la secreción de hormonas como el cortisol, neuropéptidos, y neurotransmisores que preparan a el cuerpo para luchar o huir.

Se clasifica en agudo y crónico, la característica de el estrés crónico (Maercker, A, et al 2013), es los cambio neuroestructural que provoca en el cerebro y en el sistema inmunológico, estos cambios son dados principalmente por el cortisol y se manifiestan a nivel conductual y cognitivo. (Carroble, J. ,1996). A nivel clínico se lo confunde con la depresión, ansiedad, bipolaridad y trastornos de adaptación, no esta codificado en el DSM V (disease stadistical manual). El cuidado diario de un paciente psiquiátrico es considerado como un estresor crónico.

El campo a estudiar , en esta investigación, es el síndrome de Burnout, también llamado Síndrome de Tomas, o síndrome de desgaste; es muy observado en los cuidadores formales de pacientes psiquiátricos, la mayoría de los estudios se los realiza en pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores, pocos estudios se los hacen en pacientes psiquiátricos El síndrome de desgaste es polifacético, mal diagnosticado, e incluso desconocido para la mayoría de los profesionales médicos.

El síndrome de burn out es la consecuencia de la exposición crónica a el estrés en el cual un cuidador no posee los mecanismos de defensa inadecuados para poder enfrentarlo. Es una entidad con polimorfismo semiológico (su presentación clínica es múltiple), es sub diagnosticada (generalmente se lo confunde con otras patologías muy

similares) y poco conocida. Se presenta generalmente en cuidadores de cualquier tipo, expuestos a un estresor como el cuidado diario de un paciente con enfermedad mental, en la mayoría de los casos son mujeres, con secundaria incompleta, sin ingresos importantes, y que se encuentran entre 35 y 53 años de edad.

El objetivo general es determinar la presencia de el síndrome de desgaste profesional en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos, los objetivos específicos son : Fundamentar la teoría de el síndrome de burnout en cuidadores informales, determinar los factores sociodemográficos de la muestra, determinar los niveles de sobrecarga en la muestra, relacionar el sexo con la sobrecarga identificar la patología más frecuente, relacionar la sobrecarga y la patología y asociar la sobrecarga con el tiempo de cuidado (días).

Ante lo propuesto en este estudio lo novedoso es el poco campo de investigación dado en la parte de psiquiatría y salud mental. En esta última década es más evidente la patología asociada a el estrés crónico, los factores sociales, demográficos, genéticos y psíquicos de el cuidador, son poco valorados al hacer la entrevista. La mayoría de los profesionales de la salud se preocupan más por el enfermo que por el cuidador, al ser poco o casi nada diagnosticado, el presente estudio abre puertas a que se realice y socialice más investigaciones en este campo (síndrome de Burnout).

Capítulo 1:

MARCO TEORICO

1.1 Estrés, cuidadores y patología mental.

Según datos de la OMS (organización mundial de la Salud) refiere que las patologías crónicas están en un aumento, dado por el incremento de la población anciana, a la inadecuada cultura de salud y a una mayor esperanza de vida. (Esperanza de vida al nacer, total – años- | Data. (2016); Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo - Salud y seguridad en el trabajo - EU-OSHA. (2016). La mayoría de las patologías crónicas que afectan al ser humano son de tipo cardio vascular, le sigue el cáncer, la diabetes, la depresión y los procesos neumónicos, finalmente las patologías mentales. Dicho panorama nos da a entender que la población mundial tendrá patologías crónicas y ameritará cuidado para dichas patologías

En relación a las enfermedades mentales se observa que el 25% de las personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. No se encuentran estadísticas en el Ecuador sobre la prevalencia e incidencia de los cuidadores informales, en la practica diaria se determina que , el síndrome de el cuidador no es detectado pues no se lo busca, la mayoría de los cuidadores acuden por otras causas ya que semióticamente no tiene una historia natural , ni una manifestación específica, el 93% de los cuidadores informales tienen baja calidad de vida.

Algunos autores como Pinargote. Cristina en el año 2014 determinan que “el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia padecen actualmente de síndrome del cuidador”; motivado por el estrés crónico al cual son expuestos al cuidar a un paciente con patología mental; el síndrome de el cuidador no es muy estudiado en pacientes psiquiátricos pero si en pacientes con enfermedad de Alzheimer (Cerquera Cordova et al, 2016)

El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardiacas, y respiratorias. Las patologías mentales son poco o casi nada estudiadas, menos aun las repercusiones que tienen a nivel social y personal. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. (Berenzon, S et al, 2013). Este panorama nos da a entender que la mayoría de las personas con patologías mentales ameritan tener un cuidado directo en toda su vida.

El estrés es parte general de la vida, se define como la reacción de lucha y huida , en la cual están involucradas muchos factores, bioendocrinológicos, es una respuesta individual y social, depende del tipo de organismo (personalidad, soportes sociales, resiliencia), de la forma de responder al stress – enfrentamiento- y de los soportes sociales que tenga el individuo. Se entiende por estrés, según la Asociación europea de el Trabajo, “un desequilibrio entre lo que se les exige y los recursos con que cuentan para satisfacer dichas exigencias”. (Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo - Salud y seguridad en el trabajo - EU-OSHA. 2016)

La Asociación Americana de Psiquiatría define tres tipos diferentes de stress, los cuales son: Estrés agudo, el que es la forma mas banal; estrés agudo episódico, el que se

presenta con mas frecuencia; y el estrés crónico, el mas perjudicial. Los tres tipos de estrés se relacionan con: el estímulo que lo produce , la intensidad, y la frecuencia de dicho estimulo. El cambio que provoca en el ser humano, expuesto a ese estímulo, dicho cambio puede ser a nivel de la plasticidad neurológica, de respuestas fisiológicas inconscientes y lo que lleva a un cambio de conducta.

El estrés agudo es la forma de estrés más común, si es demasiado resulta agotador. Una bajada rápida por una pendiente de esquí difícil, por ejemplo, es estimulante temprano por la mañana. La misma bajada al final del día resulta agotadora y desgastante. Así el estrés agudo episódico, esta asociada a la personalidad tipo A. Las relaciones interpersonales se deterioran con rapidez cuando otros responden con hostilidad real. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas, lo que conlleva a una menor producción laboral y malas relaciones interpersonales.

El estrés crónico, el cual origina, el síndrome de desgaste, es el más agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. Algunas experiencias, relacionadas con el estrés, afectan profundamente la personalidad. Es el tipo de estrés que no se lo siente, mas que a nivel psíquico al inicio, luego a nivel somático, que en general se manifiesta por trastornos en la conducta y en el afecto, siendo lo mas común la irritabilidad, y, al final, familiar (Rosman, B. 1991).

En relación a las reacciones de el estrés a nivel fisiológico tenemos que la respuesta al estrés agudo incluye varias regiones cerebrales (ej. cortex prefrontal, amígdala, hipocampo, hipotálamo) , diferentes en estructura y función, en relación a el género, y muy sensibles al cortisol. El estrés crónico causa neuroplasticidad adaptativa , en el cual

los neurotransmisores y las hormonas sistémicas, interactúan para producir cambios estructurales y funcionales en las regiones cerebrales, lo que pueden contribuir al desarrollo de desórdenes psiquiátricos, las gonadotropas contribuyen a la diferencia sexual, ante la respuesta a un estímulo nociceptivo. (Duval, F., González, F., & Rabia, H. ; 2010).

La capacidad de respuesta ante este tipo de estímulos , crónicos, debilitantes, nociceptivos y extenuantes, es lo que determina que el familiar pueda llevar a cabo dicha tarea de cuidado para el paciente con patología crónica, deteriorante, como un enfermo con patología mental. Los mecanismos de defensa psíquicos, el apoyo social y familiar, la personalidad del cuidador, el correcto diagnóstico de la patología, así como, los sistemas para afrontamiento de estrés, son los que ayudan a que este no se manifieste.

La discapacidad es definida, según la Organización Mundial de la Salud, como un término que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad que habita.

Se define como cuidador, según la RAE (Real Academia de la Lengua Española), es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí. El cuidador principal es “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo –

medido en número de horas al día al cuidado de dicho enfermo”(Dwyer, Lee y Jankowski, 1994). Se entiende como “cuidado informal” a “un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, conformando un verdadero “sistema oculto de cuidados”.

Los diferentes tipos de cuidadores son: formales e informales, los cuidadores formales son aquellos que reciben una remuneración, tienen una formación académica y técnicas de cuidado; los informales no poseen estas características, llama la atención que los cuidadores formales presentan , además características de la personalidad pasivo agresivas y en ocasiones malhumoradas, generando una sensación de insatisfacción, su ánimo y su conducta son variables y a menudo se sienten incomprendidos y poco apreciados, son personas introvertidas.

No todo cuidador presenta sobrecarga, La mayoría de los cuidadores informales son mujeres, generalmente entre 25 a 55 años de edad, lo mas común es que sean las madres, esposas, hermanas y amigas de los pacientes, no tienen mas que 4 horas libres para ellas mismas y gastan mas de 16 horas en el cuidado directo o indirecto de el paciente, no reciben remuneración alguna según Cerquera Cordova , en el 2016, y brindan atención asistencial preventiva y educativa al anciano y a sus familiares (Córdoba, Ara , et al; 2016).

Los cuidadores derivan sus conocimientos de lo tangible y lo concreto, confían en la experiencia directa más que en el uso de la inferencia y la abstracción. Ambos tipos de cuidadores, forman sus juicios tomando en cuenta sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias. Tanto cuidadores formales como informales son personas organizadas y predecibles, cuidadosos e incluso perfeccionistas al ocuparse de pequeños

detalles. Los cuidadores formales se caracterizan por su falta de emotividad e indiferencia social, tienden a ser silenciosos, pasivos, e incluso con dificultades para establecer vínculos interpersonales.

Al ser expuestos a un estresor crónico desarrollan mecanismos de defensa para este tipo de estímulo nociceptivo, algunos estudios determinaron que los cuidadores pasan por el proceso, similar al duelo, en relación a la situación que están abordando, dicha situación se da por la carga horaria que tienen al cuidado de el paciente, por el tipo de enfermedad que tiene el paciente a su cuidado y por la falta de sistema de apoyo. Los cambios observados en los cuidadores son: en el ámbito familiar (problemas en los roles de cada miembro de familia), la situación económica (disminución de los ingresos, ausentismo laboral), el tiempo libre (posponer sus propias necesidades ante las del paciente), la salud (empeoramiento de su salud) y el estado de ánimo (ánimo triste, sentimientos de desesperación, indefensión y desesperanza).

En síntesis el estrés es una reacción fisiológica normal, que mantenida en largo tiempo puede provocar trastornos a nivel somático y psíquicos en la economía humana. Se clasifica en agudo, agudo esporádico y crónico, siendo este último el de mayor preocupación pues se asocia a mayor repercusión cognitivo conductual. Ante este estímulo nociceptivo, el ser humano desarrollará mecanismos de defensa psíquicos, que al ser minados, por la prolongación e intensidad del estrés generaran diferentes tipos de patologías asociadas al estrés.

2. Síndrome de el Burnout.

Estudiosos de esta patología , como Maslach y Jackson, consideraron al Burnout como un síndrome tridimensional derivado de un estrés crónico y cuyos rasgos más sobresalientes son el cansancio físico/psicológico junto con el agotamiento emocional, la despersonalización y un sentimiento de inadecuación al puesto de trabajo y a las tareas que se desempeñan, acompañado de la percepción de que se han logrado pocos o nulos éxitos personales y profesionales (ausencia de realización profesional).

Las consecuencias de el síndrome en el cuidador son : Frustración, depresión, ansiedad, estrés, culpa son algunas de las secuelas asociadas al cuidador y su función al lado de un paciente. Estas manifestaciones emocionales se manifiestan con alteraciones de conducta, angustia, alergias, afecciones de la piel, lumbalgias, y alteraciones gastrointestinales.

Basados en que el síndrome de el cuidador es, similar a los trastornos de adaptación, tenemos que este cumple con los criterios para los mismos, sin embargo, en el síndrome de Burn out, la semiología es un poco más difusa, así entre los criterios clínicos tenemos a sensación de agotamiento físico y emocional que se refleja en las actitudes negativas, como la ausencia del trabajo , la hostilidad , el aislamiento , cambios de humor , irritabilidad, dificultad para concentrarse, lapsos de memoria , ansiedad , depresión, pesimismo, baja autoestima . Además de dolor de cabeza , migraña , fatiga , sudación, palpitaciones , presión arterial alta, dolores musculares , insomnio , ataques de asma , trastornos gastrointestinales son manifestaciones físicas que pueden estar asociados con el síndrome.

Algunos artículos enumeran las patologías de manera más prolija encontramos estas: Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo). Somáticas. cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos. deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo. (Carrillo, 2012).

El síndrome de desgaste, o burn out, no solo afecta a el cuidador informal sino también a su ámbito familiar, la familia no queda exenta de esta patología pues presentan más irritabilidad; disgusto, lo que ocasiona deterioro a nivel de las relaciones personales y disminución de el apoyo social; su situación económica y su tiempo libre empeora dado que debe disminuir su tiempo libre para poder cuidar a su enfermo y ello lleva a tener mas cansancio, que a la larga da ausentismo laboral, por la clínica del síndrome, y finalmente se observan cambios en su estado mental (depresiones, ansiedades, insomnio, irritabilidad, agitación) lo que altera la salud psíquica y somática de el cuidador.(Gómez, S. et al, 2015; Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. 2007).

El CADE (clínica de ansiedad, depresión y de el estrés) acota que las respuestas a dicho estímulo no son solo de características psicológicas, sino también, conductuales y físicos, teniendo como síntomas conductuales: deseo de abandonar el trabajo a la brevedad y ausentismo frecuente en el trabajo, además tenemos evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización y Sobreimplicación. (Moreno, J et al; 2001).

La depresión ha sido uno de los síndromes que más se ha asociado a el síndrome de burnout, según estudios de Palacios Espinoza en el año 2008; según Dueñas en el año 2006 determinó que la ansiedad se encontraba en un 96 % de los familiares que cuidaban un paciente con patología crónica. La depresión se asocia al cansancio emocional, la mayoría de los cuidadores no presenta depresión, más, cuando la presentan, estas están en diferentes niveles, siendo la más frecuente la depresión leve según un estudio de Sampietro Blanch, A. del año 2014.

La ansiedad patológica es causa y consecuencia de el síndrome de burnout, la sobrecarga de trabajo (cuidar a un enfermo crónico como un demente o un psicótico), sumado a la frustración, angustia, y el desgaste físico y emocional hace que esta, sea una de las manifestaciones más comunes de el síndrome de el cuidador. García Calvente y Mateo Rodríguez (2004), observó que un cuarto de los cuidadores informales, femeninos, mencionaban problemas concretos como la ansiedad y depresión.

Otra de las formas de manifestarse la sobrecarga en el cuidador es la somatización, la cual se puede apreciar como dolores musculares, cefalea, epigastralgias, y la característica es que estas no tiene relación con la fisiopatología clásica de las nosologías. Un estudio de Romero de el 2013 determinó que “Ochenta y cuatro (90,3%) cuidadores presentaban algún grado de sobrecarga (75,2%, sobrecarga intensa y 15,1%, sobrecarga ligera); todos tenían síntomas somáticos, 38 (40,9%) presentan alta severidad, 35 (37,6%) gravedad media y 20 (21,5%) baja severidad de los síntomas somáticos”.

No existe forma de predecir qué tipo de personas, que estén afectadas por el mismo estrés vayan a desarrollar, un trastorno de la adaptación o de somatización; las condiciones financieras, el apoyo social y las oportunidades para hacer una carrera y las oportunidades recreativas pueden ejercer influencia en la buena forma como una persona reacciona al estrés. Asimismo, la susceptibilidad al estrés de una persona dada puede estar influenciada por factores tales como: Estrategias para salir adelante, Inteligencia, Flexibilidad, Factores genéticos y Habilidades sociales .

Las personas que tiene esta predisposición a el síndrome de burnout, tienen cierta características: control excesivo, resistencia hacia el medio ambiente, cogniciones inadecuadas, dependencia, necesidad de validación, se presenta en aquellos que su trabajo les exige una implicación personal, una relación constante y directa con personas, en profesionales de la Salud, profesionales en el área de educación, servidores públicos y servicios sociales.

Los síndromes psicosomáticos que se encuentran asociados a el síndrome de burnout son: lumbalgias, mareos, vértigos, dolor en extremidades, meteorismo, flatulencias, taquicardia, artralgias, dolor torácico, vómitos, náuseas, la manifestación más dolorosa es la fibromialgia reumática; las cuales no están reconocidos como enfermedades laborales. (Guzmán López, E., & Guzmán Rojas, A. M. 2014).

Asociado a toda esta gama clínica (despersonalización, dolores, ataques de pánico, síndromes depresivos), se suma el consumo de sustancias (automedicación), como : alcohol, el ansiolítico más común y más barato; benzodiacepinas, inductores del sueño, antidepresivos y anfetaminas. Por lo tanto tenemos personas que trabajan y que

presentan consumo de su propia personalidad y de su capacidad de trabajar, se dice que los ambientes laborales son tóxicos para dichos organismos.

En relación a el consumo de sustancias tenemos que el alcohol es el más usado, en algunos, el consumo de drogas ilegales (cocaína, marihuana y heroína) van en aumento, las sustancias auto medicadas como las benzodiacepinas, entre estas la diazepam y las Z- benzos (inductores de el sueño, son las más usadas, así también otros tipos de adicciones como ludopatía, tecnofilia, y otro tipo de adicciones. Todo esto conlleva a una comorbilidad manifiesta, del síndrome de desgaste con el consumo de sustancias.

Todo esto expuesto lleva a una menor capacidad de cuidado en el paciente psiquiátrico, a trastornos en la calidad de relaciones interpersonales, a problemas laborales como al incremento en el ausentismo laboral, así también a el consumo de sustancias, lo que mina la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con patología psiquiátrica pues los cuidadores perciben a la enfermedad mental de manera negativa; un estudio realizado en el año 2013 llegó las siguiente conclusiones “los cuidadores valoran positivamente su calidad de vida; no obstante aquellos que proveen de cuidados a pacientes en estadios de funcionalidad más avanzados de la enfermedad presentan un leve grado de sobrecarga en las áreas física, social, psíquica y económica de su vida” (Caqueo - Urízar, Alejandra, et al; 2013).

La reducción del tiempo de ocio, la restricción de actividad, el insomnio, la desesperanza, las malas relaciones y la falta de apoyo que presenta el cuidador en estos procesos crónicos, son las causas más comunes a nivel del deterioro de la calidad de vida en la familia. En la década pasada el estudio de la calidad de vida se centraba, principalmente, en el paciente y no en el cuidador, algunos autores, actualmente han

focalizado su atención en el cuidador primario pues es este el principal afectado de manera directa por una patología o situación estresante. (Pérez Peñaranda, Aníbal. 2015).

En relación a esto, la calidad de vida de los cuidadores, algunos autores determinan que existen diferencias entre ambos grupos de cuidadores. Los cuidadores informales presentan mayores niveles de sobrecarga y tienen una peor salud física y psicológica. Los cuidadores profesionales experimentan una mayor satisfacción con la vida en general y con otros factores como el trabajo, la familia y las relaciones sociales. (Flores, Noelia, et al. 2015). de acuerdo a Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercado, M.

La mayoría de los cuidadores presentan deterioro en su calidad de vida, variable limitada más aun por el género, de predominancia femenina, y por la poca presencia de inteligencia emocional en la relación con el enfermo. Un estudio, realizado por dos Anjos, K. F., et al en el año 2014, determino que “Entre los factores que afectan negativamente su calidad de vida está el grado de dependencia de los ancianos y la sobrecarga en el cuidado”; así también la calidad de vida se ve afectada por el tiempo de la enfermedad, incremento de los quehaceres domésticos, la dependencia, y la carga horaria que tenga el cuidador en cargo de su paciente. (Bravo, M. L. N., & Martínez, D. M. 2016).

En conclusión la causa del síndrome de burnout es el estrés crónico, presenta clínica variada multifacética relacionada con la intensidad del estímulo, generalmente es mal diagnosticado y confundido con depresión o ansiedad. Al no ser diagnosticado adecuadamente, no es tratado de igual manera, lo que podría llevar a un empeoramiento de la situación El síndrome de burnout es una patología que no se la tomaba en cuenta años atrás, actualmente los médicos están realizando investigaciones sobre el tema pues

se dan cuenta del impacto en la salud mental, física del cuidador y la repercusión que tiene en el cuidado del paciente y en la sociedad.

1.3 Referentes empíricos:

La mayoría de los autores coinciden en que el síndrome de desgaste del cuidador, formal o informal, está presente actualmente. (Mendoza, 2014; Bravo, M. L. N., & Martínez, D. M., 2016) La patología crónica impacta ampliamente en la vida de las personas, de su familia y de la sociedad. El cuidador informal presenta factores de riesgo y de protección (Beltrán, C. A., Baltazar, R. G., Santacruz, G. H., & Moreno, M. P.; 2013) para el desarrollo del síndrome de desgaste, el estrés al cual está sometido, es de tipo crónico, hay una relación inversa entre el estrés percibido y el bienestar psicológico (Donoso, V. M., & Almagiá, E. B., 2013) y produce cambios a nivel psíquico y somático. El cuidado de una patología crónica, como las psiquiátricas, es un estresor crónico lleva a cambios en la conducta del cuidador.

Unos autores refieren que en cuanto a cómo el cuidador informal enfrenta el estrés, la técnica más común utilizada fue la aceptación situacional, el afrontamiento activo y la reformulación positiva, siendo los hombres lo que usan más comúnmente este tipo de técnica para disminuir la intensidad del estrés (Pérez Jiménez, D., et al, 2013). cabe aclarar que el apoyo social para el cuidador es uno de los puntos más importantes que disminuye la carga de cuidado. (Linde, J. M. M., Velasco, M. D. L. Á. I., & Velasco, B. I., 2014).

En las características de los cuidadores informales podemos encontrar que la mayoría eran del sexo femenino, predominaba la relación de pareja o hija, con edades que oscilan entre los 18 años y los 75 años, de estado civil unión libre, de escolaridad

secundaria completa, tenían como oficio ser amas de casa, bajos ingresos económicos, con una edad media de evolución de 9 años y estaban a cargo de un paciente con patología crónica. (Toribio-Díaz, M. E., et al, 2013; Espinoza Miranda, K., & Joffre Aravena, V. 2012).

Los investigadores han encontrado que, el síndrome de desgaste, se encuentra presente por la mayor discapacidad que tenga el paciente a su cuidado, dentro de las características del síndrome concuerdan que la ambivalencia afectiva, la depresión, ansiedad (Vargas González, K. R., 2016). Las patologías más frecuentes asociadas a este síndrome son: la ansiedad y la depresión de tipo leve (Pacheco, A. M. S., Sánchez, R. P., & Gonzáles, E. 2014). mas, también se observa, que las quejas somáticas frecuentes por fatiga y alteraciones en el sueño, así como por cefaleas, cansancio y dolor de espalda (Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercado, M. 2014).

En cuanto a ser un cuidador formal o con formación médica, los estudios determinan que el cuidador formal tiene menos implicación emocional, la formación académica ayuda a que el cuidador disminuya la situación estresante y el recibir una remuneración económica es un motivador para poder continuar con su trabajo, así también los cuidadores informales que no tienen apoyo social adecuado, que están a cargo del paciente con patología crónica y que están implicados emotivamente con su familiar, presentan mayores consecuencias en la calidad de vida que tienen (Galvis Aparicio, M. J., & Cerquera Córdoba, A. M. 2016; Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. 2012).

Sobre la calidad de vida no hay un consenso actual, las mujeres presentan el doble de sobrecarga que los varones, dado por la realización de los quehaceres domésticos asociado al cuidado del enfermo. (Báez Socas, María; 2016; Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercado, M. 2014). En un estudio realizado por Cardona, D. Et al en el año

2015 se encontró que la mayoría de los cuidadores habían disminuido o abandonado actividad por el cuidado del paciente, lo que se consideró como un factor de riesgo para mantener el síndrome de desgaste.

Capítulo 2:

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología:

El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, transversal y analítico. La recolección de la muestra se hizo por medio de la encuesta del test de Zarit para medir el grado de sobrecarga en el cuidador y, además, de una encuesta autogenerada donde se encuentran las variables estudiadas.

2.2 Diseño:

El método de la investigación es de tipo analítico, no experimental y cuantitativo.

2.3 Población y muestra

Este trabajo se lo realizó en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil, la población fueron los familiares de pacientes psiquiátricos que se encontraban en el periodo de junio 1 a noviembre del año 2015, la muestra fueron los familiares que accedieron a este estudio de manera voluntaria, que cumplieron los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado de el mismo. Se mantuvo el anonimato de los pacientes y de los familiares que aceptaron ser entrevistados. Se obtuvo una muestra de 61 cuidadores.

2.4 Hipótesis.

Los factores de riesgo presentes en los cuidadores informales influyen de manera directa para la presencia del síndrome de burn out por lo que es necesario tener una psicoeducación para disminuir el mismo.

Criterios de inclusión:

1. Familiares a cargo de un paciente con patología psiquiátrica.
2. Ser cuidador principal y tener por lo menos 18 años de edad.
3. Llevar al menos tres meses a cargo del cuidado del paciente.
4. No percibir remuneración económica.
5. Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. ser menor de edad.
2. Negarse a participar en el estudio.

2.5 Variables:

Variable dependiente: Síndrome de burnout.

Variable independiente: tipo de enfermedad, tiempo de cuidado.

Operacionalización de variables.

DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR	FUENTE
Factores Sociodemográficos	Edad	Datos de Filiación	Encuesta
	Sexo		
Presencia del Síndrome	Grados de sobrecarga	Puntuación de la escala de Zarit	Zarit
Relación entre Sobrecarga y sexo	Sexo	Datos de filiación.	Encuesta
	Grados de Sobrecarga	Puntuación de la escala de Zarit.	Zarit
Patología más común.	Retraso Mental	Patología del paciente a ser cuidado.	Encuesta
	Esquizofrenia		

	Esquizoafectivo Bipolaridad Drogas Epilepsias Desconoce		
Relación entre patología y Sobrecarga	Retraso Mental Esquizofrenia Esquizoafectivo Bipolaridad Drogas Epilepsias Desconoce Grados de Sobrecarga	Patología del paciente a ser cuidado. Puntuación de la escala de Zarit.	Encuesta Escala de Zarit.
Asociación del tiempo de cuidado (días) y sobrecarga	Carga horaria grados de sobrecarga	Tiempo de cuidado. Puntuación de la escala de Zarit.	Encuesta. Escala de Zarit.

2.6 Gestión de datos.

Para la realización de este trabajo se utilizó la recolección de datos por medio de una encuesta autogenerada y la escala de Zarit para el síndrome de Burn out, se usó Excel para tabulación de los datos y SPSS en su versión 23 para realizar un cuadro base de los resultados obtenidos. Para la descripción de variables cualitativas se

utilizarán frecuencias relativas y frecuencias absolutas. Para la descripción de variables cuantitativas numéricas se estimarán promedio, y desviación típica. Para estimar la existencia de diferencias entre grupos se empleó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, entre el grado de sobrecarga / días a cargo, sexo / grado de sobrecarga y sobrecarga / enfermedad.

2.7 Criterios éticos de la investigación.

Para el presente estudio, se cuenta con la autorización de los representantes de El Instituto. No existen problemas de tipo ético para el desarrollarlo, los participantes firmaron un consentimiento informado y se mantuvo el anonimato. . El presente estudio no presenta conflicto de intereses.

Capítulo 3:

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en esta investigación son, en cuanto a la descripción de la muestra, que el 88,88 % son de género femenino, el 13,11 % son de género masculino. El 52,45 % se encuentran en el rango de edad mayor de 41 años, seguidos por el rango de 31 a 40 años de edad. En relación al estado civil, la mayoría de los cuidadores son casado (24,59 %), un 22,95 % presentan unión libre y un 14,75% son casados y finalmente, en cuanto a la escolaridad un 55,73 % tienen secundaria seguidos de un 22,5 % de primaria. (Tabla 1).

En cuanto al síndrome de desgaste tenemos que un 40,98 % de la muestra no presenta sobrecarga, un 59,01 % de la muestra, presenta sobrecarga (tabla 2). Un 86,11 % presentan sobrecarga y son mujeres y un 13,9 son varones (tabla 3), lo que determina que las mujeres son más propensas a la sobrecarga que los varones. La patología más común es la esquizofrenia con un 47,54 % y un 29,5% desconoce que enfermedad padece su paciente (tabla 4), 18,08 % usuarios obtuvieron sobrecarga intensa en el test de Zarit, de estos su familiar tenía como diagnóstico esquizofrenia (tabla 5) en cuanto al tiempo de cuidado en semanas unos 55 cuidadores los cuidan todos los días, en comparación a solo 6 de ellos que lo hacen menos de 7 días y presentan sobrecarga en el cuidador.

TABLA 1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA.

Tabla 1
Distribucion de la muestra: estadística descriptiva

Distribucion de la muestra: estadística descriptiva											
	genero		estado civil						escolaridad		
EDAD	masculino	femenino	soltero	casado	divorciado	separado	viudo	union libre	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIDAD
18 a 30 a	0	5	2	0	0	0	1	2	2	2	3
31 a 40	2	16	3	7	2	3	1	1	3	15	4
> 41	6	32	4	8	3	3	4	11	13	17	2
TOTAL	8	53	9	15	5	6	6	14	18	34	9
PORCENTAJE	13.114	86.885	14.754	24.59	8.196	9.836	9.836	22.95	25.508	55.737	14.754

En el gráfico se observa la distribución de la muestra en función de la edad, sexo, estudios realizados y estado civil. Se observa que el 88,88 % son de género femenino, el 13,11 % son de género masculino. El 52, 45 % se encuentran en el rango de edad mayor de 41 años, seguidos por el rango de 31 a 40 años de edad. En relación al estado civil, la mayoría de los cuidadores son casado (24,59 %), un 22,95 % presentan unión libre y un 14,75% son casados y finalmente, en cuanto a la escolaridad un 55,73 % tienen secundaria seguidos de un 22, 5 % de primaria.

TABLA 2. PRESENCIA DE SOBRECARGA

Tabla 2

Distribución de la muestra por la sobrecarga

Escala de zarit	F	PORCENTAJE
No sobrecarga	25	40.98
Sobrecarga	25	40.98
Sobrecarga intensa	11	18.03
Total	61	

En la tabla se observa que un 40,98 % presenta sobrecarga leve y que un 18,03% presenta sobrecarga intensa. El 59,01 % de la muestra tiene algún tipo de sobrecarga (leve o intensa), se recuerda que el test de Zarit el corte es de 56 puntos lo que da a entender que más de la mitad presentaron puntuación igual o mayor a ese dato.

TABLA 3: RELACIÓN DE SOBRECARGA CON EL SEXO.

Tabla 3:

Distribución de la sobrecarga por sexo.

	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
No sobrecarga	3	22	25	40.98%
Sobrecarga	5	31	36	59.02%
Total	8	53	61	100.00%

En la tabla se observa que 40,98% usuarios no presentan sobrecarga y 59,02 % usuarios presentan sobrecarga. Además se indica que 31 usuarios de género femenino presentan sobrecarga y solo 5, de género masculino, presentan sobrecarga. Se obtiene Ch X2 con un valor p de 0,13.

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA PATOLOGÍA MÁS COMÚN.

Tabla 4

Distribucion de la muestra : patologia y sexo del cuidador

	Masculino	Femenino	Total	Porcentajes
F 71 retraso mental	0	0	0	0
F20 esquizofrenia	2	27	29	47.54
F25 esquizoafectivo	2	2	4	6.56
F31 bipolaridad	2	1	3	4.92
F19 Drogas	0	4	4	6.56
G40 epilepsias (SOM)	0	3	3	4.92
Desconoce	2	16	18	29.5
Total	8	53	61	100

En la tabla se observa que la patología más común es la esquizofrenia con un 47,54 %, un 29,5% desconoce que enfermedad padece su paciente, luego el consumo de drogas y el trastorno Esquizoafectivo.

TABLA 5: RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍA Y SOBRECARGA.

Tabla 5:

Relacion de la muestra entre su patologia y el tipo de sobrecarga

Enf /zarit	Sobrecarga	Sobrecarga intensa	Total	Porcentaje
F 71 retraso mental	0	0	0	0
F20 esquizofrenia	12	7	19	52.80
F25 esquizoafectivo	1	1	2	5.60
F31 bipolaridad	0	1	1	2.80
F19 Drogas	3	1	4	11.20
G40 epilepsias (SOM)	1	0	1	2.80
Desconoce	5	4	9	25.00
Total		22	14	36

En la tabla se observa la relación entre la patología y el tipo de sobrecarga. El 52.80% presenta sobrecarga relacionada con la esquizofrenia, seguido de un 25 % que desconoce que patología tiene su familiar, luego un 11, 20 % se asocia a el consumo de sustancias, posteriormente un 5,6% a el trastorno Esquizoafectivo y un 2,80 % a bipolaridad y epilepsias. Se obtiene una p de 0,25.

TABLA 6: ASOCIACIÓN DE LOS DÍAS DE CUIDADO Y EL TIPO DE SOBRECARGA.

TABLA 6:

Distribucion de la muestra en relacion a los dias de cuidado y el tipo de sobrecarga.

	No sobrecarga	Leve	Intensa	Total	Porcentaje
Menos de 6 días	4	1	1	6	9.84
7 días	21	24	10	55	90.16
Total	25	25	11	61	

En la tabla se observa la distribución del número de días a cargo del paciente y el tipo de sobrecarga 25 cuidadores no presentan sobrecarga y 36 cuidadores presentan sobrecarga, de estos 25 presentan sobrecarga leve y 11 sobrecarga intensa. En relación al tiempo se observa que 55 cuidadores asisten a su paciente toda la semana (7 días) y que solo 6 lo hacen menos de 6 días De lo que lo cuidan toda la semana 21 no presentan sobrecarga, 24 presentan sobrecarga leve y 10 sobrecarga intensa y, de los que lo cuidan menos de 6 días, 4 no presentan sobrecarga y 1 presenta sobrecarga leve y 1 sobrecarga intensa. Se obtiene una p de 0,73.

Capítulo 4:

DISCUSIÓN

El propósito central de este estudio fue el de determinar la presencia del síndrome de burn out en los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos, en esta serie se observó que el síndrome de burn out está presente, que predomina el de género femenino, con un rango de edad mayor de 41 años, la mayoría de los cuidadores son casado y tienen escolaridad secundaria lo que concuerda con lo relatado con otros estudios (Ávila., 2014).

Actualmente el síndrome es más observado en el género femenino en mayor proporción a su contraparte masculina, concordante con otras series (Báez, 2016), idénticamente a algunos estudios se observa que la pareja con estado civil casada, seguido de la unión libre; aparentemente es por la estructura social que maneja el país en relación a los tipos de pareja; presentaron un promedio de 40 años de edad, algunos autores como Ávila, 2014 concuerda con este hecho, mas difiere en el rango de edad, y de enseñanza secundaria son las principales características de las personas con esta patología (De Valle-Alonso, et al, 2015).

En cuanto al tipo de sobrecarga solo menos de un 20 %, de esta serie, tiene sobrecarga intensa con predominio mayor en el género femenino, lo que se ha observado, también otro estudio (Cerquera. A, 2014); este fenómeno parece deberse a el rol de la mujer dentro de la casa, encargada de los cuidados y manutención de la misma. La sobrecarga intensa se debe además, de los mecanismos psíquicos que tiene la mujer para sobrellevar las situaciones de estrés, esto ahondaría en una mala percepción del

síndrome de burnout y altera la salud física y psicológica del cuidador. (Ávila-Toscano, J. 2014).

La patología más común es la esquizofrenia, la cual es la patología más diagnosticada, en la mayoría de las investigaciones se realiza, el estudio del síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer (Martínez I et al, 2014), llamó la atención que, más de la cuarta parte desconocía que tipo de patología presentaba su familiar, lo cual es una limitante de este estudio. El desconocimiento de la enfermedad de un familiar puede deberse a la falta de cultura médica y a la estigmatización social, en relación a las patologías psiquiátrica.

Se observa que no hubo correlación entre el género, la carga horaria y el tipo de enfermedad del paciente, lo que se contrapone con algunos estudios (Cerquera. A, 2014) (Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. 2012), en los que se relata que hay predominancia si el cuidado es mayor a un año. En cuanto al tiempo de cuidado horas / día y días de la semana, algunos autores encontraron relación entre el número de horas y la sobrecarga presente (Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercado, M. ,2014) (Cardona, D., et al, 2015), lo cual no se encontró en esta muestra.

Por otro lado es importante recalcar, que el presente estudio, se realizó en cuidadores informales y, dichos estudios, han sido poco realizados en nuestro medio. Uno de ellos, (Pinoargote. C, 2014), observó que todos los familiares, de pacientes psiquiátricos, presentaban síndrome de burnout y que la semiología de la esquizofrenia es la causa mayor del grado de estrés, en los cuidadores informales, pues es un padecimiento crónico y deteriorante.

Capítulo 5:

PROPUESTA.

El Instituto de Neurociencias cuenta con el área de psicología y, dentro de ella, la de psico educación. Como norma y complemento a los planes terapéuticos, se realiza charlas de educación a los familiares de los pacientes ingresados, dentro de esas charlas se toma múltiples temas, siendo uno de los más importantes las enfermedades que tienen los pacientes ingresados en el Instituto. Dentro de las patologías que más se observan esta la psicosis de causa funcional o psiquiátrica, la cual es crónica y provoca estrés continuo en los familiares de los pacientes psiquiátricos.

Siendo el consumo de drogas multifacético y poli sintomático, la propuesta que se da es que se enfoque específicamente en el consumo de opioides, y dentro de este, el del síndrome de abstinencia, dado que, se ha observado que es más frecuente en adolescentes. El propósito es implementar un capítulo del síndrome de burnout en las charlas para mejorar la salud física y mental del cuidador informal, mejorando el conocimiento de la patología para disminuir las consecuencias del síndrome y se pueda detectar de mejor manera en los usuarios

Luego de analizar los referentes bibliográficos, empíricos y los propios resultados de este estudio, se concluye que es necesario implementar la p r o p u e s t a , e s t a s e fundamenta que en el conocimiento de la patología por parte del familiar, ayudará a mejorar su salud y la de sus pacientes. Se realiza un análisis FODA de la situación, se arma un esquema de charlas con los títulos de las mismas. Al igual que otros planes se deberá contar con los recursos necesarios para la ejecución de las actividades: Apoyo de la institución para que facilite los espacios y recursos

necesarios para la charla así como el tiempo, recurso y talento humano. La colaboración de los cuidadores dispuestos a participar activamente durante toda la capacitación y ayuda del personal sanitario que trabaja en el hospital dando las charlas.

Como antecedentes tenemos que este estudio determinó la presencia del síndrome de Burnout en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, se determina que una de las causas más frecuente del mismo, es el desconocimiento, por parte del cuidador, de la patología; por ello es necesario incorporar, a la psicoeducación, el tema de Burn out en los familiares o cuidadores informales. La misión es mejorar el conocimiento del Síndrome de Burnout en los cuidadores informales La visión de la propuesta se centra en brindar una base de apoyo para los cuidadores - familiares – que está a cargo de los pacientes psiquiátricos Su objetivo es disminuir el síndrome de Burnout en los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos.

En el análisis FODA encontramos que las fortalezas presentes son: ser un Instituto reconocido por la ciudad y el país como un Instituto de especialidad en psiquiatría y salud mental, contar con un equipo de salud capacitado y especializado para atender pacientes psiquiátricos y familiares de pacientes psiquiátricos, disponer de un área de psicoeducación ya formada y tener el mayor número de atenciones con pacientes psiquiátricos y familiares de los mismos. En cuanto a las debilidades podemos decir que hay una falta de seguimiento a los cuidadores de nuestros pacientes, se encuentra dificultad en los horarios de los cuidadores para recibir las charlas y falta dar más charlas educativas a los pacientes y familiares.

Las oportunidades encontradas son: ser parte activa de la Red de Salud a nivel nacional y contar con la ayuda de profesionales psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos,

especializados en salud mental. Y al final, las amenazas son que los cuidadores no acudan a las charlas, la falta de compromiso de parte de los familiares y problemas, en cuanto a la economía de los cuidadores.

Se indica realizar cuatro actividades, con una duración promedio de treinta minutos cada una y serán charlas dictadas por los especialistas del instituto. La primera charla es inicial, de ambientación en donde se dará las normativas y temáticas generales sobre la aceptación de la enfermedad psiquiátrica y su repercusión a nivel social, la encargada será la trabajadora social del área. La primera actividad versara en relación a la clínica de las diferentes patologías psiquiátricas y como son sus complicaciones, enfocadas, a nivel conductual y estará a cargo del personal médico del instituto. La segunda actividad se enfoca en relación al síndrome de Burn out, sus causas, clínica y consecuencias, se hará énfasis en la relación y repercusión que tiene con el paciente. Y, finalmente, la tercera y última actividad es en función al estrés y como enfrentarlo, lo dictará una psicóloga, la que enseñará la forma de disminuir el estrés al cual está expuesto el cuidador.

Conclusiones y recomendaciones

El síndrome de burnout se encuentra presente en los cuidadores informales, no se encontró una variable significativa, correlacionada, para esta patología, son personas de mediana edad, que están a cargo de pacientes psiquiátricos con procesos crónicos, más el desconocimiento de la patología, de su familiar, puede haber provocado que, los cuidadores informales, no le den la importancia a la semiología presente.

Por consiguiente son conclusiones de este estudio:

1. El síndrome de Burnout esta presente en los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos, es subdiagnosticado o no diagnosticado en los mismos.
2. Hay diferencias en la repercusión de el síndrome, siendo las personas mas afectadas las de genero femenino, principalmente la pareja de el paciente cuidado.
3. La patología, mas común , que genera el síndrome de burnout es la esquizofrenia , no se hizo hincapié en el subtipo de el síndrome esquizofrénico
4. Llamo la atención que un buen porcentaje, de la muestra, desconoce que tipo de patología pueda presentar su paciente a cargo.
5. Los limitantes de la muestra fueron importantes pues impidieron que se correlacione las variables estudiadas.

Las recomendaciones dadas son:

1. Instruir al personal de salud y a los cuidadores sobre los signo y síntomas de el síndrome de burnout.
2. Generar estudios clínicos sobre los factores de riesgo personales en las cuidadoras.
3. Promover programas de prevención socio - familiar para evitar el síndrome de burnout.

4. Incentivar al estudio, del síndrome de burnout, en los cuidadores de patológicas psiquiátricas
5. Seria conveniente realizar estudios específicos por patología psiquiátrica, dado que las patologías interfieren de manera distinta en la dinamica familiar y personal.

Bibliografía

1. Ávila-Toscano, J. H., & Vergara-Mercado, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan*, 14(3), 417-429.
2. Báez Socas, María. "Síndrome de Burnout en cuidadores no formales de enfermos con Alzheimer." (2016).
3. Barraza, A. (2006) Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*. 9 (3), 110 – 129. ISSN 1870-8420
4. Bravo, M. L. N., & Martínez, D. M. (2016). Caracterización del síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes institucionalizados y no institucionalizados con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer mediante la escala Zarit. *Inclusión & Desarrollo*, 2(2).
5. Beltrán, C. A., Baltazar, R. G., Santacruz, G. H., & Moreno, M. P. (2013). Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud. Guadalajara, Mexico. *Salud Uninorte*, 29(3).
6. Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de México*, 55(1), 74-80.
7. Cardona, D., Segura, A. M., Berbesí Fernández, D. Y., & Agudelo, M. A. (2015). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos.
8. Cerquera Córdoba, Ara Mercedes, Francisco Javier Granados Latorre, and Ana María Buitrago Mariño. "Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer." *Psychologia. Avances de la disciplina* 6.1 (2012).

9. Carrillo-Esper, R., Hernández, K. G., & de los Monteros Estrada, I. E. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579.
10. Carrobbles, J. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En Vicente E. Caballo, Gilberto Buela- Cascal y José Antonio Carrobbles (comps), Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (pp. 406-450). Madrid: Siglo XXI editores.
11. Caqueo-Urizar, Alejandra, et al. "Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado." *Psicooncología* 10.1 (2013): 95.
12. CHEUNG Chau-Kiu, CHOW Esther Oi-Wah Administration in Social Work, 35(4), September 2011, pp.425-445.
13. Córdoba, Ara Mercedes Cerquera, Yeferson Matajira Camacho, and Daysy Katherine Pabón Poches. "Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga." *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* 47 (2016): 4-19.
14. Dos Anjos, K. F., Santos, V. C., Teixeira, J. R. B., de Oliveira, R. N. S., Boery, E. N., & Moreira, R. M. (2014). Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. *Revista Cubana de Enfermería*, 29.
15. Donoso, V. M., & Almagiá, E. B. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 23(2), 153-160.
16. Dueñas, E., Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., & Herrera, J. A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(Supl 1), 31-38.
17. Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318.
18. Dwyer L, Jankowski. Reciprocity elder satisfaction and caregivers stress and burden. *Journal of Marriage and the Family*. 56 (1): 35-43

19. ECUADOR, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP)., Prioridades de Investigación en Salud 3013-217., Quito – Ecuador., 2014., Pp. 2-28.
20. Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.
21. Flores, Noelia, et al. "Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo." *European Journal of investigation in health, psychology and education* 4.2 (2015).
22. Galvis Aparicio, M. J., & Cerquera Córdoba, A. M. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer. *Psicología desde el Caribe*.
23. García - Calvente M, Mateo-Rodríguez I. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac. Sanit.* 2004;18(supl 2):83–92.
24. García del Pozo, J., Abajo Iglesias, F. J. D., Carvajal García-Pando, A., Montero Corominas, D., Madurga Sanz, M., & García del Pozo, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista española de salud pública*, 78(3), 379-387.
25. GÓMEZ, S. C., FERRER, J. G., & RIGLA, F. R. (2015). la sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial.
26. Fernández García, A., González Viña, A., & Peña Machado, M. D. L. Á. (2003). Bases científicas para el uso de las benzodiazepinas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(1), 0-0.
27. Guzmán López, E., & Guzmán Rojas, A. M. (2014). Manifestaciones del síndrome del cuidador en familiares de pacientes con enfermedades crónicas incapacitasteis vinculados a Coomeva EPS seccional Ibagué. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10596/2623>

28. Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, pag. 21-45.
29. Linde, J. M. M., Velasco, M. D. L. Á. I., & Velasco, B. I. (2014). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*, 15(1), 33-43.
30. Mendoza-Suárez, Gladys. "Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica." *Rev Soc Peru Med Interna* 27.1 (2014): 13.
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006.
32. Moreno – Jimenez 2001; . Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. (2001). pp 59-83
33. O M S , 2 0 1 4 o b t e n i d o d e <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
34. Organización Mundial de la Salud. *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. 2005
35. "Los Riesgos Psicosociales Y El Estrés En El Trabajo - Salud Y Seguridad En El Trabajo - EU-OSHA". *Osha.europa.eu*. N.p., 2016. Web. 19 Sept. 2016.
36. Pacheco, A. M. S., Sánchez, R. P., & Gonzáles, E. (2014). Valoración de la ansiedad y depresión en cuidadores informales del adulto mayor dependiente del Policlínico Chiclayo-Oeste durante julio-diciembre 2012. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 7(1), 19-23.
37. Palacios-Espinosa, X., & Jiménez-Solanilla, K. O. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología latinoamericana*, 26(2), 195-210.
38. Pérez Jiménez, D., Rodríguez Salvá, A., Herrera Travieso, D. M., García Roche, R., Echemendía Tocabens, B., & Chang de la Rosa, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de

pacientes dependientes. *Revista cubana de higiene y epidemiologia*, 51(2), 174-183.

39. Pérez Peñaranda, Aníbal. "El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental." (2015).
40. Pinoargote, Cristina, 2014. Presencia del "síndrome del cuidador" en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6283>
41. Rodríguez Álvarez, V. (2015). Fuentes de información sobre discapacidad y empleo en España.
42. Romero, Z., & Cuba, M. (2013). Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. *Revista Medica Herediana*, 24(3), 204-209.
43. Sampietro Blanch, A. (2014). Análisis del impacto emocional que genera el cuidado del paciente enfermo de alzhéimer en cuidadores informales.
44. Toribio-Díaz, M. E., Medrano-Martínez, V., Moltó-Jordá, J. M., & Beltrán-Blasco, I. (2013). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*, 28(2), 95-102.
45. De Valle-Alonso, M. D. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27.
46. Vargas González, K. R. (2016). Síndrome de Burnout en cuidadores primarios informales de pacientes diagnosticados con cáncer en etapa terminal que acuden al Departamento de cuidados paliativos de Solca-Loja periodo marzo-julio 2015.
47. Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 26-39.

ANEXOS:

ANEXO 1 : HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS :

Nombre completo: _____

Domicilio:

Edad: _____ años.

Teléfono de contacto (celular o convencional): _____

1 . Su genero es: masculino

femenino

2. Su estado civil actual es:

a. Soltero

b. casado

c. divorciado

d. separado

e. viudo

f. unión libre:

3. Su grado de instrucción o escolaridad es:

a. Primaria

b. Secundaria incompleta

c. universidad completa

4. Su relación con la personas enferma es :

a . hermano

b . esposo

c . padre

d. madre

e. otro, especifique:

5. Cuanto tiempo lleva a cargo del paciente:

- a . menos de un año
- b . entre uno y dos años
- c . entre dos y tres años
- d . entre tres y cuatro años
- e . entre cuatro y cinco años
- f . mas de cinco años (especifique)

6 . Cuantos días a la semana permanece usted a cargo del paciente:

- a . seis o menos
- b . toda la semana.

7 . Cuantas horas al día permanece usted a cargo de el paciente:

- a . menos de cuatro horas
- b . entre cuatro y ocho horas
- c . entre ocho y doce horas
- d . mas de doce horas

8 . Realiza usted alguna actividad que no involucre el cuidado de el paciente:

- a . si
- b . no

9 . Padece usted alguna enfermedad medica

- a . si (especifique)
- b . no

En caso de una respuesta afirmativa: _____

1 0 . Padece usted alguna enfermedad mental:

- a . si (especifique)
- b . no

En caso de una respuesta afirmativa: _____

1 1 . Cual enfermedad mental padece el paciente a su cargo:

- a . Retardo mental
- b . Esquizofrenia

- c . Trastorno esquizoafectivo
- d . Trastorno bipolar
- e. Consumo de sustancias (alcohol, drogas)
- f . Epilepsias
- g. Desconoce la patología de el paciente a su cargo:

ANEXO 2: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Instrucciones: Se presenta una lista de afirmaciones, las que debe responder. Al responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=nunca 1=rara vez 2=algunas veces 3=bastantes veces 4=casi siempre

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1 A	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2 A	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3 A	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4 B	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5 B	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6 B	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7 A	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8 A	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9 B	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10 A	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11 A	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12 A	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13 A	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14 A	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15 C	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16 C	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17 B	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	

18 B	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19 B	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20 C	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21 C	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22 A	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

ESCALA DE PUNTUACION

A. Consecuencias del cuidado sobre el cuidador: (0 - 44)

B. Creencias y expectativas sobre la calidad del cuidador: (0 – 28)..

C. Relación del cuidador con el paciente cuidado (0 – 16).

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

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

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto:

“Síndrome de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes ”

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: Dr. Xavier Eduardo Pulla Torres.

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

El Doctor Xavier Pulla Torres es uno de los médicos egresados, en el programa de estudios de postgrado de la Universidad de Guayaquil, en la especialidad de Psiquiatría, labora, actualmente, en el Instituto de Neurociencias. Este proyecto lo realiza con la intención de obtener su título de especialista.

Usted es parte de las personas que tienen a su cargo el cuidado de un paciente psiquiátrico, que se beneficia del programa de psicoeducación propuesto por el Hospital del instituto de Neurociencias. Su participación en la investigación es la siguiente: Deberá llenar una hoja con datos generales suyos y de la persona a la que usted cuida; esta hoja será entregada al inicio de la investigación.

Los riesgos a los que usted pudiera estar expuesto a la hora de participar en el estudio son mínimos. Si en la investigación, usted presenta una duda, esta será contestada por el investigador, tendrá la satisfacción de haber contribuido a que los investigadores mejoren su conocimiento, teniendo en mente que este conocimiento obtenido va a beneficiarlo a usted y a otros como usted, en el futuro.

Usted debe haber hablado con la persona a cargo del estudio (el Dr. Xavier Pulla). Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al doctor al teléfono 0987296261 en el horario de lunes a viernes de tres a siete de la noche.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica.

Por último, su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, y además he comprendido, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He aceptado acceder a participar como sujeto de investigación en este estudio

__ Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

__ **Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad)**
fecha

ANEXO 4: PLAN DE PSICOEDUCACION.

PLAN PSICOEDUCACION PARA LA PREVENCION DE SINDROME DE EL CUIDADOR.

PROPUESTA.

El Instituto de Neurociencias cuenta con el área de psicología y, dentro de ella, la de psico educación. Como norma y complemento a los planes terapéuticos, se realiza charlas de educación a los familiares de los pacientes ingresados, dentro de esas charlas se toma múltiples temas, siendo uno de los más importantes las enfermedades que tienen los pacientes ingresados en el Instituto. Dentro de las patologías que más se observan esta la psicosis de causa funcional o psiquiátrica, la cual es crónica y provoca estrés continuo en los familiares de los pacientes psiquiátricos.

Siendo el consumo de drogas multifacético y poli sintomático, la propuesta que se da es que se enfoque específicamente en el consumo de opioides, y dentro de este, el del síndrome de abstinencia, dado que, se ha observado que es más frecuente en adolescentes. El propósito es implementar un capítulo del síndrome de burnout en las charlas para mejorar la salud física y mental del cuidador informal, mejorando el conocimiento de la patología para disminuir las consecuencias del síndrome y se pueda detectar de mejor manera en los usuarios

Luego de analizar los referentes bibliográficos, empíricos y los propios resultados de este estudio, se concluye que es necesario implementar la propuesta, esta se fundamenta que en el conocimiento de la patología por parte del familiar, ayudará a mejorar su salud y la de sus pacientes. Se realiza un análisis FODA de la situación, se arma un esquema de charlas con los títulos de las mismas. Al igual que otros planes se deberá contar con los recursos necesarios para la ejecución de las actividades: Apoyo de la institución para que facilite los espacios y recursos necesarios para la charla así como el tiempo, recurso y talento humano. La

colaboración de los cuidadores dispuestos a participar activamente durante toda la capacitación y ayuda del personal sanitario que trabaja en el hospital dando las charlas.

Como antecedentes tenemos que este estudio determinó la presencia del síndrome de Burnout en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, se determina que una de las causas más frecuente del mismo, es el desconocimiento, por parte del cuidador, de la patología; por ello es necesario incorporar, a la psi coeducación, el tema de Burn out en los familiares o cuidadores informales. La misión es mejorar el conocimiento del Síndrome de Burnout en los cuidadores informales La visión de la propuesta se centra en brindar una base de apoyo para los cuidadores - familiares – que está a cargo de los pacientes psiquiátricos Su objetivo es disminuir el síndrome de Burnout en los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos.

En el análisis FODA encontramos que las fortalezas presentes son: ser un Instituto reconocido por la ciudad y el país como un Instituto de especialidad en psiquiatría y salud mental, contar con un equipo de salud capacitado y especializado para atender pacientes psiquiátricos y familiares de pacientes psiquiátricos, disponer de un área de psi coeducación ya formada y tener el mayor número de atenciones con pacientes psiquiátricos y familiares de los mismos. En cuanto a las debilidades podemos decir que hay una falta de seguimiento a los cuidadores de nuestros pacientes, se encuentra dificultad en los horarios de los cuidadores para recibir las charlas y falta dar más charlas educativas a los pacientes y familiares.

Las oportunidades encontradas son: ser parte activa de la Red de Salud a nivel nacional y contar con la ayuda de profesionales psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos, especializados en salud mental. Y al final, las amenazas son que los cuidadores no acudan a las charlas, la falta de compromiso de parte de los familiares y problemas, en cuanto a la economía de los cuidadores.

Se indica realizar cuatro actividades, con una duración promedio de treinta minutos cada una y serán charlas dictadas por los especialistas del instituto. La primera charla es inicial, de ambientación en donde se dará las normativas y temáticas generales sobre la aceptación de la enfermedad psiquiátrica y su repercusión a nivel social, la encargada será la trabajadora social del área. La primera actividad versara en relación a la clínica de las diferentes patologías psiquiátricas y como son sus complicaciones, enfocadas, a nivel conductual y estará a cargo del personal médico del instituto. La segunda actividad se enfoca en relación al síndrome de Burn out, sus causas, clínica y consecuencias, se hará énfasis en la relación y repercusión que tiene con el paciente. Y, finalmente, la tercera y última actividad es en función al estrés y como enfrentarlo, lo dictará una psicóloga, la que enseñará la forma de disminuir el estrés al cual está expuesto el cuidador.

Las estrategias de este plan educativo se desarrollaran en las siguientes fases:

Antecedentes

Misión y Visión

Objetivo

FODA

Cronograma de Actividades

ANTECEDENTES

Después de hacer el estudio a 60 pacientes con presencia de el síndrome de Burnout en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, se determina que una de las causas más frecuente del mismo , es el desconocimiento, por parte de el cuidador , de la patologia; por ello se sugiere realizar un Plan educativo para mejorar el conocimiento del Síndrome de Burnout, en los cuales van a estar involucrados el paciente, sus familiares y el equipo de salud.

MISIÓN

Mejorar el conocimiento de el Síndrome de Burnout en los cuidadores infomales.

VISIÓN

Brindar una base de apoyo para los cuidadores - familiares – que está a cargo de los pacientes psiquiátricos.

OBJETIVO

Disminuir el síndrome de Burnout en los cuidadores infomales de pacientes psiquiátricos.

FODA:

FORTALEZAS:

- ✓ Ser un Instituto reconocido por la ciudad y el país como un Instituto de especialidad en psiquiatria y salud mental.
- ✓ Contar con un equipo de salud capacitado y especializado para atender pacientes psiquiatricos..
- ✓ Contar con un área de psicoeducación ya formada.
- ✓ Tener el mayor número de atenciones con pacientes psiquiatricos y familiares de los mismos.

DEBILIDADES:

- ✓ Falta de seguimiento a los cuidadores de nuestros pacientes.
- ✓ Dificultad en los horarios de los cuidadores para recibir las charlas.
- ✓ Falta dar más charlas educativas a los pacientes y familiares.

OPORTUNIDADES:

- ✓ Ser parte activa de la Red de Salud a nivel nacional.
- ✓ Contar con la ayuda de profesionales psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos, especializados en salud mental.
- ✓

AMENAZAS:

- ✓ Que los cuidadores no acudan a las charlas.
- ✓ Falta de compromiso de parte de los familiares.
- ✓ Problemas, en cuanto a la economía de los cuidadores.

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES.-

Se realizan un ciclo de charlas específicas en relación a el síndrome de burnout y sus características y consecuencias.

ACTIVIDAD	TIPO	TEMA	DURACIÓN	PARTICIPANTES	LUGAR	RESPONSABLES
Inicial	Charla	Aceptación de la enfermedad, generalidades	30 minutos	Pacientes y familiares	Auditorio del hospital	Trabajo Social
Actividad 1	Charla	Manifestaciones clínicas y complicaciones de las patologías mentales	40 minutos	Pacientes y familiares	Auditorio del hospital	Personal médico
Actividad 2	Charla	Síndrome de burnout: que es y como se	40 minutos	Pacientes y familiares	Auditorio del hospital	Personal médico y

		manifiesta				enfermería
Actividad 3	Charla	Formas de enfrentamiento de el stres	30 minutos	Pacientes y familiares	Auditorio del hospital	Psicóloga

El objetivo de estas charlas es que los cuidadores conozcan las causas, consecuencias, y clinica de el síndrome de burn out, así como, despejar dudas y temores de los usuarios.

ANEXO 5: ESTADISTICA DESCRIPTIVA.

Statistics

	SEXO	ESTADOCIVIL	ESCOLARIDAD	RELACIONCONPACIENTE
N Valid	106	106	106	106
Missing	0	0	0	0

SEXO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	42.5	42.5	42.5
femenino	53	50.0	50.0	92.5

masculino	8	7.5	7.5	100.0
Total	106	100.0	100.0	

ESTADOCIVIL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	42.5	42.5	42.5
casad	17	16.0	16.0	58.5
divor	5	4.7	4.7	63.2
separ	6	5.7	5.7	68.9
solte	9	8.5	8.5	77.4
union	16	15.1	15.1	92.5
viudo	8	7.5	7.5	100.0
Total	106	100.0	100.0	

ESCOLARIDAD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	42.5	42.5	42.5
prima ri	17	16.0	16.0	58.5
secun da	35	33.0	33.0	91.5
unive rs	3	2.8	2.8	94.3
Unive rs	6	5.7	5.7	100.0
Total	106	100.0	100.0	

RELACION CON PACIENTE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	42.5	42.5	42.5
esposos	16	15.1	15.1	57.5
hermanos	15	14.2	14.2	71.7
madres	24	22.6	22.6	94.3
otros	1	.9	.9	95.3
padres	5	4.7	4.7	100.0
Total	106	100.0	100.0	

ESTADISTICA INFERENCIAL:

Chi-Square Tests para relacion entre sexo y test de zarit

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.747 ^a	24	.133
Likelihood Ratio	27.996	24	.260
N of Valid Cases	61		

a. 49 cells (98.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .13.

Chi-Square Tests enfermedad test de zarit

	Value	df
Pearson Chi-Square	129.706 ^a	120

Likelihood Ratio	88.163	120
N of Valid Cases	61	

a. 150 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	86.223 ^a	96	.753
Likelihood Ratio	32.489	96	1.000
Linear-by-Linear Association	.085	1	.771
N of Valid Cases	61		

a. 124 cells (99.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Xavier psiquiatría.doc (D22346218)
Submitted: 2016-10-12 13:15:00
Submitted By: marianaestacio@hotmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

Landeta Deysi.docx (D13573161)
<http://www.buenastareas.com/materias/segregaciones-microsegregaciones-macrosegrecaciones/0>
http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_03.pdf
http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/1_1/SINDROME_DE_BURNOUT.pdf
<https://www.saludmedica.com/printpdf/283659>
<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Viviana%20Matus%20Donoso.pdf>
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3ao4.pdf>
<http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2623/1/28544822.pdf>

Instances where selected sources appear:

10

AUTORE: DR. XAVIER EDUARDO PULLA TORRES
TUTOR: DR. FRANCISCO ORLANDO FREIRE

GUAYAQUIL - ECUADOR
NOVIEMBRE - 2016



**INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

INC-DDI-DCP 001

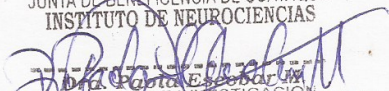
CERTIFICADO

Certifico que el Dr. XAVIER EDUARDO PULLA TORRES, realizo su Proyecto de Tesis: "SINDROME DE BURNOUT EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS (JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2015)" para obtener el título de Especialista en **Psiquiatría y Salud Mental**

La Coordinación de Investigación aprobó y por medio de ésta obtuvo la información requerida.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Guayaquil, Septiembre 19 del 2016

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

DRA. PAOLA ESCOBAR MASSUH
JEFE DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

c.c: file

2016/-