



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD
Y EL SÍNDROME DE BURNOUT DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE
SU CUIDADO EN LA FUNDACIÓN FUVIRESE EN EL CANTÓN BAÑOS
DE AGUA SANTA EN EL PERÍODO MARZO- JULIO DEL 2013.”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico.

Autora: Gamboa Luna, Alexandra Carolina

Tutor: Ps. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Ambato- Ecuador

Julio, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

"LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD Y EL SÍNDROME DE BURNOUT DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE SU CUIDADO EN LA FUNDACIÓN FUVIRESE EN EL CANTÓN BAÑOS DE AGUA SANTA EN EL PERÍODO MARZO-JULIO DEL 2013" de Alexandra Carolina Gamboa Luna estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2014

EL TUTOR

.....

Ps. Cl. Flavio Rolando Bonilla Flores

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación "**LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD Y EL SÍNDROME DE BURNOUT DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE SU CUIDADO EN LA FUNDACIÓN FUVIRESE EN EL CANTÓN BAÑOS DE AGUA SANTA EN EL PERÍODO MARZO- JULIO DEL 2013**", como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....
Alexandra Carolina Gamboa Luna

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....
Alexandra Carolina Gamboa Luna

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **"LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD Y EL SÍNDROME DE BURNOUT DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE SU CUIDADO EN LA FUNDACIÓN FUVIRESE EN EL CANTÓN BAÑOS DE AGUA SANTA EN EL PERÍODO MARZO- JULIO DEL 2013"**, de Alexandra Carolina Gamboa Luna, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Julio del 2014

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1ER VOCAL

.....

2DO VOCAL

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

Contenido

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	xiii
AGRADECIMIENTO.....	xv
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN	- 19 -

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema de Investigación.....	- 3 -
1.2 Planteamiento del Problema	- 3 -
1.2.1 Contextualización.....	- 3 -
1.3 Árbol de Problemas	6
1.3.1 Análisis Crítico.....	7
1.4 Prognosis	8
1.5 Formulación del Problema	9
1.6 Preguntas Directrices.....	9
1.7 Delimitación del problema	9

1.7.1 Delimitación de Contenido	9
1.7.2 Delimitación Espacial	9
1.7.3 Delimitación Temporal	9
1.8 Justificación	9
1.9 Objetivos.....	11
1.9.1 Objetivo General	11
1.9.2 Objetivos Específicos	11
2.1 Antecedentes de Investigación	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.2 Fundamentaciones	13
2.2.1 Fundamentación Filosófica.....	13
2.2.2 Ontológica.....	14
2.2.3 Heurística	14
2.2.4 Fundamentación Psicológica	15
2.2.5 Fundamentación Legal.....	17
2.3 Red de inclusiones conceptuales	19
Constelación de ideas variable independiente	20
Constelación de ideas variable dependiente.....	21
2.4 Categorías Fundamentales.....	22
Marco Conceptual	22
2.4.1 La Dependencia	22
2.4.2 Evaluación de la Dependencia.....	25
2.4.3 Clasificación de dependencia.....	26

2.4.4 Discapacidad.....	27
2.4.5 Organización Mundial de la Salud.....	30
2.4.6 La ansiedad	35
2.4.7 El estrés.....	37
2.4.8 El estrés laboral.....	38
2.4.8 El estrés laboral en los cuidadores.....	39
2.4.9 Necesidades de los cuidadores.....	40
2.4.10 La Relación entre el cuidador y la familia	41
2.5 Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo	42
2.5.1 El Burnout y el ámbito laboral.....	44
2.5.2 Síntomas del Burnout.....	46
2.5.3 Factores asociados al Burnout	48
2.5.4 Trastornos Asociados.....	49
2.5.5 Población	50
2.5.6 Características del Trabajo.....	53
2.6 Hipótesis	54
2.6.1 Hipótesis Afirmitiva HI.....	54
2.6.2 Hipótesis Nula HO.....	54
2.7 Señalamiento de Variables	54

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque.....	55
3.2 Modalidades de Investigación	55
3.3 Tipos de Investigación.....	56

3.4 Población y Muestra	56
3.5 Técnica e Instrumentos.....	57
3.6 Plan de recolección de la información.....	58
3.7 Plan de procesamiento de la información.....	59
3.8 Operacionalización de Variables Variable Independiente: Dependencia Funcional	60
Operacionalización de variables Variable dependiente: Síndrome de Burnout	64

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 Análisis de los resultados de los diferentes factores aplicado al personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE (Fundación de Vida Realidad y Servicio).	66
4.1.2 Análisis e Interpretación de los resultados obtenidos de la aplicación del Test Maslach Burnout Inventory en el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE.. (Padres de familia y trabajadores).....	66
4.1.3 Análisis e interpretación de los resultados obtenido de la aplicación del Test Maslach Inventory aplicado a los padres de familia de los niños con discapacidad de la fundación FUVIRESE.	69
4.1.4 Análisis e interpretación de los resultados obtenido de la aplicación del Test Maslach Inventory aplicado a los trabajadores que laboran en la fundación FUVIRESE.	71
4.1.5 Análisis e Interpretación de los resultados obtenidos de la aplicación del Índice Barthel en el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE (Fundación de Vida Realidad y Servicio).	73
4.2 Tabla de contingencia Dependencia Funcional, Síndrome de Burnout	75
4.3 Gráfico de relación entre la Dependencia Funcional y el Síndrome de Burnout	76

4.4 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	77
4.4.1 Hipótesis Afirmativa (Hi)	77
4.4.2 Hipótesis Negativa (Ho)	77
4.5 Resultado	77

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	79
5.2 Recomendaciones	80

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 Datos Informativos	81
6.1.1 Tema de la Propuesta:.....	81
6.1.2 Institución Ejecutora:.....	81
6.1.3 Ubicación:.....	81
6.1.4 Beneficiarios:.....	81
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución: 3 meses	81
6.1.6 Equipo Técnico responsable:.....	81
6.2 Antecedentes de la Propuesta:.....	82
6.3 Justificación.....	82
6.4 Objetivos.....	83
6.4.1 Objetivo General.....	83
6.4.2 Objetivos Específicos	84

6.5 Fundamentación Teórica	84
6.5.1 Terapia Cognitiva de A. Beck.....	84
6.5.2 El Modelo Cognitivo	86
6.5.3 Las Creencias.....	87
6.5.4 Actitudes, reglas y presunciones.....	87
6.5.5 Relación entre la conducta y los pensamientos automáticos	87
6.5.6 Distorsión Cognitiva y Pensamientos Automáticos.....	88
6.5.7 Pensamientos Automáticos	89
6.5.8 Conceptualización de los problemas.....	89
6.5.9 Aplicaciones Prácticas	90
6.5.10 Estrategias de Tratamiento.....	90
4.5.11 Técnicas Cognitivas	91
6.5. 12 Técnicas Conductuales	92
6.6 Modelo Operativo Primera Etapa Nivel General	94
6.7 Administración de la Propuesta.....	100
6.7.1 Recursos Humanos	100
6.7.2 Recursos Materiales.....	100
6.7.3 Recursos Tecnológicos	100
6.7.4 Recursos Económicos.....	100

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA.....	103
LINKOGRAFÍA.....	104
CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS U.T.A.	105
ANEXOS.....	107

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO I

Gráfico 1 Árbol de Problemas.....	6
-----------------------------------	---

CAPÍTULO II

Gráfico 2 Red de Inclusiones Conceptuales.....	19
--	----

Gráfico 3 Constelación de Ideas Variable Independiente.....	20
---	----

Gráfico 4 Constelación de Ideas Variable Dependiente.....	21
---	----

CAPÍTULO III

Cuadro 1 Plan de Recolección de la Información.....	58
---	----

Cuadro 2 Plan de Procesamiento de la Información.....	59
---	----

Cuadro 3 Operacionalización de Variables Variable independiente.....	60
--	----

Cuadro 4 Operacionalización de Variables Variable dependiente.....	64
--	----

CAPÍTULO IV

Tabla 1 Análisis e Interpretación de los Resultados.....	66
--	----

Tabla 2 Análisis e Interpretación de los Resultados.....	69
--	----

Tabla 3 Análisis e Interpretación de los Resultados.....	71
--	----

Tabla4 Análisis e Interpretación de los Resultados.....	73
---	----

CAPÍTULO V

Cuadro 5 Modelo Operativo Primera Etapa.....	94
Cuadro 6 Modelo Operativo Segunda Etapa.....	96
Cuadro 7 Modelo Operativo Tercera Etapa.....	98
Cronograma.....	102

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo y a la vez los resultados obtenidos, a todo el personal que labora en la Fundación de Vida Realidad y Servicio (FUVIRESE), quienes me acogieron en la Institución y me hicieron sentir parte de ella. A la vez que fueron los testigos del trabajo realizado con mucho empeño y responsabilidad. Quiero también dedicarle este trabajo a cada uno de los padres de familia de los niños con discapacidad que fueron partícipes de este trabajo.

Alexandra Carolina Gamboa Luna

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios, pues es él quien me ha brindado la oportunidad de estar viva y poder emprender con entusiasmo, sabiduría y responsabilidad este nuevo reto que gracias a su bendición me brindó sabiduría y paciencia para no dejarme caer y poder alcanzar una de mis más grandes metas en mi vida. A mi mamita querida, quien es mi inspiración a diario, es mi ejemplo a seguir, una mujer luchadora y fuerte, este no solo es mi logro es el logro de las dos por todo el esfuerzo que usted ha realizado con el único objetivo de apoyarme y verme feliz. A mi papi Hugo, que a pesar de que no elegí la Carrera que él tanto deseaba que siguiera, pude contar con su apoyo y fue él quien desde mi infancia me apoyo, me cuidó y me consintió en todo momento. A mi hermana, tan incondicional y fiel en todas las circunstancias desde que llegaste a mi vida de una manera casual hiciste de mí una mejor persona y mejor ser humano, gracias por todo. Mi agradecimiento especial a mi novio Santy quien nunca dejó de creer en mí y de apoyarme cuando yo más lo necesitaba, compartiendo juntos buenos y malos momentos. A toda mi familia Luna Bonilla quienes son mi refugio y me han enseñado el valor de la vida y sobretodo que una familia unida siempre podrá superar cualquier dificultad. A mis amigos quienes me enseñaron a valorar cada momento compartido juntos, pero sobretodo a saber valorar el tiempo. Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, carrera de Psicología Clínica y cada uno de los docentes que desde un inicio de mi formación académica aportaron con su magnífico conocimiento, en especial a la Dra. Verónica Llerena, Dra. Nancy Betancourt, Dr. Ismael Gaibor, Psc. Javier López, Psc. Juan Sandoval, gracias por confiar en mí. Al Psc. Flavio Bonilla, quien me ha apoyado en la realización de este trabajo investigativo, siendo mi Tutor supo direccionarme de la manera más asertiva, eficaz hacia la culminación del mismo. Gracias totales. Abrazos fraternos e infinitos.

Alexandra Carolina Gamboa Luna.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD Y EL SÍNDROME DE BURNOUT DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE SU CUIDADO EN LA FUNDACIÓN FUVIRESE EN EL CANTÓN BAÑOS DE AGUA SANTA EN EL PERÍODO MARZO- JULIO DEL 2013.”.

Autora: Gamboa Luna, Alexandra Carolina

Tutor: Ps. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Fecha: Marzo del 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tiene como interrogante principal el determinar como la dependencia funcional de los niños con discapacidad influye en el Síndrome de Burnout de las personas encargadas de su cuidado en la Fundación FUVIRESE, enfocándose en conocer cada uno de los factores biopsicosociales que intervienen en la génesis y los diferentes síntomas que aquejan a las personas llegando a afectar de manera considerable la salud, el estado emocional, social y laboral.

El enfoque de este estudio fue cuali-cuantitativo. Además se evaluó a 40 personas como parte de la población de estudio, de la cual se valoró a 32 padres de familia de los niños con discapacidad y a 8 profesionales que laboran dentro de la institución quienes presentaban síntomas de Burnout, la misma que se valoró mediante la Historia Clínica y el Test Maslach Burnout Inventory. El personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad está presentando un nivel significativo de Síndrome de Burnout el cual se puede ver afectado debido a los síntomas que aquejan el estado de salud de las personas llegando incluso a existir un deterioro en el estado emocional, familiar y en el ámbito psicosocial y laboral. Comprobando que a mayor grado de dependencia funcional existe un mayor riesgo de padecer de Burnout.

PALABRAS CLAVES: SÍNDROME_ BURNOUT, DEPENDENCIA_ FUNCIONAL, BIOPSICOSOCIAL, CAPACIDADES_ ESPECIALES

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**" FUNCTIONAL DEPENDENCE OF CHILDREN WITH DISABILITIES
AND BURNOUT SYNDROME OF PERSONS WHO CARE FOUNDATION
AT FUVIRESE IN CANTON WATER BATHROOMS SANTA IN PERIOD
MARCH- JULY 2013."**

Author : Gamboa Luna, Alexandra Carolina

Tutor : Ps. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Date: March 2014

SUMMARY

This research work has the main question as to determine the functional dependence of children with disabilities influences Burnout Syndrome of those caregivers in FUVIRESE Foundation , focusing on know each of the biopsychosocial factors involved in the genesis and the various symptoms that afflict people coming to considerably affect the health, emotional , social and employment status.

The focus of this study was qualitative and quantitative . In addition to 40 people as part of the study population was evaluated , of which 32 parents of children with disabilities and 8 professionals working within the institution who had symptoms of Burnout, the same that was assessed was assessed by Clinical History and Test

Maslach Burnout Inventory. The staff responsible for the care of children with disabilities are making a significant level of burnout syndrome which may be affected due to the symptoms that plague the health of people even come to be a deterioration in emotional status, family and psychosocial and workplace. Noting that a greater degree of functional dependence there is an increased risk of burnout.

KEYWORDS: BURNOUT_SYNDROME , FUNCTIONAL_ UNIT ,
BIOPSYCHOSOCIAL , CAPACIDADES_ESPECIALES.

INTRODUCCIÓN

“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros” (Erich Fromm, México FCE, 1969)

El velar por la integridad del ser humano es una de las tareas más primordiales y más gratificantes que existen, y los diferentes profesionales que laboran directamente con la salud de las personas en muchas ocasiones se ven afectados. El hecho de estar laborando en situaciones realmente estresantes les hace más propensos a tener alteraciones en su salud física y mental, las mismas que son como consecuencia de su ardua labor, una de estas afectaciones es el Síndrome de Burnout que afecta especialmente al personal sanitario (médicos, enfermeras, asistentes, cuidadores, etc) en la actualidad. En la actualidad el Síndrome de Burnout es un término muy difundido a nivel internacional debido a las consecuencias que puede acarrear si no se diagnóstica a tiempo, es por ello que existen campañas de prevención.

Así de esta manera Maslach y Pines (1977) consideran al SQT (Síndrome de quemarse en el trabajo) como: El Síndrome de Quemarse en el Trabajo ha sido definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios. El Síndrome de Burnout es una influencia negativa dentro del ámbito laboral, es necesario identificar los niveles del síndrome (síntomas) y disminuirlos, con la finalidad de que el clima laboral se encuentre estable y a la vez garantizar un ambiente ameno de trabajo, en donde las diferentes labores cotidianas se den de forma adecuada con sus respectivas habilidades, y a la vez facilitar la adaptación al mismo. Es adecuado aplicar la Terapia Cognitivo Conductual de Aaron Beck, con la finalidad de poder disminuir los síntomas del Síndrome de Burnout que aquejan al personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema de Investigación

La dependencia funcional de los niños con discapacidad y el Síndrome de Burnout de las personas encargadas de su cuidado en la Fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa en el período marzo- julio del 2013.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contextualización

En cuanto a la bibliografía encontrada, se estima que por cada persona con discapacidad existe un cuidador que se dedica a tiempo completo o medio tiempo a los respectivos cuidados del mismo.

A nivel del continente americano según la Organización de Estados Americanos (OEA) (2009) afirma:

El 11,4% de la población en el continente tienen alguna discapacidad. De acuerdo al organismo, Perú es el país con mayor porcentaje de discapacitados, 18,5%; seguido de Estados Unidos con 15% y con Ecuador 12,8%. Los países con un menor porcentaje son El Salvador (1,5%), Bahamas (2,3%) y Surinam y Jamaica con 2,8% (OEA, 2009)

Según Castro, Rubiela, Solórzano Helena & Vega Evelyn (2009) en la tesis titulada “Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia en la localidad de Fontibón: Bogotá D.C”, menciona:

“En Latinoamérica se encuentra que Brasil es el país con más porcentaje de personas en situación de discapacidad con un 14,5%, seguido de Chile con 12,9% y Ecuador ocupa el tercer lugar con 12,1%, cifra que para Colombia es del 6,3% ocupando el séptimo lugar.” (p. 21)

Barrera, (2004) en su publicación titulada “El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas” menciona:

“En el contexto latinoamericano, el estudio comparativo de la habilidad del cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica de Argentina, Guatemala y Colombia (...) mostro que en Colombia la mayor proporción de cuidadores familiares son mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 35 años, en un 34,4%, de 35 a 59 años, con un porcentaje de 44,4% y de mayores de 60 años con 21,3%. Respecto a la experiencia del cuidado, el 14,44%, tenía una experiencia de 0 a 6 meses, el 16,67% de 7 a 18 meses, el 15,56 % de 19 a 3 meses y el 53,33% un tiempo de ejercicio de cuidado mayor de 37 meses.” (p.8)

Según Paz- Rodriguez, (2010). Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 19, 1-2.

Menciona:

Con base en los resultados las características del cuidador de paciente con enfermedad neurológica es similar a investigaciones revisadas en la literatura^{7,9,30-32} donde se habla predominantemente de mujeres, en edad productiva, amas de casa y familiar cercano al afectado. En cuanto a los pacientes, los resultados son similares a los reportados en otras investigaciones.^{2,5,6,11} Las comparaciones de las características sociodemográficas entre CPN frente a CPEN muestran pocas diferencias por realizar este rol, debido a esto se analizaron como un solo grupo, aun cuando queda de manifiesto que la discapacidad que generan los padecimientos es heterogénea. Los problemas de salud en cuidadores son frecuentes (48%), y en más de la mitad de los casos (62%) se dieron posterior al cuidar, confirmando que estar expuesto a estrés constante tiene alto riesgo para la salud.³²⁻³⁶

Aunque la ansiedad y depresión resultante dependen más de las propias habilidades y recursos del cuidador que de la problemática específica que presenta la persona cuidada. (...) También se confirma que la percepción de sobrecarga e impacto de la enfermedad es mayor en CPEN que en CPN, y está relacionado a los problemas físicos, mentales y socioeconómicos que afectan sus actividades de ocio, relaciones sociales, de amistad, intimidad y libertad. (p.1)

Una vez revisada la bibliografía se puede palpar la problemática en Latinoamérica siendo un porcentaje representativo de personas con algún tipo de discapacidad, las mismas que requieren la supervisión y cuidados respectivos por parte de terceras personas, siendo estas familiares o asistentes sanitarios. Con respecto a Ecuador el índice de personas con discapacidad es alto, considerándole como el tercer país dentro de Latinoamérica, por ello la importancia de estudiar la dependencia funcional y la presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores.

En relación a la provincia de Tungurahua se ha realizado un estudio en el Hospital del Ministerio de Salud Pública de Píllaro, sobre los posibles niveles de padecimiento del Síndrome de Burnout.

Según Gaibor, Paulo (2012), autor de la tesis “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la provincia de Tungurahua en el primer trimestre del 2012” afirma que:

Luego de realizar una investigación mediante la aplicación de varios test, a 15 médicos, y 15 enfermeras en su mayoría trabajadores del Hospital Estatal de la ciudad de Píllaro, perteneciente a la provincia del Tungurahua, se puede decir que el 13.33% de éstos es decir 2 de los 15 profesionales examinados presenta el síndrome de Burnout, de los 15 enfermeros el 6.67% es decir 1 de los 15 posee el síndrome de Burnout, existe un paciente médico que presenta un cuadro límite, es decir que está con tendencia a desarrollar éste síndrome. (p. 101)

Según el CONADIS (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades) menciona desde el año 1996 hasta la actualidad en la provincia de Tungurahua se han registrado un total de 9783 personas con algún tipo de discapacidad.

Con relación a estudios e investigaciones realizadas en la ciudad de Baños de Agua Santa acerca de la presencia del Síndrome de Burnout no se han encontrado personas que estén siendo afectadas sea directa o indirectamente por este síndrome es por esta razón, que es necesario e importante poder ejecutar el presente proyecto con la finalidad de conocer el índice de padecimiento del Síndrome de Burnout en el personal encargado del cuidado de niños con discapacidad en la Fundación de Vida Realidad y Servicio (FUVIRESE).

1.3 Árbol de Problemas

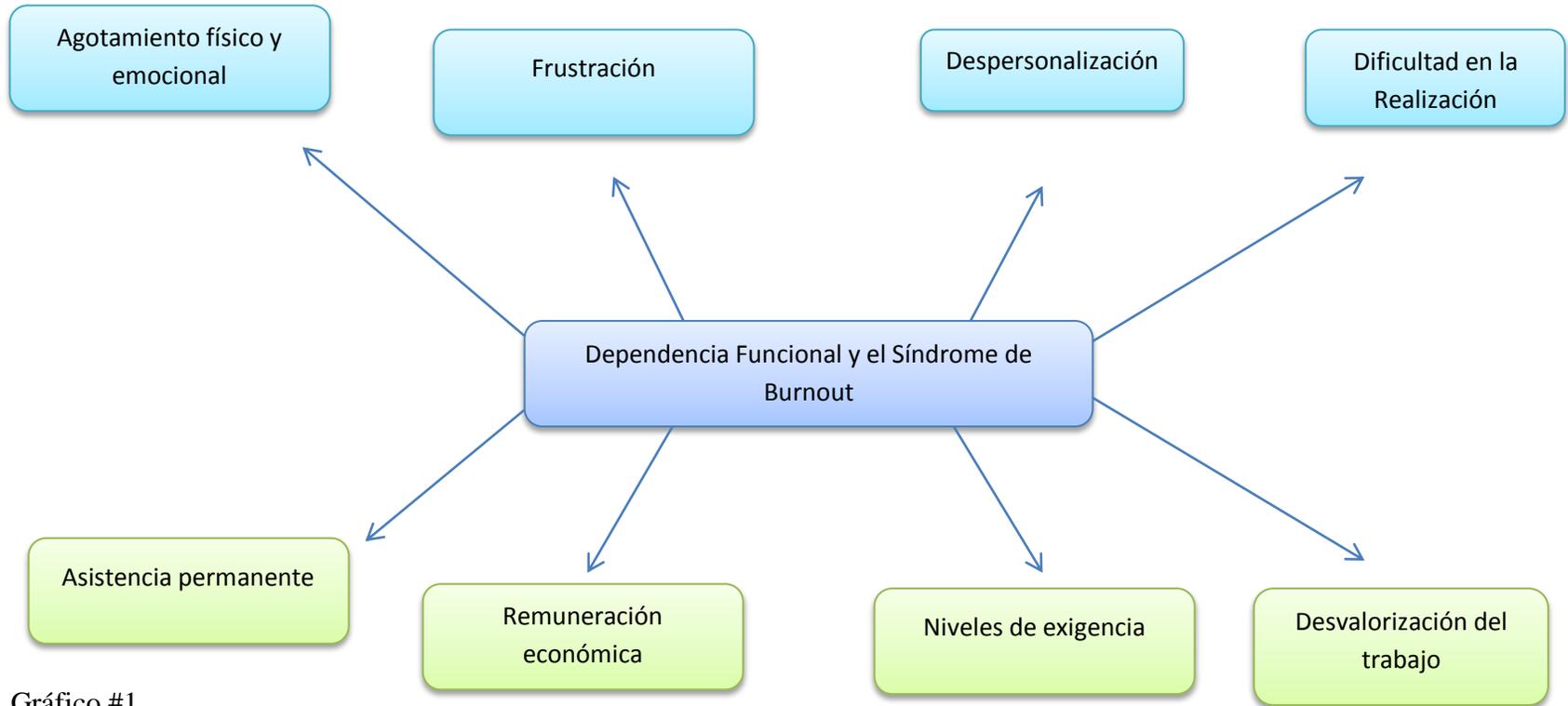


Gráfico #1

Árbol de Problemas

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna

1.3.1 Análisis Crítico

La dependencia funcional ha generado como consecuencia que en la persona se desarrolle una pérdida de autonomía lo que desencadenará más problemas entre los mismos están deterioro de las relaciones con los compañeros de trabajo, aumento del absentismo, lo que conducirá a que las personas posiblemente desarrollen el Síndrome de Burnout.

El hecho de desvalorizar el trabajo que realizan las personas encargadas del cuidado de niños, niñas con discapacidad ha generado que en los mismos se produzca una baja autoestima como consecuencia de ese tipo de críticas; además existe la posibilidad de que se genere una confusión entre las expectativas planteadas con respecto al trabajo y las prioridades en el mismo, estos factores pueden llegar a influenciar en el padecimiento del Síndrome de Burnout.

En la actualidad se está atravesando una dura crisis económica a nivel mundial la misma que está repercutiendo en nuestro país y afectando a los hogares ecuatorianos. Otra de las posibles causas del padecimiento de Burnout es la baja remuneración económica que reciben como salario las personas encargadas del cuidado de niños y niñas con discapacidad, siendo un factor predisponente a que se desarrolle frustración en las personas puesto que al no tener una buena remuneración económica por realizar un trabajo que requiere de mucha paciencia, esfuerzo, dedicación en muchas ocasiones a tiempo completoes bastante decepcionante no recibir una salario digno.

Por otra parte, se cree que el agotamiento emocional se ha visto como una de las principales causas del padecimiento del Síndrome de Burnout, ya que puede surgir en la relación con los pacientes en este caso las personas con discapacidad, especialmente en situaciones de incertidumbre o sentimiento de falta de control, la condición afecta en la pérdida de empatía por cuanto es deesperar una disminución en la calidad o productividad deltrabajo y una actitud negativa hacia las personas a las que se lesda servicio o un deterioro en las relaciones con los propios compañeros de trabajo, llegando incluso a crear un ambiente laboral muy hostil.

Cuando el nivel de exigencia laboral es excesivo se va a generar cansancio, desgaste en la persona, frustración. El cansancio del que se habla sucede a nivel emocional, a

nivel de relación con otras personas y a nivel del propio sentimiento de autorrealización, estos factores pueden conducir posiblemente al padecimiento del Síndrome de Burnout.

1.4 Prognosis

En el posible caso de que no se dé solución al padecimiento del Síndrome de Burnout de las personas encargadas del cuidado de los niños y niñas con discapacidad, el cuadro patológico se puede agravar siempre y cuando teniendo en cuenta la magnitud del problema. En un inicio el individuo está involucrado en un proceso de adaptación a su ámbito laboral el mismo que protege a la persona, pero cuando este se debilita llega a agobiar e incluso agotar, siendo en este momento donde pueden surgir sentimientos de frustración, conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre el síntoma, la intensidad, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan. Las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, genera además intensas repercusiones en las personas tanto en su aspecto social, personal y en su medio familiar llegando a afectar incluso las relaciones interpersonales.

La salud se ve afectada como consecuencias de una exposición prolongada frente a una condición de trabajo poco controlable, el sistema inmunológico está deteriorado generando complicaciones a nivel físico, conductual, emocional y cognitivo. Entre los síntomas físicos los pacientes pueden padecer cefaleas, fatigas, úlceras, hipertensión, problemas de sueño, entre otros. Dentro de los síntomas emocionales presentan baja autoestima, desorientación, dificultad para concentrarse, impaciencia, ansiedad, irritabilidad, etc. Con respecto a los síntomas conductuales, los trabajadores pueden sufrir absentismo laboral, cambios de humor, conductas hiperactivas o agresivas, hostilidad, etc. Es importante tener en cuenta que puede existir un aumento en las conductas perjudiciales como consumo de alcohol o drogas, y en personas que ya estaba presente el consumo se incrementará.

1.5 Formulación del Problema

¿Cómo la dependencia funcional influye en la presencia de Síndrome de Burnout en el personal involucrado en el cuidado de los niños con discapacidad de la fundación FUVIRESE?

1.6 Preguntas Directrices

- a) ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en que se encuentran los niños con discapacidad?
- b) ¿Qué subárea del Síndrome de Burnout predomina en el personal encargado del cuidado de personas con discapacidad?
- c) ¿Cómo se disminuirá el Síndrome de Burnout del personal encargado del cuidado de personas con discapacidad?

1.7 Delimitación del problema

1.7.1 Delimitación de Contenido

Campo: Psicología Clínica

Área: Problemas de Salud

Aspectos: Síndrome de Burnout

1.7.2 Delimitación Espacial

El presente proyecto se ejecutará en la Fundación de Vida Realidad y Servicio FUVIRESE de la ciudad de Baños de Agua Santa.

1.7.3 Delimitación Temporal

El proyecto se desarrollará en el período académico marzo-julio del 2013.

1.8 Justificación

El síndrome de Burnout se le considera como una patología frecuente en el personal de asistencia, según la bibliografía revisada, su presencia repercute de una u otra manera en el ámbito laboral como consecuencia del mismo se puede producir un trato inhumano a los pacientes, ausentismo al trabajo, baja autoestima, frustración,

irritabilidad, agresividad, negación de las cosas, y un ambiente hostil ya sea entre los compañeros de trabajo o en el hogar. El hecho de identificar el problema nos proporcionara datos valiosos e importantes sobre las características del personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad y uno de los beneficios que se obtendrá será proporcionar medidas de prevención y medidas a grupos más propensos a padecer el síndrome. Es por ello su importancia tanto para la ciencia como para la psicología, debido a que el síndrome de Burnout repercute en la salud mental de las personas, en su conducta, pensamientos, hábitos, estado emocional, relaciones interpersonales y ámbito familiar. Para el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad es de gran ayuda ya que ellos son los principales beneficiarios del proyecto, en caso de detectarse el Síndrome ellos serán capacitados dentro de un programa de prevención primaria y secundaria, con la finalidad de disminuir los signos y síntomas del Burnout.

En cuanto a estudios realizados acerca de la dependencia funcional y el síndrome de Burnout del personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad, no se han obtenido investigaciones anteriores, es por ello la importancia de investigarlo y ejecutarlo en la ciudad de Baños de Agua Santa especialmente en la fundación de Vida Realidad y Servicio FUVIRESE. Se cuenta con la apertura de la institución, con los recursos humanos como el apoyo de los trabajadores, la colaboración de los padres de familia de los niños con discapacidad.

La importancia de realizar este proyecto es para identificar si existe o no la presencia del Síndrome de Burnout en el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad de la fundación FUVIRESE, para lo cual se ha recurrido a solicitar la autorización a la directiva de la fundación para poder llevar a cabo la investigación. En FUVIRESE se brindó la información necesaria para la ejecución de la investigación, siendo factible la realización del mismo. Siendo su misión: FUVIRESE es una ONG humana, la cual realiza trabajos de rehabilitación, educación espacial, otros en beneficios de los discapacitados y ciudadanía en general en procura de su sostenibilidad y sustentabilidad. Y su visión: FUVIRESE será una institución

referente a la lucha de los discapacitados brindando servicios de rehabilitación con tecnología de punta con lo cual nos permitirá abrirnos fronteras a nivel nacional e internacional.

1.9 Objetivos

1.9.1 Objetivo General

Analizar la influencia de la dependencia funcional en el Síndrome de Burnout del personal encargado del cuidado de niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE.

1.9.2 Objetivos Específicos

- a) Determinar los niveles de la dependencia funcional de los niños y niñas con discapacidad de la fundación FUVIRESE.
- b) Identificar los niveles de riesgo y las subáreas de Síndrome de Burnout en el personal encargado del cuidado de los niños y niñas con discapacidad de la fundación FUVIRESE.
- c) Proponer un esquema de intervención propia de solución al problema del Síndrome de Burnout en el personal encargado del cuidado de los niños y niñas con discapacidad de la fundación FUVIRESE.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Investigación

En la biblioteca de la Universidad Técnica Particular de Loja, se han encontrado las siguientes investigaciones. La investigación de Parreño, María (2012) con el tema: “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y actores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador” y como conclusiones presenta:

Respecto al estado actual de la salud mental de los profesionales sanitarios, en especial los médicos, en las cuatro subescalas presentan puntajes bajos en síntomas psicossomáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión, no han experimentado ninguna molestia, no han sufrido ni se han sentido angustiados, por lo que su estado de salud es óptimo, es decir que no existe presunción de casos probables de Burnout. Por el contrario en los profesionales de enfermería, en las mujeres se detecta (53%) síntomas de ansiedad e insomnio, casos probables de Burnout y 40% manifiesta síntomas psicossomáticos, se halla tendencia a padecer Burnout, es decir que los enfermeros probablemente están padeciendo de nerviosidad, pánico, dificultades para dormir, tensión e irritabilidad. Por lo que se demuestra que los enfermeros (as), presuntamente no están dotados de una elemental e imprescindible salud mental y espiritual. (p.76)

La investigación propuesta por Domínguez, Guadalupe (2008) con el tema: “Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008” señala las siguientes conclusiones:

La prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en esta serie fue de 15%, cifra que se encuentra por debajo de las reportadas por otros autores nacionales y extranjeros, quienes han informado cifras desde 49,5 hasta 76,7% 15-18,26. Por otra parte, en cuanto a la asociación disfunción familiar/ síndrome de sobrecarga, los resultados observados en este estudio, concuerdan con los informados por los autores consultados. Mientras que finalmente, la asociación estadísticamente significativa observada en esta serie entre la escolaridad y el estado civil con el síndrome de

sobrecarga del cuidador primario, parece ser un hallazgo propio de este estudio dado que ninguna de las referencias consultadas informa sobre tal hecho, por lo que tal asociación deberá ser corroborada en futuros estudios a corto plazo. (p 8)

La investigación realizada por Rojas, María (2007) titulada “Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot”, señala las siguientes conclusiones:

El cuidado de una persona que vive situación de enfermedad crónica requiere el desarrollo de habilidades para el cuidado como el conocimiento, el valor, la paciencia; por lo tanto realizar la medición de la habilidad y sus componentes y asociarlas con otras variables (tiempo de cuidado, grado de dependencia), despierta el interés en los profesionales de enfermería y salud, por desarrollar propuestas de cuidado que repercutan en el bienestar del cuidador, en su adecuado desempeño y en la satisfacción hacia el cuidado. En relación con los resultados de la investigación se puede afirmar que el acto de cuidar está realmente ligado al género femenino (84%), ya sea por un legado cultural con componente histórico o por tradición familiar, en donde la mujer era generalmente delegada al cuidado de su hogar y de los miembros de la familia, dada sus características de delicadeza, dedicación y abnegación. (p 43-44)

2.2 Fundamentaciones

2.2.1 Fundamentación Filosófica

Epistemológica

La epistemología tiene relación directa con el conocimiento científico, se encarga del problema correspondiente entre la relación sujeto-objeto. Entendiéndose que el sujeto es el ser cognoscente y el objeto todo aquello sobre lo que el sujeto realiza su actividad cognitiva.

Según Feudenberger (1974) (citado por StorttiMercedes, 2006) en su publicación Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud menciona el significado de Burnout como: “Conjunto de síntomas médico-biológico

y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.” (p. 18)

2.2.2 Ontológica

Las diversas etapas evolutivas del ser humano han sido estudiadas desde diversos puntos de vista y cada una de las perspectivas manejadas ha deseado apoyar el proceso de supervivencia y por ende de bienestar de cada una de las personas como parte de un proceso evolutivo y adaptativo por el cual se atraviesa en forma individual y de acuerdo a la evolución de la especie. La presente investigación estará dirigida hacia las personas de edad adulta, las mismas que tienen la capacidad de adquirir nuevos aprendizajes, consolidando vínculos afectivos, estableciendo relaciones sociales que le proporcionarán nuevas formas de ver, entender y comprender la vida, esto viabilizará que los hallazgos y procedimientos cognitivos sean cada vez más complejos. El término adulto se lo puede considerar como un sinónimo de estabilidad, de madurez intelectual y emocional, pero esto no garantiza un equilibrio total debido a que en la adultez también se originan procesos de evolución, avances y en otros casos de retrocesos y cambios tan decisivos y profundos como en etapas anteriores. Los cambios siguen ocurriendo en esta etapa de la vida aunque debido a la madurez emocional no son tan perceptibles como en la adolescencia.

2.2.3 Heurística

“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros” (Erich Fromm, México FCE, 1969)

El ser humano desarrolla un deseo de cuidar al otro, el mismo que se lo considera como un impulso altruista, es decir, las personas actúan en favor de otros de una

manera desinteresada la misma que surge del interior de los individuos con la intención de ayudar sin buscar una gratificación.

El hecho de cuidar de una persona con discapacidad, la misma que tiene identidad, personalidad, emociones y es un sujeto con derechos, que a pesar de tener una enfermedad crónica que disminuye sus capacidades intelectuales y motrices, está en todo derecho de recibir por parte del cuidador respeto, promover y garantizar en la medida una buena calidad de vida para velar por su integridad como sujeto biopsicosocial además de garantizar su estado emocional, personal, familiar, laboral y social.

2.2.4 Fundamentación Psicológica

La presente investigación se realizará en base a la corriente psicológica cognitivo conductual, tomando como referencia la Terapia Cognitiva Conductual de Aaron Beck. La terapia cognitiva postula que tanto las emociones y las conductas de los sujetos están determinadas por la percepción de eventos y sucesos que transcurren en la vida. Por esta razón el interactuar a diario con personas con discapacidad, puede generar en el sujeto sentimientos de frustración, irritabilidad, agotamiento emocional etc.

Lo que va a producir cambios o alteraciones en el aspecto emocional, conductual o fisiológico de las personas, lo que da lugar a la aparición de signos y síntomas de la presencia del Síndrome de Burnout.

El estudiar la conducta de las personas encargadas del cuidado será de ayuda para verificar o descartar síntomas y signos que se presentan en los sujetos, y como los mismos afectan de manera directa el desenvolvimiento eficaz dentro de su ámbito laboral y repercutiendo en sus relaciones interpersonales dentro de la familia y área social.

Según Herbert Freudenberger, en 1974 (citado por Manuel Fidalgo), inició con el estudio del Síndrome de Burnout y lo describe como un síndrome de orden clínico, lo

definió como "Una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (p.2).

De la misma manera la Cristina Maslach y Jackson (1986), define el síndrome como "Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas." (p.2)

Según GIL-MONTE, Pedro y PEIRÓ, José(1999) analizan al Síndrome de Burnout desde la perspectiva psicosocial, se conceptualiza como "Una respuesta frente al estrés laboral crónico, en la cual la persona desarrolla una idea de fracaso profesional, se encuentran emocionalmente agotados y presentan actitudes negativas hacia las personas con las cuales trabaja" (p. 261).

La corriente psicosocial ha agrupado a 3 grupos para el análisis del Burnout. El primer grupo o clasificación se denomina Teoría sociocognitiva del yo: explica la etiología del síndrome en la cual manifiestan:

a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción. (p.263).

El segundo grupo se denomina teorías de intercambio social, consideran la causa del Síndrome de Burnout como:

Proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.(p. 264)

Los profesionales que laboran presentan su ayuda a terceras personas establecen relaciones de intercambio sea con sus compañeros de trabajo o con las personas beneficiarias de su trabajo, en dichas relaciones la expectativa de ganancia o de equidad son importantes y juegan un papel importante. Cuando los trabajadores

perciben que dan más de lo que reciben en su ámbito laboral, a pesar de todo el esfuerzo que realiza puede generar en ellos sentimientos de frustración.

El tercer y último grupo se denomina Teoría Organizacional:

Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. (p. 263)

Dentro de los antecedentes del Síndrome se destacan falta de salud organizacional, cultura, estructura, clima laboral y disfunciones de roles.

2.2.5 Fundamentación Legal

Según la Constitución Política del Ecuador (2008) afirma: en el Título II Derechos

Capítulo Tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria:

Art. 35.- las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (p.30)

Según la “Ley Orgánica de Discapacidades” (2012) Título II de las Personas con discapacidad, sus derechos, Garantías y Beneficios. Sección Cuarta del Registro Nacional de Personas con Discapacidad y de personas Jurídicas dedicadas a la atención de personas con discapacidad:

Art. 13.- Registro Nacional de Personas con Discapacidad.- la autoridad sanitaria nacional será la responsable de llevar el Registro Nacional de Personas con discapacidad y con deficiencia o condición incapacitante, así como de las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas dedicadas a la atención de personas con discapacidad y con deficiencia o condición discapacitante, el cual pasará a formar parte del Sistema Nacional de Datos Públicos, de conformidad con la Ley.

Art. 14.- interconexión de base de datos.- las bases de datos de los registros nacionales de personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante

y de personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas dedicadas a su atención, mantendrán la debida interconexión con los organismos de la administración pública y las instituciones privadas que ofrezcan servicios públicos que estén involucrados en el área de la discapacidad, a fin de procurar la actualización de la información y la simplificación de los procesos, de conformidad con la Ley.

Art. 15.- Remisión de información.- las instituciones de salud públicas y privadas, están obligadas a reportar inmediatamente a la autoridad sanitaria nacional y al Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, sobre el nacimiento de toda niña o niño con algún tipo de discapacidad, deficiencia o condición discapacitante, guardando estricta reserva de su identidad, la misma que no formará parte del sistema nacional de datos públicos. (p.6)

Revisada la fundación legal que respaldan íntegramente a las personas con discapacidad se puede asegurar que están en las mismas condiciones y derechos que el resto de la población. Son sujetos que están amparadas por la Constitución Política de la República del Ecuador, por la Ley Orgánica de Discapacidades y por la CONADIS. Es por ello que el personal encargado del cuidado de personas con discapacidad tiene la ardua labor de velar por la integridad física, psíquica de este grupo de personas que pueden ser consideradas como vulnerables.

2.3 Red de Inclusiones Conceptuales

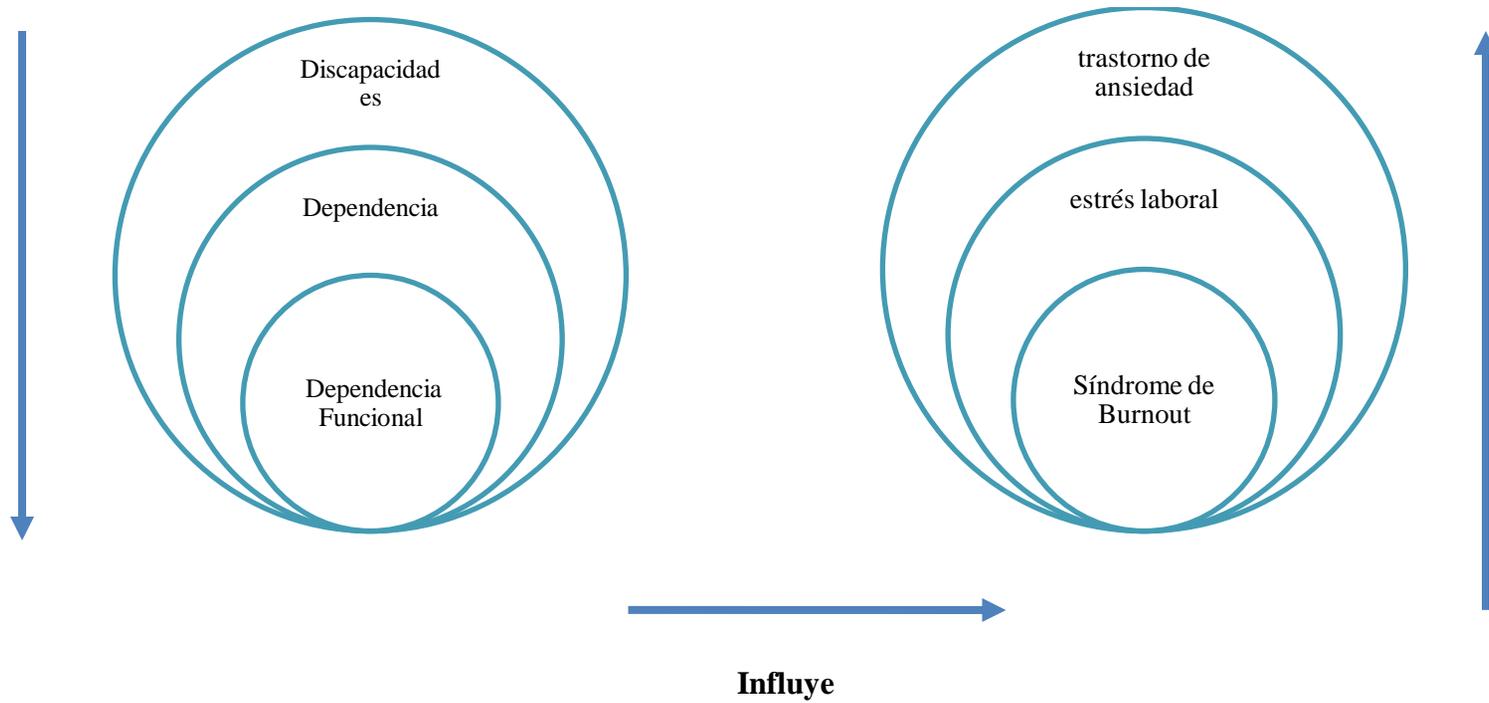


Gráfico # 2

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna

Constelación de ideas variable independiente

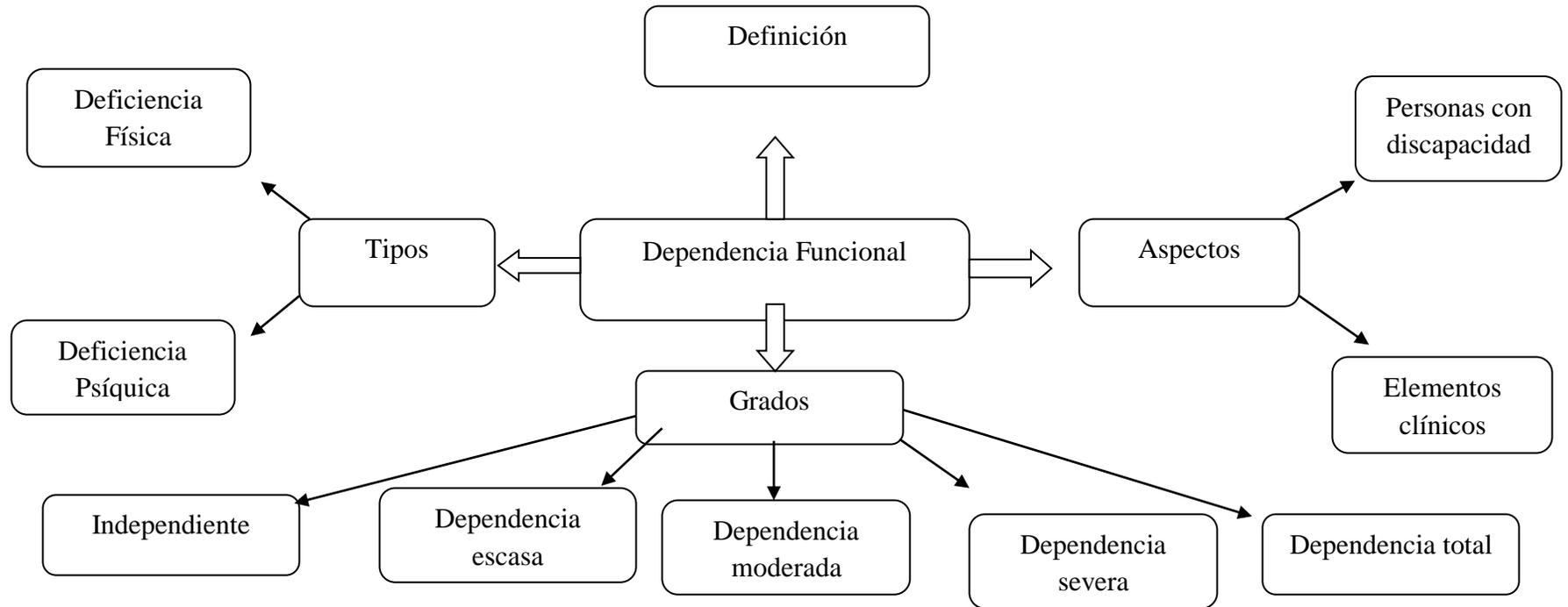


Gráfico # 3

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna

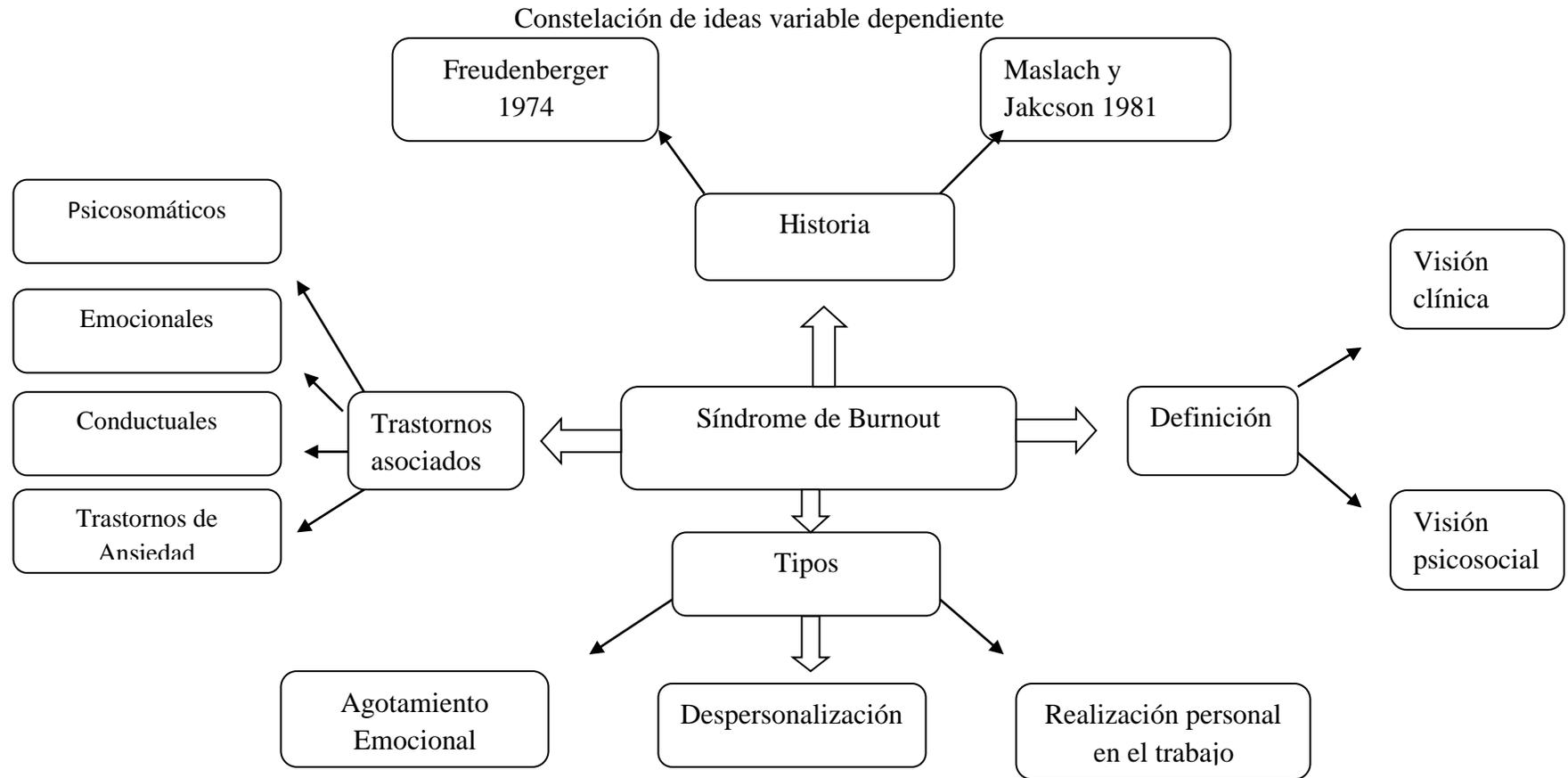


Gráfico # 4

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna

2.4 Categorías Fundamentales

Marco Conceptual

2.4.1 La Dependencia

La dependencia está presente en la vida del ser humano desde inicios tempranos, como en el período de gestación, durante las diferentes etapas evolutivas como en la infancia, niñez en momentos de enfermedad, y en la senectud. Las personas dependientes son aquellas que demandan de apoyo o ayuda de terceras personas para realizar tareas básicas y primordiales de la vida diaria como vestirse, comer, caminar, asearse, entre otras.

Las definiciones de mayor uso son las que están vinculadas o relacionadas con la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Según Egea, Carlos (1998) la dependencia es:

Aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.(p 98).

Según el libro Blanco de la Dependencia (2005) es:

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. (p.6)

Todas las personas somos susceptibles de estar en esta situación de dependencia en algún momento de nuestra vida. El tema de la dependencia es de gran interés en la actualidad, ya que vivimos en una sociedad marcada por una población demográfica de la tercera edad en la cual en unos años existirán más personas que requieran de ayuda constante para mejorar su calidad de vida.

Las personas dependientes pueden ser jóvenes o ancianas, personas con una discapacidad, con una enfermedad crónica o temporal. A la dependencia se la

asemeja con la discapacidad y con las condiciones alteradas de salud, puesto que se la considera como propia de las diversas etapas evolutivas de la vida de un sujeto.

Según Querejeta, Miguel (2004) menciona:

Se debe considerar la dependencia - al igual que la discapacidad – desde un punto de vista universal, es decir: al igual que todas las personas pueden tener alguna limitación para realizar alguna actividad determinada, todas las personas, en mayor o menor medida, son en ciertas situaciones dependientes. (p.18)

La dependencia puede variar y depende en algunos casos de estados de salud transitorios como significativos, los mismos que se relacionan con factores ambientales y sociales como son la vivienda, contaminación, además de los recursos económicos. Y además de factores personales como educación, género, edad, factor económico, entre otros. Lo mencionado anteriormente son las diversas circunstancias en las que se desenvuelve y desarrolla una persona con discapacidad por tanto esto puede mejorar o empeorar la situación personal y familiar. Existen varios tipos de dependencia que pueden presentar las personas, como en cuidados permanentes, especiales, situacional, adaptativos.

Pero por lo general se maneja un único concepto de dependencia genérica o particular, en especial una dependencia en el autocuidado. Y más a fondo a una persona que por su situación sea por vejez o por enfermedad presenta una limitación grave, permanente o progresiva para que realice actividades de autocuidado o de movilidad. En caso de que exista una discapacidad grave son personas que presenta una deficiencia permanente severa que imposibilitan la realización personal. Esta clase de dependencia supone en sí una dependencia directa de otras personas para realizar las actividades más básicas y esenciales de la vida diaria.

Las diferentes circunstancias que se presentan en la dependencia funcional, hace que por dicho motivo se requiera de los cuidados personales permanentes a tiempo completo. Lo anteriormente citado, podemos decir que la dependencia es un proceso sea temporal o permanente, en el cual los individuos van perdiendo o se va deteriorando sus capacidades físicas, psíquicas, sensoriales y que van a requerir ayuda de otras personas. Cabe resaltar que para que se produzca una dependencia también

puede suceder cuando una persona ha nacido con alguna complicación congénita o algún tipo de retraso mental, incluso en personas que no habiendo nacido con dichas complicaciones, producto de algún accidente pierden dichas capacidades llegando a depender.

De la misma manera el hecho de cuidar a tiempo completo de otro ser humano, se requiere de recursos como el tiempo, dinero, además de garantizar un descanso, prestar atención sanitaria al cuidador en caso de que desarrolle una enfermedad, entre otros.

Según Pilar Munuera(2011) en su publicación Mediación familiar: salud y dependencia funcional señala que:

Se entiende que la persona con dependencia, pierde su autonomía física para realizar las actividades tanto de la vida diaria como de su cuidado personal. La dependencia engloba dos aspectos. En el primer aspecto, se enmarcan las personas con discapacidades varias (como intelectual, física, sensorial, y psiquiátrica) así como edades muy diversas y no sólo las personas ancianas dependientes. El segundo aspecto incluye elementos clínicos, farmacológicos, sociales, económicos y políticos que tienen profundas implicaciones morales. (p 99).

El proceso de la dependencia es gradual según la pérdida de las capacidades básicas, tiene una relación directa con la salud, puesto que en el momento que un individuo presenta patologías, síntomas o signos de enfermedades degenerativas sean físicas o cognitivas, o cuando cierto órgano no está funcionando de forma adecuada se está generando dependencia en cierto tipo.

Se considera que la primera fase de la dependencia tiene lugar cuando el individuo presenta limitaciones físicas o fisiológicas asociadas a enfermedades o limitaciones, pero la fase propia de la dependencia conlleva un aspecto social que está vinculada directamente a terceras personas que serán las encargadas de garantizar una mejor calidad de vida para estas personas con dependencia. La dependencia no siempre será total, dependerá de la magnitud de las limitaciones que presente el individuo.

Dentro de la dependencia se consideran dos aspectos importantes la dependencia física y psíquica. La Dependencia física, es aquella en la cual la persona ha perdido por completo o existe un deterioro significativo en el control de las funciones

corporales la misma que impide el desenvolvimiento con elementos físicos del entorno. La misma puede deberse a una mala formación congénita que impide que el individuo se desenvuelva en el medio social generando limitaciones en su vida.

Por otro lado, la dependencia psíquica o mental es aquella en la cual el sujeto no se encuentra en la capacidad de tomar decisiones adecuadas sobre problemas de su vida o cuando existe una disminución de su coeficiente intelectual el mismo que le impide relacionarse adecuadamente con los demás y afecta significativamente su vida.

2.4.2 Evaluación de la Dependencia

En los servicios de salud pública, existe una predisposición creciente a valorar el impacto que tienen los diferentes problemas de salud, a nivel de la calidad de vida de los pacientes como sobre el uso de servicios sanitarios. Por esa razón la evaluación de la discapacidad está adquiriendo una relevancia cada vez mayor. Para lo cual se viene utilizando el Índice de Barthel, el mismo que mide la capacidad de las personas para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria. En los diferentes centros de rehabilitación es una labor de rutina realizar la valoración de la función física a cada paciente, los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la práctica clínica, siendo las personas de la tercera edad quienes prevalecen la discapacidad frente a la población general. La valoración de la función física es un instrumento importante y fundamental usado para la evaluación genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente valorar la función física de los pacientes es imprescindible al momento de evaluar el estado de salud.

De esta manera el Índice de Barthel aporta información a partir de la puntuación general que se le asigna al paciente, como de las puntuaciones parciales para cada actividad, siendo así como esto ayuda a conocer mejor cuales son las deficiencias específicas de la persona y además facilita la valoración de su evolución temporal. Dentro de las actividades básicas que presenta el índice de Barthel se ha tratado de jerarquizar las actividades en las cuales se observa independencia al momento de su realización siendo el orden el siguiente la alimentación, aseo, control de heces,

control de orina, baño, vestirse, usar el retrete, trasladarse cama/silla, desplazarse, subir/bajar escalones. La alimentación es la actividad en la que se observa con mayor frecuencia independencia.

2.4.3 Clasificación de dependencia

Según González F, Massad C, Lavanderos F, en su publicación Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (2010) señala que: “Grados de dependencia: La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo severo a lo leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.” (p. 15).

La Dependencia Severa identifica a aquellos individuos que padecen de una limitación grave, severa, que debido a su gran limitación para ejecutar las tareas básicas, requieren de asistencia sanitaria permanente y diaria. Son aquellos sujetos que debido a una complicación de salud se encuentran postrados, sufren de alguna discapacidad física o intelectual grave como algún tipo de demencia, debido a esto el sujeto necesita asistencia.

La Dependencia Moderada está presente en personas que sufren de algún tipo de limitación funcional moderada la misma que requiere de ayuda siempre o casi siempre para ejecutar alguna de las funciones básicas del diario vivir.

La Dependencia Leve se presenta en pacientes o personas que necesitan de algún tipo de ayuda para la realización de una actividad básica diaria la misma que requiere de cierto tiempo para cumplirla, no es constante y puede ser transitoria.

Independencia se considera a la condición de poder ejecutar cada una de las actividades consideradas básicas de la vida diaria, sin necesidad de recurrir a la ayuda o supervisión de terceras personas. El paciente es capaz de realizar cada actividad requerida, en un tiempo considerable sin modificación de la conducta y sin la ayuda técnica de instrumentos ni de terceras personas.

2.4.4 Discapacidad

La discapacidad es un estado por el cual ciertas personas, sea por orden genético o adquirida presentan una deficiencia en el aspecto físico, psicológico, sensorial, las mismas que afectan su condición de ente biopsicosocial, llevándole incluso a ser un sujeto vulnerable. El hecho de tener que interactuar frente a diversas situaciones del diario vivir, puede impedir su pleno desenvolvimiento dentro de la sociedad, y por ende afectar su condición de igualdad frente a los demás. Es por esta razón que las personas que padecen de alguna discapacidad son más vulnerables que el resto de personas.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2012) define la discapacidad como:

Un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).(CIF, 2012)

La Discapacidad es antes que nada, un fenómeno social visible y palpable en la actualidad. Está constituido por un contexto de deterioro físico, psíquico e intelectual que afecta a personas concretas es por ello que se considera que la discapacidad es muy diversa.

Se considera que la discapacidad es única para cada individuo, debido a que la manifestación de una alteración de la salud se presenta como una lesión, malformación congénita, deficiencia o limitación funcional es única para cada uno también influye diferentes aspectos como lo social, ambiental, laboral, el tipo de personalidad de cada individuo, las emociones, construcciones psicológicas e intelectuales, el mismo aspecto físico que hacen que cada persona se diferencie de otra. La construcción social y la discapacidad ha venido evolucionando con el paso del tiempo, las mismas que varían de una sociedad a otra, y de una época a otra

dependiendo de factores que determinan su condición de salud y como el individuo es aceptado dentro del círculo social, logrando su adaptación.

La discapacidad puede acarrear más problemas con respecto a la salud por lo que conduce a una asistencia sanitaria en algunos casos hasta permanente, para lo cual en algunos países existen planes o programas sanitarios exclusivamente para discapacitados.

Las personas con diferente tipo de discapacidad, tienen las mismas necesidades y derechos de salud que la población en general, derivando a una necesidad de tener acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

A la discapacidad se la puede analizar desde dos aspectos: el modelo médico en el cual considera que la discapacidad es una consecuencia de un problema directamente involucrado con una enfermedad o condición de salud la misma que genera limitaciones en su desarrollo físico o intelectual impidiendo su normal desenvolvimiento. Dentro de este modelo lo que se desea como forma de tratamiento es lograr en primer lugar una prevención en la persona, en caso de nacer con alguna discapacidad se busca en el individuo la cura o la forma de aliviarla, y que logre adaptarse a su nueva condición de vida. Para mejorar la calidad de vida de estas personas es de gran ayuda la rehabilitación médica, física y el cuidado de personas de asistencia sanitaria o los mismos familiares que garanticen una mejor calidad de vida.

Por otro lado el modelo social considera a la discapacidad como un problema social propiamente dicho debido a la falta de integración con el medio, no existe un vínculo estrecho que identifique a la persona con discapacidad y al medio social en el que se desenvuelve. Debido a las diversas condiciones limitantes de la discapacidad no se ha podido el ser humano adaptarse con normalidad a la sociedad, para lo cual es necesario llegar a un acuerdo, el que permita la integración del individuo al medio, promover una acción social e incentivar a la responsabilidad colectiva de la sociedad para realizar cambios en el ambiente encaminados a la libre participación de las personas con discapacidad en el ámbito social.

Como la discapacidad tiene relación con la dependencia es necesario realizar una prevención primaria con la finalidad de evitar o retrasar que se genere una dependencia, el siguiente paso es lograr una eficaz intervención con la persona para aliviar el síntoma y pretender dar un grado de normalidad o lo que es igual a disminuir la severidad del mismo. Y garantizar una asistencia, velar por cada una de las necesidades generadas como consecuencia de la dependencia que presenta el individuo. Como parte de la asistencia se encuentran los diferentes servicios sociales que actúan como respuesta a la dependencia, con la finalidad de ayudar a la persona afectada en aquellas actividades que le resulta difícil ejecutarla por sí sola. De esta manera se puede entender que la discapacidad puede ser una dificultad para la realización de actividades socialmente aceptadas, se puede expresar o manifestar como una limitación funcional sea en el aspecto físico, intelectual o social. Tiene relación directa entre la capacidad del individuo o la condición de salud y lo que demanda el medio social.

Es por ello que algunas personas con discapacidad requieren de dispositivos para su ayuda y lo que va a conllevar su cuidado necesitarán de otra persona quien les pueda asistir.

La discapacidad es cambiante, dependiendo del grado de limitación funcional de la persona y de su entorno ambiental, si se acopla o no al medio social. Para reducir las limitaciones que tiene la persona es intervenir o promover servicios sociales que se centren en la conducta adaptativa dentro de la sociedad.

En Ecuador gracias a la Vicepresidencia de la República se creó la misión solidaria “Manuela Espejo”.

Según la página web de la Vicepresidencia de la República del Ecuador (2007) se lleva a cabo:

El 30 de Marzo 2007 el Ecuador se adhirió a la convención de las Naciones Unidas con el propósito de promover y fortalecer la protección de los derechos de las personas con discapacidad (...) La Misión Solidaria Manuela Espejo es un estudio

biopsicosocial clínico genético para estudiar y registrar georeferencialmente a todas las personas con discapacidad a escala nacional.

Según la Misión Solidaria Manuela Espejo (2012) afirma:

Desde julio del 2009 a noviembre del 2011, las brigadas de la Misión Solidaria Manuela Espejo, visitaron 1'286.331 hogares en 24 provincias y 221 cantones del Ecuador, estudiando y localizando a 294.611 personas con discapacidad, quienes son atendidas de manera integral en el marco de la fase de respuesta. En el marco del estudio de la Misión Solidaria Manuela Espejo se realizaron 825.576 atenciones médicas a personas con discapacidad o a familiares. Se efectuaron también 21.062 consultas de genetistas y 35.257 consultas de otros especialistas; se registraron 26.327 casos críticos, que fueron atendidos urgente y oportunamente por la red pública de Salud. Estos datos arrojan una prevalencia de 2,43% de personas con discapacidad a nivel nacional.

Gracias a este programa de la Vicepresidencia de la República de Ecuador, se ha podido dar un cambio considerable con respecto al tema de la discapacidad, generando más posibilidades de trabajo para los mismos, e incluso mejorando la calidad de vida de la persona con discapacidad como para la familia, pero el tema de las personas con discapacidad es dinámico y no sólo depende de aspectos biológicos, sino también del medio ambiente. Hay que considerar que las personas con discapacidad tienen derechos y deberes, igual que el resto de los ciudadanos. El problema es que no siempre los respetamos. A esto se suma que hay personas con discapacidad que dependen al cien por ciento de otra persona sea un familiar, trabajador, alguna institución o centro de reposo.

2.4.5 Organización Mundial de la Salud

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) forma parte de la familia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la (CIF) (2001) menciona que:

Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo. (p. 5).

Es por esta razón que la CIF, asocia las condiciones de salud del individuo, su respectivo funcionamiento y la discapacidad, el relacionar directamente el diagnóstico con el funcionamiento va a proporcionar una visión más eficaz acerca del estado de salud de las personas con la finalidad de tomar decisiones acertadas encaminadas en la búsqueda de tratamientos para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Las clasificaciones que brinda la Organización Mundial de la Salud son útiles e indispensables debido a que permite comparar las condiciones de la salud de la población dentro de un contexto internacional. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (1980) refiere que: “Es una clasificación de componentes de salud. Los componentes de salud identifican los constituyentes de la salud, mientras que las consecuencias se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud.” (p. 6).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) es la encargada de velar por el bienestar relevante de la salud y los diferentes aspectos que conlleva, para lo cual determina factores vinculados con la salud como la memoria, aprendizaje, visión, movilidad y factores asociados al ambiente como transporte, relaciones sociales, educación, trabajo. Además la CIF no solo vela por la integridad de las personas con discapacidad sino de toda la población. Al mismo tiempo facilita diferentes situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus respectivas restricciones que permite organizar la información. La CIF menciona la información en dos partes, Componentes de funcionamiento y discapacidad; y Componentes de factores contextuales.

Según la CIF (2001) menciona que:

Los Componentes de Funcionamiento y Discapacidad: El componente Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. Los capítulos de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales.

El componente Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

Los Componentes de Factores Contextuales: El primer componente de los Factores Contextuales es una lista de Factores Ambientales. Los Factores Ambientales ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general. (p. 11-12).

Los componentes del funcionamiento y discapacidad, son de gran interés puesto que ayudan a identificar problemas como deficiencias o limitaciones físicas en diversas actividades todas vinculadas a la discapacidad. De esta manera el funcionamiento y la discapacidad están relacionados de forma dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales dentro del cual forma parte el aspecto social y personal.

Además dichos componentes son útiles debido a que ayudan a identificar problemas como las deficiencias en las actividades todas ellas relaciones directamente con la discapacidad, conjuntamente ayudan a identificar aspectos no problemáticos relaciones con la salud del individuo lo que engloba el funcionamiento.

Los componentes contextuales ambientales pueden ser dicotómicos por un lado son facilitadores cuando logran alcanzar las expectativas para el buen desarrollo de la persona con discapacidad o también son barreras en un mundo físico, social, en el cual se desenvuelve el ser humano.

Así de esta manera la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que la discapacidad es una entidad universal de los seres humanos no solo un ente social. Lo considera universal ya que implica que los seres humanos tienen de cierta manera alguna limitación funcional en su capacidad física, en lo social, en lo personal los mismos que están relacionados con la salud, además que el grado de deficiencia en la funcionalidad depende de cada persona y su condición de salud. De esta manera la discapacidad es relativa a las expectativas que se ha otorgado al funcionamiento de las personas, hay varias manifestaciones de la discapacidad las mismas que tienen como características los mismos estados funcionales que son susceptibles de identificar científicamente.

Existe una relación directa entre la discapacidad y la sociedad, existen creencias culturales que hacen que las personas perciban a la discapacidad desde diversos

conceptos, determinando así su tratamiento e inserción a la comunidad, de esta manera el personal de salud debe tener en cuenta el nivel cultural y social que tiene la persona para poder realizar el correcto tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) sobre discapacidad señala que:

La Organización Mundial de la Salud cuenta entre sus grupos de trabajo con uno dedicado a la “Clasificación, evaluación, encuestas y terminología” aplicables al campo de la salud. En el marco de las actividades de este grupo se ha gestado la revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS, para ensayo, en 1980. (p. 16)

De esta manera la Organización Mundial de la Salud (OMS) está vinculada al campo de la salud y a la discapacidad, es por ello que emplea terminología propia, además de ir más allá de la enfermedad, de las consecuencias que implica tanto en el cuerpo de la persona y en sus relaciones sociales.

Es así como se logra dar una conceptualización más clara acerca de la discapacidad.

Según la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalía (CIDDM) (1997) señala que: “La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).” (p.16). Al tener presente el concepto de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cree que es conveniente ir más allá, es decir enfocarse en las consecuencias, efectos que implica una enfermedad en los seres humanos, como llega a impactar la personalidad, actitudes, y las relaciones familiares y sociales.

Para lo cual la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalía (CIDDM) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997) señala las siguientes consecuencias de las enfermedades:

Una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).(p. 16-17)

Es evidente que las consecuencias de una enfermedad están relacionadas entre sí, ya que una deficiencia puede acarrear una discapacidad, y tanto las deficiencias como la discapacidad pueden dar paso a que se pierda independencia física o psicológica. Los estados de salud de las personas tienen relación con las consecuencias de los componentes del funcionamiento, es decir, que puede generar la persona problemas más graves como trastornos.

Los diversos componentes del funcionamiento están relacionados, de esta manera el cuerpo se relaciona con las actividades, participación y viceversa. Además de estar conectados o influenciados por el contexto social, ambiental y personal.

Las distintas enfermedades que se presentan en las personas con o sin discapacidad pueden acarrear problemas individuales, familiares o sociales. La asistencia permanente puede generar en el cuidador sea este un familiar o persona particular alteraciones en varios aspectos de su vida como un aumento de gastos económicos por la enfermedad presentada, problemas de irritabilidad, cambios físicos, emocionales, etc.

Los cuidadores informales, son aquellos que no tienen formación como asistentes sanitarios pero son los encargados del cuidado de otra persona dependiente en el hogar garantizan el cuidado de padres, hijos, cónyuges y más miembros de la familia, por lo general las personas que se dedican a realizar esta actividad por lo general no reciben una remuneración económica. Dentro de los cuidados o necesidades que requieren los individuos encargados del cuidado de personas con discapacidad son aspectos de carácter físico, apoyo emocional, una remuneración económica, nutrir su espiritualidad, entre otras.

Es por ello que cuando una persona tiene discapacidad o se encuentra en un estado de dependencia, será la familia quien asigne a un cuidador permanente el mismo que este cerca de la persona con discapacidad, que a la vez está desprotegido.

Generalmente este rol de cuidador está a cargo de la mujer, ya que ha sido la misma sociedad quien la ha catalogado como la persona más apta y hábil para brindar este cuidado.

Ser cuidador de personas con discapacidad es una labor que se desarrolla por decisión propia, por designación de la misma familia o porque siente un compromiso especial con la persona que presenta discapacidad. Esta responsabilidad implica un gran cambio en la vida de estas personas, en ciertas ocasiones involucrándose directamente con los problemas emocionales, físicos, sociales y económicos, ha sucedido que al momento de dedicarse al cuidado de otra persona, no están preparados ni capacitados para hacerlo, ni existen ofertas para poder prepararse para esta nueva responsabilidad.

El cuidar implica involucrarse directamente en la vida de otra persona, velar por su integridad física, emocional, ser una guía para estas personas, brindar apoyo, acompañamiento, vigilancia, ayudarles a trasladarse de un lugar a otro, motivarle. Por esta razón las personas encargadas del cuidado de personas con discapacidad, empiezan a descuidarse a sí mismas, su estilo de vida cambia por asumir una nueva responsabilidad, la dedicación total hacia otras personas la convierte en una persona vulnerable, susceptible. En parte la familia contribuye a que esto suceda, puesto que no existe el apoyo hacia el cuidador o el mismo es muy escaso.

No resulta fácil cuidar de otra persona, ya que la misma implica una suma de responsabilidades, lo que desencadena en los cuidadores una sobrecarga, también pueden presentar problemas físicos, sociales, emocionales, psíquicos. Tomando en cuenta que empiezan a aislarse, sus relaciones interpersonales decaen, se deprimen, descuidan su aspecto emocional ocasionándoles impotencia, desgaste, problemas personales que conllevan a problemas familiares, lo que hace que las relaciones se vuelvan más tensas y rígidas.

2.4.6 La ansiedad

El exceso de trabajo de las personas encargadas del cuidado de personas con discapacidad puede generar varios conflictos entre ellos pueden desarrollar ansiedad. Según Goldman (2001), la ansiedad es: “Estado disfórico (desagradable) semejante al

miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta aparente de peligro (...) Se define a veces como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora.” (p. 133-134).

Dentro de las consecuencias que puede presentar la ansiedad pueden variar de acuerdo al tiempo de aparición y a la intensidad de los síntomas, además de la aceptación o negación del afectado y para poder continuar con un tratamiento respectivo.

Si la persona se resiste a reconocer que sufre de ansiedad o prefiere restarle importancia, en un largo plazo las consecuencias pueden ser perjudiciales tanto a nivel físico como psicológico. El trabajar a diario con personas con discapacidad las mismas que son vulnerables y requieren de una asistencia capacitada para sus respectivos cuidados. Las mismas que deben capacitarse en brindar una calidad de vida aceptable y estar pendientes de los diversos problemas que aparecen sean estos personales, sociales, familiares o emocionales, en este caso hace que el personal encargado del cuidado de niños con discapacidad de la fundación FUVIRESE, estén más propensos a desarrollar estrés laboral que se lo puede considerar como un problema biopsicosocial que actualmente afecta a la gran mayoría de las personas. Las causas y efectos del estrés en el área laboral son variados, sin embargo lo importante es motivar y preparar a los miembros en este caso al personal que labora en la Fundación de Vida Realidad y Servicio (FUVIRESE) y a los padres de familia de los niños con discapacidad para afrontar con firmeza y valentía los retos planteados a nivel laboral, sin descuidar su integridad como personas, su familia, las relaciones interpersonales, su estado emocional, sus propósitos para obtener excelentes resultados en el logro de metas que se propongan.

Actualmente la sociedad moderna en la que vivimos, se está desarrollando de una manera acelerada enfrentándose cada día a fuertes demandas impuestas por el medio, generando una serie de reacciones y estados emocionales displacenteros, los cuales impiden la realización personal.

En los últimos años ha aumentado el interés de la sociedad por estudiar el estrés que generan las personas en el trabajo. Este interés por conocer más acerca del estrés se deriva de las consecuencias que esto implica en millones de trabajadores en el mundo y como esto influye en la economía de los países.

2.4.7 El estrés

Los trabajadores que laboran en organizaciones o entidades cuyo objeto de trabajo son otros seres humanos, son especialmente sensibles a padecer estrés por el hecho de estar vinculados diariamente con personas en la cual se involucran componentes afectivos, emocionales. Según Selye (Citado por Guillén, Clara) menciona que: “El estrés como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Selye no hace referencia al estímulo, sino a la respuesta del organismo a éste.” (p.8)

De la misma manera Peiró (1992) (Citado por Guillén, Clara) señala que: “El estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye, en buena medida, a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y eficaz desenvolvimiento en muchas esferas de la vida”. (p. 9)

Tomando en cuenta las aportaciones mencionadas anteriormente el estrés está inmerso en todos los ámbitos de la vida, se generan tensiones por lo que como seres humanos racionales lo importante, es saber controlar las mismas para canalizarlas luego de manera positiva. Esto sería lo ideal para que las personas encargadas del cuidado de los niños con discapacidad lo pongan en práctica y puedan aliviar los síntomas tanto de la ansiedad como del estrés laboral que llegan a manifestar y por ende afecta su vida biopsicosocial.

El estrés es cualquier estímulo o situación que requiere de adaptación o de cambio por parte de la persona involucrada en la situación. Pero cuando el estrés se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias, como la sobrecarga del trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, las presiones familiares,

entre otras, se perciben inconscientemente como amenazas que indudablemente la persona reacciona defensivamente volviéndose irritable, y sufriendo consecuencias nocivas para el organismo, los mismo que se pueden prolongar por un largo tiempo. Entre los síntomas que pueden presentar las personas que padecen estrés están problemas del sueño, alteraciones del apetito, elevación de la presión sanguínea, gastritis, úlceras, disminución de la función renal, agotamiento, entre otras.

2.4.8 El estrés laboral

Pero el estrés laboral se puede convertir en un proceso cíclico, en el cual las consecuencias del estrés pueden ocasionar que con el paso del tiempo el trabajador perciba con mayor frecuencia fuentes de estrés, haciendo que disminuya su percepción de capacidad para afrontarlo. Esto a largo tiempo puede ser perjudicial, ya que disminuye la capacidad de trabajo además de influir negativamente en la salud mental y física de las personas. De esta manera la calidad de vida laboral, va a repercutir en la salud mental y física de los trabajadores y por ende en el área de trabajo produciéndose absentismos, disminución en la productividad y en la calidad de servicios, entre otros.

El estrés es diferente para cada persona, lo que provoca estrés un una, puede ser un factor inofensivo en otra. Por lo general el estrés está presente en personas que laboran en asistencia sanitaria, el mismo que está conformado por variables físicas, emocionales o psicológicas y sociales. Dentro de los estresores que presentan los trabajadores están la sobrecarga laboral, contacto directo con la enfermedad o discapacidad, mala remuneración económica, trato inhumano por parte del paciente, falta de especificidad de funciones, estar en contacto con el dolor o en casos extremos con la muerte, pérdida de autonomía en el trabajo, dificultad para la toma de decisiones.

Todos estos factores explican como las personas se ven afectadas por el estrés, además estos componentes personales como su estado psicológico y físico, además

del significado que le otorga el evento perturbador, y las condiciones ambientales sean estas positivos o negativos.

Así de esta manera cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente en nuestras vidas podrían convertirse en estrés, si a dichos hechos le otorgamos una relación especial de amenaza, o si no estamos bien preparados física y psicológicamente para afrontarlo.

2.4.8 El estrés laboral en los cuidadores

Toda la carga emocional, física que presentan los cuidadores acompañada del estrés es tan grande que descuidan su vida personal la hacen a un lado, por garantizar un mejor cuidado a las personas que están bajo su tutela, se produce una restricción de actividades que anteriormente lo realizan con total normalidad, existe una disminución en la energía, desgaste físico, emocional y espiritual, los mismos que traen como consecuencia enfermedades debido a la falta de cuidado personal. Las personas cuidadoras por lo general no cumplen con su realización personal con su proyecto de vida, cambian las actividades que solían realizar o simplemente dejan de hacerlas, porque no tienen tiempo, no cuentan con el dinero suficiente, no existen quien los reemplace en los cuidados a la persona a quien asisten.

De la Cuesta (2004), manifiesta: “para vivir para ellos, usted tiene que matar su vida” (p. 35).

El cuidar a otra persona es una tarea muy compleja, la misma que demanda de mucha responsabilidad, pero a la vez es una tarea gratificante velar por otra persona que requiere de ayuda, esta tarea sirve para descubrir cualidades que estaban ocultas, ayuda a redescubrir aptitudes, talentos gracias a la labor tan humana de cuidar de la integridad de una tercera persona. La satisfacción de ayudar a otra persona en su recuperación es motivador y más si es de un ser querido, produce alegría por seguir adelante e impulsa a continuar con el tratamiento y de mejorar las relaciones familiares.

En el artículo El Arte de Cuidar (2004), menciona: “Lo que es seguro es que cuidar a un familiar es una de las experiencias más dignas y merecedoras de reconocimiento por parte de la sociedad” (p. 36)

De esta manera Herrera (2004), manifiesta lo siguiente:

Los seres humanos tienen necesidades tanto fisiológicas, sociales y emocionales para lograr mantener un equilibrio entre su ser y el entorno que lo rodea se deben satisfacer adecuadamente. Con los cuidadores de personas en situación de discapacidad hay una serie de necesidades que en su mayoría no se satisfacen, hay un desgaste físico y emocional, el cual es ocasionado por el abandono en su auto cuidado y proyecto de vida, y la falta de apoyo tanto de la familia, como de las redes sociales e institucionales. (p. 36)

2.4.9 Necesidades de los cuidadores

Dentro de las necesidades que generalmente requieren los cuidadores de personas en situación de discapacidad se encuentran, capacitarse en cuanto a recibir información y formación acerca de la discapacidad que posee la persona que se encuentra en su cargo o bajo su cuidado. El factor económico juega un papel fundamental en cuanto a las necesidades que requieren los cuidadores, puesto en ocasiones tienen que abandonar su trabajo o su fuente generadora de ingresos para dedicarse a tiempo completo a cuidar de su familiar, y por ende tienen que depender económicamente de la familia. Este nuevo cambio de vida, el asumir una responsabilidad tan grande como velar por la integridad de otro ser humano, va a producir un sinnúmero de cambios físicos, psicológicos y psíquicos. No solo la persona en situación de discapacidad va a necesitar un control médico y atención psicológica, sino también lo requerirán las personas encargadas de su cuidado, debido a que se produce un cambio en su vida y aparecen problemas relacionados con la salud como depresión, ansiedad, irritabilidad, tristeza, en algunos casos sentimientos de culpa por no atender correctamente al paciente. Pero estos problemas se pueden extender del orden personal a lo familiar, ya que se van a generar problemas de comunicación, malas relaciones interpersonales, problemas conyugales, aislamiento, entre otros. El solo hecho de compartir las diferentes actividades dentro del hogar va a garantizar que la tensión en los cuidadores no afecte su estado de salud.

Y es así como De la Cuesta (2002) asegura que: “El disponer de tiempo libre lo cual se convierte casi en una utopía por lo que no hay espacio para el ocio, la recreación y el contacto con la sociedad, convirtiéndose esto en una necesidad vital insatisfecha.” (p.37)

2.4.10 La Relación entre el cuidador y la familia

Hacer concientización de la situación que padecen los cuidadores de personas en situación de discapacidad dentro del núcleo familiar es fundamental, dar a conocer la importancia y el valor que tienen los cuidadores, reconocer la gran labor que ellos realizan es el inicio de un cambio de pensamiento, en el cual, la familia acepte que tiene que ayudar a su cuidador brindando su apoyo, compartiendo responsabilidades y obligaciones siendo gestores del cuidado. La familia es el núcleo de apoyo de cada integrante de la misma, es la encargada de velar por el bienestar y el cuidado de los miembros, de satisfacer cada una de sus necesidades básicas, cada familia tiene sus propias creencias, valores y cuando se produce cierto cambio dentro de la misma, son todos los integrantes quienes se verán afectados directa o indirectamente. De esta manera el hecho de enfrentarse a una situación de discapacidad por algún integrante de la familia, puede generar algún tipo de crisis, haciendo que el desarrollo vital de la persona en situación de discapacidad y de su cuidador se vea afectado y de igual manera el ciclo familiar debido a que es una situación no esperada y no están preparados en su totalidad para asumirla. El hecho de asumir y sobrellevar la discapacidad es una tarea difícil para lo cual es necesario que la familia acepte la nueva situación de vida con la finalidad de adaptarse a las nuevas condiciones.

El atravesar por una situación de discapacidad es complicado, pero la familia es la encargada del cuidado continuo, pero además de brindar oportunidades y potencializar las cualidades de la persona con discapacidad, de esta manera se facilita que la persona pueda integrarse a la sociedad como un miembro activo. Este cambio dentro del núcleo familiar llega a impactar la homeostasis, la persona encargada del cuidado es quien más se ve afectada, el hecho de asumir una nueva responsabilidad

de velar por el bienestar de esta persona, inclusive llegando a dejar de lado sus necesidades y su proyecto de vida.

2.5 Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo

En las últimas décadas, se ha presentado un cambio laboral acelerado debido a transformaciones en el mundo social, económico, demográfico, y tecnológico, lo que ha conllevado a que las diferentes organizaciones y divisiones del trabajo se hayan replanteado o reconfigurado, pero a la vez ha existido un conjunto de riesgos y daños que han afectado principalmente a la salud de cada trabajador las mismas que son derivadas de las condiciones de trabajo. Los diferentes estresores que se presentan en el trabajo no se traducen de manera inmediata en efectos contradictorios a la salud, pues las personas poseen características personales a manera de mecanismos de defensa que ayudan a proteger la relación que existe entre estresores en el trabajo y el estado de salud, pero cuando dichas estrategias fallan puede aparecer el Síndrome de Burnout.

Cuando no se maneja de manera adecuada el exceso de estrés laboral y la ansiedad por motivo del trabajo en especial el trabajar con personas en situación de discapacidad a diario, la persona está más propensa a desarrollar Síndrome de Burnout. El Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que por lo general emplea el individuo para manejar y controlar los diferentes estresores laborales y cumple un papel como mediadora entre el estrés percibido y las diferentes consecuencias que aparecen. De esta manera si se mantienen altos los niveles del Síndrome de Burnout por un período prolongado de tiempo, las consecuencias serán nocivas en los trabajadores en forma de enfermedad o falta de salud como pueden aparecer alteraciones psicosomáticas como alteraciones cardiorrespiratorias, gastritis, cefaleas, pérdida del sueño, mareos, úlceras, vértigo, entre otras y para la organización las consecuencias serán absentismo, deterioro del rendimiento o calidad de servicio, abandono.

Cuando se trabaja con personas directamente, los seres humanos desarrollamos la habilidad para saber de qué manera afrontar las diferentes situaciones estresantes mediante una serie de estrategias de afrontamiento, para lo cual los profesiones que trabajan con otras personas deben saber cómo afrontar el estrés en este caso sentimientos negativos y ser capaces de eliminar las diferentes situaciones estresantes.

Pero cuando las estrategias empleadas para vencer el estrés no funcionan o no resultan exitosas, los trabajadores van a experimentar sentimientos negativos de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales hacia los cuales está dirigido su trabajo.

El Síndrome de Burnout o desgaste profesional según Fredeunberger (1974) lo define como:

El Burnout se trata de un estado de fatiga o si bien de frustración que surge de la dedicación a una causa, forma de vida o relación en la que no produce el esperado esfuerzo. Puede verse como un fracaso adaptativo individual por el desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas del trabajo con las personas. Normalmente no es reconocido y es mal resuelto por quien lo padece tras de exigencias laborales que determinan un esfuerzo crónico, así como insuficientes refuerzos. (p 150-165)

Las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson (1981) consideran “la aparición de este síndrome en profesiones de servicios caracterizados por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.” (p.16)

El autor David Ortega (2006) (citado por Toledo Gladys 2012) en su tesis titulada “Identificación del Burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito.” Define al síndrome de Burnout como:

El estrés laboral que puede afectar a las actividades y rendimiento en el trabajo de cualquier profesional, y también a la vida personal”, que suelen darse en los ámbitos de la salud y enseñanza al tratarse de profesionales que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás. (p. 14)

Maslach & Jackson, 1981 (citado por Toledo, 2012): “Desde la perspectiva psicosocial, al término Burnout lo conceptualizan como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.” (p. 14).

De la misma manera Maslach y Jackson (1981), definen al Burnout desde el aspecto psicosocial como: “Un proceso o una respuesta principalmente emocional que surge de una serie de manifestaciones diferenciadas en las distintas etapas que se generan por interacción de las características del entorno laboral y las personales” (p133).

El síndrome de Burnout conocido también como síndrome del desgaste profesional, genera actitudes, pensamientos y sentimientos de forma negativos, los mismos que envuelven alteraciones psicosomáticas, conductuales, defensivas y emocionales perjudiciales para la persona, que dificultan un buen desenvolvimiento en el trabajo, generando consecuencias desfavorables.

2.5.1 El Burnout y el ámbito laboral

El Síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral crónico que aparece por lo general en profesionales que brindan servicios a otros seres humanos. Se percibe que el Burnout aparece en profesionales que realizan actividades de asistencia, el mismo que requiere de un incremento de esfuerzos, generando como consecuencia síntomas a niveles físico, conductual, afectivo, cognitivo, motivacional, que se transforman en deterioro en la atención profesional y afectando la calidad de vida.

El Burnout es una de los problemas que más afecta al mundo laboral generando consecuencias tanto personales como económicas. De esta manera el Burnout sería una consecuencia de eventos estresantes que dispone al individuo a padecerlo. Dichos eventos serían de carácter laboral, ya que la interacción que el individuo mantiene con las diversas condiciones del trabajo es la clave para su aparición.

Pero para que el Síndrome aparezca es necesario que exista una interacción humana, en este caso de trabajador usuario, las mismas que sean intensas y duraderas. De esta manera el Burnout es un proceso continuo que va avanzando o surgiendo de manera paulatina, el mismo que se va instaurando en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome. Este fenómeno afecta el funcionamiento mental de las personas, lo que conlleva una toma de decisiones más lenta y por ende menos segura, aumenta la ansiedad, reduce la autoestima de los trabajadores, el autocontrol y la confianza. De la misma manera a largo plazo se produce insatisfacción, ejecución empobrecida, mal servicio, incluso hasta el abandono de las actividades.

El Síndrome de quemarse en el trabajo aparece como consecuencia de una reevaluación cognitiva, cuando las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés laboral crónico no funcionan. Tomando como referencia la teoría sobre la génesis de las actitudes (Eagly y Chaiken 1993) y los resultados de estudios empíricos (Gil-Monte, Pieró y Valcárcel,1998) se puede concluir que:

El Síndrome de Quemarse en el Trabajo se inicia con el deterioro cognitivo (p.ej, pérdida de la ilusión por el trabajo, baja realización personal laboral) y emocional (p.ej, desgaste psíquico, agotamiento emocional) del individuo, y posteriormente aparecerán las actitudes negativas hacia los usuarios de la organización (p.ej, indolencia, despersonalización), que funcionan como una estrategia de afrontamiento frente a la experiencia crónica de deterioro cognitivo y emocional. (p. 274).

Las conductas y actitudes negativas hacia los usuarios de los servicios, no es una manera inicial de afrontar el estrés del profesional, debido a su rol ético profesional y a los valores de la sociedad. De esta manera podemos entender que el Síndrome de quemarse en el trabajo no aparece en los primeros años de profesión y es una respuesta al estrés laboral crónico.

En algunos profesionales aparecen sentimientos de culpa. La culpa es una emoción social que está vinculada a las relaciones íntimas, en las que las personas responden frente a las diferentes necesidades que presenta la otra persona, y no a un intercambio recíproco. De esta manera la culpa tiene una función de reafirmar el compromiso que se asume frente a otra persona y la responsabilidad de cuidarla y garantizar su buen desarrollo, además de influir sobre otras personas, alivia el estrés que se produce por

la falta de equilibrio en el estado emocional frente a los diferentes cambios sociales. Los sentimientos de culpa, son síntomas relevantes en el síndrome de Burnout y es una de las causas por las cuales los profesionales asisten o buscan ayuda terapéutica, además de ser clave para explicar cómo se relaciona con las consecuencias más importantes, la depresión y el absentismo.

En esta investigación se identificará desde diferentes puntos de vista el estrés laboral que pueden presentar el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad, actitudes inadecuadas hacia los clientes y hacia sí mismo, se determinará manifestaciones psicológicas y físicas, problemas de personalidad, de interacción social, depresión y ansiedad.

Al síndrome de Burnout lo podemos analizar desde la perspectiva clínica y psicosocial.

La perspectiva clínica entiende al Burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La perspectiva psicosocial ve al Burnout como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales.

Según Maslach y Jackson (1986) (citado por S. Llorens, M. García-Renedo y M. Salanova, 2005) en la revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones conceptualizan al Burnout como: “Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan ‘con personas’ en alguna medida”. (p 57)

2.5.2 Síntomas del Burnout

Maslach y Jackson (1981), formularon para la evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, “el Maslach Burnout Inventory”, se ha definido como un síndrome que consta de 3 síntomas:

El primer síntoma es Baja Realización Personal:

Baja realización personal en el trabajo: tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, en especial su habilidad para realizar el trabajo y para tratar con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. (p. 14)

Otro de los síntomas es el Agotamiento Emocional el cual se lo describe como:

Experiencia en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios debido al contacto diario y continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo y que presentan problemas o resultan problemáticas (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.). (p.14)

Y para finalizar el siguiente síntoma es Despersonalización el mismo que es el:

Desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales con indiferencia y de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (v.g., al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, al indigente sus problemas sociales, al preso su condena, etc.). (p.14)

Así de esta manera Maslach y Pines (1977) consideran al SQT (Síndrome de quemarse en el trabajo) como:

El Síndrome de Quemarse en el Trabajo ha sido definido como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios. (p. 17)

Entre los síntomas que comúnmente presentan las personas frente a un estrés laboral están agotamiento, decepción, irritabilidad, pérdida de interés, fatiga física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, sentimiento de culpa o desorientación profesional, labilidad emocional, sentimiento de inferioridad por falta de éxito profesional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas.

Esto puede dar como conclusiones ausentismo laboral, la disminución en la calidad y la cantidad del trabajo realizado. Sin embargo hay que tener en cuenta que existen factores demográficos que pueden influenciar en el Síndrome de Burnout como la edad, género, estado civil, escolaridad del personal que labora. El Burnout puede afectar a toda persona

que se desempeña en profesiones que exigen entrega, idealismo, servicio a personas, compromiso.

2.5.3 Factores asociados al Burnout

El origen del Síndrome de Burnout puede estar asociado directamente al entorno laboral y las condiciones de trabajo. Pero esto depende de variables como la personalidad, los factores demográficos, entorno personal que pueden dar evoluciones diferentes de Burnout en los sujetos. Con respecto a las condiciones personales, el perfil de la persona más propensa a desarrollar Síndrome de Burnout se caracteriza por una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia, sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, perfeccionismo, necesidad de control, entre otros elementos.

La exposición a factores psicosociales intensos puede dar como resultado la presencia del Síndrome de Burnout, variables como la sobrecarga del trabajo, pérdida de autonomía, falta de control de impulsos, malas relaciones interpersonales, falta de comunicación asertiva entre los compañeros de trabajo, falta de apoyo social y emocional, mala remuneración económica, cuando no existe reconocimiento del trabajo realizado, descompensación entre responsabilidad recursos y autonomía pueden dar lugar a la aparición de estrés laboral que confluya en un daño a la salud del trabajador.

Condiciones como la insatisfacción marital, las relaciones familiares empobrecidas en las cuales existe poca comunicación, la falta de tiempo de ocio y recreación, la ausencia de actividad física, junto con una insatisfacción permanente, la sobrecarga laboral, todos estos factores están asociados directamente con el Síndrome de Burnout.

El Burnout puede aparecer cuando no se controlan las estrategias de afrontamiento al estrés laboral y como resultado se presentan los distintos síntomas. Pero cuando se no maneja de manera adecuada los síntomas del Burnout pueden desencadenar trastornos asociados como problemas psicosomáticos, emocionales, conductuales y trastornos de ansiedad.

2.5.4 Trastornos Asociados

Las consecuencias para la salud de los trabajadores afectados por el Síndrome de Burnout son diversas, entre ellas presenta alteraciones de orden psicosomático, cambios emocionales, alteraciones conductuales y trastornos de ansiedad.

Entre los síntomas psicosomáticos principalmente aparecen alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

A nivel emocional, las personas se ven afectadas presentando alteraciones como el uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia, depresión irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, sentimientos de minusvalía, sentimientos de frustración profesional.

Otro de los síntomas a tomar en cuenta son las alteraciones conductuales entre las que se encuentran conductas alimentarias, abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo tabaquismo, además presentan agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad.

En ocasiones surgen conductas paradójicas defensivas como el desarrollo excesivo de hobbies (que llenan la mente de la persona, incluso en hora de trabajo), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina, pseudoausentismo laboral con el desarrollo de actividades cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continua).

Hay que tener en cuenta que las personas que padecen de Síndrome de Burnout son propensas a desarrollar Trastornos de Ansiedad.

Según Sáiz Ruiz y Montes Rodríguez (2003) definen a la ansiedad como:

La ansiedad puede definirse como un mecanismo adaptativo desencadenado ante cualquier situación de peligro o que es vivenciado como tal por el sujeto, que genera en el organismo una serie de respuestas fisiológicas, cognoscitivas y conductuales con el fin de producir un estado de activación y alerta para responder en las mejores condiciones posibles. (p. 17)

Todas las personas experimentamos ansiedad en cualquier momento de nuestra vida frente a alguna circunstancia. Pero la ansiedad se vuelve patológica cuando aparece frente a un peligro que no es real o cuando su intensidad y duración no es proporcional a la situación que la generó. La ansiedad patológica es más grave a diferencia de la normal, debido a su intensidad, duración o reaparición. Por lo general aparece sin una situación amenazante aparente, los síntomas físicos y psíquicos afectan a planos más profundos de corporalidad, produce en deterioro en el funcionamiento y deja de ser adaptativa.

Dentro de los síntomas que experimenta la persona con ansiedad está intranquilidad, temores, aprensión, en casos mayores se encuentran sensación inminente de muerte, temor a enloquecer y perder el control. La ansiedad se asocia a una serie de alteraciones en la atención y concentración que afectan el rendimiento intelectual y la memoria. Los trabajadores que padecen de ansiedad patológica refieren tener despistes, olvidos que genera preocupación como una señal de la pérdida de funciones cognitivas. En ciertas ocasiones presentan sentimientos de extrañeza a sí mismo, como si se vieran extraños a manera de despersonalización. La ansiedad también conlleva dichos síntomas incapacidad para estar quieto, inquietud, movimientos repetitivos, otras alteraciones conductuales con efecto contrario como inhibición, dificultad para el contacto social, y en ciertos casos se produce estupor.

2.5.5 Población

La adultez es una etapa del desarrollo evolutivo del ser humano, en la cual muchas personas alcanzan una máxima responsabilidad personal, social y alcanzan el éxito

profesional. Además es una etapa en la cual parecen cambios físicos, emocionales, sociales y laborales.

Dentro de los cambios físicos que aparecen en la adultez media están disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción, apareamiento de canas, calvicie, sequedad cutánea (arrugas), el tacto disminuye (la sensibilidad disminuye), presentan problemas de presión arterial, disminución hormonal de enzimas digestivas es propenso al estreñimiento, cólicos, infecciones, el umbral de audición se encuentra disminuido, las papilas gustativas se mantiene, acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo.

Con respecto al desarrollo cognitivo, presentan las siguientes características: Máximo rendimiento intelectual debido a que ponen en práctica los conocimientos. La inteligencia es fluida ya que tiene la capacidad de adquirir conocimientos. Logran adquirir experiencia y se da el reconocimiento profesional el mismo que se logra gracias a la puesta en práctica de conocimientos. Posformal: el adulto toma opiniones diferentes. Es eficiente. Tiene una Inteligencia Cristalizada la misma que tiene la capacidad de recordar información adquirida. Logran una mejor memoria por el conocimiento adquirido, su vocabulario es más fluido, más palabras. Desarrollan un razonamiento intuitivo. Adquieren una visión más realista y futura logrando tomar decisiones bien analizadas, se toman su tiempo no toman decisiones abruptas.

Dentro de las características socio familiares destacan: el prestigio Social (gracias a la experiencia) existe un mayor desenvolvimiento. Los adultos buscan la selectividad social en la cual evitan situaciones que le disgustan. Mantienen una caravana social esto quiere decir que viven en un ambiente social amplio, familiares, amigos, amistades de los hijos. Las relaciones interpersonales son más restrictivas (sentimientos más aislados, valoran a las personas), a la vez experimentan cambios (vida matrimonial) en donde los hijos buscan el encuentro con los padres. Debido a los cambios que se producen los divorcios se pueden dar en esta etapa.

La adultez media tiene como características en el desarrollo afectivo sexual los siguientes aspectos. En lo afectivo el adulto posee un mejor y mayor control de emociones, es más estable. La mujer no sufre mucho cuando los hijos se van, el hombre es quien más sufre.

En los aspectos sexuales, existe una disminución del apetito sexual, aunque al pasar la menopausia disfrutan más de su intimidad. El hombre es más apático, son más objetivos, evitan sentir relaciones estrechas con su familia para evitar sufrimiento cuando ellos se vayan. Toman su tiempo para asumir decisiones. Existe en el adulto un disfrute de sus emociones (conocen lo que sienten, mayor estabilidad y compenetración con sus hijos). Por su parte las mujeres son más sensibles, amorosas con sus esposos, son más sensitivas, se entregan por completo son más orgásmicas, la mujer tiende a mejorar y elimina el estrés.

Por una parte con respecto a la personalidad existen cambios en la misma y el estilo de vida durante la edad adulta intermedia se atribuye con frecuencia a la crisis de la mitad de la vida. La cual es provocada por la revisión y reevaluación de la vida pasada.

Según Eric Erikson (citado por Nelson Antonio Bordignon) (2012) menciona dentro de los estadios psicosociales que presenta el adulto el estadio generatividad versus estancamiento. En dicho estadio el desarrollo psicosexual es la condición de la generatividad, la misma que es el cuidado y la intervención en la educación de las nuevas generaciones. Así de esta manera:

La crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento. Después de la paternidad (maternidad) el impulso generativo incluye la capacidad de la productividad, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo, por la ciencia y tecnología; y la creatividad, esto es, la generación de nuevas ideas para el bienestar de las nuevas generaciones. (p. 57)

Así de esta manera la presente lógica representa la fuerza de generación y el desarrollo de la vida y es fundamental la superación de la misma para que la persona sea capaz de amar y trabajar por el bienestar de otros. Así de esta manera la

generatividad es el interés de los adultos por establecer y orientar a la siguiente generación. La virtud de este período es el cuidado, un compromiso creciente en cuidar de las personas los productos y las ideas que uno ha aprendido a cuidar. Pero cuando la fuerza generativa fracasa se produce un sentimiento de estancamiento, acompañado de depresión, narcisismo que imposibilitan la eficacia y eficiencia del amor manifestado en la familia y a nivel laboral.

Así Eric Erikson (citado por Nelson Antonio Bordinon) (2012) refieren que el estancamiento es:

El estancamiento representa una regresión psicosocial y la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infecundidad personal y social, sentimiento percibido en la incapacidad de generar, de producir y de criar. El rechazo es un sentimiento de aislamiento y alejamiento de los otros, puede percibir las personas, los grupos, las culturas, naciones y la misma humanidad como una amenaza para ellos, el que puede conducir a las personas, los grupos y las naciones a que se odien y se destruyan mutuamente. (p. 58)

2.5.6 Características del Trabajo

En el caso del personal que brinda asistencia, el contacto directo con la persona que reciba la ayuda puede convertirse en fuente de tensión emocional debido a las características, sentimientos, conductas, actitudes propias de las personas que sufren de alguna enfermedad y lo que ello representa, los problemas de comunicación que suelen darse con los pacientes, la frustración relativamente alta que sufren los profesionales, y el conflicto propio del rol que ejecutan, es decir, la brecha existente entre las exigencias de otros profesionales que forman parte del sistema en el cual también están involucrados, pacientes, y los familiares de los mismos, respecto del comportamiento del profesional y las posibilidades reales de la misma profesional frente a dicha situación.

2.6 Hipótesis

2.6.1 Hipótesis Afirmativa HI

La Dependencia funcional de los niños con discapacidad influye en la presencia del Síndrome de Burnout de las personas encargadas su cuidado en la Fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa en el período marzo- julio del 2013.

2.6.2 Hipótesis Nula HO

La Dependencia funcional de los niños con discapacidad no influye en la presencia del Síndrome de Burnout de las personas encargadas su cuidado en la Fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa en el período marzo- julio del 2013.

2.7 Señalamiento de Variables

Variable Independiente: Dependencia Funcional

Variable Dependiente: Síndrome de Burnout

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

La presente investigación se realizará con el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad que reciben asistencia en la Fundación de Vida Realidad y Servicio FUVIRESE en la ciudad de Baños de Agua Santa.

3.1 Enfoque

El enfoque de la investigación será cualicuantitativa. Cualitativa porque se realizará un acercamiento teórico de la realidad de los fenómenos sociales y psicológicos que intervienen en este proceso del Síndrome de Burnout y las implicaciones relacionadas con el manejo de la dependencia funcional de los niños que reciben asistencia en la fundación FUVIRESE en donde se realizará una descripción de este fenómeno de relación laboral y cuantitativa porque se aplicarán test psicométricos (test Delta y Test MaslachInventory MBI) que verifiquen las hipótesis establecidas con datos exactos que respalden los resultados obtenidos mediante un estudio estadístico.

3.2 Modalidades de Investigación

La presente investigación será documental-bibliográfica, los datos de información primaria se obtendrán de registros, fichas del personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad los mismos que serán obtenidos dentro de la institución, la información secundaria se obtendrá del análisis de textos científicos, de revistas psicológicas científicas, escritos, videos, etc. Los mismos que se deberán buscar fuera de la institución.

Además el estudio tendrá como base la modalidad de campo ya que se realizará un acercamiento al personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad de la

Fundación FUVIRESE, en donde se evaluará mediante la aplicación de reactivos psicológicos (test índice de Barthel y Test MaslachInventory MBI) y que permitirá conocer si existe o no Síndrome de Burnout en el personal.

3.3 Tipos de Investigación

La presente investigación se basa en una investigación exploratoria en la medida en que se recolectará información relevante de investigaciones previas que ayudan con el contenido científico a la misma. Se han encontrado investigaciones las mismas que se han realizado en ámbitos de la salud, especialmente dirigido hacia médicos y enfermeras.

El estudio tendrá un nivel de asociación de variables mediante hipótesis estructuradas y análisis correlacional se podrá determinar si la dependencia funcional influye en la presencia del Síndrome de Burnout de los cuidadores de niños con discapacidad de la fundación FUVIRESE. Mediante la aplicación de este método se buscará explicar la relación entre los diferentes elementos que definen a la Dependencia Funcional y al Síndrome de Burnout. La presente investigación recogerá aspectos generales y específicos de interés para poder corroborar la información recabada con los resultados que se obtendrán.

3.4 Población y Muestra

La investigación se realizará en la fundación de Vida Realidad y Servicio FUVIRESE con el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad y con cada uno de los familiares que realiza este trabajo.

La población está formada por 40 personas que reciben atención permanente en la fundación FUVIRESE. Siendo 8 personas las que trabajan a diario en la fundación brindando sus servicios profesionales, además se valoró a los 32 padres de familia de los niños con discapacidad, de los cuales 26 de ellos son quienes son las principales personas que cuidan de sus hijos en el hogar, y existen 6 padres de familia que fueron

valorados a pesar de que ellos no cuidan de sus hijos en su totalidad por motivos de trabajo.

3.5 Técnica e Instrumentos

Variable independiente: reactivo psicológico Índice Barthel. Se trata de un cuestionario administrado con 10 ítems tipo Likert, el mismo que sirve para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD). El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. Es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional del paciente con patología.

Variable dependiente: reactivo psicológico Test Maslach Inventory (MBI) que a la vez mide:

“Subescala de Agotamiento Emocional: (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.

Subescala de Despersonalización: (Depersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

Subescala de Realización Personal en el trabajo: (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.”

3.6 Plan de recolección de la información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	Investigar la influencia de la dependencia funcional en el Síndrome de Burnout del personal encargado del cuidado de niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE.
¿De qué personas u objetos?	De 40 personas
¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: Dependencia funcional Variable dependiente: Síndrome de Burnout
¿Quién lo va hacer?	El/la investigadora
¿A quién?	Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad
¿Cuándo?	Marzo- julio del 2013
¿Dónde?	Fundación de Vida Realidad y Servicio (FUVIRESE)
¿Cuántas veces?	40 veces
¿Con que técnicas de recolección de la información?	Psicométrica Encuesta
¿Con que instrumentos?	Test Maslach Inventory IndiceBarthel

Cuadro #1

Elaborado por: Alexandra Carolina Gamboa Luna

3.7 Plan de procesamiento de la información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	Investigar la influencia de la dependencia funcional en el Síndrome de Burnout del personal encargado del cuidado de niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE.
¿De qué personas u objetos?	De 40 personas
¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: Dependencia funcional Variable dependiente: Síndrome de Burnout
¿Quién lo va hacer?	El/la investigadora
¿A quién?	Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad
¿Cuándo?	Marzo- julio del 2013
¿Dónde?	Fundación de Vida Realidad y Servicio (FUVIRESE)
¿Cuántas veces?	40 veces
¿Con que técnicas de recolección de la información?	Psicométrica Encuesta
¿Con que instrumentos?	Método Chi Cuadrado

Cuadro #2

Elaborado por: Alexandra Carolina Gamboa Luna

		<ul style="list-style-type: none"> • Arreglarse • Micción valorar la situación en la semana previa • Ir al retrete 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. • Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo. • Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal,botella, etc) es capaz de 	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Trasladarse sillón/cama • Deambulaci3n • Subir y bajar 	<p>utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posici3n de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda. • Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n • Capaz de subir y bajar un piso 	
--	--	--	---	--

		escaleras	sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos.	
--	--	-----------	---	--

Cuadro #3

Elaborado por: Alexandra Carolina Gamboa Luna

Operacionalización de variables Variable dependiente: Síndrome de Burnout

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>“Una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicológico • Biológico • Social • Organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento Emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo 	<p>Técnica Psicométrica Test MaslachInventory (1981).</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Despersonalización 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes de frialdad y distanciamiento 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Baja Realización Personal en el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia y realización personal en el trabajo 	

León, Jaime (2007)				
--------------------	--	--	--	--

Cuadro #4

Elaborado por: Alexandra Carolina Gamboa Luna

CAPÍTULO IV

4.1 Análisis e interpretación de Resultados

4.1.1 Análisis de los resultados de los diferentes factores aplicado al personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE (Fundación de Vida Realidad y Servicio).

Análisis de las Características Sociodemográficas

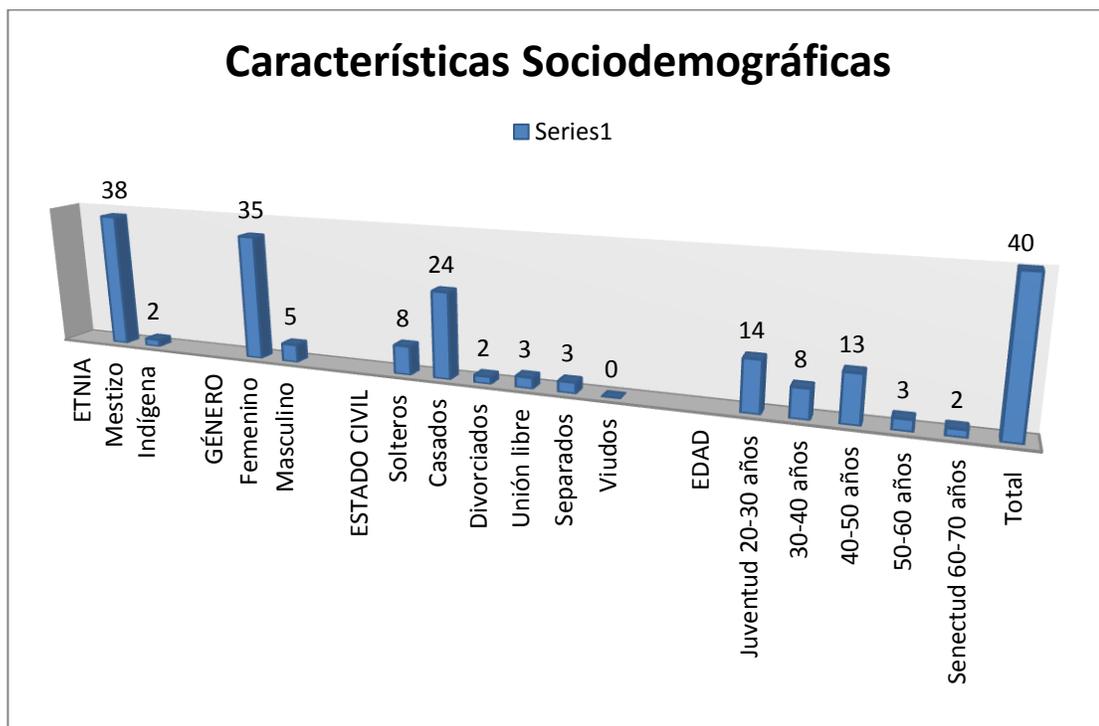
Tabla # 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
ETNIA	Número	Porcentaje
Mestizo	38	95%
Indígena	2	5%
GÉNERO		
Femenino	35	87.5%
Masculino	5	12.5%
ESTADO CIVIL		
Solteros	8	20%
Casados	24	60%
Divorciados	2	5%
Unión libre	3	7.5%
Separados	3	7.5%
Viudos	0	0%

EDAD		
Juventud 20-30 años	14	35%
30-40 años	8	20%
40-50 años	13	32.5%
50-60 años	3	7,50%
Senectud 60-70 años	2	5%
Total	40	100%

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Gráfico #5



Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Análisis:

Según la tabla #1, se observa que del 100% de la muestra evaluada, es de raza mestiza el 95% y siendo el 5% de raza indígena. Por otra parte se puede observar que el 87,5% de la población representa el género femenino y siendo el 12,5% del género masculino.

Con respecto al estado civil, el 60% de la muestra son casados; siendo el 20% personas solteras, el 7.5% equivale a unión libre, 7.5% representa a personas las cuales son separadas, el 5% de la muestra son personas divorciadas, y no existen personas viudas.

De acuerdo a la edad que presentan los cuidadores, el 35% de la muestra evaluada representa a personas las cuales su edad comprende entre los 20 y 30 años, las personas de entre 40 y 50 años representa el 32.5%, las personas de entre 30 y 40 años lo que significa un 20% de la muestra, el 7,5% lo que representa a personas de entre 50 y 60 años y entre 60 y 70 años las que dan como resultado un 5%.

Interpretación:

Según el gráfico #5, se observa que la mayoría de los evaluados corresponde al grupo étnico mestizo y la etnia indígena representa una minoría. Siendo estos padres de familia y personal que labora en la fundación FUVIRESE.

La mayoría de los evaluados corresponde al género femenino y siendo una minoría el género masculino. Lo que da como resultado que el género femenino es quien predomina frente al cuidado de niños con discapacidad.

De las personas evaluadas, la mayoría tienen un vínculo conyugal, es decir están casados, lo que genera aún más responsabilidad en sus actividades diarias.

Por otra parte es importante citar que las personas encargadas del cuidado de los niños con discapacidad en su mayoría son una población joven, las mismas que son competentes y están capacitadas para realizar la actividad del cuidado permanente y

la asistencia, de igual manera existe una población considerable de personas adultas que están dispuestas a permanecer en su trabajo de asistencia tomando en cuenta sus condiciones físicas, psíquicas, sociales como personas.

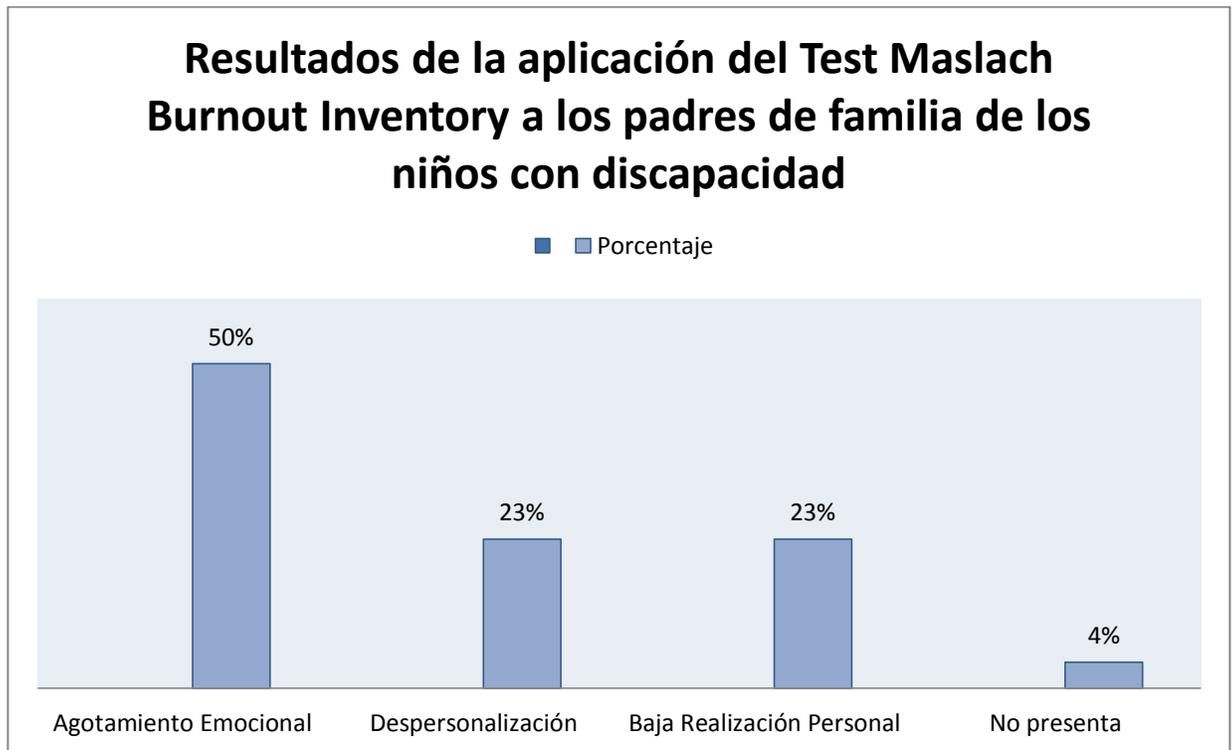
4.1.2 Análisis e interpretación de los resultados obtenido de la aplicación del Test Maslach Burnout Inventory aplicado a los padres de familia de los niños con discapacidad de la fundación FUVIRESE.

Tabla #2

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST MASLACH INVENTORY EN LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD		
ÁREAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Agotamiento	13	50%
Despersonalización	6	23%
Baja Realización personal	6	23%
no presenta	1	4%
total	26	100%

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Gráfico # 6



Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Análisis

Según la tabla #2, como resultado de la aplicación del test Maslach Burnout Inventory en los padres de familia de los niños con discapacidad, el 50% de la muestra evaluada presenta agotamiento emocional, el 23% de la muestra manifiesta despersonalización, a la vez 23% manifiesta baja realización personal, y siendo un 4% de la muestra no presentan síntomas de Burnout.

Interpretación

Según el gráfico #6, se observa que de la muestra evaluada, existe un porcentaje considerable de personas que presentan agotamiento emocional, en la cual manifiestan a nivel laboral un sentimiento negativo, sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Además existe un porcentaje de manera igualitaria dentro de

las áreas que evalúa el test Maslach Burnout Inventory. Presentando despersonalización desarrollando actitudes, cualidades y sentimientos negativos hacia las personas a quienes va encaminado su trabajo, y baja realización personal en las cuales los trabajadores tienden a evaluar su trabajo de manera poco satisfactoria. Hay que resaltar que existe un porcentaje mínimo de personas que no presentan ningún síntoma de Burnout.

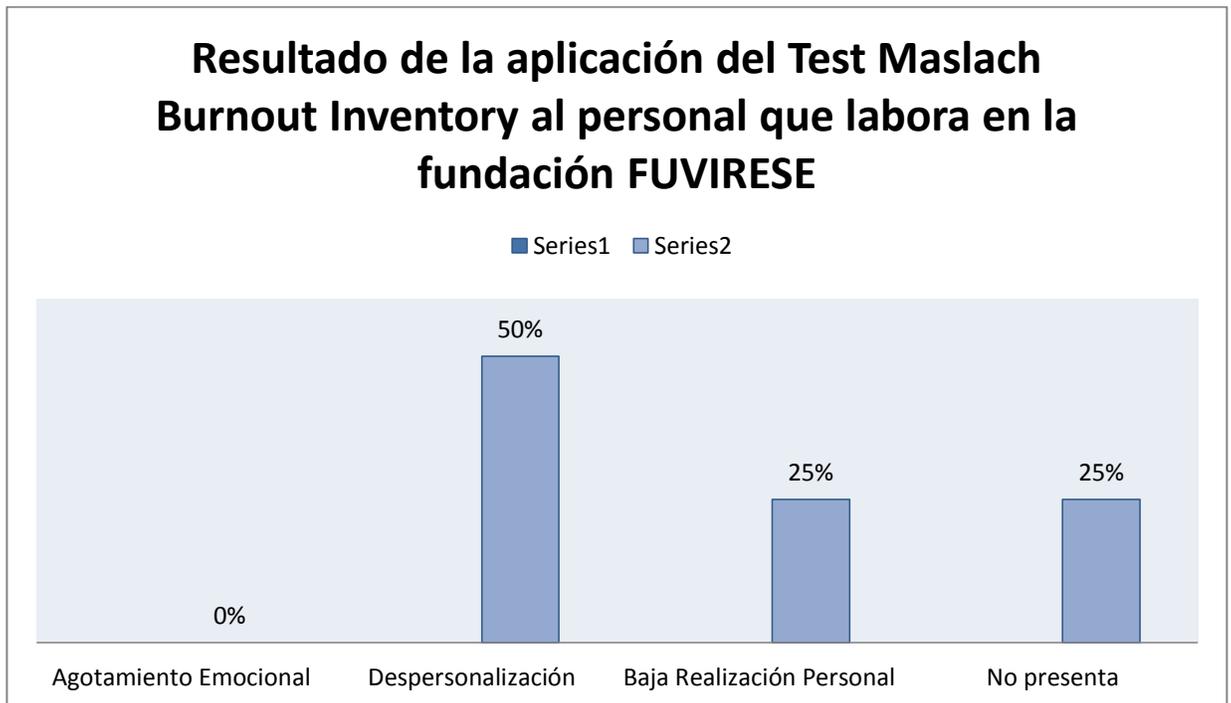
4.1.4 Análisis e interpretación de los resultados obtenido de la aplicación del Test Maslach Burnout Inventory aplicado a los trabajadores que laboran en la fundación FUVIRESE.

Tabla # 3

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST MASLACH BURNOUT INVENTORY APLICADO A LOS TRABAJADORES QUE LABORAN EN LA FUNDACIÓN FUVIRESE		
ÁREAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Agotamiento emocional	0	0%
Despersonalización	4	50%
Baja Realización Personal	2	25%
No presenta	2	25%
Total	8	100%

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Gráfico # 7



Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Análisis

Según la tabla #3, como resultado de la aplicación del test Maslach Burnout Inventory aplicado a los trabajadores que laboran en la fundación FUVIRESE, el 50% de la muestra evaluada presenta despersonalización, el 25% de la muestra manifiesta baja realización personal de la misma manera 25% de la muestra no presentan síntomas de Burnout.

Interpretación

Según el gráfico #7, se observa que de la muestra evaluada, existe un porcentaje considerable de personas que presentan despersonalización lo que significa que no hay una implicación personal positiva en el proceso de la tarea que se realiza. De la

misma manera los trabajadores presentan baja realización personal, es decir, evalúan su trabajo de manera negativa. Cabe mencionar que cierto porcentaje de trabajadores no presentan ningún síntoma de Burnout.

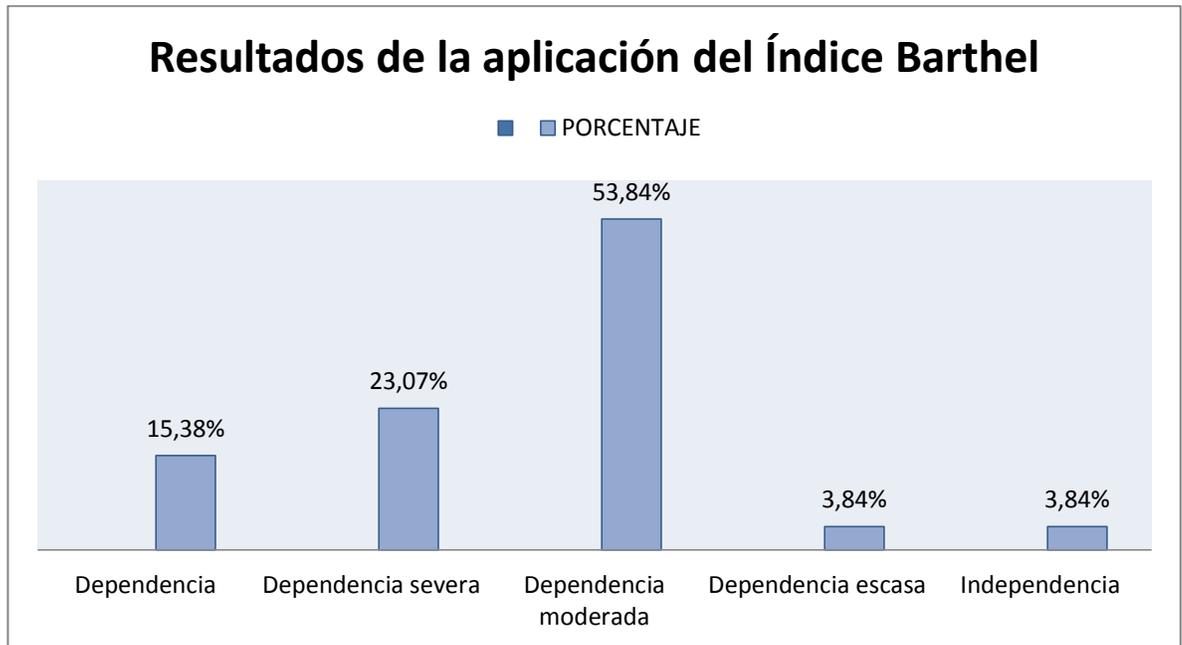
4.1.5 Análisis e Interpretación de los resultados obtenidos de la aplicación del Índice Barthel en los niños con discapacidad de la Fundación FUVIRESE (Fundación de Vida Realidad y Servicio).

Tabla #4

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL ÍNDICE BARTHEL		
Valoración funcional del paciente	NÚMERO	PORCENTAJE
Dependencia	4	15.38%
dependencia severa	6	23.07%
dependiente moderada	14	53.84%
dependencia escasa	1	3.84%
independencia	1	3.84%
TOTAL	26	100%

Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Gráfico #8



Elaborado por: Carolina Gamboa Luna (2014)

Análisis

Según la tabla #4, como resultado de la aplicación del Índice Barthel de acuerdo a la valoración funcional del paciente, el 54% de la muestra encuestada presentan dependencia moderada, un 23% presentan dependencia severa, el 15% manifiestan dependencia y de forma igualitaria un 4% presentan dependencia escasa e independencia.

Interpretación

Según el gráfico #8, se observa que de la muestra encuestada mayoritariamente los niños con discapacidad presentan dependencia moderada es decir, sufren de algún tipo de limitación funcional la misma que requiere de ayuda siempre o casi siempre para ejecutar alguna de las funciones básicas del diario vivir. Un porcentaje

considerable manifiestan dependencia severa que debido a su gran limitación para ejecutar las tareas básicas, requieren de asistencia sanitaria permanente y diaria.

4.2 Tabla de contingencia Dependencia Funcional, Síndrome de Burnout

Tabla de contingencia dependencia funcional, Síndrome de Burnout

Recuento

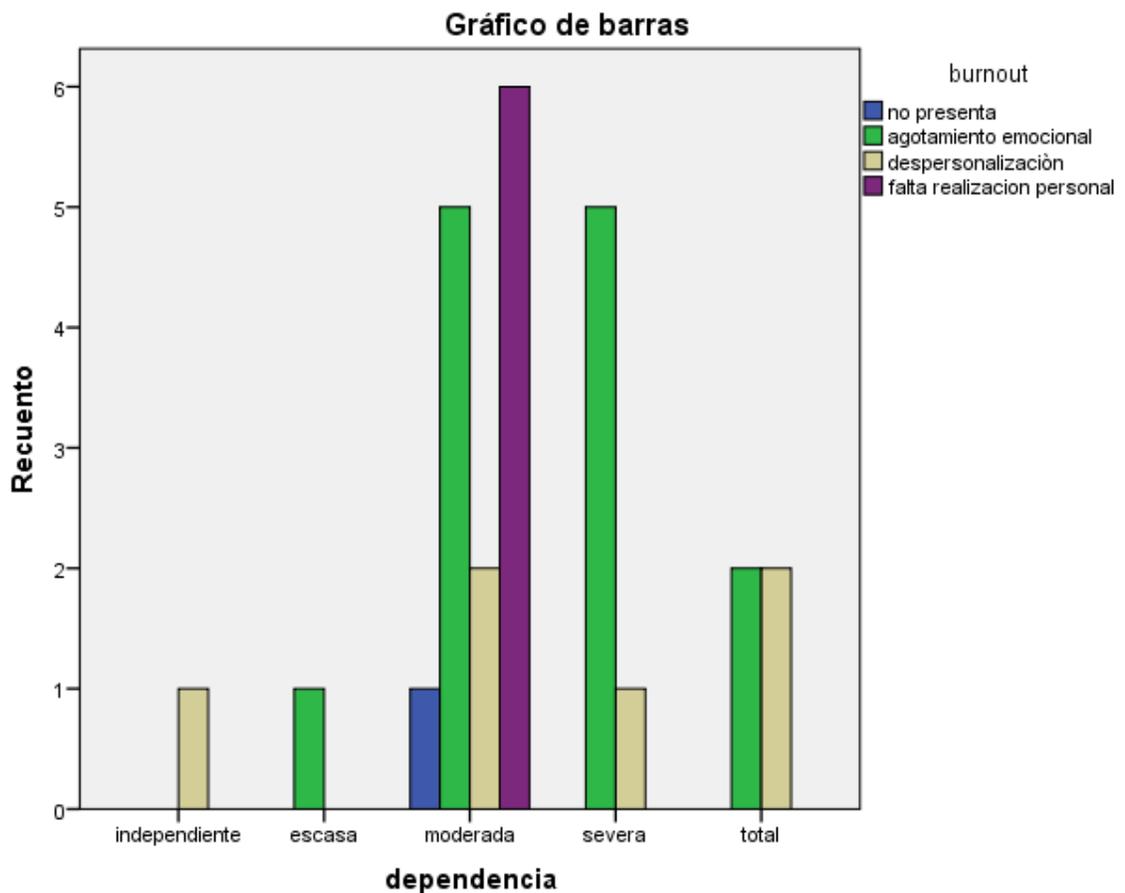
	Burnout				Total
	no presenta	agotamiento emocional	despersonalización	baja realización personal	
independiente	0	0	1	0	1
escasa	0	1	0	0	1
moderada	1	5	2	6	14
severa	0	5	1	0	6
dependencia total	0	2	2	0	4
Total	1	13	6	6	26

Análisis

De acuerdo a la tabla se puede ver que el 54%, de los niños presenta una dependencia funcional moderada y de estos el 92.9% de sus cuidadores presenta algún síntoma de Burnout, por otra parte de los 26 niños 23% presentan dependencia funcional severa y el 100% de sus cuidadores manifiestan algún síntoma de Burnout, y 15% de los niños presentan una dependencia funcional total, y el 100% de sus cuidadores muestran síntomas de Burnout. Por lo que se puede concluir que a mayor

dependencia funcional de los niños genera mayor presencia de síntomas de Síndrome de Burnout.

4.3 Gráfico de relación entre la Dependencia Funcional y el Síndrome de Burnout



Interpretación.

En el grupo de niños que tienen dependencia moderada, la gran mayoría de sus cuidadores presentan algún síntoma de Burnout, entre los que predomina la baja

realización personal, puesto que el cuidador debe prestar atención tanto del niño a su cargo que deja de preocuparse por el mismo, por otro lado el agotamiento emocional es un síntoma que está latente en el personal encargado del cuidado debido a la dependencia de los niños ya que representa una mayor carga de trabajo para ellos.

4.4 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

4.4.1 Hipótesis Afirmativa (Hi)

La Dependencia funcional de los niños con discapacidad influye en la presencia del Síndrome de Burnout de las personas encargadas su cuidado en la Fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa.

4.4.2 Hipótesis Negativa (Ho)

La Dependencia funcional de los niños con discapacidad no influye en la presencia del Síndrome de Burnout de las personas encargadas su cuidado en la Fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa.

4.5 Resultado

Para la comprobación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística Chi-Cuadrado, utilizando el software SPSS expresada en la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum (o_i - e_i)^2}{e_i}$$

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, se concluye que la hipótesis planteada de que la dependencia funcional de los niños con discapacidad influye en el síndrome de Burnout no se cumple, pues $[X^2(12)= 15,476, p \text{ mayor } 0,05]$, sin embargo de acuerdo a la tabla de contingencia se puede ver que a

mayor dependencia existe mayor presencia de Burnout, como ya se indicó anteriormente.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,532 ^a	12	,332	,274
Razón de verosimilitudes	15,253	12	,228	,164
Estadístico exacto de Fisher	15,476			,200
N de casos válidos	26			

a. 19 casillas (95,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- ✓ Se evidenció ciertos síntomas del Síndrome de Burnout que presenta el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad los mismos que pueden agravarse en caso de que no se dé el cuidado respectivo. Los cuales se manifiestan a nivel psicosomático, a nivel conductual, a nivel emocional y a nivel laboral llegando a afectar el estado biopsicosocial de las personas.
- ✓ Con respecto a la dependencia funcional de los niños con discapacidad se evidenció un 53.84% que se ubican dentro de la dependencia moderada, para lo cual requieren de la supervisión de una tercera personal para realizar las diferentes actividades de la vida diaria, en este grupo el 93 de sus cuidadores presentan algún síntoma de Burnout .
- ✓ Se pudo manifestar a través de los datos obtenidos de la aplicación de la prueba chi cuadrado, que la hipótesis planteada de que la dependencia funcional de los niños con discapacidad influye en el síndrome de Burnout no se cumple, pero se evidencia que a mayor grado de dependencia funcional se evidencia un mayor rango de Síndrome de Burnout. Con respecto a la dependencia funcional moderada de los niños con

discapacidad se puede palpar un índice significativo con respecto al agotamiento emocional evidenciando que las personas asumen un rol menos sensible con los demás incluso consigo mismos. Se demostró un nivel considerable de baja realización personal con predisposiciones a evaluar el propio trabajo de forma negativa, sintiendo una carencia profesional acompañada de baja autoestima personal.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Con respecto a los resultados obtenidos podemos evidenciar que existe un nivel considerado moderado con respecto al Síndrome de Burnout, pero es necesario implementar actividades las cuales estén dirigidas a la integración social entre compañeros de trabajo y con los padres de familia de los niños con discapacidad, tomando en cuenta que el no contar con el apoyo social dentro de la institución es un factor predisponente para que el Síndrome de Burnout se manifieste afectando el estado de salud y emocional de los trabajadores.
- ✓ Es imprescindible reducir el nivel de dependencia funcional en los niños para lo que se debe implementar un trabajo en entrenamiento en habilidades básicas de la vida diaria que debe ser supervisado por sus padres y cuidadores para garantizar una mejor calidad de vida para los mismos.
- ✓ Se requiere que los cuidadores de los niños con discapacidad dispongan de recursos psicológicos para poder realizar esta difícil tarea, así como estrategias de afrontamiento adecuadas cuando se presentan dificultades, para ello deben recibir un tratamiento de psicoterapia cognitiva conductual.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

6.1.1 Tema de la Propuesta:

Modelo integrativo para prevenir el Síndrome de Burnout en el personal encargado del cuidado de niños con discapacidad en la fundación FUVIRESE.

6.1.2 Institución Ejecutora:

Fundación de Vida Realidad y Servicio (FUVIRESE)

6.1.3 Ubicación:

Baños de Agua Santa

6.1.4 Beneficiarios:

Directos: Padres de familia, personal encargado de los cuidados FUVIRESE

Indirectos: niños con discapacidad

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución: 3 meses

6.1.6 Equipo Técnico responsable:

Tutor de la Investigación: Psc. Flavio Bonilla

Investigadora: Carolina Gamboa Luna

Directora de FUVIRESE: Srta. Verónica Silva

6.2 Antecedentes de la Propuesta:

La dependencia funcional y su influencia en el Síndrome de Burnout son en la actualidad una problemática en las diferentes organizaciones la cual está afectando el estado de salud de las personas. Además estas 2 variables en la actualidad están provocando en los trabajadores incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades diarias llegando a afectar no solo su estado biopsicosocial sino también dentro de la institución se evidencia malas relaciones interpersonales en la parte social y provocando déficit en el aspecto económico.

En el trabajo investigativo se pudo palpar que a mayor dependencia funcional de los niños con discapacidad se evidencia un mayor grado de síntomas de Síndrome de Burnout ya que el 54% de los niños presenta una dependencia funcional moderada y de estos el 92.9% de sus cuidadores presenta algún síntoma de Burnout. A la vez el 23% presentan dependencia funcional severa y el 15% de los niños presentan una dependencia funcional total, en los dos casos el 100% de sus cuidadores manifiestan algún síntoma de Burnout.

6.3 Justificación

El Síndrome de Burnout se ha convertido en un problema que afecta la salud, sin importar el tipo de trabajo que se realice en especial en los cuales los niveles de demanda son excesivos, como en este caso el trabajo que realizan los cuidadores. Es por esto que nace el interés profesional por investigar y prevenir el Síndrome de Burnout.

La aplicación de la propuesta es factible debido a que el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad presentan ciertos síntomas del Síndrome de Burnout, además de contar con el espacio físico adecuado para poder aplicar la técnica y principalmente con la predisposición de los colaboradores y principalmente con el apoyo de las autoridades de la Fundación FUVIRESE.

El modelo a aplicar es un programa de prevención orientado bajo la terapia Cognitivo Conductual de Aaron Beck con la finalidad de disminuir los síntomas que se

presentan en los trabajadores sanitarios como consecuencia del estrés laboral generando consecuencias perjudiciales a nivel personal, familiar, social y laboral. Además con la prevención se puede ayudar a los individuos en la solución de los problemas igualmente enseñándoles a modificar sus pensamientos distorsionados, su comportamiento disfuncional.

En la prevención, se dará importancia a la formulación cognitiva del personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad, a su vez se lo realizará de manera individual tomando en cuenta las diferentes dificultades.

Es necesario prevenir y paliar los efectos de estos padecimientos, ya que disminuyen la salud de los trabajadores y su calidad de vida, llevándolos en ocasiones extremas hasta la muerte.

Dicha técnica es muy utilizada por su claridad en la aplicación y sus efectos inmediatos, además brinda un modelo muy claro a seguir que puede ser utilizado a nivel individual o grupalmente ayudando a disminuir los síntomas del Síndrome de Burnout.

Dicho programa permitirá instaurar en el profesional sanitario un contrato psicológico de compromiso con la institución con la finalidad de disminuir los síntomas del Síndrome de Burnout. Además de esta manera se mejoraran las relaciones interpersonales entre los servidores y los mismos se sentirán mucho más motivados al momento de realizar sus labores cotidianas; en cuanto a las necesidades de realización personal, los trabajadores se verán beneficiados de manera directa.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo General

Aplicar el programa de intervención orientada a la prevención del Síndrome de Burnout en el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad en la Fundación (FUVIRESE).

6.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Disminuir los factores psicológicos que llevan a los trabajadores a presentar problemas laborales..
- ✓ Promover la realización personal del profesional encargado de los niños y niñas con discapacidad.
- ✓ Ayudar al personal encargado de los niños y niñas con discapacidad a alcanzar una remisión de los síntomas del Burnout y para prevenir las recaídas.

6.5 Fundamentación Teórica

6.5.1 Terapia Cognitiva de A. Beck

El doctor Aaron T. Beck de la Universidad de Pensilvania a comienzos de los años 60 desarrolló la terapia cognitiva, como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. (Beck,1964).

Beck (1967-1976) manifiesta:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (p.13)

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. En las cuales las cogniciones de las personas se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. El aporte de Aaron Beck es único ya que se trata de un sistema de psicoterapia que cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología y con importantes comprobaciones empíricas.

El tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca producir un cambio cognitivo para conseguir una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Así de esta manera el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. De esta manera la terapia cognitiva recurre a una amplia variedad de estrategias cognitivo conductuales. El objetivo de toda terapia cognitiva es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de los pacientes.

Para lo cual A. Beck manifiesta un método que consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- (1) Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos;
- (2) Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta;
- (3) Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados ;
- (4) Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y
- (5) Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. (p.14)

Según Judith S. Beck (2000) afirma que la terapia debe planearse a medida para cada individuo, de todos modos existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva. Para lo cual cita los siguientes principios: "Principio 1: La terapia Cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos". (p. 21).

Principio 2: La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica.

Principio 3: la terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.

Principio 4: la terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. El terapeuta ayuda a evaluar los pensamientos que interfieren con los objetivos.

Principio 5: la terapia cognitiva inicialmente destaca el presente, el terapeuta comienza la terapia con un examen del aquí y ahora independientemente de cuál sea el diagnóstico.

Principio 6: la terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.

Principio 7: la terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.

Principio 8: las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión.

Principio 9: la terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.

Principio 10: la terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

6.5.2 El Modelo Cognitivo

Según Beck, 1964; Ellis, 1962 (Citado por Judith Beck, 2000) manifiesta que la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones.

Judith Beck (2000) menciona:

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación. (p.32)

La terapia cognitiva se centra en problemas del aquí y el ahora. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.

6.5.3 Las Creencias

A partir de su infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo.

J. Beck (2000) menciona que las Creencias Centrales son:

Ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo, estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas "son". Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. (p 43).

6.5.4 Actitudes, reglas y presunciones

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas.

Judith Beck (2000) manifiesta que: "Las Creencias Disfuncionales pueden ser "desaprendidas" y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales". (p. 35)

El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas.

6.5.5 Relación entre la conducta y los pensamientos automáticos

Beck (2000) afirma lo siguiente:

Las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones. a su vez los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas. (p.36)

6.5.6 Distorsión Cognitiva y Pensamientos Automáticos

Judith Beck (2000) menciona que los pensamientos automáticos son: "Las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición". (p. 34).

Son los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Para lo cual A. Beck (1967,1976) identifica los siguientes:

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (p. 22-23)

6.5.7 Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de estas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y de los supuestos personales.

Las características de los pensamientos automáticos son:

- Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en la evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suelen conllevar una visión de Túnel: así tenemos: los individuos ansiosos que se preocupan por la anticipación de peligros. Los individuos depresivos que se obsesionan con sus pérdidas. La gente crónicamente irritada que se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros.

6.5.8 Conceptualización de los problemas

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981).

Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales:

- (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas;
- (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia;
- (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones. (p. 3-4)

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

A- El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".

B- Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. (1) Tipos comunes (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.

C- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. (p.4)

6.5.9 Aplicaciones Prácticas

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas. La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos o esquemas mentales subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

6.5.10 Estrategias de Tratamiento

En el modelo de tratamiento se utilizan técnicas cognitivas como conductuales de las cuales se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionada.

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su

validez.

Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

4.5.11 Técnicas Cognitivas

Detección de pensamientos automáticos: Las personas son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

Clasificación de las distorsiones cognitivas: El paciente debe conocer el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema, como detectarlos y como enfrentarlos.

Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: Puede hacerse de diferentes maneras:

- A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.
- Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.
- Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.
- Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

Concretizar las hipótesis: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

Reatribución: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

Descentramiento: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros se puede comprobar esa hipótesis.

Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

Uso de imágenes: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Manejo de supuestos personales:

- Uso de preguntas:
 - Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
 - Preguntar por la evidencia para mantenerla.
- Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.
- Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción.

6.5. 12 Técnicas Conductuales

Programación de actividades incompatibles: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (por ejemplo actividad gimnástica en lugar de rumiar).

Escala de dominio/placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y vá anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su

ejecución y el placer que le proporciona (por ejemplo utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

Asignación de tareas graduadas: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

Entrenamiento asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

Entrenamiento en relajación: Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

Ensayo conductual y rol playing: Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

Exposición en vivo: El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

6.6 Modelo Operativo Primera Etapa Nivel General

Objetivo	Técnica	Actividad	Tiempo	Responsable	Recursos
Establecer normas y objetivos de la terapia	Encuadre	Reunión con el personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad	1 Sesión	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina
Escuchar la demanda	Rapport	Presentación y adecuación de un ambiente de confianza	1 Sesión	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina
Establecer una relación correspondiente con el personal	Empatía	Escucha activa y la comunicación asertiva entre todo el personal.	Todo el tiempo	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina

Comprender las diferentes situaciones que les está afectando	Rastreo de datos Entrevista	Recopilar información de manera interaccional	Todo el tiempo	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina • Material didáctico
--	--------------------------------	---	----------------	---------------	--

Segunda Etapa Nivel Individual

Objetivo	Técnica	Actividad	Tiempo	Responsable	Recursos
Analizar conceptualmente el Síndrome de Burnout	Psicoeducación	Charla informativa con respecto al Síndrome de Burnout	1 Sesión	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina • Material Didáctico
Facilitar el control voluntario de la respiración y reducir los niveles de tensión psicológica	Técnica de Relajación de Jacobson	Respiración y relajación	2 sesiones	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina
Detectar pensamientos automáticos que generan malestar.	Reestructuración cognitiva	Aplicación de métodos: didáctico Socrático Metafórico	1 sesión	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina

		Funcional Empírico alternativo			
--	--	--------------------------------------	--	--	--

Tercera Etapa Nivel Grupal

Objetivo	Técnica	Actividad	Tiempo	Responsable	Recursos
Tratar y ser tratado con respeto y dignidad.	Terapia asertiva según J. Wolpe	Disco Rayado Banco de Niebla	2 sesiones	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina
Mejorar las habilidades de comunicación para aplicarlas en momentos interpersonales conflictivos.	Entrenamiento en habilidades sociales y autocontrol según Goldstein.	Aprendizaje estructurado: Modelamiento Juego de roles Retroalimentación Entrenamiento para la transferencia	1 sesión	Investigadora	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina

<p>Aumentar el apoyo social y comprender de mejor manera los problemas</p>	<p>Técnicas explicativas y psicoeducación.</p>	<p>Rellenar la jarra Role playings</p>	<p>2 sesiones</p>	<p>Investigadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora • Personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad • Oficina
--	--	--	-------------------	----------------------	--

6.7 Administración de la Propuesta

6.7.1 Recursos Humanos

- ✓ Investigador: Alexandra Carolina Gamboa Luna
- ✓ Tutor: Psc. Flavio Bonilla
- ✓ Directora de la Fundación de Vida Realidad y Servicio (FUVIRESE), personal encargado del cuidado de los niños con discapacidad y con los padres de familia y familiares cercanos de dichos niños.

6.7.2 Recursos Materiales

- Entre los cuales tenemos un:
- computador
- proyector
- flash memory
- suministros de oficina
- copiadora, etc.

6.7.3 Recursos Tecnológicos

Entre los mismos están un:

- Computador
- Internet
- Proyector, etc.

6.7.4 Recursos Económicos

Valores que se establecen en materiales de oficina, transporte, copias, impresiones, afiches, trípticos, etc.

Presupuesto

Ítems	Valor
Copias	30
Transporte	10

Materiales de escritorio	30
Computador	900
Impresora	300
Material bibliográfico	250
Otros	20
Imprevisto	154
Total:	1694

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Meses y Semanas	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013	Juni 2013	Juli 2013	Agosto 2013	Septiembre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013	Enero 2014	Febrero 2014	Marzo 2014	
1	Primera Fase														
2	Segunda Fase														
3	Tercera Fase														
4	Cuarta Fase														

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, Aaron, Rush, John, Shaw, Brian, Emery, Gary. (2005) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España. Editorial Desclée de Brouwer, S.A,2005
- Beck, Judith (2000). *Terapia Cognitiva Conceptos básicos y profundización*. España. Editorial Gedisa, 2000.
- Gaibor, Paulo (2012). “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en la provincia de Tungurahua en el primer trimestre del 2012”.
- Goldman, Howard H. (2001). *Psiquiatría General*. México. Editorial El Manual Moderno,S.A De C.v
- Parreño, María (2011-2012). “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y actores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”. Estudio realizado en el Ministerio de Salud Pública, Área de Salud No. 1 de la ciudad de Quito, en el año lectivo 2011-2012
- Ruiz, Ángeles, Díaz, Marta, Villalobos, Arabella (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuale*. España. Desclée De Brouwer, S.A.
- Toledo, Gladys (2012). “Identificación del Burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito.”
- Víctor E. Olivares Faúndez, Aldo Vera Calzaretta, & Arturo Juárez García. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile, *Ciencia & Trabajo*,(32), 63-71.

LINKOGRAFÍA

Asamblea Nacional (2008). Constitución Política del Ecuador. Recuperado el 13 de junio del 2013, disponible en:

http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Asamblea Nacional (2012). Ley Orgánica de Discapacidades. Recuperado el 26 de julio del 2013, disponible en:

<http://www.umet.edu.ec/pdf/ley-organica-de-discapacidades.pdf>

Guillén, Clara (2011). Estrés Laboral Kit de Formación para Trabajadores. Recuperado el

07 de julio del 2013, disponible en:

http://www.actasanitaria.com/fileset/file__EstrC__s_laboral_46809.pdf.

Fidalgo, Manuel (1999). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Recuperado el 13 de junio del 2014, disponible en:

www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../ntp_704.pdf

Llorens S, García-Renedo M. y SalanovaM. (2005). Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Recuperado el 10 de agosto del 2013, disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2313/231317039004.pdf>

Munuera, Pilar(2011). Mediación familiar: salud y dependencia funcional.

Recuperado el 28 de agosto del 2013, disponible en:

<http://eprints.ucm.es/14631/1/5Munuera.pdf>

Paz- Rodriguez, Francisco (2010). Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. Revista Ecuatoriana de Neurología, 19, 1-2. Recuperado el 09 de septiembre del 2013, disponible en:

http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol19_n12_2010/articulos_originales/predictores-de-ansiedad.htm

Querejeta, Miguel (2003). Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación. Recuperado el 19 de septiembre del 2013, disponible en:

http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7174/Discapacidad_dependencia.pdf

Stortti Mercedes (2006). Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 153 recuperado el 14 de octubre del 2013, disponible

en:http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.pdf

Vicepresidencia de la República del Ecuador (2007). Misión "Manuela Espejo". Recuperado el 15 de noviembre del 2013, disponible en:

<http://www.vicepresidencia.gob.ec/el-diagnostico/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS U.T.A.

EBRARY: Beverly, Potter. (25 de junio del 2014). Obtenido de:

<http://site.ebrary.com/lib/uta/docDetail.action?docID=10058888&p00=BURNOUT>

SCIELO: Gil-Monte, Pedro. (10 de diciembre del 2013). Obtenido de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722002000100003&lang=es

SCIELO: Pera G, Serra-Prat M. (2 de diciembre del 2013). Obtenido de:

<http://search.scielo.org/?output=site&lang=es&from=0&sort=&format=abstract&count=20&fb=&page=1&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&q=sindrome+de+quemado&index=&where=ORG>

EBRARY: Schwartzhoffer, Rachel. (25 de septiembre del 2013). Obtenido de:

<http://site.ebrary.com/lib/uta/docDetail.action?docID=10670907&p00=BURNOUT>

PROQUEST: Oldenburg, M. Jensen H.J, Wegner,R. (25 de junio del 2014).

Obtenido de:

<http://search.proquest.com/docview/1344124602/286997C293B641AAPQ/4?accountid=36765>

ANEXOS



Universidad Técnica de Ambato
Facultad Ciencias de la Salud
Psicología Clínica



Aplicación del Test Autonomía para las actividades de la vida diaria-Barthel para el desarrollo y la disertación de la tesis:
 "La dependencia funcional de los niños con discapacidad y el Síndrome de Burnout de las personas encargadas de su cuidado en la Fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa"

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Esta prueba es de fácil y rápida administración. Escala utilizada para la valoración funcional del paciente. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0,5,10 ó 15 puntos.

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse-Bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción-valorar la situación en la semana previa

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón/cama

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar

	ayuda	50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)



Universidad Técnica de Ambato
Facultad Ciencias de la Salud
Psicología Clínica



Aplicación del Test Maslach Burnout Inventory (MBI) para el desarrollo y la disertación de la Tesis:
 "La dependencia funcional de los niños con discapacidad y el Síndrome de Burnout de las personas encargadas de su cuidado en la Fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa"

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	E E	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	E E	Al final de la jornada me							

		siento agotado							
3	E E	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4	P A	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos							
6	E E	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí							
7	P	Me enfrento							

	A	muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
8	E E	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	P A	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciend							

		o emocionalm ente							
1 2	P A	Me encuentro con mucha vitalidad							
1 3	E E	Me siento frustrado por mi trabajo							
1 4	E E	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
1 5	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender							
1 6	E E	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante							

		estrés							
17	P A	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
18	P A	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes							
19	P A	Ha realizado muchas cosas que merecen la pena este trabajo							
20	E E	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21	P A	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas							

		emocionales en el trabajo							
2 2	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							