

Original SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL ÁMBITO RURAL, UNA INTERVENCIÓN EN OTERO

BURDEN AND BURNOUT AMONG CAREGIVERS IN A SPANISH RURAL TOWN

Autores y autoras Alberto Lara López ^a, Cristina Sánchez Rey ^b, Jaime González González ^c, Laura Díaz Maldonado ^d, Ana Isabel Corregidor Sánchez ^e.



Resumen

Objetivo: Establecer un proyecto de intervención para conocer la necesidad, situación y sobrecarga actual de cuidadores formales e informales sobre distintas esferas de su vida diaria. **Métodos:** el diseño es un estudio observacional descriptivo, la ubicación es en Otero (Toledo). Las personas participantes incluidas en el estudio son las cuidadoras formales de Otero y cuidadoras informales vinculadas al Centro de Salud. Se utilizó un protocolo de elaboración propia para obtener información: datos sociodemográficos, salud percibida, datos relativos al rol de cuidador y esferas personales y sobrecarga (Escala de sobrecarga del cuidador como el Test de Zarit: para informales; Inventario de Burnout de Maslach: para formales). **Resultados:** 75% de las cuidadoras informales presentaban sobrecarga. 100% de cuidadoras formales presentaban un grado alto y medio (alto) de agotamiento emocional y despersonalización, respectivamente. 90,9% de ambos tipos de cuidadoras presentaban alteraciones en su área de sueño y descanso. Se observó que había una mayor sobrecarga emocional/mental que empeoraba la salud de estas personas. El 45,45% de cuidadores desconocían estrategias/técnicas para aliviar estrés. **Conclusiones:** la sobrecarga del cuidado influye negativamente en el equilibrio ocupacional de las cuidadoras. Estos resultados se confirman con descubrimientos en otros estudios y proporcionan pautas para realizar/guair intervenciones encaminadas a optimizar la calidad de vida de personas cuidadoras.

DeCS Terapia Ocupacional; Cuidadores; Calidad De Vida; Ancianos

Summary

Objective: to establish an intervention's project to find out the needs, the current situation and level of burnout in formal and informal caregivers in their daily lives. **Methods:** a descriptive observational study was designed and carried out in the town of Otero, in the Spanish province of Toledo. Subjects included in the study were all the formal and informal caregivers in Otero attending the town health centre. A self-developed protocol was used to evaluate sociodemographic data, perceived health and other relevant data related to both types of caregivers and, finally, caregivers' burnout. Excessive Burden Scale of the Caregiver and Zarit's test was administered to informal caregivers, while Maslach Burnout Inventory was administered to formal caregivers. **Results:** 75% of informal caregivers suffered burnout. According to the Maslach Burnout Inventory, 100% of formal caregivers presented a high and a half-high level of emotional exhaustion and depersonalization, respectively. 90,9% of both types of caregivers suffered sleep and rest disorders. It was observed that emotional and/or mental burnout was the most damaging to caregivers' health. All caregivers included in the study showed physical and emotional exhaustion in their daily lives. 45,45% of caregivers were unaware of stress relief strategies. **Conclusions:** caregiver burnout negatively affects the occupational balance of caregivers. These results are confirmed by findings in other studies and they provide guidelines and following-ups to carry out and guide interventions aiming to improve caregivers' quality of life.

MeSH Occupational Therapy; Caregivers; Quality Of Life; Aged

Como citar este documento

Lara López A, Sánchez Rey C, González González J, Díaz Maldonado L, Corregidor Sánchez AI. Sobrecarga del cuidador en el ámbito rural, una intervención en Otero. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2018 [fecha de la consulta]; 15(28): 211-24. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num28/pdfs/original3.pdf>

Texto recibido: 14/06/2018 **Texto aceptado:** 28/11/2018 **Texto publicado:** 30/11/2018

Lévanos_ Get up_Llévanos



Derechos de autor



^a Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla – La Mancha, ^b Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla – La Mancha, ^c Médico de Atención Primaria. Talavera de la Reina. Profesor Asociado Universidad Castilla la Mancha de Estudio del Movimiento Humano, ^d Medicina Familiar y Comunitaria – MIR ^e Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla - La Mancha. Coordinadora Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología



Introducción

La *dependencia* es un término ampliamente utilizado que suele encontrarse ligado a las personas de edad mayores de 65 años, sin embargo, "*dependencia*" puede enlazarse con cualquier persona o grupo de personas que se encuentren en situación de ayuda, por parte de otras personas, instituciones u organizaciones, debido a un déficit en el funcionamiento tanto físico como intelectual o cognitivo que impiden que puedan realizar sus actividades del día a día de manera independiente⁽¹⁾. Según El Consejo de Europa, dependencia se define como: "*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta de o 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 y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*"^(2,3). Existen 3 grados de dependencia⁽³⁾: Grado I (dependencia moderada), Grado II (dependencia severa) y Grado III (gran dependencia), que varían en función de las actividades de la vida diaria en las que se requiera de ayuda y de apoyo.

Tomando la definición del Consejo de Europa, la dependencia abarca todos los ejes de edades, aunque sean las personas de edad mayores de 65 años las más afectadas. La población mencionada anteriormente se ha ido incrementando paulatinamente en los últimos años, además de la longevidad de éstos^(1,4). En la actualidad, las personas mayores de 64 años suponen un 18.98 % de la población total española. De este porcentaje, un 29.20% son personas mayores de 64 años dependientes⁽⁴⁾. Las personas que se benefician de algún tipo de prestación son: un 66% son mujeres y el 34% son hombres⁽⁵⁾. Se puede relacionar una población mayor de 64 años vinculada con un mayor gasto⁽⁶⁾ y uso socioeconómico de los recursos e instituciones del país.

A medida que la edad avanza, los problemas sociosanitarios se incrementan y las personas dependientes necesitan una intervención prolongada^(6,7). Por lo tanto, la actuación de las instituciones y organismos para prevenir o retrasar la incapacidad conforme la edad avanza, es clave para el bienestar de las personas^(8,9).

En la Comunidad de Castilla – La Mancha, la tasa de dependencia de la población mayor de 64 años es del 28.66 % en relación con el porcentaje total de las personas mayores de 64 años dependientes⁽¹⁰⁾. En esta comunidad, al final de diciembre del 2017, existen 6.006 mujeres y 3.134 hombres de entre 65-79 años que se benefician de las prestaciones concedidas. A partir de los 80 años, las cifras se incrementan notablemente, llegando a ser 22.741 y 7.885 las prestaciones otorgadas a mujeres y hombres respectivamente⁽¹¹⁾.

La población de edad dependiente superior a 64 años es atendida en su domicilio (por lo general prefieren la atención en este, antes que ser institucionalizados^(6,7,12) o fuera de él. De las prestaciones otorgadas, la *Ayuda a Domicilio* adquiere gran relevancia. Dicha prestación es llevada a cabo normalmente por los denominados *cuidadores formales*.

Por un lado y en relación con este *apoyo formal* (diferenciando entre los cuidadores formales que vienen de las instituciones públicas y los cuidadores que son contratados a través de la familia⁽¹³⁾), el colectivo femenino predomina en los cuidados y atención en el hogar, prevaleciendo las mujeres casadas (49%) sobre las solteras (27%) y que tienen, además, estudios primarios y secundarios^(14,15).

Es reseñable destacar que las *tareas domésticas*, las *actividades cotidianas* y los *cuidados personales*, son los servicios que más destacan de entre las labores que realiza el colectivo formal^(13,14,15). Cabe destacar que estas tareas y actividades inciden, a lo largo del tiempo, de manera negativa⁽¹⁶⁾ en la calidad de vida de las cuidadoras formales, disminuyendo la resiliencia propia de cada cuidadora. En otras palabras, las cuidadoras que tienen una menor resiliencia presentan una mayor probabilidad de sentir emociones negativas, un mayor cansancio, etc. lo que deriva en una actividad laboral más deficiente, afectando a la salud de quienes ayudan y a su propia salud⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, también coge protagonismo el papel que ejercen los *cuidadores informales*⁽¹³⁾ (cobrando mayor importancia como cuidadoras informales las cónyuges o las hijas, antes que los varones^(12,18,19)). Estos cuidadores informales (la familia, sobre todo) emergen con mayor fuerza para cuidar, atender y ayudar a sus seres queridos^(6,18), lo que proporciona entre otros elementos, una sobrecarga y un desgaste de estos cuidadores^(7,20), generando una implicación y afectación



emocional y de relaciones sociales, lo que puede derivar entre otras alternativas en el **Síndrome de desgaste profesional** u **Occupational burnout** (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, que ocurre con frecuencia en profesionales de la salud ^(21,22)).

Para las trabajadoras, tanto formales como informales, este síndrome puede originar *afectaciones psicósomáticas, conductuales, emocionales, actitudinales, sociales y de relaciones interpersonales que pueden generar: cefaleas, agresividad, apatía*, dolores musculares entre otros ^(7,22,23,24). La calidad de vida de los cuidadores disminuye (con mayor impacto la dimensión psicológica sobre la física ^(18,20,23)), así como la calidad de vida de las personas que tienen bajo sus cuidados. Este hecho, genera una sobrecarga sobre estas personas cuidadoras que repercute negativamente en su calidad de vida.

La actuación del Terapeuta Ocupacional como profesional sociosanitario proporciona, entre otros, métodos y actuaciones de ayuda para disminuir la sobrecarga tanto física como emocional de los cuidadores formales e informales, favoreciendo la autonomía de las personas mayores y disminuyendo paulatinamente la sobrecarga de las cuidadoras, repercutiendo positivamente en su día a día ⁽²⁵⁾.

Objetivos

El objetivo principal del estudio es establecer un Programa General de Intervención en cuidadores en la localidad de Otero (Toledo).

Los objetivos específicos serán, por un lado, conocer las necesidades y situación actual de los cuidadores, así como proporcionarles información verbal y escrita sobre el Síndrome del desgaste profesional, para prevenirlo y actuar frente a él; y, por otro lado, brindar un esquema general de información al colectivo femenino de cuidadoras sobre la condición actual y la situación deseada o mejor para este grupo en el ámbito rural.

Métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo cuantitativo que fue realizado en Otero, localidad con una población de 356 habitantes. Posteriormente a este estudio, se realizó una intervención de carácter comunitario sobre los cuidadores de esta localidad. Para realizar este estudio fue necesaria la colaboración de un equipo interdisciplinar a lo largo de un tiempo determinado, desarrollando cada contenido a continuación.

Modelos y Marcos de Referencia Teóricos

- **Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2ª Edición)** ⁽²⁶⁾: dirigido a clientes como personas, organizaciones o poblaciones. Dentro de este Marco se distinguen 8 áreas de ocupación: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social. Dicho Marco reúne las características del cliente abarcando sus valores, creencias y espiritualidad, así como las funciones y estructuras corporales. Se emplea este Marco de Trabajo para hacer referencia a las diversas áreas de ocupación que pueden estar afectadas durante el trabajo diario realizado por ambos grupos de cuidadoras, distinguiendo las distintas áreas ocupacionales y utilizando una terminología uniforme.
- **Modelo de la ecología del desempeño humano de Dunn, Brown y McClain** ⁽²⁷⁾: defiende el contexto, la persona y la tarea realizada con el objetivo de establecer o restaurar habilidades, alterar o adaptar el contexto o sus elementos, prevenir comportamientos desadaptativos y generar contextos para un desempeño adecuado. Se aplica dicho Modelo en este proyecto debido a la interacción continua existente entre las cuidadoras y el entorno, donde influye el propio comportamiento de éstas y el desempeño de las tareas que realizan, identificando dichas tareas y estableciendo cuáles consideran más importantes. Todo ello es abordado a través de los enfoques mencionados en la exposición de este Modelo.



Participantes

Este proyecto de intervención está dirigido a la población de personas en un entorno rural, en Otero (Toledo). Se encuentra dirigido a una comunidad de cuidadores, siendo un conjunto de 11 personas que ayudan a un grupo de personas de edad, abarcando tanto cuidadores informales y formales (Ver Figura 1).

La selección de los participantes en este proyecto se realizó, por una parte, a través de una Captación Activa por parte del Equipo de Atención Primaria para aquellos

Cuidadores Informales; y, por otra parte, a través de las personas empleadas contratadas en la localidad de Otero, para aquellos Cuidadores Formales. Dichos participantes cumplían una serie de criterios de inclusión y de exclusión que se muestran a continuación (Ver Tabla 1).

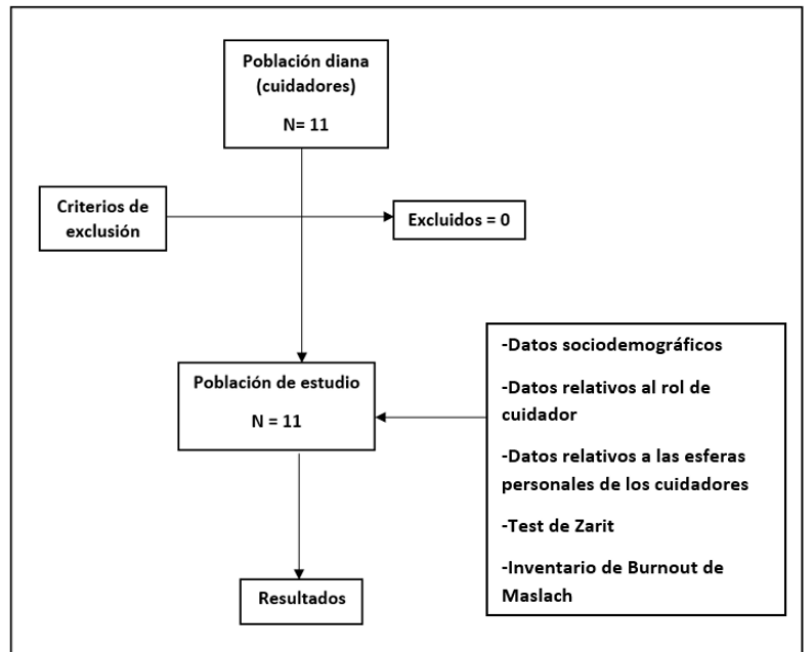


Figura 1. Esquema del estudio. Fuente: Elaboración propia 2018.

Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión Cuidadores informales (familia) que ayuden a estas personas en varias actividades del día a día	Criterios de exclusión Personas de edad que se encuentren en un estado de incapacidad psíquica o psicológica grave (Alzheimer, demencia avanzada, etcétera)
Cuidadores formales (profesionales cualificados) que ayuden a las personas de edad en varias actividades del día a día	Aquellas personas que no firmen el consentimiento informado o que se nieguen a realizar la intervención

(Fuente: elaboración propia 2017)

Instrumentos

A continuación, se describe qué personas han participado en el desarrollo de este trabajo, así como, qué materiales, instalaciones se han requerido para la confección de este. Todo ello ha sido dividido en dos grupos: *Recursos humanos* y *Recursos materiales*.

Recursos humanos

- Terapeuta Ocupacional: con dedicación completa que tendrá funciones de atención directa a los beneficiarios de este proyecto, tanto de manera individual como colectiva, atendiendo, administrando y programando la gestión de dicho proyecto.
- Médico de Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermera de la Zona Básica de Salud: con funciones de gestión y captación de las posibles personas beneficiarias de este proyecto, atendiendo y organizando.
- Corporación municipal del pueblo de Otero: con dedicación a tiempo parcial que tendrá funciones de soporte y gestión de establecimientos para maximizar las intervenciones realizadas.
- Trabajadora social residente en Talavera de la Reina que trabaja en la Zona Básica de Salud: con dedicación a tiempo parcial con funciones de asistencia y apoyo en la gestión de este proyecto.

Recursos materiales



Para la confección de este estudio Piloto fue necesario el empleo de los siguientes materiales, herramientas y espacios:

- Una sala sociocultural amplia, bien iluminada y con una temperatura estable, en la cual se acogió a aquellas personas mayores y a cuidadores informales y formales, con un mobiliario suficiente para estas personas que permitió la realización del taller informativo de manera adecuada y dinámica.
- Se realizaron trípticos informativos que fueron entregados anteriormente durante la selección de los participantes y que aportaron una información fundamental sobre las características del Síndrome del Burnout.
- Se realizaron y entregaron una Hoja de Consentimiento Informado sobre la intervención de este proyecto piloto.

Por otra parte, para obtener información verdadera y real de la situación en esta localidad fueron necesarias la utilización de varios instrumentos de evaluación estandarizados y no estandarizados:

- Escala de Sobrecarga del Cuidador – Test de Zarit^(19,24).
- Inventario de Burnout de Maslach⁽²⁸⁾.
- Formularios autoevaluación de realización propia: entrevista semiestructurada (Anexo 1).
- Cuestionario de evaluación final de las charlas confeccionadas.

Asimismo, se utilizó el siguiente recurso didáctico:

- Presentaciones realizadas en Microsoft Office PowerPoint 2007 incluidas en un CD.

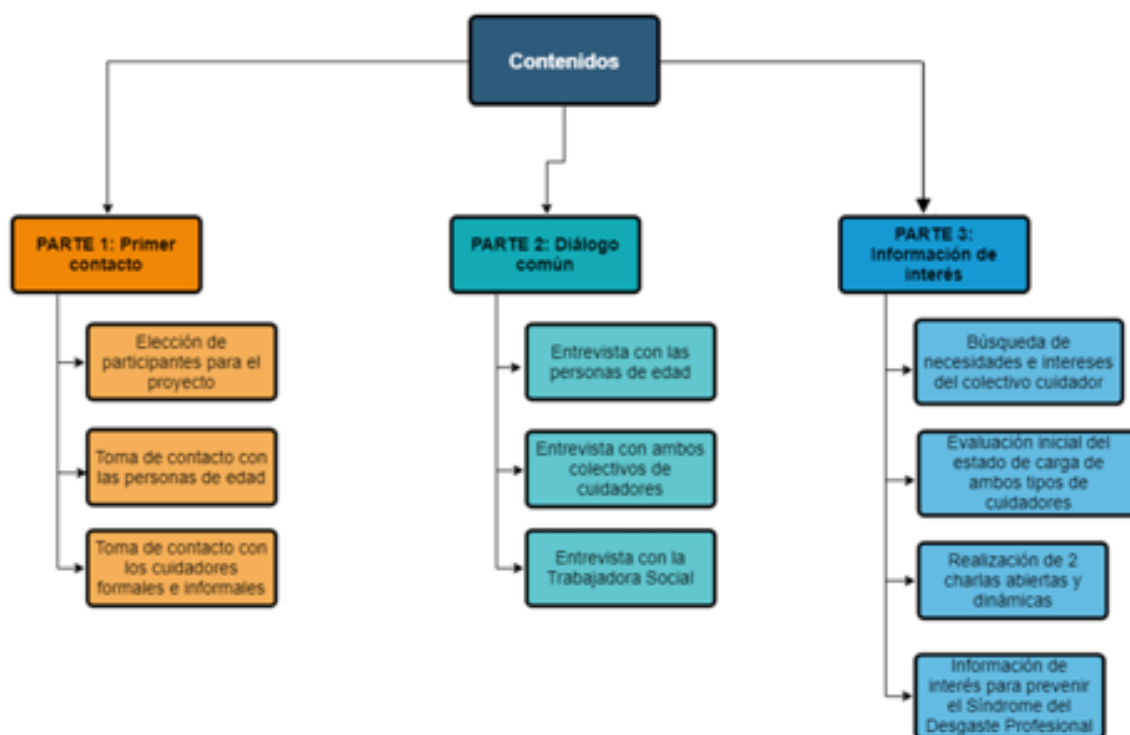
Para llevar a cabo todo este proyecto, se utilizó la herramienta informática IBM SPSS Statistics 21. Se recogieron en papel una serie de datos, respuestas y valoraciones a través de las visitas a domicilio realizadas durante la intervención, que más tarde, fueron agrupados en una tabla con la Aplicación Microsoft Excel 2016. Posteriormente, dicha tabla fue traspasada a la herramienta informática mencionada al inicio de este párrafo, la cual dio los resultados a través de una serie de tablas agrupadas, donde finalmente se extrajeron los resultados de este proyecto.

Ubicación

Este proyecto se va a desarrollar en la localidad de Otero (Toledo). Este municipio tiene una población de 356 personas, con un total de 81 personas mayores de 65 años, las cuales, en su mayoría, presentan un grado de dependencia reconocido y necesitan ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria. En dicha localidad trabajan un total de 7 empleadas de Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante SAD).

Procedimientos

En este apartado se expondrán los contenidos, las actividades y tareas, técnicas empleadas y la temporalización de este trabajo. En cada subapartado se desarrollará de manera esquemática o redactada el seguimiento realizado de este proyecto, así como las técnicas aplicadas durante el desarrollo de las intervenciones.



Fuente: Elaboración propia 2018.

Técnicas utilizadas durante las sesiones

- Técnicas de información: se realizarán al inicio del taller para presentar de la manera más adecuada y asertiva posible el contenido de dicha actividad.
- Técnicas de observación: se realizarán durante el segundo taller y se enseñarán al personal del SAD la importancia de esta técnica para ellas mismas y para las demás personas con las que trabajan, aprendiendo a identificar las posibles situaciones que generen emociones negativas y a desarrollar estrategias para afrontar dichos sentimientos.
- Técnicas de relajamiento: estas técnicas serán puestas a conocer durante el segundo taller con el objetivo de trasladar a las empleadas del SAD los conocimientos para afrontar situaciones de estrés laboral y buscar una vía de escape para esta sobrecarga.
- Role Playing: se realizarán diversas actividades orientadas a situaciones reales, donde el personal del SAD deberán identificar la escena y encontrar la solución más asertiva posible, para que en futuras situaciones desencadenantes de estrés y/o sobrecarga, puedan actuar de la manera más adecuada posible.

Actividades y tareas

ACTIVIDAD	TAREA
Entrevista semiestructurada	-Conocer el estado inicial de los cuidadores formales e informales y de las necesidades de las personas de edad. -Averiguar o percibir el conocimiento de este colectivo sobre técnicas para aliviar o reducir el estrés laboral.
Reunión de preparación	-Preparación de información para actividades posteriores. -Establecimiento de los días para el taller de información. -Preparación de documentos y comunicaciones para los beneficiarios/as de esta intervención.
Taller de información	-Diseño del taller. -Disposición del lugar para iniciar las charlas. -Proporcionar información a todos los participantes y aclarar posibles dudas emergidas.
Taller dinámico	-Sintetizar las ideas más importantes. -Indicar la importancia de conocerse a uno mismo y observar. -Dar a conocer la importancia de diversas técnicas y estrategias para reducir el estrés laboral. -Realizar "Roles Playing".

Recopilación de información

- Agrupar la información obtenida para su posterior traducción.
- Extraer y reflejar dicha información de manera clara y concisa.

Fuente: Elaboración propia 2017.

Temporalización

		CRONOGRAMA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN OTERO 2017/2018							
ACTIVIDADES	MESES	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Selección de participantes									
Reuniones de equipo para preparar las entrevistas									
Entrevistas iniciales en el domicilio									
Reuniones de equipo para organizar los talleres									
Taller de información y taller dinámico									
Recogida de resultados y entrevista final en el domicilio									
Análisis e interpretación final de los resultados									

Fuente: Elaboración propia 2017.

En la Figura 2 se muestran los pasos clave para la realización del proyecto de intervención desde el inicio hasta el final del proceso.



Figura 2. Pasos clave del proyecto de intervención. Fuente: elaboración propia 2018.

Aspectos éticos de la investigación

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. Además, todos los participantes fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todos los



participantes en el estudio, atendiendo a la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Resultados

En este estudio participaron el 100 % personas cuidadores formales y todas aquellas informales halladas. Las cuidadoras tenían una edad media de 47,3 años y un rango de edad comprendido entre 25-75 años, siendo el 100 % del sexo femenino.

El 63,6 % de las cuidadoras eran formales, mientras que el 36,4 % eran cuidadoras informales. El 81,8 % de las cuidadoras de manera global, eran de nacionalidad española, siendo el 18,2 % restante de otra nacionalidad. El 9,1 % de las cuidadoras se encontraban solteras y no tenían estudios realizados, mientras que el 90,9 % restantes de las mismas estaban casadas y habían realizado algún tipo de formación profesional. El 27,3 % del grupo femenino no se encontraba trabajando en la actualidad, mientras que el 72,7 % se encontraban activas. El 36,4 % padecía una enfermedad crónica y tomaba medicación, mientras que el resto de cuidadoras no (Ver *Tabla 2*).

El 36,4 % de cuidadoras vivían con aquellas personas a las que prestaban los cuidados. El 75 % de las cuidadoras

Tabla 2. Datos sociodemográficos de ambos tipos de cuidadores.

CUESTIONES / CUIDADORES		Cuidadores formales e informales
Datos sociodemográficos	Edad	43,7 años de media (y un rango de edad entre 25 y 75 años)
	Sexo	100 % mujeres
	Nacionalidad	-81,2 % española -18,8 % otra
	Estado civil	-9,1 % solteras -90,9 % casadas
	Estudios realizados	-9,1 % sin estudios o formación -90,9 % con estudios o formación
	Trabajo actual	-27,3 % no activas -72,7 % activas
	Enfermedad crónica	-36,4 % sí enfermedad -63,6 % no enfermedad
	Toma de medicación	-36,4 % sí -63,6 % no
	Nivel de recursos económicos	-63,6 % bajo -34,6 % medio

(Fuente: Elaboración propia 2018)

Tabla 3. Datos relativos al rol de cuidador.

CUESTIONES / CUIDADORES		Cuidador formal	Cuidador informal
Datos relativos al rol de cuidador	Convivencia con la persona mayor	-36,4 % sí -63,6 % no	
	Necesita ayuda a domicilio		-75% sí -25% no
	Recibe ayuda a domicilio		-75 % sí -25 % no
	Consideran adecuadas las actividades que realizan las trabajadoras del SAD		-50 % sí -50 % no
	Cuántas veces acuden a domicilio por semana	100 %: 2 – 3 veces	100 %: diariamente
	Qué actividades realizan en el hogar con mayor frecuencia		-81,2 % actividades básicas de limpieza del hogar, cocinar, asear o bañar -18,8 % limpieza del hogar exclusivamente
	Tiempo que le ocupa las actividades del hogar	-36,7 % tiempo normal y adecuado -36,7 % tiempo bastante considerable -27,3 % la mayor parte del tiempo	

(Fuente: Elaboración propia 2018)



informales consideraban que necesitaban el Servicio de Ayuda a Domicilio y recibían dicho servicio, puesto que no podían cubrir ni hacer frente a todas las necesidades propias y de la persona mayor. Sin embargo, el 50 % de este grupo mencionado, consideraban que el servicio prestado era insuficiente o inadecuado. El 100 % de las cuidadoras formales acudían 2 ó 3 veces por semana a domicilio. Por otra parte, el porcentaje completo de cuidadoras informales se encontraban continuamente en el hogar. El 81,8 % de cuidadoras de ambos grupos realizaban actividades relacionadas con la limpieza básica del hogar, cocinar y/o asear o bañar a la

Tabla 4. Datos relativos a las esferas personales de los cuidadores.

CUESTIONES / CUIDADORES	Cuidador formal	Cuidador informal
Datos relativos a las esferas personales de los cuidadores	Alteración en el arreglo e higiene personal	-100 % no
	Alteración en el mantenimiento y gestión del hogar	-9,1 % sí -90,9 % no
	Alteración en el área de sueño y descanso	-90,9 % sí -9,1 % no
	Alteración en el área de ocio y tiempo libre	-18,2 % sí -81,8 % no
	Desgaste energético, monotonía en el trabajo	-100% sí
	Desgaste emocional	-100% sí
	Percepción negativa de usted por parte de su círculo cercano	-63,6 % sí -36,4 % no
	Satisfacción del trabajo realizado	-100% sí
	Su trabajo está infravalorado	-100 % no
	Descompensación laboral	-14,3 % sí -85,7% no
	Conoce estrategias o técnicas para evitar el estrés	-45,45 % no -54,55 % sí
	Cree que puede mejorar la calidad del SAD	-18,2 % sí -81,2 % no

(Fuente: Elaboración propia 2018)

Tabla 5. Escalas de sobrecarga.

Cuidadores / Escalas de sobrecarga	Escala de Zarit			Cuestionario de Maslach		
	No sobrecarga	Sobrecarga leve	Sobrecarga intensa	AE	D	RP
C. Informal	25%	50%	25%			
C. Formal				Alto (100%)	Medio-Alto (100%)	Muy Alto (100%)

(Fuente: Elaboración propia 2018)

AE: Agotamiento emocional.

D: Despersonalización.

RP: Realización personal.

persona a la que prestan sus cuidados. Mientras que el porcentaje restante únicamente realizaba actividades de limpieza del hogar. El 36,7 % consideraba que realizar dichas actividades les llevaba un tiempo medio y normal. Otro 36,7 % le ocupaba un tiempo considerable a lo largo del día, mientras que el 27,3 % de cuidadoras notaban que las actividades que giraban en torno a las personas de edad, les ocupaban la mayor parte del día (Ver Tabla 3).

Respecto a la esfera psicológica y física, el número íntegro de cuidadoras tenía un desgaste emocional y energético intenso, vinculado con un cansancio y monotonía en su vida y su área laboral. Sin embargo, el 100% de las cuidadoras encontraban satisfactorio el trabajo que realizaban y no pensaban que éste estuviera infravalorado. En relación con el área personal, este agotamiento físico-emocional no afectaba a su higiene y arreglo personal. Un 9,1 % presentaba alguna alteración en el mantenimiento de su hogar. El 90,9 % tenían un descanso y sueño que se había visto repercutido negativamente. De todas las cuidadoras, el 18,2 % mostraba una alteración en su área de ocio y tiempo libre. De ambos grupos de cuidadoras, el 63,6 % habían recibido comentarios negativos de su aspecto físico y emocional por parte de sus círculos cercanos. Del grupo de cuidadoras formales, el 14,3 % pensaba que existía una descompensación laboral. Asimismo, el



45,45 % desconocían estrategias o técnicas para evitar el estrés o para relajarse. El total de cuidadoras desconocían la Terapia Ocupacional y el 18,2 % opinaban que podría mejorar la calidad del Servicio de Ayuda a Domicilio (Ver Tabla 4).

Del grupo de cuidadoras formales, el 100% presentaba un alto grado de agotamiento emocional y un grado medio (alto) en relación con la despersonalización. Sin embargo, el número íntegro de trabajadoras formales tenían un grado alto de realización personal. Del grupo de cuidadoras informales, el 25 % no presentaba sobrecarga. El 50 % presentaba una sobrecarga leve y el 25 % restante tenía una sobrecarga intensa (Ver Tabla 5).

Se realizó una encuesta de valoración de las charlas realizadas con un total de 3 cuestiones que serán desglosadas junto con la correspondiente puntuación anexa a continuación.

La primera cuestión (¿La información proporcionada en las charlas, resulta de gran interés para usted?) tuvo una puntuación de 9.8 sobre 10, considerando 0 poco útil y 10 muy útil.

La segunda cuestión (¿Cree que son necesarias estas charlas informativas?) tuvo una puntuación de 10 sobre 10, considerando 0 poco útil y 10 muy útil.

La última cuestión (¿Le gustaría que se impartiesen más charlas de este tipo?) tuvo una puntuación de 10 sobre 10, considerando 0 poco interés y 10 mucho interés.

En el estudio se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de una intervención antes-después.

Discusión

Cumplir años, implica entre otros aspectos, un envejecimiento que, dependiendo de las condiciones personales y económicas, puede ser más o menos favorable con una mayor o menor vida social y familiar^(1,7). Este proceso de envejecimiento compromete la implicación de diversos profesionales sociosanitarios para lograr que la vejez llegue a ser lo mejor posible. Existe evidencia de que la población de edad necesita, gradualmente en una medida u otra, una intervención y un apoyo por parte de un cuidador^(1,11,12,13), ya sea formal o informal (familiar) a lo largo de su trayectoria final de la vida para compensar aquellas actividades y necesidades que esta persona de edad ha dejado de hacer o tiene por unos motivos u otros.

Hoy en día, los familiares^(12,13) siguen siendo los principales cuidadores de las personas mayores, siendo este hecho preferido tanto por estos cuidadores como por los ancianos, ya que estos prefieren no utilizar recursos geriátricos como residencias de tercera edad, sobre todo, ocurre en el ámbito rural, donde desean permanecer en sus domicilios.

Los principales cuidadores de las personas de edad suelen ser los hijos y los cónyuges^(13,18), los cuales otorgan un apoyo y una asistencia completa y diaria, proporcionando un soporte firme en las esferas sociales, funcionales, económicas o afectas de estos mayores⁽¹²⁾. Es relevante destacar que, la cantidad y percepción de ayuda recibida por estos cuidadores informales depende, en gran medida, de la disponibilidad de éstos y de la calidad afectiva de las relaciones entre los familiares y los mayores.

Por otro lado, el Servicio de Ayuda a Domicilio es la prestación más otorgada en la Comunidad de Castilla – La Mancha y cubren las necesidades de las diversas áreas de las personas mayores en su hogar. Este servicio es llevado a cabo por auxiliares de enfermería (cuidadores formales), las cuales se comprometen diariamente para ofrecer sus servicios de la manera óptima posible. Sin embargo, esta asistencia realizada por los cuidadores formales cubre a varias personas durante un mismo día, lo que genera que las actividades que realizan se realizan rápidas y de manera automática, impidiendo prestar atención a la esfera psicológica⁽¹⁸⁾ y otras carencias de los mayores.

El *Síndrome del Desgaste Profesional* es un síndrome desconocido para muchos que, en este caso, se encuentra en ambos tipos de cuidadores. La labor diaria que realizan genera una sobrecarga⁽¹⁷⁾ en sus esferas personales con las consiguientes consecuencias en su desempeño ocupacional. A nuestro juicio, se extiende y se vincula vejez con enfermedad, teniendo una visión negativa ofuscada



de las personas de edad⁽¹⁾. A pesar de que existe evidencia de que, a través de programas de prevención, disminuye la morbilidad y se reducen los casos de dependencia, se siguen ignorando⁽⁸⁾.

A través de este estudio, se quiere llevar al ámbito sociosanitario, la importancia de proporcionar los conocimientos y las herramientas suficientes para desempeñar una ocupación que resulte gratificante y que no comprometa la salud de los cuidadores y las personas de edad. La esfera emocional queda menos reflejada y es menos visible que la física^(6,17), con lo que sentimientos y emociones negativas de preocupación, ansiedad, tensión, comportamientos irascibles, etc. se desvanecen y no tienen tanta repercusión ni impacto a los ojos de la sociedad⁽²⁰⁾.

Este trabajo fue realizado en la localidad de Otero para realizar una valoración e intervención en dicha población, sin embargo, debido a un periodo de tiempo limitado no fue posible realizar una evaluación de seguimiento. A pesar de ello, la encuesta de valoración realizada a los participantes reflejó una buena satisfacción por su parte (con una puntuación global de 9,93 sobre 10). Los resultados obtenidos a través de la intervención realizada a lo largo de este tiempo corroboran que los cuidadores formales e informales presentan un grado de sobrecarga laboral elevado [Agotamiento emocional elevado y despersonalización con un grado medio (alto)] que perjudica y daña a otros aspectos de su vida diaria como también sucede en otros estudios (López M.J., et al., 2009).

En otros estudios fuera de España, como es el caso del estudio realizado en la ciudad de Chillán (Chile) de Muñoz et al. (2004) se observó el 72% de los cuidadores informales presentaban algún grado de sobrecarga y que el 48% tenía un grado intenso de sobrecarga, datos que pueden verse reflejados en esta intervención realizada. Durante el desarrollo de esta intervención, se han encontrado que existe un 90,9% de personas de ambos grupos de cuidadores que tienen una alteración en el área de sueño y descanso. Así como un 100 % de las personas beneficiarias que tienen un grado elevado de desgaste energético y emocional⁽⁷⁾. Estos datos pueden verse sustentados también en otros estudios y trabajos realizados con anterioridad^(7,19) como (García-Calvente MM., et al.,2004; Hermida E., et al.,2013) que reflejan un malestar emocional por parte de cuidadores de personas dependientes.

Además, se realizó una entrevista con la Trabajadora Social de la Zona Básica de Salud de Talavera de la Reina, la cual aportó información de gran relevancia y que permitió esclarecer determinadas cuestiones pertenecientes al funcionamiento y desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio en la localidad del estudio.

Los objetivos planteados y las actuaciones llevadas a cabo han permitido mostrar, a través de sentimientos manifestados por las propias cuidadoras, que existe una pequeña mejoría en la calidad emocional que presentan. Es reseñable destacar que este tipo de actuaciones son bien recibidas por este grupo con rol de cuidador y este mismo grupo reiteró durante las intervenciones realizadas, que una vez al mes mínimo, necesitarían de una intervención grupal a modo de ayuda y tratamiento. Por ello, se sugiere que el Sistema Público Sanitario Actual tenga en cuenta esta sobrecarga y malestar de ambos grupos de cuidadores y preste especial atención, implementando un programa a nivel general de ayuda y de soporte a este colectivo de cuidadores. Debido a que el elevado malestar emocional que sostienen es preocupante, esto afecta a su calidad de vida y a la de las personas que cuidan.

Es necesario resaltar que un 66% de las participantes de este proyecto reconocen que sus labores les ocupan gran parte de su tiempo diario lo que conlleva a un desequilibrio o descompensación ocupacional en sus vidas, lo que justifica la intervención de la terapia ocupacional.

Las limitaciones de este estudio se enlazan con el número reducido de participantes de este proyecto, debido principalmente al tamaño de la población de la localidad de Otero, a pesar de que ha participado el 100% de las posibles personas implicadas.

Su aplicación en la práctica significaría una posible colaboración y trabajo entre diversos profesionales como son médicos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales para establecer y administrar un programa de intervención adecuado y ajustado a las necesidades halladas.



Para futuras líneas de investigación, sería necesario disponer de un tamaño de participantes mayor para obtener diversos resultados y que se pueda establecer un plan de intervención acorde a las características encontradas, tanto por la zona como por la población.

Conclusión

Se ha establecido con éxito un Programa de Intervención con las cuidadoras formales e informales, que ha repercutido positivamente en el desempeño ocupacional de las beneficiarias de este trabajo. La situación actual de las cuidadoras ha sido percibida con plenitud y se ha detectado la existencia de síntomas del Síndrome del Burnout en diferentes grados, tanto en el rol de cuidadora formal como informal, advirtiendo una elevada sobrecarga, incidiendo con mayor frecuencia en las cuidadoras informales. Este último grupo ha recibido y recibe diariamente un gran impacto negativo, sobre todo en la esfera psicológica, ya que permanecen todo el día con los seres queridos a los que cuidan, ya sean por motivos personales o económicos.

Se ha realizado una comunicación, con buena recepción, a las beneficiarias de este proyecto sobre su situación y condición actual. Las cuidadoras han recibido información verbal y escrita sobre este Síndrome para prevenir y/o proceder frente a él. La gran mayoría de este grupo de intervención ha decidido realizar, en un futuro muy próximo, reuniones entre compañeras, familiares o profesionales cualificados para no dejar de lado aquellos sentimientos y emociones nocivas que repercuten negativamente en sus ocupaciones y labores diarias, buscando una solución o salida a estos sentimientos, pudiendo mejorar su calidad de vida de forma global.

La terapia ocupacional, como profesión sociosanitaria que ayuda a la prevención, mantenimiento o mejora del funcionamiento y autonomía personal de las personas a través de una ocupación significativa, se encuentra infravalorada e infrautilizada dentro del Sistema Sanitario Público actual. Nuestra labor como terapeutas ocupacionales puede proporcionar, entre otros, la ayuda necesaria (ya que alrededor de un 55% de las cuidadoras desconocen estrategias o técnicas para aliviar estrés o relajarse), en vinculación con otras profesiones, a aquellas personas que trabajan en el ámbito rural con personas dependientes, por lo que este profesional debería de encontrarse como miembro de un equipo interdisciplinar.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Rodríguez P. El problema de la dependencia en las personas mayores. Madrid: Documentación Social; 1998.
2. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm 21 de 15/12/2006.
4. Abellán A, Ayala A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Madrid. Informes Envejecimiento en red. Madrid; 2017 p.48.
5. Imsero I. Portal de la Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: La Dependencia a un Clic [Internet]. Dependencia.imserso.es. 2018 [cited 26 May 2018]. Available from: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/d_clic/index.htm
6. Bazo MT, Domínguez-Alcón C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. Revisión 1996; 73: 43-56.
7. López-Gil MJ, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez-Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso-Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud, Rev Clin Med Fam 2009; 2(7).
8. García González, J, Rodríguez Rodríguez P. Rompiendo distancias: Un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40: 22-33.
9. Wolff JL, Spillman BC, Freedman VA et al. A national profile of family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. JAMA Intern Med 2016;176:372-379.
10. Instituto Nacional de Estadística. [cited 26 May 2018]. Disponible en línea: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1161&capsel=2077>.
11. Sistema de Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha. 2017;1-16. Disponible en línea: http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20180208/datos_31_diciembre_2017_dependencia_clm.pdf
12. Mayte JAM, Abellán A. La atención formal e informal en España. Sancho M. (coord.) Las personas mayores en España. Informe 2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.



13. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 393-405
14. Álvarez M. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
15. Riffin C, Van Ness PH, Wolff JL, Fried T. Family and other unpaid caregivers and older adults with and without dementia and disability. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(8):1821-8
16. Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *Gerontologist* 2010;50 (1): 76-86
17. De Lucena Carvalho, VAMP, Fernández Calvo, B, Hernández Martín L, Ramos Campos, F, Contador Castillo, I. Resiliencia y el modelo del Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema* [Internet]. 2006; 18 (4): 791 - 796. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=072718417>
18. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004; 18 (Sup 1):132-9
19. Lavoz EE, Villarroel VM, Lara Jaque R, Caamaño PR. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio "José Durán Trujillo", San Carlos, Chile. *Theoria* 2009; 18(1):69-79
20. Hermida E, L. Vázquez F, Blanco V, Otero P, Torres A. El malestar emocional en los cuidadores no profesionales. En: *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology*. Santiago de Compostela; 2014. p. 14-20.
21. Vega LMF. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. 2005; p. 1-7
22. Vega LMF. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (III): Instrumento de medición. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. 2006; p. 1-7
23. Vega LMF. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): Consecuencias, evaluación y prevención. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. 2005; p. 1-7
24. Fernández P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 2011; 23 (3): 388-93
25. Piersol CV, Canton K, Connor SE, Giller I, Lipman S, Sager S. Effectiveness of Interventions for Caregivers of People With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2017;71(5):1-10
26. Avila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (2nd ed.).
27. Rodríguez M, Toledo R. Modelo de Ecología del Desempeño Humano. Perspectivas de aplicación "comunitaria" en Terapia Ocupacional. *Rev Est Terapia Ocupacional* [Internet]. 2014 [citado 4 Jun 2018]; 1 (1): 1-11. Disponible en: <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/5/4>
28. Seisdodos, N. (1997). *Inventario burnout de Maslach, síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.

ANEXOS

Anexo 1

❖ Pre-entrevista:

1. Presentación del alumno de Terapia Ocupacional.
2. Presentación del proyecto de intervención:
 - a. Proyecto de intervención para el conocimiento, valoración, evaluación y ayuda de la sobrecarga de los cuidadores, tanto informales como formales, que atienden a una población mayor de 65 años con algún grado de dependencia reconocido.

❖ Entrevista con las personas de edad:

- Datos personales de cada persona mayor y preguntas correspondientes:
 - a. Nombre y apellidos.
 - b. Estado civil.
 - c. Hijos.
 - d. Lugar de nacimiento.
 - e. Convivencia.
 - f. ¿Tiene alguna patología?
 - g. ¿Ha trabajado en el pasado?
 - h. Actualmente, ¿toma alguna medicación?
 - i. Nivel de recursos económicos que posee.
 - j. ¿Conoce lo que es la Terapia Ocupacional?
 - k. ¿Tiene algún cuidador principal? En caso de ser así, indique cuál es.
 - l. ¿Qué labores considera importantes para usted?



- m. ¿Cree que necesita ayuda a domicilio?
 - n. ¿Recibe ayuda a domicilio?
 - o. En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿considera adecuadas las actividades que realizan las trabajadoras del SAD?
 - p. ¿Cree que puede mejorar la calidad del SAD?
- ❖ **Entrevista con los cuidadores informales:**
- Datos personales de cada cuidador informal y preguntas correspondientes:
 - a. Nombre y apellidos.
 - b. Edad.
 - c. Estado civil.
 - d. Estudios realizados.
 - e. ¿Trabaja en la actualidad?
 - f. Nivel de recursos económicos que posee.
 - g. ¿Conoce lo que es la Terapia Ocupacional?
 - h. ¿Vive con la persona mayor a la que cuida?
 - i. ¿Cree usted que necesita ayuda a domicilio?
 - j. ¿Recibe ayuda a domicilio?
 - k. ¿Cuántas veces acude a domicilio por semana en caso de residir en otra vivienda?
 - l. ¿Qué actividades suele realizar en el hogar con mayor frecuencia?
 - m. ¿Cuánto tiempo cree usted que le ocupan estas labores?
 - n. ¿Nota usted un desgaste energético, cansancio, monotonía en su trabajo?
 - o. ¿Tiene usted un desgaste emocional?
 - p. ¿Cree que tiene alguna alteración en su arreglo e higiene personal?
 - q. ¿Se ha visto afectado el mantenimiento de su hogar, la elaboración de comidas sanas, etc.?
 - r. ¿Se ha visto repercutido negativamente su sueño y descanso por la noche?
 - s. ¿Cree usted que su ocio y su tiempo libre se ha visto afectado negativamente?
 - t. ¿Encuentra satisfactorio las labores que realiza?
 - u. ¿Cree que su trabajo está infravalorado?
 - v. ¿Su círculo cercano le ha comentado alguna vez si la encuentra casada, agotada, enfadada, etc.?
 - w. ¿Conoce estrategias y/o técnicas para relajarse o evitar el estrés?
- ❖ **Entrevista con los cuidadores formales:**
- Datos personales de cada cuidador formal y preguntas correspondientes:
 - a. Nombre y apellidos.
 - b. Edad.
 - c. Estado civil.
 - d. Estudios realizados.
 - e. Nivel de recursos económicos que posee.
 - f. ¿Conoce lo que es la Terapia Ocupacional?
 - g. ¿Vive con la persona mayor a la que cuida?
 - h. ¿Cuántas veces acude a domicilio por semana?
 - i. ¿Qué actividades suele realizar en el hogar con mayor frecuencia?
 - j. ¿Cuánto tiempo cree usted que le ocupan estas labores?
 - k. ¿Nota usted un desgaste energético, cansancio, monotonía en su trabajo?
 - l. ¿Tiene usted un desgaste emocional?
 - m. ¿Cree que tiene alguna alteración en su arreglo e higiene personal?
 - n. ¿Se ha visto afectado el mantenimiento de su hogar, la elaboración de comidas sanas, etc.?
 - o. ¿Se ha visto repercutido negativamente su sueño y descanso por la noche?
 - p. ¿Cree usted que su ocio y su tiempo libre se ha visto afectado negativamente?
 - q. ¿Encuentra satisfactorio las labores que realiza?
 - r. ¿Cree que su trabajo está infravalorado?
 - s. ¿Cree que existe alguna descompensación laboral?
 - t. ¿Su círculo cercano le ha comentado alguna vez si la encuentra casada, agotada, enfadada, etc.?
 - u. ¿Conoce estrategias y/o técnicas para relajarse o evitar el estrés?
 - v. ¿Cree que se puede mejorar la calidad del SAD?

Lévanos_Get up_Llévanos



Derechos de autor

