



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL EN CUIDADORES DE ANCIANOS: EFECTOS DE
UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
KARINA REYES JARQUÍN

TUTORA PRINCIPAL
DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO
UNAM, CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA
UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
UNAM, FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

MÉXICO, D.F., ENERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi familia, que son mi motor más importante, y la bendición más grande en mi vida. GRACIAS INFINITAMENTE

A mis padres que siempre me han motivado y apoyado en todas mis decisiones y metas. Mi madre, que aún en los momentos que he dudado de mí, ella siempre ha confiado en que puedo lograr lo que me propongo. Mi padre que me ha enseñado la importancia de ser responsable y dedicada. Son mis ejemplos de vida.

A mi hermana Brenda, que ha sido uno de mis apoyos más grandes en los momentos difíciles, que me ha hecho confiar en mi fortaleza y valentía, y que las pruebas siempre nos hacen más fuertes. A mi hermano Dany, que siempre ha sido un compañero de vida que me escucha y me quiere sin importar lo que pase.

A los doctores miembros de mi Comité Tutor por transmitirme con cada uno de sus comentarios, clases o pláticas un poco de lo mucho que saben. A todos ellos mi más profunda admiración y respeto.

Especialmente a mi tutora principal, la Dra. Ana que después de tantos años de conocerla y ser su alumna, el cariño, respeto y admiración se han acrecentado; gracias por su presencia, motivación y apoyo incondicional.

A la Dra. Rocío Hernández Pozo, quien desde siempre me ha abierto las puertas y me ha recibido con gusto y dispuesta a compartir sus valiosos conocimientos.

A la Dra. Rebeca Robles, un gusto haberla conocido en este proceso. Siempre motivándome para que el proyecto fuera por buen camino, siempre con las observaciones justas y certeras para mejorar.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, gracias por su guía en el seminario de investigación y por su calidez humana.

Al Dr. Samuel Jurado, que aún sin conocerme me aceptó y me brindó toda su ayuda y guía para llevar a término mis estudios.

A la Máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, pues me llena de orgullo formar parte de sus filas.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT por su invaluable apoyo como becaria en el Programa de Doctorado en Psicología.

Al Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología COMECYT por su invaluable apoyo como becaria para la conclusión de Tesis de Posgrado.

Al proyecto PAPIIT No. IN306710 de la DGAPA de la UNAM, por el financiamiento parcial para la elaboración de este proyecto.

A personas importantes y presentes en mi vida desde hace mucho años, y a quienes conocí gracias al doctorado.

A Daniel, gracias por amarme de manera incondicional, paciente y sincera y por sentirte siempre orgulloso de mis logros. Te amo.

A Marisol, que ha depositado toda su confianza en mí y ha formado parte de mi vida de una manera invaluable, gracias por tu amistad.

A Jazmín, que a pesar de la distancia siempre está presente brindándome su apoyo incondicional.

A Brenda, que en poco tiempo se ha vuelto una gran amiga, confidente y maestra.

A Jessica, que aún sin que podamos recordar el inicio de nuestra amistad, ha estado siempre presente con esa simpatía que la caracteriza.

A Leonel, que siempre me ha impulsado a luchar por mis sueños y metas.

A mis compañeras del doctorado: Angélica, Centli y las dos Karen, por las risas compartidas y por todo el apoyo.

Mención aparte a Aidé que con toda la disposición me apoyó en las aplicaciones de instrumentos en las instituciones de atención gerontológica.

A todo el maravilloso equipo de investigación de la Dra. Ana, que formamos un grupo unido y siempre dispuesto a ayudar.

A las autoridades de las instituciones participantes que creyeron en el proyecto y me brindaron todas las facilidades para llevarlo a cabo.

A todos los participantes que le dieron sentido a ésta investigación.

MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL.....	15
1.1. Definiciones y características	15
1.2. Modelos explicativos.....	21
1.3. Consecuencias del síndrome de desgaste laboral.....	26
1.3.1. Consecuencias fisiológicas	26
1.3.2. Consecuencias personales	27
1.3.3. Consecuencias organizacionales	28
1.3.4. Consecuencias en los pacientes o clientes	29
CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO	32
2.1. La vejez	32
2.2. Cambios en el envejecimiento	36
2.3. Envejecimiento poblacional.....	41
2.4. Vejez y dependencia	44
CAPÍTULO 3: INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA VEJEZ	47
3.1. Definición y objetivos de la institucionalización	47
3.2. Atención en México.....	54
CAPÍTULO 4. LOS CUIDADORES DE ANCIANOS	56
4.1. El cuidado al anciano	56
4.2. Cuidadores informales.....	59
4.3. Cuidadores formales.....	62
4.4. Síndrome de desgaste laboral en cuidadores formales	70
4.5. Intervenciones para disminuir el SDL.....	73
METODOLOGÍA.....	90
Planteamiento del problema.....	90
Objetivo General	95
Objetivos Específicos	95
Preguntas de investigación.....	96
Hipótesis.....	96

Tipo de estudio	96
Diseño	97
Tipo de Muestra.....	97
Escenario.....	97
Participantes	98
Variables.....	100
Definiciones conceptuales:	101
Definiciones operacionales.....	103
Instrumentos	110
Procedimiento	117
RESULTADOS	121
Análisis Intergrupales.....	124
Comparaciones entre medidas pretest de ambas instituciones.	124
Comparaciones entre las medidas pretest de la institución 1 e intermedia de la institución 2.....	130
Análisis Intragrupal. Análisis de varianza para medidas repetidas y “d” de Cohen	136
Análisis de niveles de SDL	151
Análisis Individuales	157
DISCUSIÓN	203
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y RECOMENDACIONES FUTURAS	217
REFERENCIAS	221
ANEXO 1. Consentimiento informado general	241
ANEXO 2. Batería de instrumentos para cuidadores de ancianos residentes	243
ANEXO 3. Batería de instrumentos para ancianos residentes	259
ANEXO 4. Check list del módulo relajación.....	276
ANEXO 5. Check list del módulo reestructuración cognitiva.....	277
ANEXO 6. Check list del módulo habilidades sociales.....	278
ANEXO 7. Check list del módulo reforzamiento positivo	279
ANEXO 8. Check list del módulo moldeado.....	280
ANEXO 9. Check list del módulo reforzamiento modelado	281

ANEXO 10. Procedimiento para calcular ICM y confiabilidad inter-observadores.
.....282

ANEXO 11. Carta compromiso con las instituciones290

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Puntaje en las subescalas del CESQT (Gil-Monte 2005).</i>	98
Tabla 2. <i>Puntaje de la Prueba de Estado Mental Minimental (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Gutiérrez, 1996).</i>	99
Tabla 3. <i>Puntos de corte en "d" de Cohen (Cohen, 1992).</i>	122
Tabla 4. <i>Puntos de corte en CCO (Cardiel, 1994).</i>	123
Tabla 5. <i>Comparación de medias para variables evaluadas en el pretest para los cuidadores formales.</i>	125
Tabla 6. <i>Comparación de medias para categorías conductuales en el pretest para los cuidadores formales.</i>	126
Tabla 7. <i>Comparación de medias para variables en el pretest para los ancianos residentes.</i>	128
Tabla 8. <i>Comparación de medias para categorías conductuales en el pretest para los ancianos residentes.</i>	129
Tabla 9. <i>Comparación de medias para variables entre la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los cuidadores formales.</i>	131
Tabla 10. <i>Comparación de medias para categorías conductuales entre la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los cuidadores formales.</i>	132
Tabla 11. <i>Medidas descriptivas y comparación de medias de la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los ancianos residentes.</i>	134
Tabla 12. <i>Comparación de medias de categorías conductuales de la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los ancianos residentes.</i>	135
Tabla 13. <i>Análisis de varianza para medidas repetidas y "d" de Cohen en las variables de los cuidadores formales.</i>	140
Tabla 14. <i>Análisis de varianza para medidas repetidas y "d" de Cohen en las categorías conductuales de los cuidadores formales.</i>	144

Tabla 15. <i>Análisis de varianza para medidas repetidas y “d” de Cohen en las variables de los ancianos residentes.</i>	148
Tabla 16. <i>Análisis de varianza para medidas repetidas y “d” de Cohen en las categorías conductuales de los ancianos residentes.</i>	150
Tabla 17. <i>Cálculo de acuerdo o desacuerdo entre los observadores independientes.</i>	283
Tabla 18. <i>Cálculo de porcentaje de acuerdo entre los observadores independientes.</i>	284
Tabla 19. <i>Valores críticos de Coeficiente de correlación.</i>	285
Tabla 20. <i>Resultados de Porcentaje de confiabilidad entre observadores para categorías conductuales de cuidadores formales.</i>	286
Tabla 21. <i>Resultados de Porcentaje de confiabilidad entre observadores para categorías conductuales de ancianos residentes.</i>	288

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Modelo explicativo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983). Fuente: Elaboración propia.	22
<i>Figura 2.</i> Modelo explicativo de Leither y Maslach (1988). Fuente: Elaboración propia.....	23
<i>Figura 3.</i> Modelo explicativo de Leither (1993). Fuente: Elaboración propia.....	24
<i>Figura 4.</i> Modelo explicativo de Lee y Ashforth (1993). Fuente: Elaboración propia.	24
<i>Figura 5.</i> Modelo explicativo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1993). Fuente: Elaboración propia.	25
<i>Figura 6.</i> Estimaciones de población adulta mayor en México. Fuente: CONAPO, 2008.	43
<i>Figura 7.</i> Esquema de los efectos del SDL y su intervención. Fuente: Elaboración propia.....	94
<i>Figura 8.</i> Diagrama de participación y muerte experimental . Fuente: Elaboración propia.....	100
<i>Figura 9.</i> Porcentaje de participantes en cada nivel de SDL. Fuente: Elaboración propia.....	152
<i>Figura 10.</i> Porcentaje de participantes en cada nivel de Desilusión por el trabajo. Fuente: Elaboración propia.....	153
<i>Figura 11.</i> Porcentaje de participantes en cada nivel de Desgaste físico y psíquico. Fuente: Elaboración propia.	154
<i>Figura 12.</i> Porcentaje de participantes en cada nivel de Indolencia. Fuente: Elaboración propia.	155
<i>Figura 13.</i> Porcentaje de participantes en cada nivel de Culpa. Fuente: Elaboración propia.	156
<i>Figura 14.</i> Síndrome de Desgaste Laboral en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.	160
<i>Figura 15.</i> Calidad de vida en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.	161

<i>Figura 16.</i> Percepción de salud en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.....	162
<i>Figura 17.</i> Habilidades sociales en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.....	163
<i>Figura 18.</i> Compartir en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.	170
<i>Figura 19.</i> Premiar en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.	171
<i>Figura 20.</i> Contacto visual en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia...	172
<i>Figura 21.</i> Acercamientos breves en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.....	173
<i>Figura 22.</i> Proximidad en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.	174
<i>Figura 23.</i> Contacto físico en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia...	175
<i>Figura 24.</i> Peticiones verbales en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.	176
<i>Figura 25.</i> Sonreír en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.	177
<i>Figura 26.</i> Modelamiento en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia. ...	178
<i>Figura 27.</i> Reír en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.....	179
<i>Figura 28.</i> Desaprobar en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.....	180
<i>Figura 29.</i> Preguntar en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.....	181
<i>Figura 30.</i> Calidad de vida en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia..	184
<i>Figura 31.</i> Bienestar subjetivo en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	185
<i>Figura 32.</i> Satisfacción con el cuidado en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	186
<i>Figura 33.</i> Independencia en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia. ...	187
<i>Figura 34.</i> Aceptación en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.....	193
<i>Figura 35.</i> Seguir instrucciones en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	194
<i>Figura 36.</i> Contacto visual en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia...	195
<i>Figura 37.</i> Contacto físico en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia....	196
<i>Figura 38.</i> Peticiones verbales en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	197

<i>Figura 39.</i> Sonreír en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	198
<i>Figura 40.</i> Atención en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	199
<i>Figura 41.</i> Reír en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	200
<i>Figura 42.</i> Elogiar en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	201
<i>Figura 43.</i> Preguntar en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.	202

RESUMEN

El Síndrome de Desgaste Laboral (SDL) se manifiesta en los trabajadores que mantienen un contacto constante con otras personas como en el caso de los cuidadores formales de ancianos, ocasionando afecciones en quien sufre el SDL y en quienes reciben el servicio o cuidado.

Se llevó a cabo un estudio con diseño pretest-posttest y seguimientos a 1 y 3 meses con grupo control en lista de espera; cuyo objetivo fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual (ICC) en: a) el SDL, Calidad de vida, Percepción de salud y Habilidades sociales de los cuidadores formales de ancianos residentes, b) la Calidad de vida, Bienestar subjetivo, Satisfacción con el cuidado e Independencia de los ancianos residentes en centros gerontológicos y c) la interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador evaluada mediante categorías conductuales de interacción. Lo anterior a través de un entrenamiento a los cuidadores formales de 9 sesiones formado por seis componentes: relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento.

Los resultados en los cuidadores indican diferencias estadísticamente significativas ($p < .01$) en las categorías conductuales positivas de interacción, así como en las variables SDL, Calidad de vida, Percepción de salud y Habilidades sociales, al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2. Para los ancianos, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en todas las categorías positivas de interacción, así como en las variables Calidad de vida, Bienestar subjetivo, Satisfacción con el cuidado e Independencia, al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2. Se concluye que la ICC tuvo efectos positivos indirectos en los ancianos residentes, reportando mayores cambios en el seguimiento a 1 mes de la conclusión de la ICC; así como efectos positivos directos e inmediatos en los cuidadores formales de ancianos. Uno de los hallazgos más importantes es el incremento de la ejecución de categorías conductuales positivas de interacción de ambos grupos.

Palabras clave: Ancianos residentes, cuidadores formales, Síndrome de Desgaste Laboral, cognitivo-conductual, interacción cuidador-anciano.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Síndrome de Desgaste Laboral (SDL) es un fenómeno presente en diversos contextos laborales, aunque es bien sabido que tiene una mayor incidencia en los profesionales del sector servicios que constantemente trabajan con y para atender personas. El síndrome de desgaste laboral se encuentra caracterizado por tres síntomas principales; la baja realización personal en el trabajo que se describe como la tendencia para autoevaluarse negativamente con respecto al ejercicio de la propia actividad laboral; la presencia de agotamiento emocional y el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas atendidas. Resulta claro que el desarrollo del SDL traerá consecuencias negativas para quien lo padece a nivel laboral, físico, familiar, social y de salud.

El SDL se ha estudiado en diversas poblaciones como médicos, enfermeros, trabajadores sociales y profesores; sin embargo, resulta importante conocer más acerca de la presencia de este fenómeno en cuidadores de una población que actualmente se encuentra en incremento a nivel nacional y mundial: los ancianos.

En México, a partir del Censo de Población 2010 (INEGI), el Instituto de Geriátrica publicó que la población mexicana de 60 años y más asciende a 10 055 379 personas, lo que significa el 9.06% de la población total del país; entre las cuales existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres indicador que muestra los efectos de la sobremortalidad masculina en los ancianos. Muchos de estos ancianos necesitarán recibir cuidados por parte de personal capacitado y de manera formal dentro de una institución o asilo; sin embargo, si los cuidadores se encuentran en riesgo de desarrollar SDL, podrían traer consigo efectos negativos en la relación cuidador-anciano, tales como: disminución en la calidad del servicio, malos tratos, baja atención o pobre comunicación; lo que afectaría negativamente la calidad de vida y bienestar de los ancianos.

Por lo tanto, en la presente investigación se diseñó, probó y evaluó una Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir el SDL del cuidador formal de ancianos residentes y que a su vez incida en la mejoría del cuidado hacia el anciano y de esta manera incrementar el nivel de calidad de vida en ancianos y cuidadores.

En el primer capítulo de este trabajo se abordan las características del SDL y la descripción de algunas intervenciones que se han realizado para disminuir la sintomatología de este fenómeno; en el segundo capítulo se presentan la definición de vejez y envejecimiento; en el tercero se presenta la temática del adulto mayor institucionalizado; mientras que en el capítulo cuarto se habla de las necesidades de cuidado de los ancianos, así como la existencia de los cuidadores formales e informales. Posteriormente, se describe la metodología de la investigación, que incluye el planteamiento del problema, objetivos, preguntas e hipótesis de investigación, definición de variables, instrumentos empleados, diseño de investigación y procedimiento; el siguiente apartado se enfoca a los resultados grupales e individuales de la investigación; en la discusión se hace referencia a los principales hallazgos, así como sus implicaciones teóricas y prácticas; finalmente, en el apartado de limitaciones de la investigación y recomendaciones futuras se abordan algunas áreas susceptibles de mejoría para dar continuidad a esta línea de investigación.

CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL

1.1. Definiciones y características

El Síndrome de Desgaste Laboral (SDL) o *Burnout* constituye actualmente un fenómeno en expansión en diversos contextos laborales y aunque su estudio científico se inició a mediados de los años setenta del siglo pasado (Freudenberger, 1974), los datos sobre su prevalencia son muy dispares (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006; Schaufeli & Enzmann, 1998). En el caso de Latinoamérica, el estudio del SDL se está desarrollando rápidamente solo en algunos países, además ese estudio ha estado enfocado en su mayoría a la evaluación o validación de instrumentos, sin embargo, los programas de intervención han recibido menor atención. En Brasil (Batista, Carlotto, Coutinho, & Augusto, 2010), Chile (Olivares, Vera, & Juárez, 2009) o México (Unda, Sandoval, & Gil-Monte, 2007) existen algunos estudios sobre su prevalencia, mientras que en otros son inexistentes (Gil-Monte & Noyola, 2011). A pesar de estos inconvenientes, se sabe que su prevalencia ha ido en aumento (Maslach, 2003) teniendo cada vez más alcances sobre el mundo laboral, por lo que su diagnóstico y prevención resulta de crucial importancia (Gil-Monte et al., 2005a).

La descripción de este fenómeno, surgió en Estados Unidos, en el año 1974, donde Freudenberger lo acuñó para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios, señaló que el SDL hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo (Freudenberger, 1974).

Sin embargo, han sido varios los autores que han dado su propia definición del SDL, a continuación se mencionan los más representativos.

Pines y Arosen (1988) lo conceptualizan como un estado en el que se combina fatiga emocional, física, mental, sentimientos de impotencia e inutilidad,

sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima.

Fischer (1983) lo considera como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos.

Price y Murphy (1984) entienden al SDL como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral; este proceso se caracteriza por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Rodríguez-Marín (1995) considera que el SDL no debe identificarse como estrés psicológico sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre los proveedores de servicios y los receptores de los mismos. Desde su perspectiva, sería un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés.

Una de las definiciones más empleadas es la propuesta por Maslach y Jackson (1981) quienes lo definieron como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con quienes se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Detallando aún más la definición antes mencionada, se puede decir que:

- Por *agotamiento emocional* o *desgaste físico y psíquico* se entiende la situación en 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 de los recursos emocionales propios, una sensación de estar agotado debido al contacto diario o constante con las personas que atienden como usuarios. Se trata de la manifestación primaria del fenómeno, comúnmente es la que se declara con mayor frecuencia en estudios empíricos (Maslach & Jackson,

1997), refleja la dimensión del estrés pero no hace mención a los aspectos críticos de las relaciones que tiene la gente en su trabajo (Ramos, 1999).

- La *despersonalización* o *indolencia* puede ser definida como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Los trabajadores suelen ver a los usuarios de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que los culpen de sus problemas. Se trata de un intento de distanciarse del receptor de servicios ignorando las cualidades que les hacen ser personas únicas e interesantes, esta dimensión es descrita por Maslach y Jackson (1997) como la respuesta impersonal y fría, en ocasiones insolente y desconsiderada hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional.
- La *falta de realización en el trabajo* o *desilusión por el trabajo* se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas que atienden (Gil-Monte & Peiró, 1997). Se relaciona con las otras dos dimensiones, pero ésta es más compleja; en algunos casos parece depender hasta cierto punto, del agotamiento, de la despersonalización o de una combinación de ambos (Lee & Ashforth, 1993). Además el agotamiento y la despersonalización interfieren con la eficacia porque es difícil obtener un sentimiento de realización personal cuando el individuo se siente agotado o cuando hay que ayudar a gente que les resulta indiferente (Maslach & Jackson, 1997).

En términos generales, el *agotamiento* representa la dimensión individual del SDL, se relaciona con sentimientos de intentar abordar demasiadas cosas y que los recursos emocionales y físicos están agotados. En cuanto a la *despersonalización* hace referencia a la dimensión contextual, se refiere a una respuesta insolente, abusiva, insensible o excesivamente distanciada frente a los pacientes o usuarios. Por último la *baja percepción de realización personal* representa la autoevaluación refiriéndose a sentimientos de incompetencia y a una falta de realización y de productividad en el trabajo (Ramos, 1999). Los

estudios de Maslach, Schaufeli y Leither (2001) establecieron una relación secuencial del agotamiento hacia la despersonalización; sin embargo, la relación hacia la falta de realización personal es menos clara.

Adicionalmente, Gil-Monte ha estudiado a fondo el fenómeno del Síndrome de Desgaste Laboral, incluyendo aspectos importantes que otros autores no han tratado, de acuerdo con este autor, el SDL se trata de una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con clientes o usuarios. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo o la baja realización personal en él; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios o pacientes y hacia la institución en forma de comportamientos indiferentes, fríos y distantes (Gil-Monte, 2005a, 2008b).

El desarrollo del SDL se inicia con deterioro cognitivo, caracterizado por el desgaste psíquico, que supone cansancio emocional y físico, acompañado también por un deterioro actitudinal en forma de indolencia e indiferencia hacia las personas a las que el profesional debe atender. Este último síntoma es una estrategia de afrontamiento para el manejo de los síntomas anteriores. Gil-Monte (2005) incluye un cuarto síntoma en el SDL, la culpa; el cual permite obtener dos perfiles de aquellas personas que presentan el síndrome.

En el primer perfil las actitudes y conductas de indolencia constituyen una estrategia de afrontamiento útil para los individuos, dado que les permite afrontar de manera adecuada las fuentes de estrés laboral, en especial el trato con las personas a las que atienden, aunque tenga una connotación disfuncional para el usuario y para la organización (Gil-Monte, 2005). Estos individuos no sentirán culpa por tratar a los clientes de manera desconsiderada o agresiva, o por no ajustarse a las expectativas del rol; son profesionistas que pueden seguir laborando por años sin desarrollar problemas individuales vinculados al estrés laboral; sin

embargo deterioran la calidad del servicio y dan lugar a quejas acerca del trato (Gil-Monte, 2008).

En el segundo perfil, las personas sienten remordimientos por no cumplir de manera efectiva con las prescripciones del rol, y por tratar de manera negativa e impersonal a los usuarios. Es en este segundo caso el SDL es más destructivo para el individuo (Gil-Monte, 2005). Es más frecuente que estas personas experimenten sentimientos de culpa hasta el punto de pedir su baja laboral, tendrán más consultas médicas, manifestarán mayores problemas psicosomáticos y podrán desarrollar patologías como ansiedad y depresión (Gil-Monte, 2008).

A lo largo de diversas investigaciones, se ha hecho hincapié en no confundir los términos "estrés laboral" y "Síndrome de desgaste laboral" pues éste último es una de las diferentes respuestas que pueden aparecer en situaciones de estrés laboral crónico, y por tanto una de las posibles formas en las que puede desarrollarse el proceso de estrés laboral, pero no la única. Adicionalmente, el estrés no sólo tiene efectos negativos sobre el individuo, determinados niveles de estrés hacen que el organismo funcione de manera adecuada; mientras que, el SDL sólo tiene efectos negativos, por ejemplo, la indolencia en el entorno laboral puede originar un aumento de accidentes por la disminución de la atención del trabajador y la lentitud de sus reflejos (Gil-Monte, 2005).

De esta manera, el SDL es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-paciente, y por la relación profesional-organización. Gil-Monte y colaboradores señalan que el SDL aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud; ésta falla supone una sensación de fracaso profesional, así como en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de desgaste emocional; ante estos sentimientos, el individuo desarrolla actitudes y conductas de indolencia o despersonalización como una nueva forma de afrontamiento (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiro, & Valcárcel, 1998).

Como ya se ha mencionado, los profesionales de la salud cuyo trabajo va encaminado a tratar, ayudar o cuidar de otro u otros individuos, son quienes se encuentran más propensos a desarrollar SDL. Son profesionales en los que inciden estresores importantes que se pueden clasificar en cuatro niveles (Gil-Monte, 2001):

- a) Nivel individual: Debido a la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo en los profesionales de salud, llegan a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes y convierten en un reto personal la solución de los mismos. Si llegan a fallar, se sienten culpables lo cual desencadena bajos sentimientos de realización personal y desgaste físico y psíquico.
- b) Nivel de relaciones interpersonales: Las relaciones con los pacientes y los compañeros de trabajo cuando son tensas, conflictivas y prolongadas aumentan los síntomas del SDL. De igual forma, la falta de apoyo por parte de compañeros y supervisores, o por parte de la dirección de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan los sentimientos de éste síndrome.
- c) Nivel organizacional: Las organizaciones donde laboran los profesionales de la salud tienden a inducir problemas de coordinación entre sus miembros, sufren los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones; todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.
- d) Nivel del entorno social: Haciendo referencia a las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan éstas profesiones como nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, aumento de las demandas de servicios por parte de la población, entre otras.

En este sentido, en años recientes se han realizado diversos estudios que han comprobado la presencia de este fenómeno en médicos y enfermeras de cuidados intensivos (Abrahamson, Jill, & Pillemer, 2009; Hamaideh, 2011; Martínez-López & López-Solache, 2005), trabajadores sociales (Le Gall, Azoulay, Embriaco,

Poncet, & Pochard, 2011), profesores (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, & Placencia-Reyes, 2014), anestesiastas (Heinke et al., 2011), cuidadores de personas con discapacidad (Mutkins, Brown & Thorsteinsson, 2011), personal de salud del área de oncología (Caruso et al., 2012), enfermeras en el área de salud mental (Ballenger-Browning et al., 2011), trabajadores penitenciarios (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, & Placencia-Reyes, 2014), deportistas (Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011), psicólogos (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, & Placencia-Reyes, 2014), odontólogos (Ding, Qu, Yu, & Wang, 2014), ortopedistas (Arora, Diwan, & Harris, 2014) policías (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, & Placencia-Reyes, 2014) y cuidadores de ancianos (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

De estudios como los anteriores se han derivado conclusiones que ayudan a comprender mejor el fenómeno del SDL, ya que se ha asociado a otras variables, tales como la depresión y el bajo apoyo en el lugar de trabajo (Mutkins et al., 2011), sobrecarga laboral (Ballenger-Browning et al., 2011; Gray-Stanley & Muramatsu, 2011) cuidar de personas discapacitadas o incapacitadas para realizar por sí solas las actividades básicas (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Mutkins et al., 2011) y presencia de conflictos con los familiares de los pacientes (Abrahamson et al., 2009)

1.2. Modelos explicativos

Han surgido diversos modelos que intentan dar cuenta del proceso de desarrollo del SDL. El primero de ellos fue el desarrollado por Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) quienes identifican como el síntoma inicial, el desarrollo de actitudes de despersonalización, un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. Posteriormente, los sujetos experimentarían baja realización personal en el trabajo y a largo plazo agotamiento emocional (ver figura 1).

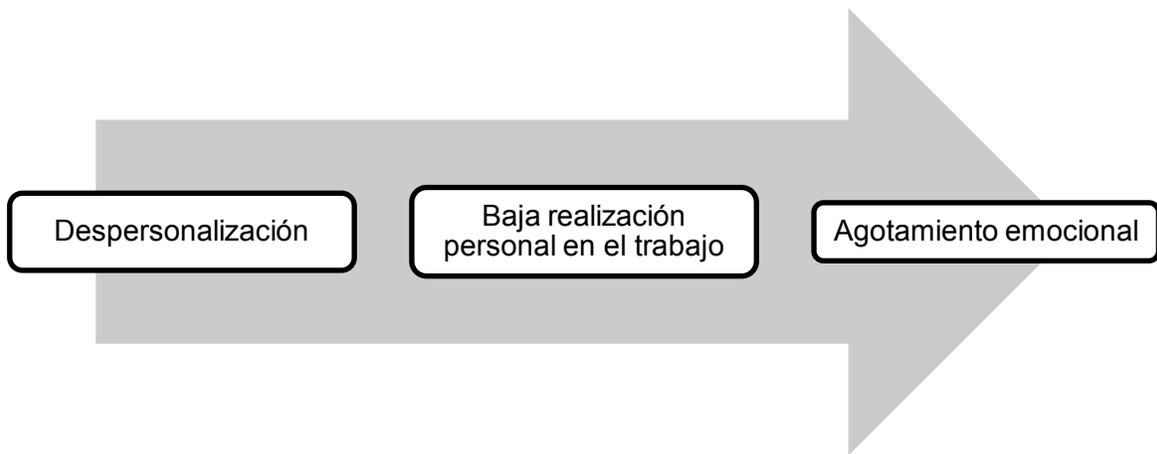


Figura 1. Modelo explicativo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).
Fuente: Elaboración propia.

Leither y Maslach (1988) propusieron un modelo alternativo, según este modelo, como consecuencia de los estresores laborales los sujetos desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia de ello, pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo. Esta situación hace que continúen los sentimientos de agotamiento emocional, que disminuya su realización personal y que el sujeto desarrolle SDL. En este modelo, las actitudes de despersonalización son una variable mediadora entre los sentimientos de agotamiento emocional y los de baja realización personal en el trabajo. La despersonalización es vista como un intento fallido de manejar los sentimientos persistentes de agotamiento emocional a través del distanciamiento interpersonal (ver figura 2).



Figura 2. Modelo explicativo de Leithner y Maslach (1988). Fuente: Elaboración propia.

Leithner, (ver figura 3) reformuló las relaciones hipotetizadas inicialmente y diseñó un nuevo modelo, donde mantenía la relación hipotetizada entre agotamiento emocional y despersonalización; pero los sentimientos de agotamiento emocional surgen como la respuesta inicial del sujeto a los estresores del entorno laboral, y cuando aumentan y se hacen crónicos los profesionales desarrollan actitudes de despersonalización como una forma de tratar con ellos. Pero, a diferencia del modelo anterior, en este nuevo modelo, Leithner (1993) señala que los sentimientos de despersonalización no median la relación entre agotamiento emocional y realización personal en el trabajo. Por el contrario, el autor considera que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son una causa directa de los estresores laborales, en especial de la falta de apoyo social, y de la falta de oportunidades para desarrollarse profesionalmente y surgen de forma paralela a los sentimientos de agotamiento emocional como respuesta del sujeto a esos estresores laborales.

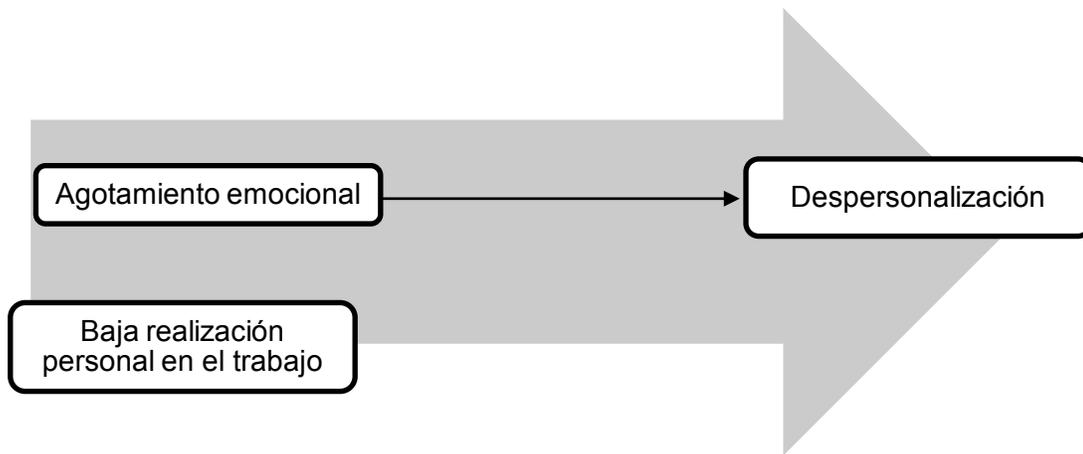


Figura 3. Modelo explicativo de Leither (1993). Fuente: Elaboración propia.

Otra alternativa fue desarrollada por Lee y Ashforth (1993), quienes proponen que tanto la despersonalización como la falta de realización personal en el trabajo son consecuencias directas de los sentimientos de agotamiento emocional (ver figura 4).

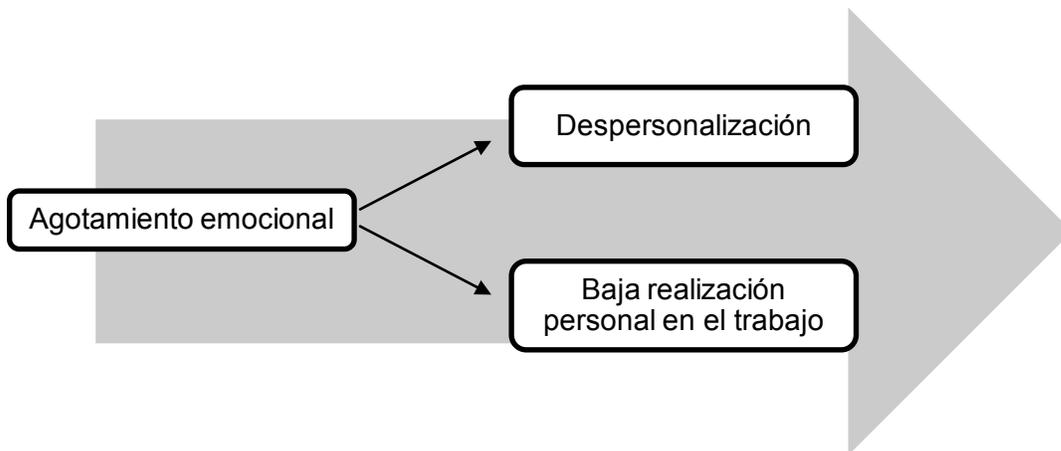


Figura 4. Modelo explicativo de Lee y Ashforth (1993). Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1993) han desarrollado una alternativa teórica (ver figura 5), para estos autores el proceso de desarrollo del SDL se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional, Las

actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Fundamentalmente se diferencia del modelo propuesto por Leither (1993) en el papel que juega la baja realización laboral; ya que para Leither es causada por los estresores laborales y ante estos, el individuo desarrollo agotamiento emocional; mientras que para Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, la aparición del agotamiento y la baja realización aparecen simultáneamente.

Esta perspectiva, integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.

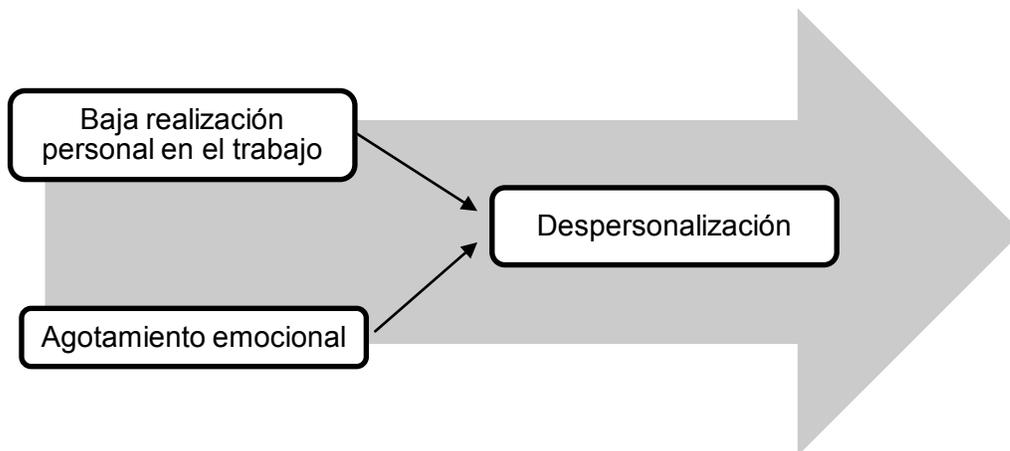


Figura 5. Modelo explicativo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1993). Fuente: Elaboración propia.

1.3. Consecuencias del síndrome de desgaste laboral

Los trabajos a través del tiempo se rutinizan, pero las consecuencias de la rutina se hacen más preocupantes cuando el objeto del trabajo es la persona en una situación de dependencia (Pérez, Japón, & Musitu, 2006).

Al respecto, se ha encontrado que el SDL se desarrolla con mayor frecuencia entre los proveedores de cuidados como médicos, enfermeras y trabajadores sociales, en comparación con aquellos profesionales que no atienden directa y continuamente a personas (Flynn, Thomas-Hawkins, & Clarke, 2009).

Desde las primeras descripciones de este fenómeno, se tenía claro que quienes padecían SDL, presentaban efectos negativos en distintas áreas como la fisiológica, personal, organizacional e incluso con la relación con sus pacientes.

1.3.1. Consecuencias fisiológicas

Freudenberguer (1974) señaló que los sujetos afectados por el SDL se caracterizan por manifestar sensaciones de cansancio y fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alteraciones respiratorias.

Belcastro (1982) con una muestra estadounidense de maestros, obtuvo que el SDL diferenciaba significativamente la frecuencia con la que los sujetos de la muestra expresaban tener problemas cardiovasculares.

Dentro de los daños físicos que pueden padecerse debido al síndrome, se incluyen: insomnio, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, migrañas, problemas de sueño, desórdenes gastrointestinales, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o incluso daños a nivel cerebral.

1.3.2. Consecuencias personales

Freudenberger (1974) señaló que quienes desarrollan este síndrome, presentan facilidad para enfadarse, se frustran con frecuencia y les cuesta reprimir sus emociones, gritan fácilmente, se vuelven suspicaces hasta el punto de rayar en la paranoia y la omnipotencia, se muestran tercos e inflexibles y se niegan a verbalizar sus problemas.

Se ha obtenido evidencia empírica de la relación existente entre el SDL y sintomatología psicósomática en muestras con maestros (Greenglass, Burke, & Ondrack, 1990), policías (Rosse, Boss, Johnson, & Crown, 1991), profesionales de enfermería (Landsbergis, 1988), trabajadores sociales (Beck, 1987) y funcionarios de administración pública (Lee & Ashforth, 1993).

Las consecuencias del SDL sobre las relaciones interpersonales se asocian con las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por el sujeto, como no verbalizar, cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento e irritabilidad; así como el agotamiento emocional. Este patrón conductual y actitudinal induce a un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Pero, los trabajadores con SDL no solamente presentan estas afecciones en el ámbito laboral, las consecuencias del SDL no terminan con la jornada laboral, por el contrario, afecta la vida privada de quien lo padece. El trabajador se muestra en casa irritable e impaciente; los problemas constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja. Así mismo, debido al agotamiento emocional, los profesionales se encuentran más incapacitados para aislarse de los problemas laborales al llegar a casa y desean estar solos, teniendo como consecuencia el deterioro en las relaciones interpersonales. También puede ocurrir que el profesional se dedique totalmente a su trabajo, desplazando las relaciones familiares a un segundo plano (Edelwich & Brodsky, 1980; Maslach, 1982a).

Sofolahan, Airhihenbuwa, Makofane y Mashaba (2010) realizaron un estudio para examinar el efecto que producía cuidar a personas que viven con VIH y SIDA en las relaciones profesionales y personales de los cuidadores (enfermeros). Los resultados pusieron de manifiesto que el cuidado influye en la vida personal y profesional de las enfermeras interfiriendo con sus percepciones y emociones; el cuidado de personas con VIH o SIDA impacta en la vida personal de las enfermeras y en la de sus familiares, reflejándose en la pérdida del interés sexual, poca empatía y sintiéndose emocionalmente afectadas.

1.3.3. Consecuencias organizacionales

Está bien documentado que el estado de salud física y mental de los trabajadores, tiene repercusiones sobre la organización, por lo que el SDL puede dar lugar a ausentismos, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad y deterioro de calidad de vida laboral (Peiró, 1992).

A nivel organizacional, entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones se encuentra la baja satisfacción laboral, el ausentismo laboral, propensión a abandonar el puesto o la organización, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, deterioro en la calidad del servicio, aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros, y usuarios, aumento de rotación laboral y aumento de accidentes laborales (Gil-Monte & Peiró, 1997).

La satisfacción laboral está negativamente relacionada con los sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización, y positivamente con la realización personal en el trabajo. En la mayoría de los estudios la correlación más intensa se establece entre agotamiento emocional y satisfacción laboral (Gil-Monte & Peiró, 1997).

La propensión al abandono está positivamente relacionada con los sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización y negativamente con la realización personal en el trabajo. En la mayoría de los estudios la

correlación más intensa se establece entre el agotamiento emocional y la propensión al abandono.

Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986) afirmaron que los sujetos afectados por el síndrome de desgaste laboral presentan actitudes negativas hacia el propio trabajo, ausentismo, baja implicación laboral, irritabilidad hacia los colegas y hacia los usuarios, resistencia al cambio, creciente rigidez y baja creatividad.

1.3.4. Consecuencias en los pacientes o clientes

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario (Gil-Monte, 2001), por lo tanto, un aspecto de sumo interés es el deterioro de la calidad de servicio en la organización; la disminución de la satisfacción y motivación laboral, junto con el deterioro del rendimiento de los profesionales en el trabajo, especialmente en lo que a calidad se refiere, y el incremento de la frustración va a condicionar el desarrollo de actitudes poco positivas y de desinterés. Los profesionales llegan a tratar a la gente como si fueran objetos y no seres humanos; es por esto que en muchas ocasiones etiquetan a los usuarios y en vez de llamarlos por su nombre, los nombran por aquel problema que les aqueja (Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, 1982a).

De igual forma, Maslach (1986) señala que el contacto con los clientes es una variable que contribuye al SDL y por ello, éste lleva a una serie de conductas que implican un distanciamiento de los usuarios. Los profesionales se desentienden del trabajo, suelen evitar ciertas tareas, algunos profesionales desconectan psicológicamente de forma que aunque el destinatario del servicio se encuentre presente físicamente, actúan como si no lo estuviera, evitan el contacto visual y físico (como dar la mano y abrazar), las preguntas son respondidas con gruñidos, y se entretienen en tareas que excluyen al receptor de sus atenciones o que suponen una participación directa. El profesional intenta

constantemente abandonar el lugar de trabajo, por ejemplo, alargando el tiempo de comida, descanso o adelantando la hora de salida.

Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986) afirmaron que los sujetos afectados por el síndrome de desgaste laboral presentan actitudes negativas hacia los sujetos que constituyen el objeto de su trabajo.

Todo lo anterior conlleva consecuencias negativas también para quienes son atendidos, ya sean pacientes, alumnos, personas con discapacidad o ancianos; ya que la calidad del servicio se deteriora y disminuye su satisfacción, bienestar y calidad de vida.

Zantinge, Verhaak, de Bakker, van der Meer y Jozien (2009) realizaron un estudio analizando consultas médicas videograbadas de 126 médicos generales, encontrando que aquellos médicos con sentimientos de baja realización profesional se comunicaban menos afectivamente con sus pacientes, su comunicación era menos centrada en el paciente, teniendo menor contacto visual en relación con el resto de los médicos. Lo anterior hablaría de una atención desfavorecida para aquellos pacientes que son tratados por médicos con uno de los síntomas característicos del SDL.

Adicionalmente Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas (2004) realizaron un estudio transversal en 20 hospitales de Estados Unidos con una muestra de 820 enfermeros y 621 pacientes, encontrando que los pacientes atendidos en las unidades con enfermeras que presentaban bajo SDL y buenas relaciones entre el personal tuvieron más del doble de probabilidades que los otros pacientes para reportar alta satisfacción con su atención.

En otro estudio se reportó el efecto del SDL en enfermeras sobre la satisfacción del paciente, los resultados revelaron que niveles altos de desgaste laboral e insatisfacción laboral en las enfermeras se asociaron significativamente con una menor satisfacción del paciente; de manera que la disminución del SDL en las enfermeras puede mejorar tanto al personal de enfermería como a los pacientes. Además, en este mismo estudio, se obtuvo un hallazgo importante que confirma que quienes trabajan en contacto directo con otras personas son más

propensas a desarrollar SDL; ya que las enfermeras que prestaban atención directa a los pacientes en hospitales o asilos fueron quienes expresaron mayor descontento e informaron la presencia de desgaste laboral (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane, & Aiken, 2011).

Hasta este punto, se puede afirmar que los profesionales de la salud se encuentran en grave riesgo de desarrollar SDL lo cual puede afectar también a un grupo importante de pacientes, entre los cuales se pueden encontrar a los ancianos, que constituyen un grupo con características muy particulares que se describirán a continuación.

CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO

2.1. La vejez

El envejecimiento es un fenómeno multifactorial que en los sistemas biológicos se caracteriza por la progresiva pérdida de la homeostasis; en los seres humanos, el envejecimiento precisa no sólo un deterioro fisiológico, sino también alteraciones en sus habilidades psicosociales (Villalobos-Molina, 2010).

Moragas (1991) hace mención de tres concepciones de la vejez:

- a) Vejez cronológica: Se basa en las edades de retiro de la vida activa para dar paso a la jubilación; esta edad fue establecida en sesenta y cinco años. A partir de este acuerdo, otros países tomaron el mismo patrón. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud señala que no existe consenso mundial sobre la edad requerida para que una persona sea considerada vieja, sin embargo hay una tendencia de que en países desarrollados esta edad será a partir de los 65 años, mientras que en los países en vías de desarrollo será de 60 años.
- b) Vejez Funcional: Se refiere a la incapacidad o limitación del individuo que regularmente se presenta en esta etapa de la vida; sin embargo, se trata de una concepción equivocada ya que la etapa de la vejez no es sinónimo de incapacidad.
- c) Vejez como etapa vital: De acuerdo a esta concepción, la vejez constituye una etapa más de la experiencia humana, un periodo de tiempo con características físicas, sociales y psicológicas determinadas, caracterizadas en general por un proceso involutivo en los tres niveles anteriormente mencionados.

Retomando esta última concepción, la vejez es una etapa más de la vida y no un estado patológico, los cuales se diferencian porque los cambios debidos a la enfermedad a menudo son reversibles o se pueden detener y son resultado de una interacción entre factores etiológicos exteriores y hereditarios, y en la vejez se produce un proceso evolutivo propio de los seres vivos (Warner & Sherry, 2003).

González-Celis y Sánchez-Sosa (2003) consideran junto a este declinar un despliegue positivo de funciones vitales y psicológicas, pudiendo así haber un envejecimiento visto desde una perspectiva positiva.

La visión positiva del envejecimiento se basa en las diferencias individuales al envejecer (bien establecidas a lo largo del proceso de envejecimiento), en la variabilidad existente entre el crecimiento, el mantenimiento y el declive del funcionamiento bio-psico-social del ser humano y, finalmente, en su extraordinaria plasticidad. Estas diferencias no ocurren al azar, la persona forma parte activa en su propio proceso de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Esta nueva visión tiene cuatro supuestos principales (Fernández-Ballesteros, 2009):

- a) Los organismos humanos envejecen con trayectorias distintas, en función de la interacción entre el individuo y sus circunstancias vitales.
- b) Los individuos tienen diferentes maneras de envejecer y de afrontar el declive, el deterioro y las pérdidas.
- c) Algunas de las consecuencias negativas del envejecimiento están determinadas por la enfermedad (no solo por la edad), y como es bien sabido, la enfermedad (y otras covariantes negativas de la edad como la discapacidad) puede prevenirse y, sus consecuencias eliminarse o posponerse.
- d) Existen también consecuencias positivas de la edad, y la plasticidad y modificabilidad son cualidades de la condición humana a lo largo de toda la vida y, por tanto también en la vejez.

Según la OMS, el envejecimiento activo, se define como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. El término envejecimiento activo, fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud, a finales de los años 90's con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de sólo un

envejecimiento saludable y así permitir el reconocimiento de los factores que afectan a la manera de envejecer de los individuos. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

El envejecimiento activo para Fernández-Ballesteros (2009) podría definirse como el proceso de optimización del funcionamiento físico (incluida la salud), psicológico (cognición, emoción, motivación) y social del individuo a lo largo del proceso del envejecimiento. El resultado de este proceso es un alto nivel de funcionamiento físico y mental, una adecuada regulación emocional-motivacional (control, autoeficacia y habilidades de afrontamiento) y un elevado nivel de interacción y participación social.

De estos cuatro ámbitos pueden derivarse las siguientes conclusiones:

- a) En relación con la salud y la buena forma física: No fumar, ni ingerir otro tipo de drogas y hacer ejercicio con regularidad (manteniendo el sistema cardiovascular, la agilidad y la resistencia) favorecen la salud física y mental así como el bienestar. Las personas mayores con hábitos de conducta saludable muestran cuatro veces menos discapacidad que los que fuman, beben demasiado, no hacen ejercicio y están obesos.
- b) En relación con el funcionamiento cognitivo: La actividad física y cognitiva mejoran el funcionamiento cognitivo, reduce su declive y es un factor protector frente a la demencia. La actividad cognitiva frecuente en la vida cotidiana va asociada a una disminución de aproximadamente el 19 al 100% en el índice de declive cognitivo anual (Wilson, Bennett, Bienias, Mendes de León, & Evans, 2003).
- c) En relación con el funcionamiento y la autorregulación emocional – motivacional (afecto, control, y afrontamiento al estrés): El afecto positivo reduce el riesgo de mortalidad e incrementa la supervivencia, es benéfico en circunstancias como los accidentes cerebro-vasculares, la re-hospitalización por problemas coronarios, el resfriado común o los accidentes comunes. La

activación de la emoción positiva va asociada a una mejora de la respuesta cardiovascular, inmune y endocrina (Pressman & Cohen, 2005). Los estereotipos e imágenes positivas acerca del propio envejecimiento influyen en la salud y en la supervivencia. Las personas con imágenes positivas sobre el propio envejecimiento viven 7.5 años más y con mejor salud que las que manifestaban imágenes negativas (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002). El afecto positivo ante la vida es un factor protector de la discapacidad y la fragilidad. La percepción de autoeficacia y el control predicen recuperación y envejecimiento saludable, así como los estilos activos de afrontamiento al estrés están asociados a la salud mental y física.

- d) En relación con el funcionamiento y la participación social: los vínculos sociales desempeñan un papel importante en relación con la longevidad, la salud y la satisfacción y el bienestar. Las personas con un alto índice de relaciones sociales tienen menos riesgo de mortalidad que las personas con escasas relaciones sociales (Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen, & Guralnik, 1987). La desvinculación social es un factor de riesgo de deterioro cognitivo, así como la implicación social disminuye el riesgo de deterioro y de demencia (Bassuk, Glass, & Berkman, 1999).

Para Rowe y Kahn (1987) el envejecimiento exitoso o satisfactorio implica tres elementos:

- a) Baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades.
- b) Capacidad funcional alta, tanto física como cognitiva.
- c) Implicación activa con la vida.

En esta perspectiva de envejecimiento exitoso, está presente la noción del deterioro y mayor probabilidad de enfermedad en la persona debido a la edad, sin embargo el enfoque se refiere a la optimización de capacidades funcionales y compromiso activo con la vida, desde la situación en que se encuentre la persona (Rowe & Kahn, 1987). Lograr un envejecimiento exitoso y saludable no solo depende del adulto mayor y su familia, también es una tarea propia de las

instituciones y del equipo gerontológico, quienes tendrán que desarrollar programas y acciones que favorezcan la calidad de vida en ancianos (González-Celis, 2010).

El término de envejecimiento exitoso o activo sustituye el planteamiento basado en las necesidades donde se contempla a los ancianos como objetivos pasivos; ahora el planteamiento es basado en reconocer los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen.

El envejecimiento visto desde una perspectiva positiva debe considerarse un objetivo primordial tanto de la sociedad como de los responsables políticos, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores mediante políticas activas que proporcionen apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. Para lograr una cultura de envejecimiento activo es necesaria la interacción de factores relacionados tanto con el entorno físico como el social; factores relacionados con los sistemas sanitarios y sociales; factores económicos y de índole personal (Giró-Miranda, 2006).

2.2. Cambios en el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal que como ya se ha revisado, es vivido por cada persona de forma diferente, sin embargo, existen ciertos cambios físicos y emocionales que lo caracterizan; a continuación se hace mención a grandes rasgos de algunas de estas modificaciones.

A nivel biológico, existen cinco cambios básicos que definen el envejecimiento:

1. Cambios en la composición química del cuerpo; por ejemplo, a medida que un organismo incrementa su edad, se reduce su masa muscular y ósea y aumenta el porcentaje de grasa.

2. Cambios degenerativos globales, por ejemplo, existe menor ritmo cardiaco y capacidad pulmonar.
3. Menor capacidad de responder de forma adaptativa a las variaciones ambientales.
4. Incremento en la vulnerabilidad a numerosas enfermedades.
5. Aumento de la probabilidad de muerte (Triadó, 2006).

La señal física más evidente del envejecimiento se muestra en el color del cabello y en la presencia de arrugas en la piel; en cuanto a la aparición de canas, se debe a la pérdida de pigmento que está causado por la muerte de las células que se encuentran en la base del folículo del pelo que producen ese pigmento. En cuanto a las arrugas, resultan de una serie de cambios donde la producción de células disminuye y la piel aparece surcada y áspera, los constituyentes elásticos de la capa media o dérmica de la piel, el colágeno y la elastina, pierden su flexibilidad (Triadó, 2006). Con el paso de los años, la piel se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento (Gac, 2002).

En cuanto a la estatura, entre los 30 y 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50 años. Las razones de la pérdida de estatura, en términos generales, son las siguientes: cambios en la postura, cambios en el crecimiento de las vértebras, inclinación hacia adelante de la columna vertebral, compresión de los discos entre las vértebras, aumento en la curvatura de la cadera y las rodillas, disminución del espacio de unión entre el tronco y las extremidades, cambios en las articulaciones de los pies y aplanamiento de los arcos de los pies (Lesur, 2011). El peso, de manera similar, alcanza su valor máximo a los 50 años aproximadamente y luego disminuye (Gac, 2002).

Respecto al sistema nervioso, las transformaciones más importantes son la disminución del peso cerebral, así como la reducción del 20% del flujo cerebral; la mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones dendríticas

enlenteciendo el sistema. También existe dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador de éste. La velocidad de conducción nerviosa se reduce, hay mayor lentitud en los reflejos y en la coordinación motora y se retarda la respuesta a muchos estímulos, particularmente al equilibrio, lo que aumenta el riesgo de caídas (Gac, 2002; Lesur, 2011).

Respecto al sistema respiratorio, éste puede presentar los siguientes cambios: Las vías aéreas y el tejido pulmonar se vuelven menos elásticos, los alvéolos se reducen en número y se hacen angostos, los pulmones se tornan más pequeños y rígidos, la mucosa se hipertrofia y hay dificultad para expeler el moco, decrece ligeramente la cantidad de oxígeno en la sangre. Todos los cambios anteriores pueden derivar en la disminución de vigor y fatiga, que a su vez limitan la habilidad para realizar sus actividades cotidianas (Lesur, 2011).

Para el sistema musculoesquelético también se presentan cambios importantes, ya que entre los 30 y los 80 años se pierde del 30 al 40% de la masa muscular, acelerándose con la edad; también se produce la osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) regularmente en caderas, fémures y vértebras (Gac, 2002).

En cuanto al sistema cardiovascular en el anciano, suele disminuir el flujo de sangre en el cuerpo, lo cual puede deberse a la atrofia del músculo cardíaco, la calcificación de las válvulas atrioventriculares, la pérdida de elasticidad en las paredes arteriales o arterioesclerosis y el aumento de depósitos intrarteriales o aterosclerosis (Lesur, 2011).

En la mujer, posterior a la menopausia, existe una disminución de la producción hormonal, por lo que el aparato genital femenino cambia, se pierde vello púbico, se atrofian los labios mayores, el cuello y la vagina, reducen su tamaño los ovarios, las trompas de Falopio y el útero; por su parte, la vagina lubrica en menor cantidad y se vuelve menos elástica. En el caso de los hombres, se incrementa el tamaño de la próstata y la retención de orina es frecuente, se

reduce la cantidad de esperma producido, la erección del pene es más lenta, su sensibilidad es menor y la eyaculación se retrasa (Lesur, 2011).

Para los órganos de los sentidos, también existen cambios importantes. La edad es el factor de riesgo más importante para la disminución de agudeza visual, se observa una disminución en la cantidad y longitud de las pestañas, la glándula lagrimal se atrofia disminuyéndose la cantidad de la secreción lagrimal, la pupila se achica provocando lentitud en la adaptación a la oscuridad, y el cristalino pierde elasticidad dificultando el enfoque a pequeñas distancias. Con el envejecimiento, las estructuras auditivas se deterioran, el pabellón auricular crece, en el conducto auditivo hay atrofia y deshidratación de la piel, y el cerumen es más espeso, el tímpano con frecuencia se hace más grueso y los huesecillos del oído medio y otras estructuras se afectan haciéndose a menudo más difícil conservar el equilibrio. Respecto al gusto, hay aplanamiento de las papilas gustativas, lo cual altera el sabor de los alimentos favoreciendo cambios en la alimentación del adulto mayor y la aparición de hipertensión arterial; a su vez el envejecimiento tiende a conllevar menor cantidad de saliva. Con el paso de los años, el sentido del olfato se degenera, disminuyendo el número de células que lo componen y volviéndose más difícil identificar olores. Finalmente el tacto también se degenera especialmente después de la sexta década de vida (D'Hyver, 2009).

A nivel psicológico también se puede hablar de ciertas modificaciones en la etapa de la vejez.

En cuanto a la personalidad del anciano, ésta va a estar determinada por los rasgos de su vida adulta, acentuándose los atributos previos, es frecuente el retraimiento por las limitaciones o el término de las actividades laborales y las relaciones interpersonales. La actitud hacia el propio envejecimiento se va a ver sumamente influenciada por las personas mayores cercanas a él, algunas veces se reacciona de manera firme aunque en ocasiones la respuesta puede ser totalmente distinta, es decir, acentuando la dependencia y pasividad.

Adicionalmente, se tiende a una mayor rigidez y menor flexibilidad (Serna de la, 2001).

Mientras mayor sea la actividad intelectual realizada por los ancianos, menor será el riesgo de deterioro, en los procesos de aprendizaje se requerirá más tiempo para asimilar nuevo material; el cociente intelectual permanece estable hasta los 80 años aproximadamente manteniéndose la habilidad verbal; sin embargo, disminuye la habilidad psicomotora (Serna de la, 2001).

Los ancianos tienen más problemas que los jóvenes para centrar su atención en un estímulo objetivo entre un conjunto de estímulos distractores; de acuerdo con esta perspectiva, el declive de las tareas cognitivas se debe a la dificultad para centrar su atención selectiva en la información que sí deben atender (Ballesteros, 2008).

En lo referente a la memoria, se trata de una función vulnerable al paso de los años, los ancianos se enfrentan a problemas cuando deben atender varias cosas a la vez o cuando la información debe ser organizada. Se conserva mejor la memoria a largo plazo en comparación con la memoria a corto plazo. La información verbal se conserva mejor: en las tareas verbales donde se refleja la experiencia acumulada de las personas y el conocimiento, el declinar por la edad es muy pequeño o es ausente. En las tareas no verbales que requieren un proceso y deben responder a información nueva, las respuestas empiezan a disminuir a partir de los 50 años y claramente en la vejez (Serna de la, 2001). Actualmente la presencia de demencias en los ancianos se ha incrementado notoriamente, para estos individuos los déficits de memoria progresan con la enfermedad, de manera devastadora, por lo que resulta importante el estudio e intervención de la memoria en la vejez.

En la vejez se produce un declinar del razonamiento abstracto; cuando se piden soluciones a problemas concretos cotidianos, sus respuestas son regularmente buenas; sin embargo, en general se produce un enlentecimiento en las funciones cognoscitivas (Serna de la, 2001).

La inteligencia medida a partir de tests verbales que evalúan inteligencia cristalizada varía poco con la edad; estas pruebas evalúan el conocimiento que posee una persona basada en su experiencia, y suelen tener pocas demandas de velocidad. En estas pruebas no suele apreciarse declive en los viejos, a diferencia de las pruebas que miden inteligencia fluida (Ballesteros, 2008).

Las habilidades cognitivas se deterioran con la edad, aunque el deterioro no se produce en todas ellas con la misma intensidad, la formación del individuo y su propia capacidad van a influir de forma importante en el proceso de deterioro cognitivo apareciendo grandes diferencias entre cada anciano.

El entrenamiento en los procesos cognitivos tales como percepción, memoria, atención, uso de lenguaje y solución de problemas es necesario e importante en los ancianos.

2.3. Envejecimiento poblacional

Son varias las razones por las cuales la población de ancianos se ha incrementado notoriamente en los países desarrollados; entre estas razones se pueden mencionar los avances tecnológicos, nuevas técnicas diagnósticas, terapéuticas y de prevención, el aumento en la esperanza de vida, disminución significativa en la natalidad y un aumento en la emigración de la población joven. El proceso de envejecimiento poblacional en las regiones más desarrolladas del mundo de acuerdo con la División de Población de las Naciones Unidas les llevará casi 75 años; a México le consumirá solamente medio siglo (Caro-López & Luna-Pérez, 2009).

La ONU ha establecido nueve tendencias principales del envejecimiento global:

- 1) Una población envejecida.
- 2) Aumento en la esperanza de vida.
- 3) Aumento en el número de personas mayores a 85 años.
- 4) Crecimiento exponencial de enfermedades crónicas no transmisibles.

- 5) Disminución de la población total debido al proceso de envejecimiento.
- 6) Cambios en la estructura familiar.
- 7) Cambios en los patrones de jubilación.
- 8) Incremento en el gasto de los sistemas de seguridad social.
- 9) Cambios económicos emergentes.

Todos los cambios numerados anteriormente implicarán la necesidad de una serie de cambios sustanciales en las políticas de salud, sociales y de investigación para poder satisfacer las necesidades de esta población que irá en aumento con el pasar de los años.

La transición demográfica en los países en vías de desarrollo, como México, ocurren en forma más rápida que en las regiones más desarrolladas, durante esta transición se esperan principalmente dos cambios muy importantes; el primero de ellos es que la población en edades laborales crecerá rápidamente, y el segundo es que el número de ancianos incrementará de manera significativa, alcanzando en el 2050 proporciones similares de envejecimiento a las esperadas en países desarrollados (Caro-López & Luna-Pérez, 2009).

A partir del Censo de Población 2010 (INEGI), el Instituto de Geriátrica publicó que la población mexicana de 60 años y más asciende a 10 055 379 personas, lo que significa el 9.06% de la población total del país; entre las cuales existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres indicador que muestra los efectos de la sobremortalidad masculina en los ancianos (Cárdenas-Varela, González-González, & Lara-Dávila, 2012). Para las mujeres, la vejez es una experiencia que se vive por periodos más prolongados, con mayores enfermedades y discapacidad; lo cual es alarmante porque el género femenino tiene menor acceso a los sistemas de seguridad social y jubilación, lo que las hace más dependientes de los lazos de apoyo y solidaridad desde el entorno familiar (García-Vilchis, 2010).

Las estimaciones y proyecciones del CONAPO (figura 6) muestran que la población en edades productivas aumentará casi 32% del año 2000 a 2020, 1.8%

en los siguientes 15 años y finalmente disminuirá en 6.8% en los últimos 15 años, los ancianos mantendrán un continuo crecimiento 103.1, 86.4 y 49% respectivamente (Caro-López & Luna-Pérez, 2009).

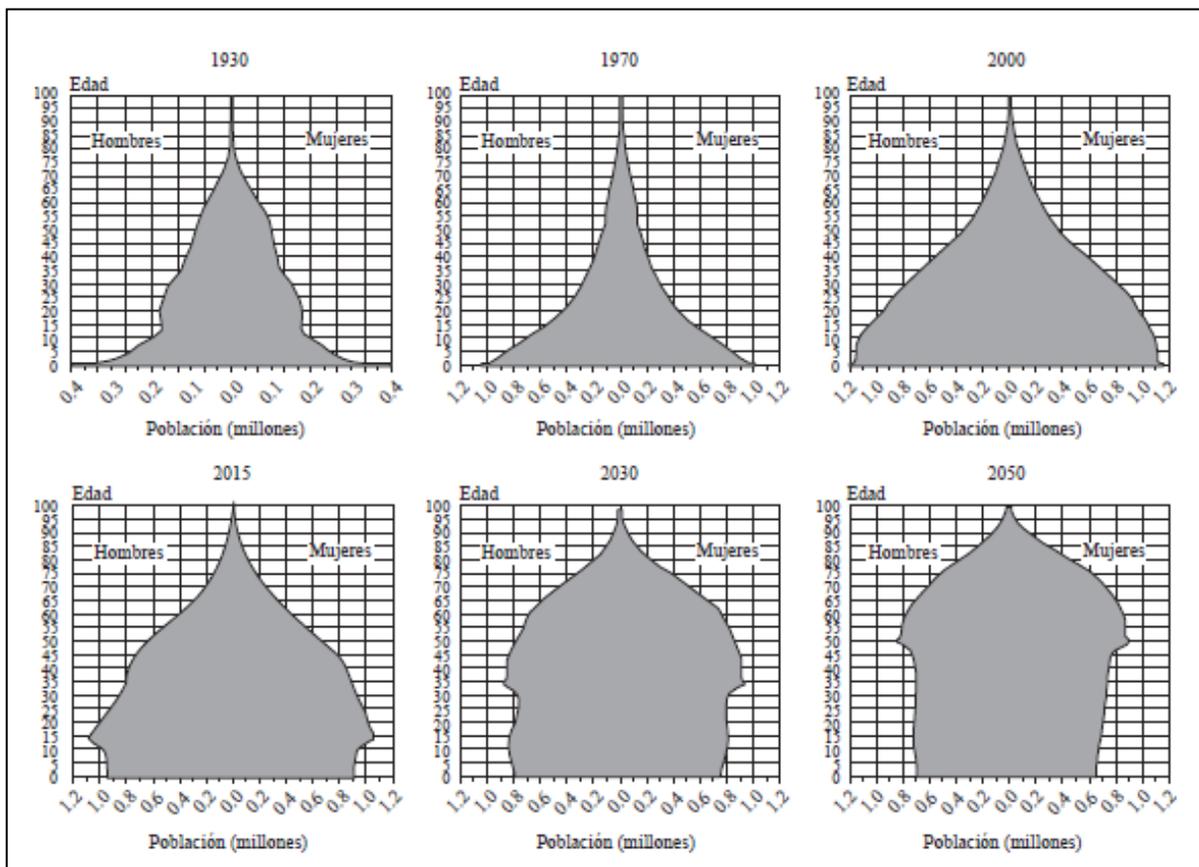


Figura 6. Estimaciones de población adulta mayor en México. Fuente: CONAPO, 2008.

Es notoria la aceleración del envejecimiento en la población mexicana, las personas ancianas representaban el 4.7% de la población total en el año 2000, se estima que representarán el 8.1% en el 2020 y el 21.2% en el 2050. De acuerdo con la CONAPO, la esperanza de vida aumentaría de 74.6 años en 2005 a 75.4 en 2010; 78.8 en 2030 y finalmente a 81.9 años en 2050; con estas estimaciones el promedio de años de vida en 2050 para México sería similar a la observada recientemente en Japón considerado el país con el nivel más bajo de mortalidad actual en el mundo (Caro-López & Luna-Pérez, 2009).

El envejecimiento poblacional impacta de manera inmediata en el sistema de pensiones, el sistema de salud y la economía en general. Conforme la población de un país envejece, es común que la demanda de servicios hospitalarios aumente y los costos se disparen, debido a que los recursos económicos se destinan a la atención especializada de padecimientos crónicos propios de esta edad tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades neurodegenerativas (Gutiérrez-Robledo, Gutiérrez-Ávila, Ávila-Alva, & López-Ortega, 2010).

2.4. Vejez y dependencia

La edad avanzada es el factor de riesgo que está más estrechamente asociado al aumento en la probabilidad de padecer discapacidad y de necesitar ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana (Villar, 2009). Una mayor expectativa de vida, trae consigo la dependencia y necesidades de bienestar; de ahí que son necesarios programas y políticas para la prevención de la dependencia funcional.

La dependencia se produce en sentido estricto, cuando una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria. Mientras que la independencia se da cuando la persona realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana (Rodríguez, 1999b).

Entonces, la dependencia se podría definir como la imposibilidad de efectuar, sin ayuda, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como puede ser alimentarse, bañarse, el aseo o vestirse. Y en sentido más amplio se puede decir que la dependencia es el estado en el que se encuentran las personas que por razones de falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana (Alberich & Funes, 2008).

La importancia social de la dependencia ha aumentado, ya que no sólo es percibido como un problema exclusivamente individual o familiar, sino un problema que afecta a la sociedad en su conjunto. Existe cada vez mayor conciencia de la necesidad de que los poderes públicos aborden este problema, que debe ser incluido dentro de los objetivos y funciones de las instituciones gubernamentales, implicando nuevos compromisos de protección y financiación públicas.

De esta manera, la atención a las necesidades de las personas con dependencia plantea retos y genera problemas a muchos niveles. Desde un punto de vista individual, la pérdida de la autonomía personal es uno de los mayores miedos de la persona; tener que depender de otros para actividades cotidianas puede producir una sensación de indefensión y una pérdida de autoestima. Desde el punto de vista familiar y social, atender a una persona con dependencia supone una carga de trabajo muy importante, que repercute en la salud, vida social y vida laboral del cuidador. Desde el punto de vista político e institucional, se exige cada vez más la presencia de recursos de atención a la dependencia que puedan ofrecer cuidados con la suficiente extensión para contribuir con las familias (Villar, 2009).

Para determinar el índice o grado de dependencia se consideran en general tres tipos de actividades de la vida diaria (Alberich & Funes, 2008):

- a) Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universalesm están ligadas a la supervivencia humana, las necesidades básicas, están dirigidos a uno mismo y tienen la finalidad de lograr la independencia personal. Habitualmente se incluyen las actividades de alimentación, aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso (Romero, 2007).
- b) Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están ligadas al entorno, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar los sistemas de comunicación, escribir, hablar por

teléfono, mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro y respuesta ante emergencias (Romero, 2007).

- c) Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) no son indispensables para el mantenimiento de la independencia pero permiten al individuo desarrollarse dentro de la sociedad. Se incluyen actividades como la educación, trabajo, ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes y deportes (Romero, 2007).

Debido a lo anterior, es de suma importancia lograr la disminución de la dependencia, con la finalidad de dar mayor calidad de vida en los últimos años de los ancianos, para lo cual existen algunas pautas como (Alberich & Funes, 2008):

1. Adaptación del hogar, nuevas tecnologías instrumentales para el individuo y su entorno.
2. Tele asistencia.
3. Servicio de ayuda a domicilio.
4. Acompañamiento y atención psicológica.

CAPÍTULO 3: INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA VEJEZ

3.1. Definición y objetivos de la institucionalización

La vejez, es la etapa del ciclo de vida en que se aprecian el mayor número de hogares sin familias constituidas, principalmente de personas que viven solas, esto resulta de gran relevancia si se considera que uno de los aspectos más relacionados con el bienestar en las edades avanzadas es la calidad de la integración de los ancianos a distintos grupos de pertenencia, como lo es el grupo de personas con las cuales se comparte la residencia ya que dicho grupo es en la mayoría de los casos, la fuente principal de intercambios afectivos y de apoyo material y económico (CONAPO, 2004).

La fragilidad y dependencia de los ancianos se presenta generalmente por la aparición de patologías asociadas a la vejez, entre ellas la artritis, la fractura de cadera, disfunciones cognitivas y enfermedades del corazón (Llanos, 2006).

En primer lugar, las enfermedades crónicas representan una de las causas de dependencia o invalidez más importante para los ancianos; suele darse una mayor probabilidad de que aquellas personas que padecen alguna enfermedad crónica padezcan algún grado de discapacidad. Las enfermedades crónicas ligadas a la vejez son la hipertensión, la osteoporosis, diabetes y demencias (Llanos, 2006).

Por otro lado, existen algunas enfermedades que en mayor medida desencadenan la hospitalización y que a su vez originarían dependencia y deterioro funcional, tales como la insuficiencia cardiaca, las enfermedades obstructivas crónicas y agudas, fractura de cadera y enfermedades neoplásicas (enfermedades caracterizadas por la formación de tumores ya sean benignos o malignos) (Llanos, 2006).

Finalmente, es necesario recordar que la edad en sí misma es también una de las causas de dependencia psicológica; generada mayoritariamente por el Alzheimer y otras demencias seniles; la incidencia de demencias seniles aumenta

de acuerdo a la edad, entre los 65 y 74 años la incidencia es de sólo 38%, mientras que para aquellos que tienen entre 75-85 años la incidencia es del 62% (Llanos, 2006).

A pesar del incremento en la población adulta mayor, actualmente nuestra sociedad aún no se encuentra preparada para afrontar las necesidades que ésta tiene, el apoyo, trato y cuidados que necesita; lo que en ocasiones lleva a muchas familias a realizar los trámites necesarios para ingresar al adulto mayor en una institución especializada (Muñoz & Giménez, 2004).

Existen ciertos cambios sociales a nivel mundial, que han propiciado la aparición de instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor. Entre ellos se pueden mencionar el proceso de industrialización y desarrollo del sector terciario en torno a las grandes ciudades; la progresiva tendencia hacia modelos familiares de tipo nuclear, reducción del tamaño de familia, distanciamiento territorial de las generaciones, cambio de posición de las mujeres en la sociedad con su incorporación al mundo del trabajo, inestabilidad de la familia como institución; pero sobre todo el aumento de la esperanza de vida y descenso de la fecundidad lo que desemboca en el envejecimiento poblacional que ya se ha tratado anteriormente (Rodríguez, 1999a).

El cambio de la estructura familiar en los últimos tiempos es un elemento clave en la proliferación de residencias para mayores tanto públicas como privadas, este aumento ha contribuido a la profesionalización de la atención a las personas mayores, y a la burocratización de los elementos de la vida cotidiana con la creación de protocolos para determinadas tareas o situaciones. La privacidad de los residentes permanece en un segundo plano, y se pierden costumbres de la vida cotidiana al tener que estar sometidos a la rigidez horaria que hace viable el funcionamiento de un centro residencial para mayores (Pastor, 2005).

Muchos son los motivos que orillan a la institucionalización de un anciano, entre las cuales se encuentran las siguientes necesidades:

- Cuidados regulares nocturnos por parte de un cuidador.

- Trastornos mentales y de orientación que exponen a la persona adulta a diversos riesgos.
- Incontinencia grave.
- Riesgo de caídas y lesiones (Köther & Gnamm 2003).
- Deterioro físico, cognitivo o emocional (Muñoz & Giménez, 2004).
- Incremento en la dependencia.
- No contar con una red familiar sólida que brinde el apoyo necesario (Rubio, 2005).

El ingreso a una institución para ancianos es experimentado de manera diferente para cada uno de los pacientes, si el anciano ha tomado voluntariamente la decisión de ingreso y ha tenido suficiente tiempo para planificar todo a detalle, es más probable que se sienta bien dentro de la institución; por el lado contrario, aquellas personas que han tenido que ingresar a una institución por obligación, debido a una grave enfermedad repentina u otro tipo de situación urgente padecen y sufren el proceso de ingreso a una institución (Köther & Gnamm 2003).

Cuando se ingresa a una institución, el adulto mayor da posiblemente el paso más grande hacia la inhibición de su participación social que para muchos empieza a disminuir desde la separación del mundo laboral producida por la jubilación (Pérez et al., 2006).

Se recomienda que el internamiento en una institución especializada se lleve a cabo únicamente cuando el adulto mayor lo solicita y cuando se presenten ciertas condiciones específicas tales como: escasez de servicios de ayuda y apoyo en el domicilio o deterioro severo del estado de salud físico y mental (Muñoz & Giménez, 2004).

El proceso de institucionalización debería llevarse a cabo después de un tiempo considerable de diálogo con el adulto mayor, y sólo con el consentimiento de éste: ya que si se produce de forma repentina y sin la

preparación adecuada existe la probabilidad de que el individuo desarrolle algunas patologías tales como depresión, anorexia, desorientación, e incontinencia (Muñoz & Giménez, 2004).

Actualmente, existe un mayor número de ancianos que requieren un conjunto importante de cuidados; una parte de estos cuidados es deseable que se lleven a cabo por profesionales especializados en geriatría y gerontología; entre estos cuidados se encuentran:

- a) Cuidados médicos, a cargo de especialistas en geriatría.
- b) Otros cuidados de salud: dentista, óptico.
- c) Cuidados a la persona (higiene y bienestar): bañarse, lavarse, peinarse, vestirse o alimentarse.
- d) Ayuda doméstica: cocina, lavado y planchado de ropa.
- e) Mantenimiento de la casa.
- f) Vigilancia para reducir los riesgos.
- g) Programas de intervención psicológica y social a cargo de profesionales de las ciencias sociales y del comportamiento (Rodríguez, 1999a).

Una residencia para ancianos puede ser definida como un centro gerontológico de desarrollo y atención sociosanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia (Rodríguez, 1999b).

Los objetivos perseguidos por una residencia para ancianos se pueden dividir en dos grandes apartados: los relacionados con el personal y aquellos enfocados a los residentes (Rodríguez, 1999b). El primero de ellos va dirigido a los profesionales que allí laboran y entre los cuales se encuentran los siguientes:

- a) Mantener la motivación del personal relacionados con la incidencia de una buena práctica profesional en el incremento de la calidad de vida de las personas mayores.
- b) Favorecer la formación permanente de los profesionales estimulando su presencia en capacitaciones constantes.

- c) Impulsar el intercambio de experiencias y conocimientos con otros profesionales externos para enriquecer y contrastar los propios criterios.
- d) Fomentar el desarrollo de investigaciones relacionadas con los programas realizados en la institución.
- e) Desarrollar en todo el personal el sentido de pertenencia y de responsabilidad mediante el trabajo en equipo.
- f) Cuidar de manera especial los estímulos dirigidos al personal cuidador que deberá estar integrado en el equipo de profesionales.

En cuanto a los objetivos relacionados con los residentes se encuentran los siguientes:

- a) Mejorar o mantener, según sea el caso, la capacidad funcional y mental.
- b) Prevenir el incremento de la dependencia mediante terapias y programas adecuados.
- c) Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- d) Ofrecer un régimen de alimentación sana, equilibrada y variada.
- e) Mantener todas las estancias de la residencia perfectamente limpias, ventiladas y ordenadas.
- f) Desarrollar programas de animación sociocultural dirigidos y supervisados por profesionales especializados.
- g) Favorecer las buenas relaciones sociales entre los residentes y el personal del centro.
- h) Mantener la buena imagen en la apariencia física de los residentes, además de una excelente higiene.
- i) Estimular el ejercicio de los conocimientos y experiencias de los residentes.
- j) Favorecer la creatividad y la expresión corporal, mediante talleres y programas de ejercicio físico.

De este modo, el modelo de atención está centrado en los principios fundamentales de la atención a personas mayores: facilitar la autonomía, mantener las capacidades funcionales de las personas, favorecer e impulsar las relaciones sociales, rehabilitar las capacidades alteradas, preveer la aparición o el empeoramiento de trastornos y enfermedades evitando el incremento de la dependencia y dar soporte, ayudar o sustituir a la persona en las realización de las funciones alteradas o perdidas (Fontanals & Suñol, 2000).

Sin embargo, en muchas ocasiones, la integridad psicológica del anciano sufre un fuerte choque al verse internado en una residencia para mayores o asilo, pierde la mayor parte de los puntos de referencia válidos hasta entonces, se diluye el sentimiento de utilidad, la autoimagen se ve afectada, las relaciones sociales mantenidas desde años atrás entran en un proceso de deterioro aunque hubieran sido intensas, y el alejamiento de la estructura familiar es prácticamente definitivo. Este proceso constituye una dolorosa ruptura con la vida pasada (Fericgla, 1992).

Los factores que provocan que algunos ancianos rechacen la idea de ingresar a un asilo, mientras no sea sumamente necesario, son de tres tipos básicamente (Pastor, 2005):

- a) Factores simbólicos: La desprestigiada imagen social de las residencias públicas o benéfico-religiosas las relacionan con los asilos, establecimientos muy próximos históricamente, en los que eran recogidos ancianos, enfermos crónicos abandonados por la familia, personas desamparadas.
- b) Factores inmediatos y afectivos. Ruptura con la vida pasada, pérdida de referentes, sensación de desarraigo total.
- c) Factores materiales: rigidez del estilo de vida de las residencias, pérdida o donación de las propiedades materiales, que afecta principalmente a los ancianos que tienen posesiones materiales.

Los riesgos de la institucionalización pueden ser la falta de estimulación o de espacio adecuado, falta de actividades ocupacionales y recreativas, separar

a los pacientes por sexos, o por carencia de espacios comunes como hacer que coman solos en sus habitaciones. Estas características pueden ser corregidos mediante un entrenamiento específico del personal, con madurez, estabilidad emocional, sentido del humor, mejorar la comunicación en las residencias, propiciar terapias ocupacionales y de ocio, y favorecer la relación con el mundo exterior con visitas de familiares y voluntariado (Serna de la, 2001).

Se ha investigado acerca de características sociales y psicológicas en ancianos institucionalizados, como en el caso de Aranda, Pando, Flores y García, (2001) quienes investigaron las redes sociales de apoyo y su relación con la depresión en la población adulta mayor que vive en instituciones, encontrando que los síntomas depresivos se asociaron con la edad, la frecuencia de contactos de tipo social, el tipo de apoyo y la satisfacción en la relación con los hijos y otros familiares. Por su parte, Shyam y Yadev (2006) compararon el bienestar general de los ancianos institucionalizados y no institucionalizados en una muestra de 371 ancianos (171 institucionalizados y 200 no institucionalizados) encontrando diferencias en cuanto al género en beneficio de los hombres; sin embargo los ancianos no institucionalizados no difirieron de los institucionalizados en la puntuación general de bienestar, pero si mostraron menor depresión y autoestima que aquellos que no residían en una institución.

En un ambiente institucionalizado llegan a presentarse casos en donde el adulto mayor goza de independencia pero carece del poder para tomar decisiones, de hecho la misma institución en ocasiones puede mermar los derechos más básicos de los residentes con la imposición de horarios, de programas rígidos de intervención, tomar decisiones que son propias de los ancianos como elegir la ropa que han de ponerse, decidir sus salidas, tener o no relaciones sexuales (Rodríguez, 1999b).

Aún los adultos que residen en instituciones deben sentir que se respeta y acepta su personalidad; fomentar la autonomía mostrándoles que pueden organizar su vida diaria según sus costumbres en la medida de lo posible;

involucrarlos en el autocuidado; recibiendo la posibilidad de establecer contactos con grupos de iguales (Köther et al., 2003).

El cuidado a un anciano engloba todas las actividades de ayuda que llevan a cabo familias, vecinos, instituciones y/o empresas privadas que van dirigidas a mejorar la calidad de vida de los ancianos; se debe entender como el apoyo que se presta a los ancianos para contribuir a prevenir, reducir o compensar las pérdidas y cambios que se producen en la vejez (Köther & Gnamm, 2003).

3.2. Atención en México

Como en muchos otros países, las primeras instituciones que se encargaron de la atención de los ancianos en México, fueron los asilos, instituciones por lo general a cargo de órdenes religiosas y con un enfoque de custodia. Puesto que la demanda asilar es cada vez más amplia de acuerdo a las estructuras familiares del país, existe un número cada vez más grande de residencias para ancianos con fines lucrativos. El primer acercamiento para satisfacer la necesidad de contar con atención y capacitación gerontológica en nuestro país fue en 1977 con la creación de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México, A. C. (GEMAC), y posteriormente se creó la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría, A. C. (AMGG) (Trujillo, Lozano, & Becerra, 2007).

El ingreso de la enseñanza de temas relacionados con el adulto mayor en universidades públicas y privadas, ha sido lento. La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) incluyó la cátedra de geriatría en su currículo en 1982; la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) introdujo en 1984 la materia de geriatría en su plan de estudios como parte de Medicina General 2; por otra parte, la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN) incluyó la materia de geriatría en el plan de estudios del 2002. En los últimos años esta materia empieza a introducirse en algunas otras universidades (Trujillo et al., 2007).

En el plano social, por decreto presidencial se creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) en 1979, con el fin de proporcionar a los ancianos una serie de servicios más de asistencia social que de atención médica, como otorgamiento de credenciales a personas de 60 años en adelante que les permite obtener descuentos en transportes, espectáculos, comercios, organización de viajes culturales y de recreación, además de centros de día con actividades recreativas y ejercicio (Trujillo et al., 2007).

El INSEN marcó las pautas generales de las acciones gerontológicas y asesoría jurídica y legal; con el paso del tiempo integró también acciones de atención geriátrica y diversos programas (investigación social-gerontológica, servicios educativos, actividades socioculturales, cultura física, promoción del empleo, turismo social y popular, información, enseñanza, servicios psicológicos, educación para la salud, promoción y desarrollo comunitario, ocupación del tiempo libre). A nivel asistencial, la Secretaría de Salud, reconoció en 1982 la necesidad de prestar asistencia social a los ancianos e inició una serie de programas bajo la responsabilidad del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que ha evolucionado su concepto asilar inicial hacia modelos de atención integral con participación comunitaria y familiar y reorientando sus programas. En la actualidad se encuentra en proceso de implantar programas de mejora continua de la calidad de la atención y la certificación de sus unidades (Trujillo et al., 2007).

En México, el Sistema Nacional DIF cuenta con programas para ancianos en los 32 estados de la República y en dos municipios; en el Distrito Federal administra los Centros Nacionales de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica "Arturo Mundet" y "Vicente García Torres", así como dos casas hogares "Los Tamayo" en la ciudad de Oaxaca y "Olga Tamayo" en Cuernavaca, Morelos donde se brinda atención integral al adulto mayor (Trujillo et al., 2007).

CAPÍTULO 4. LOS CUIDADORES DE ANCIANOS

4.1. El cuidado al anciano

La ayuda a la tercera edad y el trabajo con los ancianos es un término genérico para todas las actividades y prestaciones de ayuda a familia, vecinos, instituciones benéficas, estatales y empresas privadas planificadas y ejecutadas para mejorar la calidad de vida de los ancianos. La ayuda a la tercera edad se entiende como el apoyo que se presta a los ancianos y que ha de contribuir a prevenir, reducir o compensar los esfuerzos especiales que se producen en la vejez (Köther & Gnamm, 2003).

Sin embargo y a pesar de su importancia, la tercera edad no recibe la atención que se merece en relación con el alto porcentaje de ancianos que hay en nuestra sociedad; hasta la fecha, solo una pequeña parte de la población, se interesa en las necesidades de los mayores (Köther & Gnamm, 2003).

Los objetivos del trabajo actual con los ancianos son los siguientes (Köther & Gnamm, 2003):

- a) Posibilitar que los ancianos lleven una vida lo más autónoma e independiente posible.
- b) Mantener a los ancianos en el entorno habitual el mayor tiempo posible.
- c) Asegurar la participación de los ancianos en la vida social.
- d) Ampliar la asistencia sanitaria de los ancianos en las tareas de prevención, terapia y rehabilitación.
- e) Ofrecer instituciones idóneas para los ancianos que no están en condiciones de vivir solos o sólo lo están en parte.
- f) Posibilitar que los ancianos tengan una muerte digna mediante la asistencia en un entorno adecuado.

El cuidado hacia los ancianos se ha desarrollado como profesión en los últimos años y se está convirtiendo en una área imprescindible en la asistencia

social y geriátrica. Uno de los principales objetivos es mantener la autonomía y responsabilidad propia de cada persona durante el mayor tiempo posible. En el cuidado a los mayores las relaciones tienen una importancia vital, el cuidador dispone de conocimientos profesionales y competencia comunicativa para establecer un proceso consciente de relación y colaborar con él. El objetivo de una relación asistencial reside en crear una atmósfera de bienestar por la confianza y la aceptación recíproca. Además se requiere un trato adecuado y responsable de la proximidad y distancia con el fin de evitar dependencias mutuas (Köther & Gnamm, 2003).

El cuidado profesional del adulto mayor comprende las siguientes áreas:

- a) Cuidado y colaboración durante el tratamiento y la rehabilitación de ancianos enfermos.
- b) Ayuda a mantener y activar un modo de vida autónomo.
- c) Desarrollo de los contactos sociales del adulto mayor.
- d) Cuidados sanitarios, cuidado de enfermos y ejecución de las prescripciones médicas.
- e) Prevención sanitaria.
- f) Acompañar a enfermos graves y moribundos.
- g) Asesoramiento a cuidadores informales (familiares).
- h) Organización de tiempo libre y actos sociales colectivos (Köther & Gnamm, 2003).

La temática del cuidado es compleja y hace falta mayor investigación al respecto; no solamente hay que centrar el interés en el anciano, sino en el cuidador abordando aspectos como el síndrome de desgaste laboral o la carga al cuidador (Montes de Oca-Zavala, 2010).

En términos generales el cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que

le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. A partir de esta definición se distinguen dos tipos de cuidadores. Un cuidador formal es toda aquella persona que cuida en forma directa en este caso a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio económico por su trabajo; los cuidadores formales colaboran remuneradamente y ejercen su profesión en la atención al paciente. Por otro lado, los cuidadores informales son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio; en otras palabras, son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado generalmente por el afecto; de acuerdo al grado de responsabilidad se distinguen en cuidadores principales o primarios o cuidadores secundarios. Un cuidador primario es la persona que desde el principio del padecimiento, asume la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios del paciente, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía. Mientras que un cuidador secundario es cualquier otro integrante de la familia que apoye al cuidador primario en la atención al paciente (Centeno, 2004).

Así mismo exige una alta competencia psicosocial; los cuidadores deberán ser tolerantes, pacientes en su trato con los ancianos, poseer la capacidad para mantener relaciones sociales y continuar ejerciendo su trabajo aún cuando existan discrepancias en el ambiente laboral.

Finalmente la profesión de cuidador de ancianos exige un alto nivel de estabilidad física y psíquica, ya que conlleva un gran esfuerzo en todos los niveles. Ésta profesión trae consigo diversos riesgos tales como:

- 1) Riesgos para la salud: Contagios por residentes o compañeros de trabajo, adquisición de enfermedades infecciosas, aparición de alergias, lesiones en columna vertebral y estados de agotamiento físico y psíquico.
- 2) Estrés psicosocial: Esfuerzos emocionales intensos por el contacto constante con enfermos crónicos o terminales, rol profesional mermado porque las

expectativas que se ponen en los cuidadores son muy altas, sentimientos de fracaso en los cuidadores debido a la escasez de personal que impide satisfacer las necesidades de los ancianos, bajo reconocimiento a su trabajo, gran esfuerzo por el trabajo nocturno y conflictos personales entre compañeros (Köther & Gnam, 2003).

4.2. Cuidadores informales

El cuidado informal a ancianos incluye tareas de carácter de apoyo, pero es definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente de parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad; la presencia de afecto se asocia con estas características relacionales.

Con frecuencia son los miembros de la familia los que llevan a cabo las tareas de cuidado del enfermo, pero entre ellos destaca el cuidador principal que asume la mayor parte de la responsabilidad sobre el enfermo, y que tiene un perfil predominantemente femenino (Centeno, 2004).

De acuerdo con Izal, Montorio y Díaz-Vega (1997) el perfil característico del cuidador informal se resume de la siguiente manera:

- a) La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% aproximadamente).
- b) De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7.5% son nueras de la persona cuidada.
- c) La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% superan los 65 años).
- d) En su mayoría están casados (77%)
- e) Una parte sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%).
- f) En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%).
- g) La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar (85%).
- h) Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%).

- i) La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%).
- j) Una parte de estos cuidadores comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar a sus hijos (17%).

El cuidado es una actividad muy compleja que exige mucha entrega y que incluye al menos cuatro aspectos básicos (Centeno, 2004):

1. La acción encaminada a hacer algo por alguien que no lo puede hacer por sí mismo (con respecto a las actividades de la vida diaria).
2. Informar y enseñar (para conseguir que el paciente se adapte mejor a la enfermedad, disminuyendo o controlando miedos y fomentando el autocuidado y la autonomía).
3. Facilitar la expresión emocional del paciente (llantos, quejas, protestas, aceptando al paciente sin condicionamientos previos y/o futuros).
4. Mejorar la calidad de vida del enfermo (ante un proceso crónico, desarrollando una actitud empática, una escucha activa y una comunicación interactiva).

Izal et al. (1997) consideran que las tareas más frecuentes de los cuidadores se resumen en los siguientes puntos:

1. Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar).
2. Ayuda para el transporte fuera del domicilio.
3. Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio
4. Ayuda para la higiene personal.
5. Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
6. Supervisión en la toma de medicamentos.
7. Colaboración en tareas de enfermería.
8. Visitar regularmente a la persona que se cuida.
9. Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado.

10. Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.

La experiencia de cuidado puede variar en función del parentesco que une al cuidador con la persona cuidada. Cuando uno de los miembros de la pareja sufre deterioro en la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja que tiene mejor salud. El hecho de que un miembro de la pareja sea el que tiene que proporcionar ayuda y el otro el que la recibe puede crear tensiones en la pareja, al ser una relación menos recíproca que la que existía anteriormente; una buena comunicación y actitud positiva por parte de los dos es crucial para disminuir la tensión. Por otra parte, es más fácil aceptar la ayuda del marido o de la mujer que la ayuda de familiares, amigos, vecinos o instituciones, en la medida que se ve como una actividad transmitida generación por generación, así como una muestra de cariño por los años de convivencia juntos. No obstante, los esposos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares que las esposas cuidadoras. En muchas ocasiones, las cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos e, incluso, de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo, acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no recibir o aceptar la ayuda de otros (Centeno, 2004).

Cuando la persona que cuida es algún hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente que favorece la disposición del cuidado; en la mayoría de los casos, representa un fuerte impacto emocional para los hijos darse cuenta que alguno de sus padres ya no puede valerse por sí mismo, para el desempeño de sus actividades cotidianas. Regularmente a los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres ya que normalmente implica además algo imprevisto que puede impedirles realizar algunas de las actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato (Centeno, 2004).

La responsabilidad de proporcionar día a día ayuda a un familiar que está en situación de fragilidad tiene un importante impacto físico y psicológico sobre la vida de los cuidadores y el resto de la familia. El cuidado al anciano conlleva a modificaciones en el estilo y hábito de vida de todos los familiares y puede desembocar fácilmente en lo que se ha denominado carga familiar definida como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de ancianos incapacitados (Centeno, 2004).

4.3. Cuidadores formales

Como se ha mencionado anteriormente, la red social próxima a la persona con dependencia es la familia como fuente de ayuda fundamental en las tareas de cuidado. Sin embargo, en muchas ocasiones, es necesario obtener ayudas o servicios más especializados, ofrecidos por profesionales, especialmente cuando el anciano ingresa a una institución (Villar, 2009).

El cuidado de ancianos como trabajo profesional es una prestación retribuida y forma parte de las profesiones relacionadas con el servicio. La prestación de servicios se orienta hacia los deseos y necesidades de los clientes, así como a sus expectativas en lo que a la calidad de la prestación se refiere, formando parte de ello los siguientes factores de acuerdo con Köther y Gnammm (2003):

Entorno material: Edificios, equipamiento, medios auxiliares.

Comprensión: Conocer las necesidades de los clientes y tratarlos como tales.

Amabilidad: Atención, respeto, afabilidad, apariencia del personal.

Comunicación: Capacidad y disposición de información.

Competencia: Aptitudes y habilidades del personal.

Capacidad de reacción: Rápida, puntual y directa.

Credibilidad: Confianza e integridad.

Fiabilidad: Organización correcta y oportuna del servicio.

Comodidad en el contacto: Fácil acceso, tiempos breves de espera, situación agradable.

Seguridad: Seguridad financiera y material, confianza.

Fontanals y Suñol (2000) proporcionan una serie de recomendaciones a seguir por los profesionales encargados del cuidado de ancianos con la finalidad de mejorar el ambiente dentro de la institución:

- a) Ser cortés y respetuoso.
- b) Hablar de manera clara, mirando al residente y mostrándose interesado.
- c) Emplear el nombre del residente de manera habitual.
- d) Ser siempre amable independientemente de las circunstancias.
- e) Ser servicial evitando tener residentes favoritos hasta donde sea posible.
- f) Emplear algunas frases y palabras corteses como: *Por favor, gracias, lo haría encantado, disculpe, gracias por esperar.*
- g) Emplear un tono de voz adecuado, poniendo interés y sinceridad en él.
- h) Controlar las expresiones faciales.
- i) Sonreír y establecer contacto visual con el residente.
- j) Mostrar respeto hacia su individualidad, privacidad, independencia, libertad, pertenencias y experiencia.
- k) Ser discreto y comprensivo.

La asistencia a personas de la tercera edad, representa una gran exigencia personal. Por ello, quienes ejercen la profesión de cuidadores de ancianos tienen que poseer las condiciones previas necesarias como salud y resistencia física, estabilidad, sensibilidad ante las necesidades de otros, flexibilidad, integridad personal, así como capacidad y disposición para aprender.

Además han de ser tolerantes, es decir, deberán poseer la capacidad para mantener las relaciones y continuar el trabajo aún cuando surjan discrepancias entre los valores, las propias necesidades y las expectativas vinculadas al rol del cuidador (Köther & Gnamm, 2003).

De esta manera, mediante la formación, se adquieren competencias de actuación, las cuales, en el caso del cuidado a ancianos se pueden dividir de la siguiente manera:

Competencia material y profesional formal: Abarca el conocimiento especial específico de la profesión respecto a los fenómenos del envejecimiento, las enfermedades, conocimientos psicosociales, métodos asistenciales y conocimiento de normas de calidad.

Competencia social y comunicativa: Facultades que se desarrollan en un cuidador, tales como la empatía, la flexibilidad de roles y la capacidad para formar parte de un equipo.

Competencia de autoreflexión: Los cuidadores profesionales han de estar en condiciones de analizar su propia actuación. Contempla la capacidad de autoreflexión, la conciencia de los roles, la evaluación de las posibilidades y los límites personales y profesionales, la voluntad de cooperación en un equipo multiprofesional, el esfuerzo por mantener el control sobre la propia actuación.

Competencia ética: Disposición para asumir responsabilidades, justificación de la propia actuación, orientación de la actividad asistencial según pautas de validez general, preparación, apoyo y ayuda.

El entorno en donde se relacionan ancianos y cuidadores formales son los centros gerontológicos donde se contemplan diversas áreas que convergen entre sí, para el óptimo funcionamiento de la institución, a continuación se mencionan cada una de ellas, así como los profesionales y actividades correspondientes (Pastor, 2005).

a) Área asistencial

MÉDICOS ESPECIALISTAS, GERIATRAS, REHABILITADORES.

- ψ Hacer el reconocimiento médico a cada nuevo usuario, realizar la historia clínica correspondiente.
- ψ Atender las necesidades asistenciales de los usuarios, hacer los exámenes médicos, diagnósticos, prescribir los tratamientos más acordes, llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación.
- ψ Como máximo responsable de su departamento médico, en el caso de que el centro no pueda tratar debidamente a los usuarios, derivarlos a un centro hospitalario o de salud.
- ψ Programar y supervisar los menús y dietas alimentarias de los residentes.
- ψ Participar en la comisión de supervisión y seguimiento del usuario en cuanto a las necesidades asistenciales y de la vida diaria de los residentes.

ENFERMERÍA

- ψ Vigilar y atender a los residentes, sus necesidades generales, humanas y sanitarias, especialmente en el momento en que necesiten sus servicios,
- ψ Preparar y administrar los medicamentos según las prescripciones facultativas, específicamente los tratamientos,
- ψ Tomar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura.
- ψ Colaborar con los médicos preparando el material y medicamento a utilizar.
- ψ Atender al paciente encamado por enfermedad, efectuando los cambios posturales, controlando el servicio de comida y suministrando la atención necesaria.
- ψ Controlar la higiene personal de los residentes y también los medicamentos y alimentos que estos tengan en las habitaciones.

TRABAJADOR (A) SOCIAL

- ψ Planificar y organizar el trabajo social del centro, mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización de trabajo.
- ψ Ejecutar las actividades administrativas y realizar los informes sociales de los residentes.
- ψ Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro y su entorno.
- ψ Coordinar los grupos de trabajo y actividades, de animación sociocultural.
- ψ Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los residentes, principalmente con las entidades y las instituciones locales.

FISIOTERAPEUTA

- ψ Realiza los tratamientos y técnicas rehabilitadoras que se prescriban.
- ψ Hacer el seguimiento y la evaluación de la aplicación del tratamiento que se realice.
- ψ Conocer, evaluar e informar, y cambiar en su caso, la aplicación de tratamiento de su especialidad, cuando se den, mediante la utilización de recursos ajenos.
- ψ Asesorar a los profesionales que lo necesiten sobre pautas de movilizaciones y tratamientos en los que tenga incidencia las técnicas fisioterapeutas.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

- ψ Realizar actividades auxiliares de psicomotricidad, lenguaje, dinámica y rehabilitación personal y social a los residentes.
- ψ Participar en las áreas de ocio y tiempo libre del usuario del centro.
- ψ Colaborar en el seguimiento o la evaluación del proceso recuperador o asistencial de los residentes del centro.

GERICULTOR/ AUXILIAR DE RESIDENCIA

- ψ Asistir al usuario de la residencia en la realización de las actividades de la vida diaria que no pueda realizar él solo, debido a su incapacidad y efectuar aquellos trabajos encaminados a su atención persona y de su entorno.
- ψ Higiene personal del usuario.
- ψ Efectuar la limpieza y mantenimiento de los utensilios del residente, hacer las camas, recoger la ropa, llevarla a la lavandería, colaborar con el mantenimiento de las habitaciones.
- ψ Dar de comer a aquellos usuarios que no lo pueden hacer por sí mismos.
- ψ Realizar los cambios de postura de los pacientes que lo requieran.
- ψ Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de los usuarios.
- ψ Acompañar al usuario en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos y tiempo libre en general.

b) Área administrativa

Es el personal que actúa a las órdenes de los órganos directivos del centro, y tiene a su cargo un servicio con iniciativa y responsabilidad. Realizan trabajos que exigen cálculos, estudios, preparación, redacción de correspondencia, liquidaciones, cálculos de nómina, entre otras.

c) Área de mantenimiento

Encargada de la explotación y mantenimiento de todas las instalaciones del centro para su óptimo funcionamiento. Se compone principalmente de técnicos de mantenimiento, conductor, jardinero y auxiliares de mantenimiento.

d) Área de hostelería

Se ocupará de la organización, distribución y coordinación del personal de cocina, así como de la elaboración y condimentación de las comidas, con sujeción al menú y regímenes alimentarios que propondrá su aprobación a la dirección del centro y supervisión del departamento médico.

Se pueden resumir los servicios de un centro gerontológico en tres grandes grupos (Pastor, 2005):

- a) **SERVICIO MÉDICO Y ENFERMERÍA:** Quienes se encargarán de ofrecer a los residentes una calidad de vida adecuada. Por ello el programa deberá comprender todas las actividades propias de la medicina preventiva y asistencial, así como el desarrollo de programas de rehabilitación. Será responsabilidad del personal sanitario y asistencial de la residencia el mantenimiento y la promoción de la salud, así como la prevención y control de las enfermedades.
- b) **SERVICIO DE APOYO PSICO-SOCIAL:** Cuyos objetivos serán favorecer la integración y adaptación del residente, promover la autonomía, independencia y participación, favorecer la comunicación y tener en cuenta la opinión de los residentes, prevenir el aislamiento, soledad, aburrimiento o depresión, fomentar la actividad, dinamizar, motivar y estimular las relaciones entre residentes.
- c) **SERVICIO DE REHABILITACIÓN:** Este programa tiene como objetivo conseguir la recuperación de las facultades físicas perdidas y desarrollar al máximo las capacidades existentes, de forma que se pueda lograr la mayor independencia posible del residente, aumentando su movilidad en general y consiguiendo que su estado físico y psicológico mejore su calidad de vida.

Como ya se ha revisado, el objetivo de un centro gerontológico es proporcionar al usuario una asistencia integral, ofreciendo los servicios de alojamiento y manutención (comidas, limpieza, lavandería, mantenimiento, recepción y seguridad), así como servicios socio-sanitarios (trabajo social, psicología, médico, enfermería, rehabilitación, animación socio-cultural, de atención y cuidados personales). Se debe realizar una valoración integral de los problemas y síndromes geriátricos por medio de protocolos de prevención, educación, intervención y trabajo en equipo, debiéndose tener en cuenta las siguientes áreas (Pastor, 2005):

- Clínica: incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, úlceras por presión, insomnio, alteraciones sensoriales, problemas nutricionales, problemas podológicos, paciente terminal.
- Funcional: inmovilismo, caídas, trastornos de la marcha.
- Mental: deterioro cognitivo, disfunción sexual, depresión y trastorno de ansiedad.
- Social: aislamiento, inactividad, soledad, viudez reciente, sobreprotección de la familia, autonomía y participación, problemas de convivencia, problemas de adaptación, accidentes.

De acuerdo con Losada, Martín, Cubas y Aranzazu (2010) todo programa dirigido a proporcionar ayuda a los cuidadores pretende contribuir a facilitar a los cuidadores su situación, intentando que los efectos del programa produzcan directa o indirectamente una reducción del malestar de los cuidadores como la tristeza, el sentimiento de culpa, estrés. Lo ideal es que se puedan organizar programas para los cuidadores con objetivos y contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales para que se complementen entre sí. Los objetivos principales de estos programas son dos, los cuales son perfectamente complementarios:

- a) Entrenar a los cuidadores en estrategias y habilidades dirigidas a fomentar el autocuidado (cuidar de sí mismos). En estos programas se pretende que los cuidadores sean conscientes de que su salud, tanto física como psicológica, se puede ver deteriorada si no se preocupan y dedican tiempo a cuidarse a sí mismos.
- b) Entrenar a los cuidadores en estrategias y habilidades dirigidas a mejorar el cuidado del adulto mayor en este caso (cuidar mejor).

4.4. Síndrome de desgaste laboral en cuidadores formales

El cuidado de una persona dependiente se considera una situación de estrés, lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales para el estudio del estrés crónico, ya que en el caso de un cuidador formal resulta ser una situación continua y de larga duración (Crespo & López, 2007).

Atender a una persona senil hasta en sus más simples necesidades puede resultar una tarea en extremo difícil y absorbente (Arréchiga & Cerejido, 1999), por lo tanto, ser cuidador formal de ancianos conlleva esfuerzos emocionales intensos debido a que constantemente se debe hacer frente a la degradación física e intelectual, enfermedades crónicas, dolencias y muerte. Las expectativas que se ponen en los cuidadores de ancianos son en ocasiones muy altas, y debido a la falta de personal, el tiempo que se dedica a cada uno de los residentes apenas basta para asegurar un cuidado básico. Las consecuencias de la presión del tiempo, son insatisfacción en los ancianos y sentimiento de fracaso en los cuidadores (Köther & Gnam, 2003).

Además, se ha demostrado que el cuidado de los ancianos conlleva una serie de riesgos para la salud, tales como:

- Contagios por residentes, compañeros de trabajo o familiares enfermos.
- Adquisición de enfermedades infecciosas.
- Lesiones en la columna vertebral.
- Accidentes por suelos resbaladizos, aparatos defectuosos, distracción.
- Estados de agotamiento físico y psíquico.

Específicamente al hablar del SDL en cuidadores de ancianos, el riesgo de desarrollarlo se incrementa; como lo muestra un estudio longitudinal realizado por Gaugler, Davey, Pearlin y Zarit (2000) quienes concluyeron que el aumento de problemas de conducta en ancianos frágiles predice el aumento de sobrecarga del rol de cuidador y esto a su vez potencializa la aparición del SDL.

Los cuidadores de ancianos se enfrentan a estresores importantes como la sobrecarga percibida de trabajo, dificultades con otros miembros del personal, problemas sindicales, tratamiento en condiciones críticas de enfermedad, casos difíciles o sin esperanza, falta de tiempo, subutilización de habilidades, ambigüedad acerca del futuro, falta de autonomía, escasez de recursos y bajos salarios (Arita & Arauz, 1999).

De ahí que los agentes estresantes que producen el SDL en cuidadores pueden ser de dos tipos. Los *estresores primarios* son aquellos que están ligados directamente a la actividad de ser cuidador; e incluyen tanto los estresores objetivos derivados de las condiciones del mayor y de las tareas que ello conlleva (problemas de memoria, problemas de conducta, deterioro cognitivo, dependencia) y los estresores subjetivos que son originados por la atención que el cuidador presta al anciano (Montorio, Yanguas, & Díaz-Veiga, 1999).

Por otro lado, los *estresores secundarios* son aquellos que están relacionados con otras áreas distintas del propio cuidado, pero que son generados o que se ven incrementados por el hecho de ser cuidadores y los estresores primarios que ello conlleva. Muchos de ellos, tienen que ver con el desempeño de los distintos roles del cuidador y suelen plasmarse en conflictos familiares y de pareja, problemas económicos, aislamiento social (Crespo & López, 2007).

Un cuidador estresado transmite su estrés al adulto mayor. Se produce entonces un efecto "contagio" que puede llevar a que el adulto mayor muestre problemas en su rendimiento, mayores dificultades de ejecución de actividades de la vida diaria, y eventualmente problemas de conducta y expresiones emocionales, lo que a su vez, incrementa las demandas impuestas sobre el cuidador, dando lugar a un círculo vicioso de malestar creciente en ambas partes (Crespo & López, 2007).

Diversos autores han estudiado a los cuidadores formales inmersos en un entorno gerontológico, tal es el caso de Hernández y Ehrenzweig, (2008) quienes estudiaron la relación entre SDL y sobrecarga del cuidador, en una muestra de

trabajadores de la salud en un asilo; los resultados indican que la sobrecarga del cuidador está ligada estrechamente a la presencia del SDL y que algunas de las condiciones más representativas para la presencia de éste último son: tener una jornada laboral extensa, no tener descanso semanal, tener poca antigüedad en el puesto y tener estudios básicos.

Por su parte Poulin y Walter (1993) investigaron el SDL en ambientes gerontológicos estudiando las variables predictoras para las tres dimensiones de dicho síndrome explicadas anteriormente. Sus hallazgos fueron los siguientes:

- 1) *Agotamiento emocional*: las tres variables predictoras más significativas fueron el estrés laboral percibido, autoestima y autonomía laboral.
- 2) *Despersonalización*: las tres variables predictoras más significativas fueron la autoestima, la edad y la satisfacción con los clientes.
- 3) *Realización personal*: las tres variables predictoras más significativas fueron la autoestima, la autonomía laboral y la satisfacción con los clientes.

Siguiendo esta misma línea, en un ambiente gerontológico interactúa no sólo el personal dedicado al cuidado, sino aquellas personas que son atendidas, los ancianos residentes en el centro. De este modo, los ancianos son una población vulnerable y sujeta a cuidados, dado que el proceso de envejecimiento produce serias modificaciones en el desarrollo funcional de las personas, se van perdiendo las aptitudes psicomotrices, cognitivas y sociales. Esas pérdidas producen una disminución considerable de la funcionalidad de los mayores; todas estas circunstancias ocasionan sentimientos de inutilidad que deberán ser resueltos a través de la acción interactiva de todo el equipo gerontológico (Benitez, 2006).

4.5. Intervenciones para disminuir el SDL

Existe una amplia evidencia que un porcentaje importante de cuidadores sufren un alto malestar en el desempeño de su labor; además, también parece claro que el mero paso del tiempo no contribuye a que la problemática disminuya (Gil-Monte, 1997; Gil-Monte, & Peiró, 2000). Por lo tanto, resulta esencial apoyar y asistir a los cuidadores que se ven afectados negativamente tanto física como emocionalmente. Una estrategia para conseguirlo sería eliminar la situación; es decir, abandonar la función de cuidador, sin embargo no es lo deseado ni en los cuidadores formales ni en los informales. Por lo tanto, el objetivo de estas intervenciones deberá ser permitir a los cuidadores desempeñar su rol en las mejores condiciones posibles, tanto para ellos mismos como para los ancianos a los que prestan su ayuda. Parece claro que los cuidadores se verían beneficiados de programas dirigidos a prevenir y aliviar su malestar, lo que, con toda seguridad, repercutiría positivamente en los ancianos dependientes que se encuentran a su cargo (Crespo & López, 2007).

Las intervenciones que a continuación se mencionan no sólo han sido planeadas para ponerlas en práctica con cuidadores formales sino también con cuidadores informales.

APOYO FORMAL

Se encuentra dirigido a los cuidadores informales, consiste en la prestación de servicios comunitarios para suplir temporal o parcialmente las funciones del cuidador, incluye el servicio de centros de día, servicios de ayuda a domicilio, o estancias temporales en residencias. Estos servicios pueden suponer una alternativa al apoyo informal pero también constituir una ayuda complementaria (Crespo & López, 2007).

Con el apoyo formal se facilita la labor de los cuidadores, pueden proporcionar a los mayores unos servicios especializados que atienden sus necesidades y contribuyen a una mejor calidad en su asistencia y cuidado.

Los servicios de apoyo más habituales son:

- a) Centros de día: Son recursos extra-hospitalarios de estancias diurnas, habitualmente durante los días laborables, en los que generalmente se ofrece una atención especializada de enfermería y vigilancia médica, prevención de la salud, rehabilitación y estimulación cognitiva.
- b) Estancias temporales en residencias: Suponen la institucionalización temporal del mayor que ocasionalmente no puede ser atendido por el cuidador informal, bien por enfermedad o accidente de este, por necesidad de un descanso, o porque el anciano necesita cuidados que no pueden proporcionársele en casa.
- c) Servicio de ayuda a domicilio: Consiste en que un profesional o voluntario vaya a casa del mayor para atenderle o para realizar alguna de las tareas del hogar.

PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS

Puede aplicarse tanto en el cuidado formal como en el informal y consiste en proporcionar información, de forma progresiva y estructurada sobre la vejez, las enfermedades asociadas, sus consecuencias y el manejo de los diversos problemas asociados a su cuidado. Aunque la diversidad de contenido es enorme, en la mayoría de los programas psicoeducativos se informa sobre las dificultades más comunes por las que atraviesa un cuidador, por ejemplo la evolución de las enfermedades, problemas de movilización, incontinencia, caídas, problemas legales y económicos. Sin embargo, lo importante en este tipo de intervenciones es también presentar posibles soluciones, estrategias y recursos para hacerles frente. Por lo tanto tienen un alto grado formativo, que busca enseñar a ser cuidador o ser un cuidador más eficaz (Crespo & López, 2007).

Estos programas tienen como objetivo que el cuidador se sienta seguro, reduzca su incertidumbre y pueda desempeñar su papel lo mejor posible, asumiendo que dar la información y el conocimiento adecuado sobre la vejez, enfermedades, problemática asociada y su manejo, así como de los servicios disponibles, ayuda a los cuidadores a hacer frente a los retos que se les plantean. Se trata de maximizar la independencia, seguridad y bienestar del mayor, reduciendo el malestar de los cuidadores (Montorio & Losada, 2005).

Regularmente tienen una duración de entre seis y diez semanas, se realizan en grupos y pueden complementarse con lecturas, materiales audiovisuales, direcciones de Internet o incluso una persona de contacto con la que se puede discutir este tipo de materiales (Sörensen, Pinquart, & Duberstein, 2002).

GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Tienen antecedentes en los grupos de Alcohólicos Anónimos, son grupos de personas que se encuentran en una situación similar (cuidadores en este caso) que llevan a cabo una serie de reuniones para ayudarse mutuamente. Por la naturaleza de los grupos, se aplica en mayor medida para los cuidadores informales permitiendo establecer contacto entre varios de ellos, como medio para conseguir apoyo, consejo, protección y acompañamiento durante el proceso de cambio al que se ven sometidos.

El objetivo de los grupos de ayuda mutua es facilitar a los cuidadores el reconocimiento de que otras personas tienen problemas similares a los suyos, proporcionar una oportunidad para intercambiar estrategias e ideas para hacerle frente a esos problemas y brindar apoyo emocional (Sörensen et al., 2002). Proporcionan la oportunidad de conectar con otras personas con problemas, miedos e intereses comunes, tratando de crear empatía entre los distintos participantes, al mismo tiempo que permiten compartir y aprender estrategias e información que a otros cuidadores les han sido útiles en el desarrollo de su rol; por ello suelen tener un efecto positivo para romper el aislamiento en que en numerosas ocasiones se encuentra el cuidador.

Regularmente se trata de reuniones periódicas, raramente estandarizadas o manualizadas, dirigidas por un profesional, o por un cuidador con experiencia. En algunos casos son grupos permanentes, generalmente abiertos a la incorporación de nuevos miembros; en otros son temporales. En la actualidad la incorporación de las nuevas tecnologías está haciendo que comiencen a crearse grupos de ayuda mutua a través de Internet (White & Dorman, 2000).

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Por su naturaleza, se pueden dirigir tanto a cuidadores formales como informales; son intervenciones que implican una relación terapéutica entre el cuidador y un profesional de la salud mental. El terapeuta habitualmente ayuda al cuidador a ser consciente de su situación, a reestructurar los pensamientos que mantienen conductas problemáticas, a desarrollar habilidades y estrategias para afrontar los múltiples problemas con que se encuentran, a organizar el tiempo y a llevar a cabo actividades gratificantes (Crespo & López, 2007).

El objetivo fundamental de estas intervenciones es conseguir la mejor adaptación posible del cuidador a su situación, dotándole para ello de estrategias para manejar adecuadamente la problemática a la que se enfrentan. Se pretende conseguir con ello una mejoría de los síntomas, un mejor estado emocional y un menor sufrimiento personal, a través de la modificación de conductas, pensamientos y emociones desadaptativas.

Aunque sus formatos son múltiples y variados, predominan programas multicomponentes de orientación cognitivo conductual, que incluyen entrenamiento en control de la activación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, e incremento de actividades gratificantes. Para su aplicación se utilizan diversas técnicas (discusión en grupo, role-playing, lecturas, materiales audiovisuales), su formato puede ser individual o grupal, y con una duración breve de entre 8 a 10 semanas (Crespo & López, 2007).

Las intervenciones psicoterapéuticas son las que consiguen mejores efectos en la reducción de sintomatología y la mejora del estado emocional de los cuidadores (Crespo & López, 2007).

En una revisión sistemática realizada por Crespo y López (2007) con 54 estudios en los que valoraban la eficacia de distintos tipos de programas de apoyo a cuidadores, encontraron que la psicoterapia consigue mejores resultados que los demás programas; que las intervenciones individuales parecen tener un mayor impacto que las grupales, siendo las intervenciones telefónicas las que obtienen resultados menos alentadores. Por otro lado, parece que la sola información o evaluación del adulto mayor tampoco mejora el estado emocional de los cuidadores. Son entonces, las intervenciones psicoterapéuticas las que obtienen mejores resultados al modificar el estado emocional de los cuidadores.

Diversos autores han hecho recomendaciones muy específicas para el tratamiento del SDL; específicamente, Gil-Monte (2001, 2003) contempla que la primer medida para evitar el SDL es formar a los profesionistas para conocer sus manifestaciones. Sin embargo, la sola información no es suficiente, es necesario considerar programas que impliquen estrategias en tres niveles:

- a) Nivel individual: Considera los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionistas, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o disminuir la fuente de estrés o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia. Se sugiere el empleo de estrategias de afrontamientos de control o centradas en el problema como el entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en asertividad y el entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo.
- b) Nivel grupal: Potencia la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionistas. Basándose en el entrenamiento de habilidades sociales y retroalimentación.
- c) Nivel organizacional: Elimina o disminuye los estresores del entorno laboral que dan lugar al desarrollo del SDL. Se recomienda desarrollar

programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización con programas de socialización anticipatoria, retroalimentación sobre el desempeño del rol, reestructurar el lugar de trabajo, establecer objetivos claros, aumentar las recompensas a los trabajadores y mejorar las redes de comunicación organizacional.

Guerrero-Barona y Rubio-Jiménez (2005), concuerdan con Gil-Monte que la forma más eficaz de enfocar la prevención y el tratamiento del SDL se orienta hacia la intervención tanto a nivel individual como social u organizacional. Sin embargo, da mayor importancia a las estrategias individuales como se describe a continuación:

1. Estrategias individuales. Tienen el propósito de fomentar y promover la obtención de estrategias que aumenten la capacidad de adaptación del individuo; además se ha puesto de manifiesto que la tensión se puede controlar modificando directamente la activación fisiológica, así como los efectos que los pensamientos, las situaciones o las conductas tienen sobre ella (Labrador, 1991; Sandín, 1995). Guerrero-Barona y Rubio-Jiménez (2005) clasifican las estrategias individuales en técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas.
 - 1.1. Técnicas fisiológicas. Reducen la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por los estresores; destacan las técnicas de relajación, control de la respiración y el biofeedback (Guerrero & Vicente, 2001).
 - 1.2. Técnicas conductuales. Consiguen que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que facilitan el afrontamiento de los estresores laborales; destaca el entrenamiento asertivo, en habilidades sociales, técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Guerrero & Vicente, 2001). También se recomienda tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar las actividades reforzantes, tener acceso a la información, a los servicios sociales y a los programas de entrenamiento.

- 1.3. Técnicas cognitivas. Mejora la percepción, interpretación y evaluación de los estresores laborales y de los recursos personales que posee el individuo; destaca la desensibilización sistemática, detención del pensamiento, inoculación del estrés, reestructuración cognitiva, control de pensamientos irracionales, eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva (Guerrero & Vicente, 2001).
2. Estrategias de intervención social. Buscan romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización.
3. Estrategias de intervención organizacional. Modifican los aspectos disfuncionales en la estructura de la organización, la comunicación, la formación de los profesionales, los procesos de toma de decisiones, el ambiente físico, los turnos y el reparto de tareas.

Finalmente, Lorente, Salanova, & Martínez (2007) señalan que las intervenciones para disminuir el SDL pueden plantearse teniendo en cuenta el foco o nivel de aplicación. Al respecto, las estrategias pueden ser individuales u organizacionales. Cuando se implementan estrategias centradas en el individuo el objetivo que se persigue es aumentar y mejorar sus recursos personales; estas estrategias suponen la implicación activa del trabajador ya que pretende dotarle de conocimientos, generar competencias y desarrollar habilidades. Cuando el foco está dirigido a la organización, las estrategias van orientadas a mejorar la situación laboral, por ejemplo, aumentando la variedad de tareas, resolviendo conflictos de rol o mejorar los estilos de liderazgo (Salanova & Llorens, 2008). De acuerdo con estos autores, aunque las estrategias de intervención se describen separadamente, suelen implementarse combinadas para hacerlas más efectivas y en muchas ocasiones se puede actuar paralelamente en varios niveles y con diferentes objetivos.

Entre las técnicas individuales más empleadas para tratar el SDL se encuentran las siguientes:

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica cuyos objetivos son identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas. Basándose en el modelo ABC de Ellis o la terapia cognitiva de Beck.

Relajación

La relajación es una de las principales estrategias de intervención que se utilizan en la psicología clínica de la salud; dentro de los diferentes procedimientos se destacarán tres de ellos:

- a) Respiración diafragmática (respiración profunda). Se entrena al paciente a respirar a través de su diafragma, suele utilizarse como paso inicial para después entrenar al paciente en ejercicios de respiración más profundos.
- b) Relajación muscular progresiva. Se basa en los principios de que los músculos relajados es lo opuesto a la ansiedad (tensión fisiológica). Se entrena a los pacientes a tensar y relajar varios pares musculares a través del cuerpo de manera ascendente a descendente (cara, cuello, hombros, brazos, abdomen, glúteos y piernas).
- c) Entrenamiento autógeno en relajación: Se entrena al paciente a crear un estado de relajación profundo mediante generar autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz, calor y calma (Reynoso & Seligson, 2005).

Entrenamiento en solución de problemas

Trata de ayudar a las personas a resolver problemas y tomar decisiones adecuadas. Inicialmente facilita a las personas el reconocimiento del problema inhibiendo al mismo tiempo la tendencia de responder impulsivamente ante él; facilita también el desarrollo de alternativas de solución y ofrece estrategias para

analizar las diferentes alternativas y ponderarlas proponiendo un procedimiento para elegir la respuesta más adecuada al problema (Peiró & Salvador, 1993).

Los pasos a seguir son (Gil-Monte & Peiró, 1997):

1. El participante debe reflexionar sobre cuál es su problema. Para ello se pide al participante que identifique un estresor que le genere problemas en el trabajo y que tenga que ser corregido. Se debe analizar a fondo tanto el estresor como sus efectos.
2. El participante averiguará lo que está dispuesto a hacer para resolver el problema. Se le solicita que desarrolle un conjunto de objetivos reales en términos conductuales.
3. Se pide al participante que genere posibles soluciones a su problema, sin analizar su viabilidad.
4. Se pide al participante que evalúe las consecuencias de algunas de las soluciones eficaces identificadas.
5. Delimitar la solución elegida y analizarla.
6. Una vez tomada la decisión sobre la solución que resultará ser adecuada, se lleva a la práctica; se le pide al participante que anticipe la posibilidad de obtener éxitos y fracaso.
7. Por último, el participante evalúa si la alternativa elegida le ha llevado de forma global a conseguir los objetivos.

Este programa, habitualmente necesita una sesión de 1 o 2 horas para cada una de las fases, y las sesiones se realizan una vez por semana durante 6 ó 7 semanas. Es importante combinar la práctica con la retroalimentación; también conviene evaluar la disposición del participante para llevar a cabo las soluciones planteadas y, posteriormente, el grado de consecución de los objetivos formulados. Las discrepancias deben ser analizadas, evaluadas y corregidas.

Entrenamiento en asertividad

La conducta asertiva puede ser definida como la expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades; las

deficiencias en asertividad dentro del entorno laboral pueden tener consecuencias psicológicas y fisiológicas de importancia. Una persona asertiva es abierta, flexible y respetuosa de los derechos de los demás, pero además es capaz de reclamar adecuadamente los suyos (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El entrenamiento de las habilidades asertivas inicia revisando los componentes específicos de conductas asertivas y no asertivas. Factores como el contacto visual, posturas, gestos y modulación de la voz deben ser modelados. Después los participantes concretan este entrenamiento en situaciones problemáticas para ellos tales como discutir problemas con algún superior, dar órdenes y retroalimentación a sus subordinados. Posteriormente, los participantes escenifican conductas asertivas mediante juego de roles, que va seguida de retroalimentación sobre su realización y sugerencias para cambios y mejoras para futuras situaciones (Lange & Jakubowski, 1976).

Manejo eficaz del tiempo

Los objetivos fundamentales de los programas de adquisición de habilidades para manejar el tiempo de manera eficaz se dirigen a:

- a) Establecer prioridades para las actividades importantes que se deben realizar en horario disponible.
- b) Aumentar la calidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias.
- c) Reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia.

Estas estrategias son recomendadas por Maslach (1982b), Reiner y Hartshorne (1982) y Zastrow (1984).

Aunque parte del abordaje que ha recibido el SDL en diversas poblaciones ha sido instrumental, es decir, se ha enfocado a la validación de diversos instrumentos o a la evaluación de la prevalencia en cierta población, también se han desarrollado programas de intervención (Batista et al., 2010; Berger, Schneller,

& Maier, 2012; Gil-Monte & Noyola, 2011; Hillert, 2012; Olivares et al., 2009; Unda et al., 2007) pues se ha demostrado que aquellos trabajadores dedicados a la atención a personas son los más vulnerables para desarrollar SDL. Actualmente es de suma importancia contar con evidencia empírica de las intervenciones más efectivas para disminuir el SDL e implementarlas en distintos contextos.

Se han puesto a prueba intervenciones con diversos enfoques, tales como la actividad física, psicoanálisis, meditación, reiki, terapia cognitivo-conductual, entre otras. Isaksson et al., (2010) diseñaron dos intervenciones dirigidas por un terapeuta ocupacional que involucraban asesoramiento, actividad física y orientación individual en 184 médicos, encontrando una disminución en el agotamiento emocional y menor estrés laboral, resultados que se mantuvieron en tres años de seguimiento; sin embargo, no se puede atribuir el efecto a la intervención ya que no existió un grupo control.

Wegner, Berger, Poschadel, Manuwald y Baur (2011) diseñaron una intervención con enfoque psicodinámico, la muestra consistió en 200 profesores de entre 27 y 64 años que voluntariamente se sometieron al tratamiento, la intervención logró la reducción de los niveles del SDL, reduciendo los días de baja laboral por incapacidad a menos de un tercio y la disminución de agotamiento emocional; manteniéndose a largo plazo; sin embargo, no hubo un grupo control, por lo que no se puede atribuir la mejoría a la intervención.

Prasad, Wahner-Roedler, Cha y Sood (2011) evaluaron la viabilidad de un programa de meditación de una sola sesión para reducir el SDL y mejorar la calidad de vida en empleados de un centro médico de tercer nivel; el estudio muestra que 15 minutos una a dos veces al día es la duración más factible de la práctica de la meditación y ofrece prometedores datos de eficacia preliminares de este programa para disminuir el estrés y la ansiedad e incrementar la calidad de vida.

Por su parte, Díaz-Rodríguez et al., (2011) diseñaron un programa de reiki que tiene como objetivo ayudar a reponer y volver a equilibrar el sistema energético del cuerpo, estimulando así el proceso de curación, los participantes

fueron 21 profesionales de la salud con SDL, a quienes se les asignó al azar el orden en que iban a recibir una sesión de Reiki aplicado por un terapeuta experimentado y un tratamiento placebo aplicado por un terapeuta que no tenía conocimientos de Reiki, que imitaba el tratamiento. Los resultados sugieren que el Reiki tiene un efecto favorable sobre los síntomas del SDL.

Algunas investigaciones brindan también apoyo a la terapia cognitivo conductual, por ejemplo, el estudio realizado por Kunkler y Whittick (1991) que desarrollaron un programa de entrenamiento en solución de problemas con una duración de 4 semanas en profesionales de enfermería. En la primera sesión, se pedía a los participantes que identificaran estresores y formas de manejarlos. En la segunda sesión se discutían las soluciones y los principios para el manejo del estrés. La tercera sesión estuvo dedicada a la práctica de técnicas de relajación y retroalimentación. Finalmente, la cuarta sesión, se destinó a discutir los resultados de las estrategias empleadas y buscar formas alternativas de afrontamiento para los fracasos. Los autores concluyen que el programa resultó eficaz para la disminución del SDL.

Brattberg (2006) realizó un estudio con 55 participantes con SDL, 27 pertenecieron al grupo de intervención y 28 al grupo en lista de espera (que fungía como grupo control); la intervención consistió en un entrenamiento en terapia cognitivo-conductual de 20 semanas con el uso de técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva. Al finalizar la intervención, hubo cambios significativos a favor del grupo de tratamiento en síntomas del SDL como palpitaciones del corazón, problemas de memoria, irritabilidad, dificultad para concentrarse, impaciencia e insatisfacción. También se registraron cambios favorables en la salud, sin embargo, dichos cambios no fueron significativos; sin embargo, en la evaluación de seguimiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió TCC y el grupo control.

Salyers et al. (2011) diseñaron un taller de 6 horas que incluía técnicas de psico-educación, meditación, relajación y reestructuración cognitiva con la finalidad de disminuir el SDL en personal que proveía servicios de salud mental. Los

resultados mostraron que hubo grandes reducciones del desgaste psíquico, efectos moderados en indolencia y ningún cambio en ilusión por el trabajo. A pesar de que en términos generales hubo cambios satisfactorios, no existió grupo control ni evaluaciones de seguimiento.

Ruwaard et al. (2012) llevaron a cabo un estudio con 1500 pacientes adultos con diversos diagnósticos, entre ellos 470 pacientes padecían SDL. La intervención consistió en terapia cognitivo-conductual vía e-mail por 16 semanas, con técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, autoverbalización positiva, intervención en rumiación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en manejo del tiempo y prevención de recaídas. Los resultados arrojan que la intervención cognitivo-conductual resultó efectiva para disminuir el desgaste psíquico, manteniéndose incluso a 1 año de seguimiento.

No obstante, también se han llevado a cabo estudios que ponen de manifiesto la falta de evidencia para considerar a la terapia cognitivo conductual como la intervención más eficiente en los casos de SDL; tal es el caso de la investigación dirigida por DeVente, Kamphuis, Emmelkamp y Blonk (2008) quienes llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado para investigar la eficacia de la TCC con 82 participantes con estrés laboral, asignándose aleatoriamente a tres grupos a) TCC individual basada en el manejo del estrés, b) TCC grupal basada en el manejo del estrés o c) atención habitual. El agotamiento y angustia se midieron al inicio del estudio, a los 4, 7 y 10 meses; sin embargo, no surgieron diferencias significativas a favor de ninguna condición de tratamiento concluyendo que no existe suficiente evidencia a favor de la TCC en el caso de estrés laboral.

Adicionalmente, en años recientes se han llevado a cabo revisiones sistemáticas y meta-análisis con la finalidad de analizar cuáles son los programas de intervención más eficaces para disminuir el SDL. Van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk (2001) realizaron un meta-análisis que incluyó 48 estudios experimentales enfocados en intervenciones para el estrés laboral, distinguiendo cuatro tipo de intervenciones: cognitivo-conductual, técnicas de relajación, programas

multimodales e intervenciones centradas en la organización. Los resultados indican que existe un efecto moderado, pero significativo a favor de las intervenciones cognitivo-conductual y las intervenciones multimodales; adicionalmente la terapia cognitivo-conductual parece ser efectiva para mejorar la percepción de calidad de vida laboral, mejorar las respuestas y recursos psicológicos y reducir las quejas de los participantes.

Marine et al. (2009) llevaron a cabo una revisión sistemática que incluyó 19 estudios con tres tipos de intervenciones, 1) dirigidas a la persona, 2) dirigidas a la persona y organización y 3) intervenciones organizacionales; los resultados indican que la terapia cognitivo-conductual por 6 semanas reduce el desgaste psíquico e incrementa la ilusión por el trabajo en un seguimiento a dos años.

Van Wyk y Pillay van (2010) incluyeron 10 ensayos controlados aleatorizados en una revisión sistemática, identificaron 2 tipos de intervenciones, el entrenamiento en técnicas de manejo del estrés y las intervenciones de manejo de personal. Los resultados reportaron un efecto positivo en el estrés percibido con el empleo de técnicas de manejo del estrés; además este estudio aportó evidencia para apoyar la eficacia de un programa extenso (más de 6 horas de contacto o más de un mes) en técnicas de manejo del estrés para reducir el síndrome de desgaste laboral y estrés en trabajadores del área de la salud.

Korczak, Wastian y Schneider, (2012) realizaron una revisión sistemática en 31 bases de datos abarcando los años 2006 al 2012 incluyendo como palabras clave *burnout*, intervención terapéutica y tratamiento. Se incluyeron 17 estudios que fueron heterogéneos en cuanto al tamaño de la muestra, tipo de intervención, método y nivel de evidencia. En 13 de los 17 estudios se trata la eficacia de la psicoterapia y las intervenciones psicosociales para la reducción del SDL. Los resultados mostraron que la terapia cognitiva conductual conduce a la disminución del desgaste psíquico en la mayoría de los estudios; la evidencia es inconsistente para la eficacia de las terapias de manejo del estrés y musicoterapia; la terapia física solo se aplicó en un estudio y no muestra un mejor resultado que el tratamiento estándar. Los autores de este estudio refieren el bajo

número de estudios especializados para el tratamiento del SDL además de que existieron numerosas limitaciones para la calidad de estos resultados, el contenido y duración de la intervención, el diseño y el tamaño del estudio son tan diversos que no permiten la comparación directa. Finalmente enfatizan la falta de estudios experimentales a largo plazo para comparar la eficacia de las terapias individuales y evaluar su evidencia.

Walter, Krugmann y Plaumann (2012) realizaron una búsqueda sistemática de estudios de intervención en casos de SDL desde 1995-2011 en las bases de datos Medline, PsycINFO, y PSYINDEX identificando un total de 33 estudios de intervención, veinticuatro de ellos (71%) fueron intervenciones centradas en la persona, mientras que en 10 (29%) se combinaron intervenciones individuales y organizacionales. De las intervenciones, el 76% tuvo un efecto positivo sobre el síndrome de desgaste laboral o sus subcomponentes, el 16% de los estudios tuvieron seguimiento de más de 12 meses a 3 años; sin embargo, este estudio no especifica claramente el enfoque de las intervenciones que mostraron buenos resultados.

Como se ha revisado previamente, el SDL no solo afecta a los trabajadores que lo desarrollan, sino también a quienes reciben el servicio o cuidado directo de dichos trabajadores; sin embargo, son pocos los estudios que hacen referencia a éste fenómeno, centrándose en la interacción trabajadores-receptores de servicio. En el estudio de Richter, Rochat, Hsiao y Zuma (2012) se evaluó la eficacia de una intervención basada en psicoeducación cuyo objetivo era disminuir la carga del personal de enfermería promoviendo el apoyo al cuidador informal y mejorando el cuidado de niños con VIH. La intervención se basó en la enseñanza mediante psicoeducación de 5 temas: 1) ingreso al hospital, 2) alimentación, 3) angustia, 4) procedimientos médicos, 5) cuidados en casa. Los resultados muestran una mejoría en la interacción madre-enfermera, mejoría en el comportamiento de alimentación y mejoría en las habilidades sociales de los niños.

De los Ríos y Sánchez-Sosa (2002) a pesar de no abordar directamente el síndrome de desgaste laboral, investigaron los efectos de un curso para establecer conductas apropiadas de interacción entre enfermeras y pacientes. En el estudio participaron 18 enfermeras y 120 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de segundo nivel de atención; los participantes se asignaron aleatoriamente a un grupo experimental o a uno control en lista de espera. El curso se impartió en ocho semanas con técnicas de instrucción verbal, modelamiento, ensayos conductuales y realimentación descriptiva sobre videograbaciones. Los resultados indican mayores puntajes para el grupo experimental en las medidas de interacción apropiada, bienestar percibido de los pacientes y recuperación médica de los mismos.

Finalmente, a pesar de que existe evidencia teórica de la necesidad de intervenir en los casos de SDL, es cierto que hay inconsistencia en las investigaciones que muestren la eficacia de programas de intervención en los diversos contextos donde se desarrolla el SDL, ya que han sido varios los programas desarrollados con esta finalidad, pero los resultados no son concluyentes (Isaksson et al., 2010; Kaschka, Korczak, & Broich, 2011). Considerando los estudios descritos anteriormente se concluye que existe investigación aplicada pero hace falta aportar mayor evidencia a la terapia cognitivo-conductual, pues aunque parece ser la más efectiva para el tratamiento del síndrome de desgaste laboral, aún hay cierta controversia al respecto.

Aunado a lo anterior, aquellos trabajadores que desarrollan SDL presentan consecuencias negativas a nivel psicológico, social y laboral; incluídos los cuidadores formales quienes se enfrentan a una labor estresante. Es por ello que la literatura indica la importancia de cuidar al cuidador e implementar intervenciones en ese sentido (Cayton, 2002; Hattori-Hara, 2013).

Cuidar al cuidador es una necesidad imperante para poder cuidar oportunamente a los demás; cuando el cuidador está bien consigo mismo se encuentra en las mejores condiciones para cuidar de los demás sin poner en

riego su integridad física y psicológica. Además de la salud física, entre los principales aspectos a tener en cuenta para el cuidado de los cuidadores se encuentran: el ajuste emocional, el conocimiento (profesional y del medio) y las habilidades (para desarrollar una labor eficaz y una prevención/afrontamiento efectivo de conflictos o problemas) (Fornés, 2003).

En consecuencia, la mayor parte de los estudios que han puesto a prueba algún programa de intervención a favor del SDL se han enfocado en evaluar el efecto solamente en los trabajadores que lo padecen; dejando de lado a los receptores de su servicio a pesar de que se ha comprobado que también existen efectos negativos para esa población (Flynn, Thomas-Hawkins, & Clarke, 2009; Okabayashi, Sugisawa, Takanashi, Nakatani, Sugihara, & Hougham, 2010; Sofolohan, Airhihenbuwa, Makofone, & Mashaba, 2010).

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

Al hablar del Síndrome de Desgaste Laboral, se hace referencia a una respuesta al estrés laboral crónico que desarrollan los profesionistas cuyo trabajo conlleva el trato directo y constante con personas; especialmente se ha estudiado en profesionistas que brindan un servicio y se encuentran inmersos en el ámbito de la salud tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y psicólogos. De esta manera, se ha comenzado a poner interés en el estudio del SDL en los ambientes gerontológicos pues la prestación de cuidados a los ancianos durante un tiempo prolongado puede convertirse en una tarea física y emocionalmente agotadora para los cuidadores, e influir de forma negativa sobre su calidad de vida, salud y bienestar personal (Fernández, Menezes de Lucena, & Ramos, 2001). Adicionalmente, se sabe que el individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios (Martínez-López & López-Solache, 2005).

En este sentido, el cuidado hacia los ancianos se ha convertido en una ocupación imprescindible en la asistencia social y geriátrica (Köther & Gnam, 2003). Los cuidadores de ancianos, por el tiempo y la energía que dedican a su labor, ejercen una profesión que favorece las condiciones para el desarrollo del *burnout* (Aranda, Pando, Torres, Salazar, & Aldrete, 2006), pues se enfrentan a estresores como la escasez de personal, sobrecarga laboral, dificultad con otros miembros del personal, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, casos difíciles o sin esperanza, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, subutilización de habilidades, escasez de recursos, bajos salarios, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones o rápidos cambios tecnológicos (Arita & Arauz, 1999; Gil-Monte & Peiró, 1997).

Adicionalmente, en la actualidad, el incremento que se está viviendo en la población de ancianos, plantea enormes desafíos para las políticas sociales

presentes y futuras, ya que tendrán que emprender un giro sustancial para atender las problemáticas propias del envejecimiento, lo cual no sólo implica incrementar la oferta de servicios dirigidos a ellos, sino incorporar nuevas estrategias y programas de calidad que permitan satisfacer las necesidades emergentes con oportunidad y equidad (CONAPO, 2008) para todos los implicados en un ambiente gerontológico incluyendo ancianos y cuidadores.

Uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo (Knopoff, Santagostino, & Zarebski, 2004). Resulta importante considerar que un gran número de personas ancianas se ven en la necesidad de ser ingresadas a una institución especializada, ya sea por decisión propia o en el peor de los casos por obligación y en contra de su voluntad. Para los ancianos que ingresan a una institución no por una decisión propia y planificada; sino por obligación o por una situación urgente como la pérdida de quien cuidaba de él, suelen experimentar la institucionalización como una prisión más que como un hogar; para estas personas el ingreso a la institución puede conducir a la "muerte social". La pérdida inesperada de lo que consideran parte esencial de su vida como su salud, autonomía, sus tareas y sus roles en la familia, su vivienda, movilidad y el saber que la situación es irreversible causan un desarraigo social (Köther et al., 2003).

El anciano que tiene la necesidad de ingresar a una institución requiere cuidados de forma permanente y en muchas ocasiones se vuelve más frágil y dependiente. Se ha comprobado que la institucionalización deriva en algunas ocasiones en indefensión aprendida, pérdida de autoestima y disminución de expectativas en el adulto mayor (Muñoz & Motte, 2004). Sin embargo, no todo el panorama debe ser negativo, ya que se puede llegar a la vejez con una actitud y funcionamiento positivo, el envejecimiento exitoso conlleva una buena salud y ajuste físico, un buen funcionamiento cognitivo y afectivo y una alta participación social. El envejecimiento positivo, satisfactorio, óptimo, o activo implica el bienestar del individuo, la salud, las relaciones sociales, el comportamiento pro social, la autoeficacia, el optimismo y los estilos de vida saludables. No obstante,

el anciano que reside en alguna institución, requerirá la guía, apoyo y cuidado oportuno y positivo de sus cuidadores, por lo que todo programa que pretenda promocionar este tipo de envejecimiento dentro o fuera de una institución, trata de mejorar el bienestar en la vejez y otros componentes fuertemente asociados con él (Fernández, 2008).

Se ha mencionado también que el desarrollo del SDL afecta a quienes reciben el servicio o cuidado del profesional, en este caso, los ancianos pues se daña la calidad del servicio que ofrece el profesional, y los pacientes llegan a ser tratados como si fueran objetos y no seres humanos. Las principales consecuencias negativas para los pacientes son el deterioro en la relación profesional-paciente, disminución de la satisfacción, bienestar y calidad de vida de los pacientes (Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, 1982a; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane, & Aiken, 2011). Si se disminuye la presencia del SDL en los profesionales inmersos en los ambientes gerontológicos, es posible que disminuyan también las consecuencias negativas en los ancianos institucionalizados como las encontradas por Lieberman (1969) de entre las que destacan el ser depresivos, intelectualmente ineficaces, infelices, dóciles, sumisos, con una autoimagen negativa y un bajo interés por su entorno.

Por lo tanto, es evidente que se requieren poner en práctica mejores programas de intervención integrales, para disminuir el SDL en aquellas poblaciones vulnerables de desarrollarlo, tal como los cuidadores formales de ancianos y que además, dichas intervenciones beneficien a la población residente; de manera que es necesario evaluar los efectos de dichas intervenciones no solo en los cuidadores, sino también en quienes reciben el cuidado, y en la forma de interacción cuidador-anciano, pues se ha comprobado que el fenómeno del desgaste laboral afecta a ambas poblaciones. Al realizar esta tarea se haría frente a uno de los retos más importantes no sólo a nivel nacional, sino internacional: garantizar una vida de calidad en un ambiente gerontológico.

A manera de resumen, en la figura 7, se observa que la presencia del SDL en cuidadores formales de ancianos residentes puede afectar tres instancias principalmente:

- a) A los cuidadores: Con efectos negativos en su nivel de calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud.
- b) A los ancianos residentes: Con efectos negativos en su nivel de calidad de vida, bienestar psicológico, y dependencia al no recibir la atención adecuada.
- c) La interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador que se torna deteriorada, con menor comunicación, trato inadecuado, irritabilidad y actitud fría por parte del cuidador.

Por lo anterior resulta importante el diseño y puesta en práctica de programas de intervención integrales que busquen la mejoría de ambientes institucionalizados, a través de:

- a) La disminución del SDL en cuidadores formales de ancianos residentes, así como el incremento de la calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud.
- b) El incremento de la calidad de vida, bienestar subjetivo y satisfacción con el cuidado; así como el mantenimiento o incremento de la independencia en los ancianos residentes de las instituciones.

Por lo tanto, se diseñó, implementó y evaluó una Intervención Cognitivo-Conductual (ICC) dirigida a los cuidadores formales, para disminuir el SDL mediante el uso de estrategias fisiológicas, cognitivas y conductuales que habían mostrado eficacia en estudios previos (Brattberg, 2006; Korczak, Wastian, & Schneider, 2012; Kunkler & Whittick, 1991; Marine et al., 2009; Ruwaard et al., 2012; Salyers et al., 2011; Van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001; Van Wyk & Pillay van, 2010; Walter, Krugmann, & Plaumann, 2012) y añadiendo el uso de técnicas conductuales que no habían sido probadas en este tipo de intervenciones.

Por consiguiente la ICC estuvo conformada por seis componentes: relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento (ver figura 7). Las técnicas anteriormente mencionadas no solamente pretendían disminuir el síndrome de desgaste laboral presentado, sino que se esperaba contribuyeran a mejorar la función del cuidador y la relación cuidador-anciano y anciano-cuidador.

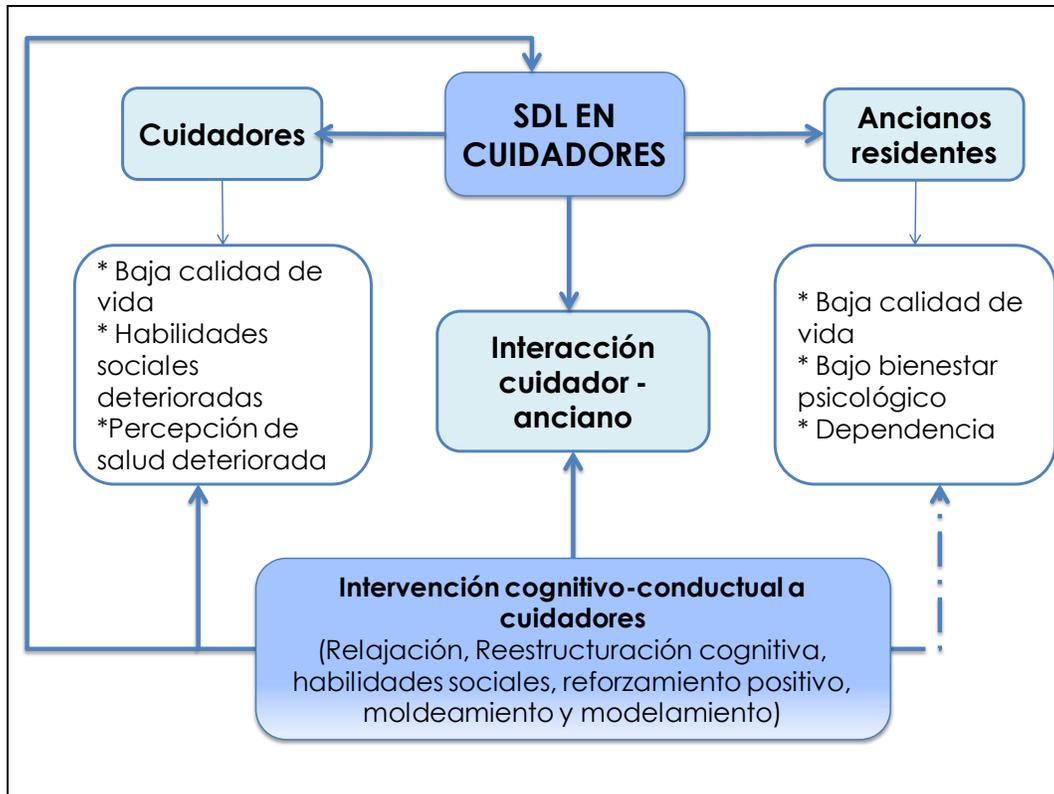


Figura 7. Esquema de los efectos del SDL y su intervención. Fuente: Elaboración propia.

La hipótesis fue que dicha intervención tendría un efecto directo en el SDL, calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud de los cuidadores. Adicionalmente se esperaba un efecto en la interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador; y que a través de los resultados precedentes existiera un cambio positivo en la calidad de vida, bienestar psicológico e independencia del anciano; puesto que recibiría un cuidado adecuado de una persona que no padecía síndrome de desgaste laboral.

Al lograr los cambios propuestos, se cumpliría con el objetivo de una relación asistencial, mencionada anteriormente por Köther y Gnamm (2003) que reside en crear una atmósfera de bienestar por la confianza y la aceptación recíproca. Además de requerir un trato adecuado y responsable de la proximidad y distancia con el fin de evitar dependencias mutuas.

Objetivo General

Evaluar el efecto de una Intervención Cognitivo-Conductual (ICC) en un diseño pretest-posttest y seguimientos con grupo control en lista de espera, dirigida a cuidadores formales de ancianos sobre el síndrome de desgaste laboral, calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud; y su impacto en la calidad de vida, bienestar subjetivo e independencia en los ancianos residentes; así como en la interacción cuidador-anciano-cuidador.

Objetivos Específicos

- a) Examinar el efecto de una ICC dirigida a cuidadores formales de ancianos, con un diseño pretest-posttest y seguimientos a uno y tres meses con grupo control en lista de espera, sobre el SDL, calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud en los cuidadores formales de ancianos residentes.
- b) Examinar el efecto de una ICC dirigida a cuidadores formales de ancianos, con un diseño pretest-posttest y seguimientos a uno y tres meses con grupo control en lista de espera, sobre la calidad de vida, bienestar subjetivo, e independencia en los ancianos residentes.
- c) Examinar el efecto de una ICC dirigida a cuidadores formales de ancianos, con un diseño pretest-posttest y seguimientos a uno y tres meses con grupo control en lista de espera, sobre la interacción entre cuidadores y ancianos.

Preguntas de investigación

- a) ¿Cuál es el efecto de una ICC dirigida a cuidadores formales de ancianos, con un diseño pretest-posttest con grupo control en lista de espera sobre el SDL, calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud en los cuidadores formales de ancianos residentes?
- b) ¿Cuál es el efecto de una ICC dirigida a cuidadores formales de ancianos, con un diseño pretest-posttest con grupo control en lista de espera sobre la calidad de vida, bienestar subjetivo, e independencia en los ancianos residentes?
- c) ¿Cuál es el efecto de una ICC dirigida a cuidadores formales de ancianos, con un diseño pretest-posttest con grupo control en lista de espera sobre la interacción entre cuidadores y ancianos?

Hipótesis

- a) Si los cuidadores formales de ancianos residentes reciben una ICC, entonces disminuiría el SDL y mejoraría el nivel de calidad de vida, las habilidades sociales y la percepción de salud de los cuidadores formales.
- b) Si los cuidadores formales de ancianos residentes reciben una ICC, entonces mejoraría el nivel de calidad de vida, bienestar subjetivo e independencia en los ancianos residentes.
- c) Si los cuidadores formales de ancianos residentes reciben una ICC, entonces mejoraría la interacción entre cuidadores y ancianos.

Tipo de estudio

Cuasi-experimental, descriptivo-explicativo (Sampieri, Collado & Lucio, 2003).

Diseño

Diseño con evaluación pretest-postest y seguimientos a 1 y 3 meses con grupo control en lista de espera (Kazdin, 1996).

Tipo de Muestra

No probabilística, intencional por cuotas que satisfagan los criterios de inclusión, por participación voluntaria, consentida e informada (Véase consentimientos informados en Anexos 1, 2 y 3).

Inicialmente se evaluaron a todos los cuidadores formales de ancianos residentes de ambas Instituciones; con la finalidad de seleccionar a aquellos que cubrieran los criterios de inclusión del estudio. Se invitó a formar parte de la investigación a los cuidadores formales que cumplieran estos criterios y se evaluó a los ancianos residentes que se encontraban bajo su cuidado para seleccionar a aquellos que satisfacían los criterios de inclusión establecidos.

Si más de un anciano cubría los criterios de inclusión para un mismo cuidador, se les evaluaba para después seleccionar al azar al anciano que formaría parte de la diada. A todos los cuidadores formales y ancianos residentes que no fueron seleccionados para la investigación se les ofrecía la entrega de los resultados obtenidos en su evaluación inicial, además de algunas recomendaciones para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Escenario

La investigación se llevó a cabo en dos Centros de Atención Gerontológica del sector público (Institución 1 y 2). El Departamento de Psicogerontología de cada institución brindó un espacio adecuado dentro de las instalaciones para llevar a cabo la investigación.

Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por 15 cuidadores formales de ancianos y 26 ancianos residentes de dos Instituciones. Su participación fue voluntaria, consentida e informada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CUIDADORES FORMALES:

- ✓ Antigüedad laboral de al menos un año en la institución, recibiendo una remuneración económica por su trabajo.
- ✓ Haber aceptado participar en el estudio y haber firmado el consentimiento informado.
- ✓ Reportar al menos un síntoma del SDL en los resultados de la aplicación del Cuestionario para Evaluar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). En el presente estudio se considera que un sujeto desarrolló SDL cuando presentaba puntuaciones medias, altas o críticas en alguna dimensión del CESQT, (Gil-Monte, 2005) excluida la dimensión de Culpa. (Ver tabla 1):

Tabla 1. *Puntaje en las subescalas del CESQT (Gil-Monte 2005).*

	SUB ESCALAS		
	(Des) Ilusión por el trabajo	Desgaste físico y psíquico	Indolencia
Bajo	0-24	0-24	0-24
Medio	25-49	25-49	25-49
Alto	50-74	50-74	50-74
Crítico	75-100	75-100	75-100

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DE CUIDADORES FORMALES:

- ✓ Tener menos del 80% de asistencia al taller (ICC).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE ANCIANOS RESIDENTES

Ancianos residentes en una institución, que satisfagan los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Tener al menos 60 años de edad.
- ✓ Tener al menos un año residiendo en la institución.
- ✓ Recibir el cuidado directo de los cuidadores que participaron en el estudio.
- ✓ Haber aceptado participar en el estudio y haber firmado el consentimiento informado.
- ✓ Obtener un puntaje entre 20 y 80 en la Escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).
- ✓ Obtener un puntaje mayor a 23 en la prueba de Estado Mental Minimental (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Gutiérrez, 1996) que evalúa el estado cognitivo del individuo. La escala de evaluación se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntaje de la Prueba de Estado Mental Minimental (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Gutiérrez, 1996).

Puntuación	Estado Cognitivo
24 a 30 puntos	Normal
18 a 23	Deterioro Cognitivo Leve
Menor o igual a 17	Deterioro Cognitivo Severo

En la figura 8 se observa que inicialmente se evaluaron a 7 cuidadores formales y 17 ancianos residentes de la institución 1 y a 12 cuidadores formales y 14 ancianos residentes de la institución 2. Los criterios de inclusión para la evaluación pretest fueron cubiertos por 5 cuidadores y 14 ancianos de la institución 1 y 10 cuidadores y 12 ancianos de la institución 2. En la institución 1 hubo muerte experimental de 5 ancianos para la evaluación posttest, 3 ancianos para el primer seguimiento y 1 anciano para el segundo seguimiento. En la institución 2 hubo muerte experimental de 2 ancianos para la evaluación posttest. Para ninguna de las evaluaciones hubo muerte experimental de cuidadores formales.

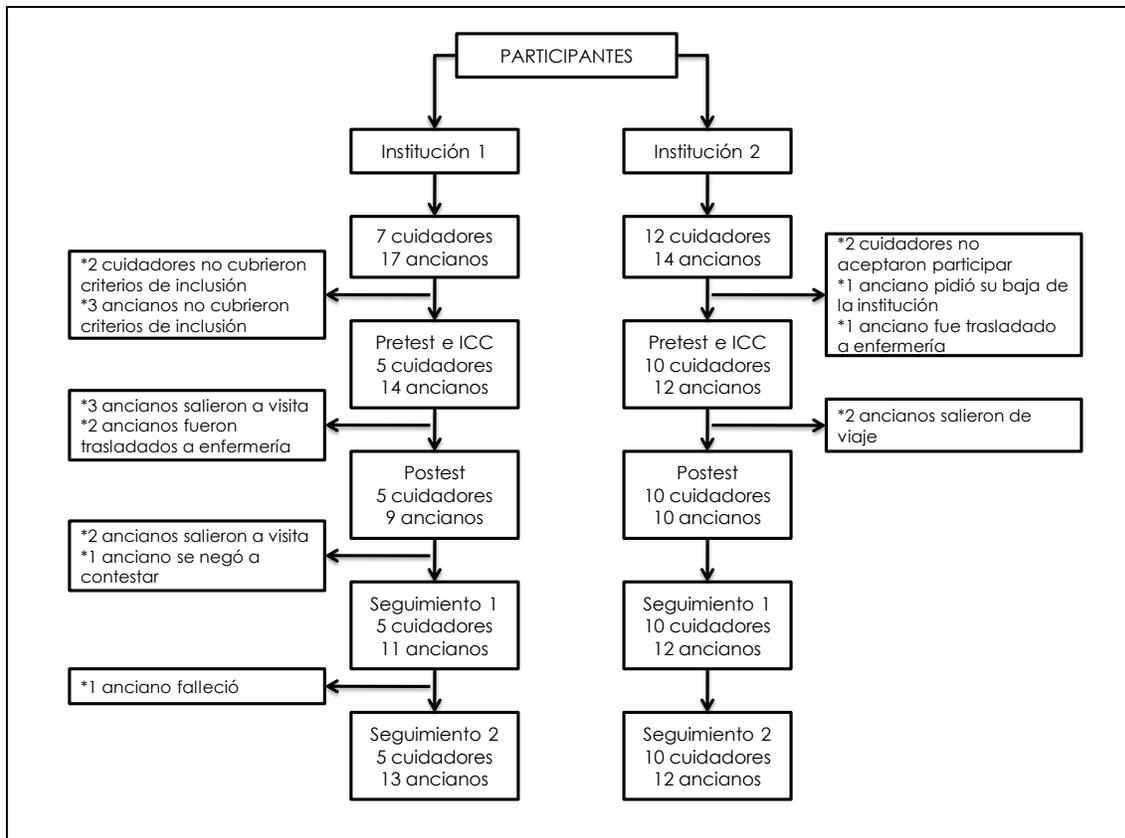


Figura 8. Diagrama de participación y muerte experimental . Fuente: Elaboración propia.

Variables

Variable independiente

Intervención cognitivo-conductual dirigida a cuidadores formales de ancianos residentes, conformada por seis componentes: relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento.

Variables dependientes de cuidadores formales de ancianos residentes:

- ψ SDL
- ψ Calidad de vida
- ψ Habilidades sociales

- ψ Percepción de salud
- ψ Interacción cuidador-anciano

Variables dependientes de ancianos residentes:

- ψ Calidad de vida
- ψ Bienestar subjetivo
- ψ Independencia
- ψ Interacción anciano-cuidador

Variables control:

- ψ Variables sociodemográficas de los cuidadores formales de ancianos y ancianos residentes
- ψ Eventos significativos de los ancianos residentes y cuidadores formales.

Definiciones conceptuales:

Intervención cognitivo-conductual: Contempla los procesos cognitivos de los pacientes y la identificación de dichos procesos como aspectos cruciales para el progreso terapéutico. “La terapia cognitivo-conductual combina técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva (i.e. técnicas que intentan descubrir y cambiar las cogniciones asociadas al malestar psicológico o al comportamiento inadaptable) y la resolución de problemas con técnicas más conductuales como el entrenamiento en relajación, el entrenamiento asertivo, y las técnicas de auto-control mediante auto-registros y auto-reforzamiento” (Sank & Shaffer, 1993, p. 29).

Síndrome de Desgaste Laboral: Una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las

organizaciones de servicios que trabajan en contacto con clientes o usuarios. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo o la baja realización personal en él; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios o pacientes y hacia la institución en forma de comportamientos indiferentes, fríos y distantes (Gil-Monte, 2005b, 2008b).

Calidad de vida: *"Es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses"* (Harper & Power, 1998, p. 551).

Habilidades sociales: *"Es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas"* (Caballo, 1991).

Percepción de salud: Valoración del participante respecto a su estado de salud.

Interacción cuidador-anciano: Todo intercambio de comportamiento entre el cuidador y el anciano, en el que se consideran procesos de retroalimentación (De los Ríos, 2001) expresado por categorías conductuales positivas y negativas del cuidador formal de ancianos residentes (sin poner en riesgo al anciano o cuidador).

Bienestar psicológico: Es una medida multidimensional del bienestar global, reflejado en la satisfacción por la vida, felicidad, paz o logro percibido por el individuo (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Independencia: Se considera independiente a una persona que realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana (Rodríguez, 1999a).

Interacción anciano-cuidador: Todo intercambio de comportamiento entre el anciano y el cuidador, en el que se consideran procesos de retroalimentación

(De los Ríos, 2001) expresado por categorías conductuales positivas y negativas del anciano residente (sin poner en riesgo al anciano o cuidador). Como una medida adicional se evaluó la Satisfacción que el anciano tenía respecto al cuidado que le brindaba su cuidador.

Variables sociodemográficas de cuidadores formales de ancianos y de ancianos residentes: Indicadores del estado social, económico y demográfico del individuo, asegurando la confidencialidad y privacidad de los datos.

Eventos significativos de los cuidadores formales y ancianos residentes: Presencia de situaciones vitales de los participantes.

Definiciones operacionales

Intervención cognitivo-conductual:

Entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a cuidadores formales de 9 a 15 sesiones con 6 módulos. La variabilidad en el número de sesiones se debe a que el criterio de cambio para cada módulo fue conductual, se aplicó un *check list* (ver Anexos 4, 5, 6, 7, 8 y 9) de la técnica revisada durante el módulo, si el participante obtenía un puntaje menor a 7 se le impartía una sesión extra del módulo revisado, si el participante obtenía una calificación mayor o igual a 7 se pasaba al siguiente módulo de la ICC. Los módulos incluidos en la ICC fueron:

- a) RELAJACIÓN: Dos sesiones empleándose los procedimientos de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno en relajación. Cada participante recibió un CD que contenía los audios originales para la práctica de cada técnica de relajación.
- b) REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: Tres sesiones con la finalidad de instruir a los participantes a controlar sus sentimientos en reconocimiento y modificación de pensamientos irracionales referidos al cuidado de ancianos residentes. Las sesiones incluían la enseñanza del Modelo ABCDE,

la identificación de pensamientos irracionales y se enfatizaba el debate de dichos pensamientos para generar pensamientos racionales.

- c) **HABILIDADES SOCIALES:** Una sesión con la finalidad de instruir a los participantes en la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación en el contexto laboral, específicamente en la relación con compañeros y ancianos residentes. Para este módulo se empleó la técnica de juego de roles mediante la cual se practicaba con ejemplos reales propuestos por los cuidadores.
- d) **REFORZAMIENTO POSITIVO:** Una sesión para la enseñanza de esta técnica en la cual un comportamiento aumenta su probabilidad de ocurrencia a raíz de un suceso que le sigue y que es valorado positivamente por la persona. Se entrenó a los cuidadores para que emplearan esta técnica en la implementación de conductas que permitieran a los ancianos ser más independientes tales como comer por sí solos, o caminar sin ayuda, dependiendo de las necesidades de cada adulto mayor. Se empleó la técnica de juego de roles con casos específicos de los ancianos que estaban bajo su cuidado.
- e) **MOLDEAMIENTO:** Una sesión para la enseñanza del moldeamiento como un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta, se entrenó a los cuidadores para la utilización de esta técnica con los ancianos en la implementación de conductas que permitieran a los ancianos ser más independientes tales como comer por sí solos, o caminar sin ayuda, dependiendo de las necesidades de cada adulto mayor. Se empleó la técnica de juego de roles con casos específicos de los ancianos que estaban bajo su cuidado.
- f) **MODELAMIENTO:** Una sesión para la enseñanza de esta técnica basada en la teoría del aprendizaje observacional de Bandura, se entrenó a los cuidadores para que emplearan el modelamiento en la implementación de conductas que permitieran a los ancianos ser más independientes tales como comer por sí solos, o caminar sin ayuda dependiendo de las

necesidades de cada adulto mayor. Se empleó la técnica de juego de roles con casos específicos de los ancianos que estaban bajo su cuidado.

Síndrome de Desgaste laboral:

Puntuación obtenida en el CESQT (Gil-Monte, 2005) de 20 reactivos y que proporciona la calificación para cuatro dimensiones: desilusión por el trabajo, desgaste físico y psíquico, indolencia y culpa.

Calidad de vida:

Cuidadores formales: Puntuación obtenida en el Cuestionario WHOQOL-Bref (traducido y adaptado por González-Celis, 2002), con el que se obtiene una medición breve de calidad de vida y salud, consta de 26 reactivos que miden cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Además proporciona una medida de la percepción de calidad de vida general y del estado de salud.

Ancianos residentes: Puntuación obtenida en el Cuestionario WHOQOL-Old de 24 reactivos (Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005), adaptado y validado por González-Celis y Gómez-Benito (2013) para población anciana mexicana; con el que se obtiene una medición breve de calidad de vida y salud, incluye temas como la muerte y el proceso de morir, el concepto psicológico de autonomía, y aspectos sobre declinación sensorial y limitaciones físicas propias de la edad avanzada.

Habilidades sociales: Puntuación obtenida en la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M, Caballo, 1987) de 64 reactivos, que evalúa las conductas socialmente adecuadas proporcionando un puntaje global de habilidades sociales y un puntaje específico para cada una de sus 12 dimensiones.

Percepción de salud:

Escala Visual Analógica de "Percepción de salud" donde el cuidador formal señalará el estado de salud percibido en un rango de 0 a 10, donde 0 indica el *peor estado de salud* y 10 el *mejor estado de salud*.

Interacción cuidador-anciano:

Registro de interacción, que refleja la ocurrencia de categorías conductuales de situaciones específicas en una institución (adaptación De los Ríos, 2001). Debido a la naturaleza de la variable se registró previo consentimiento de los implicados, mediante la videograbación de episodios de la interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador. Dicha videograbación sólo se empleó con fines de investigación, garantizándose el anonimato de los participantes, teniendo solo un video original.

Las categorías conductuales se clasificaron en categorías conductuales positivas y negativas para los cuidadores formales y los ancianos residentes.

CATEGORÍAS POSITIVAS PARA CUIDADORES FORMALES

Compartir: Cuando el cuidador ofrece algún objeto útil para cumplir una función terapéutica o de apoyo al bienestar del anciano de frente o verbalmente al anciano

Premiar: Incluye conductas de aprobación o elogio en forma de comentarios tales como "que bien lo hizo", "se ve mejor el día de hoy", "se está recuperando muy rápidamente". En un tono de voz audible y amable, acompañado o no de contacto físico tal como palmadas en pies, brazos, manos, hombros.

Contacto visual: Ocurre cuando el cuidador sostiene la mirada a los ojos o la cara del anciano durante el lapso que dure la cercanía física con él (no más de un metro), sin importar si el anciano la (lo) está viendo.

Acercamientos breves: Ocurre cuando el cuidador se sitúa cerca del anciano, a una distancia no mayor del largo de un brazo por un periodo no menor a cinco segundos.

Proximidad: Como en la categoría anterior pero por periodos mayores a cinco segundos.

Contacto físico: Cuando el cuidador toca, palmea, acaricia, besa o abraza al anciano.

Peticiones verbales: Son verbalizaciones audibles que expresan una solicitud o sugerencia por parte del cuidador, tales como "por favor abra la boca", "levanta tu brazo", "arme el rompecabezas", "aviente la pelota hacia los bolos", "va a sentir un piquete que va a doler un poquito", "lo (la) vamos a bañar", "le vamos a cambiar la ropa" (o la bata).

Sonreír: Levantar las comisuras de los labios sin emitir ningún sonido.

Modelamiento: Cambios o movimientos posturales acompañados de la verbalización correspondiente que los describe, que el anciano reproduce antes de que transcurran diez segundos. Por ejemplo "tosa así", "enceste en la canasta".

Reír: Consiste en levantar las comisuras de los labios o abrir congruentemente la boca con un sonido hilarante acompañado o no de un comentario como "que ocurrente es usted doña..."

Preguntar: Son verbalizaciones audibles mediante las cuales el cuidador solicita información al anciano, tales como "¿cómo amaneció hoy?", "¿cuándo tiene cita con el médico?", "¿por qué no quiso comer hoy?", entre otras.

CATEGORÍAS NEGATIVAS PARA CUIDADORES FORMALES

Desaprobar: Verbalizaciones que implican desacuerdo, negación o expresión de desagrado, o bien crítica por parte del cuidador. Por ejemplo: ¡No, así no!, ¡Ya le explique cómo moverse!

Gritar: El cuidador emite un sonido lo suficientemente fuerte para causar expresión o efecto de aversión y que contiene una instrucción o comentario que expresa desaprobación. Por ejemplo: ¡Que mal lo hizo!, ¡No se levante de la cama!, ¡No se retire del comedor!

Ignorar: Ante una petición verbal del anciano, el cuidador no le contesta antes de cinco segundos o no establece contacto visual asintiendo con la cabeza, no se sigue de la acción solicitada o la explicación amable de por qué no es posible o conveniente.

CATEGORÍAS POSITIVAS PARA ANCIANOS RESIDENTES

Aceptación: El anciano dice “sí” o “mhm” (afirmativamente) o asiente con la cabeza, los ojos o alguna mano expresando acuerdo o agrado.

Seguir instrucciones: La realización de una acción (factible para el anciano) correspondiente a una solicitud o instrucción del cuidador dada amablemente, antes de que transcurran cinco segundos, tales como cambios posturales.

Contacto visual: Igual que en el caso del cuidador por parte del anciano.

Contacto físico: Igual que en el caso del cuidador por parte del anciano.

Peticiones verbales: Incluye verbalizaciones o indicaciones digitales o manuales (en caso de imposibilidad para hablar) que expresan una necesidad o petición, seguida (en su caso) de la acción correspondiente del cuidador. Por ejemplo: pedir agua o solicitar ser llevado al sanitario.

Sonreír: Igual que en el caso del cuidador por parte del anciano.

Atención: El anciano establece contacto visual con el cuidador mientras éste le explica algo, le da una instrucción o le hace un comentario.

Reír: Igual que en el caso del cuidador, por parte del anciano.

Elogiar: Verbalización del anciano que exprese aprobación o agradecimiento por una acción del cuidador.

Preguntar: Son verbalizaciones audibles mediante las cuales el anciano solicita información al cuidador, tales como “¿a qué hora servirán hoy el desayuno?”, “¿quién puede firmar mi pase de salida?”, entre otras.

CATEGORÍAS NEGATIVAS PARA ANCIANOS RESIDENTES

Desacuerdo: Verbalizaciones que impliquen desacuerdo, como en el caso del cuidador. Ejemplo: "No quiero que me mueva", "Déjeme, no quiero que me toque".

Gritar: Como en el caso del cuidador pero en ausencia de una situación justificante como dolor agudo, incomodidad extrema u otro tipo de emergencia.

Ignorar: Como en el caso del cuidador, excepto en casos tales como estar dormido o inconsciente.

Adicionalmente, para evaluar la Satisfacción con el cuidado, se empleó el puntaje obtenido en el cuestionario del mismo nombre de 14 reactivos, creado a partir de las categorías conductuales evaluadas, con el que se obtiene una medida general de la satisfacción del anciano residente respecto al cuidado brindado por su cuidador.

Bienestar psicológico:

Puntuación obtenida en la Escala de Bienestar Subjetivo (PGC), consta de 23 reactivos y abarca tres factores: Agitación; Actitud hacia su propio envejecimiento; y Soledad / Insatisfacción.

Independencia:

Puntuación obtenida en la Escala de Barthel de ABVD (Mahoney & Barthel, 1965). Es un instrumento para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD): comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces, y control de orina. Proporciona una puntuación que va de 0 (totalmente dependiente) a 100 (completamente independiente).

Variables sociodemográficas de cuidadores de ancianos residentes y del anciano residente:

Cuidador formal: Respuestas a una ficha de datos sociodemográficos enfocada a conocer datos demográficos, laborales, de vivienda, de salud, del tiempo libre y referente a hábitos, guardando la confidencialidad de las mismas.

Anciano residente: Respuestas a una ficha de datos sociodemográficos enfocada a conocer datos demográficos, de tiempo libre, de salud, familiares y referentes a hábitos, guardando la confidencialidad de las mismas.

Eventos significativos de los cuidadores formales y ancianos residentes:

Registro de eventos significativos para cuidadores formales y ancianos residentes relacionados con su salud, economía, trabajo, familia y amistades.

Instrumentos

Batería para cuidadores formales de ancianos residentes (Anexo 2)

- ❖ Consentimiento informado para cuidadores formales

Indica detalladamente el objetivo y procedimiento de la investigación, de manera que los cuidadores formales de ancianos residentes puedan tomar la decisión de participar o no en el estudio.

- ❖ Ficha de datos sociodemográficos de cuidadores formales de ancianos

Cuestionario de 29 reactivos enfocado en conocer datos demográficos, laborales, de vivienda, de salud, del tiempo libre y referente a hábitos.

- ❖ Registro de eventos significativos de cuidadores formales

Cuestionario enfocado en registrar los eventos significativos que el cuidador formal tuvo en la semana previa a la aplicación. Consta de 2 reactivos; el primero de ellos es un reactivo abierto donde el participante responderá qué evento significativo le ha ocurrido en la última semana; mientras que en el segundo

reactivo se le solicita al participante que marque de una serie de 23 eventos significativos aquellos que le hayan ocurrido en la última semana.

- ❖ Cuestionario para Evaluar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT, Gil-Monte, 2011)

Instrumento formado por 20 reactivos donde el individuo indica con un rango de 5 adverbios de frecuencia que van de 0 "Nunca" a 4 "Muy frecuentemente: todos los días", con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en la escala. Se compone de cuatro escalas: ilusión por el trabajo (reactivos 1, 5, 10, 15 y 19), desgaste físico y psíquico (reactivos 8, 12, 17 y 18), indolencia (reactivos 2, 3, 6, 7, 11 y 14) y culpa (reactivos 4, 9, 13, 16 y 20). Las tres primeras escalas permiten generar una puntuación global que va de 0 a 60 puntos donde bajas puntuaciones indican nivel bajo de desgaste laboral y altas puntuaciones indican nivel elevado de desgaste laboral. La escala culpa no se incluye en la puntuación global pues solo permite diferenciar dos perfiles (con culpa y sin culpa). Todos los reactivos de la escala ilusión por el trabajo, requieren ser recodificados en sentido inverso; para una mejor comprensión, en esta investigación se empleó la etiqueta "Desilusión por el trabajo" para esta escala.

Su confiabilidad para cuidadores formales, se calculó con 82 cuidadores obteniéndose un *alfa de Cronbach* de .809 para la puntuación total de SDL, .856 para la escala desilusión por el trabajo, .884 en la escala de desgaste físico y psíquico, .643 para indolencia y .782 para culpa.

La validez se calculó mediante jueceo por 21 jueces expertos obteniéndose un acuerdo independiente total de 93.53%.

- ❖ Cuestionario WHOQOL-BREF (traducido y adaptado por González-Celis, 2002)

Cuestionario de 26 reactivos con el que se obtiene una medición breve de calidad de vida y salud; mide cuatro dominios: salud física (reactivos 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18), salud psicológica (reactivos 5, 6, 7, 11, 19 y 26), relaciones sociales (reactivos 20, 21 y 22) y medio ambiente (reactivos 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Además proporciona una medida de la percepción de calidad de vida general (reactivo 1) y del estado de salud (reactivo 2). Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta; obteniendo una puntuación global que va de 26 a 130 puntos, donde puntuaciones altas indican mejor calidad de vida.

Se encontraron valores *alfa de Cronbach* en ancianos mexicanos, para cada una de las áreas: .66 (relaciones sociales), .75 (salud psicológica), .80 (medio ambiente) y .82 (salud física), con lo que se deduce que cuenta con una consistencia interna de moderada a buena (González-Celis, Tron, & Chávez, 2009).

- ❖ Escala Visual Analógica de "Percepción de salud" (Adaptación de Gould, Kelly, Goldstone, & Gammon, 2001).

Registro de la percepción de salud en una línea vertical, con un rango de 0 a 10, donde 0 indica el peor estado de salud percibido y 10 el mejor estado de salud percibido.

- ❖ Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M, Caballo, 1987)

Cuestionario para evaluar conductas socialmente adecuadas con 64 reactivos agrupados en 12 factores: Inicio de interacciones, enfrentarse con superiores, defensa de derechos, expresión de molestia, expresión de sentimientos positivos, expresión de molestia familiar, rechazo de peticiones, recibir cumplidos, iniciativa en relaciones, hacer cumplidos, preocupación por sentimientos de los demás y expresión de cariño. Las opciones de respuesta se encuentran en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 4 Siempre o muy a menudo a 0 Nunca o muy raramente.

Proporciona una puntuación sobre la habilidad social global del participante, así como la habilidad social específica para cada una de las dimensiones. Se pueden obtener puntajes que van de 0 a 256 puntos; se establece que a mayor puntuación mayor habilidad social.

Esta escala tiene una consistencia interna de .92 y confiabilidad test-retest de .92 (Caballo, 1993).

- ❖ Registro de interacción cuidador-anciano (cuidador formal).

Registro de la ocurrencia de categorías conductuales del cuidador formal de ancianos residentes (adaptación de De los Ríos, 2001). Las categorías conductuales se dividen en categorías conductuales positivas y negativas.

Las videograbaciones de los episodios de interacción fueron revisadas por tres observadores independientes que registraron la ocurrencia de cada categoría conductual. Posteriormente se calculó un Índice Conductual por Minuto (ICM) para cada registro de cada categoría evaluada, este ICM consistió en calcular un número decimal que expresara la ocurrencia de cada categoría en un minuto, con la finalidad de hacer comparables todas las categorías aun cuando la duración de las videograbaciones difiriera. Después se calculó la confiabilidad entre los jueces (Ver anexo 10).

Se tomó la media de los ICM para cada categoría conductual, como medida final para cada participante.

Batería para ancianos residentes (Anexo 3)

- ❖ Consentimiento informado para ancianos residentes

Indica detalladamente el objetivo y procedimiento de la investigación, de manera que los ancianos residentes puedan tomar la decisión de participar o no en el estudio.

- ❖ Ficha de datos sociodemográficos del anciano residente

Cuestionario de 32 reactivos enfocado en conocer datos demográficos, de tiempo libre, de salud, familiares y referentes a hábitos.

- ❖ Registro de eventos significativos de ancianos residentes

Cuestionario enfocado en registrar los eventos significativos que el anciano residente tuvo en la semana previa a la aplicación. Consta de 2 reactivos; el

primero de ellos es un reactivo abierto donde el participante responderá qué evento significativo le ha ocurrido en la última semana; mientras que en el segundo reactivo se le solicita al participante que marque de una serie de 18 eventos significativos aquellos que le hayan ocurrido en la última semana.

❖ Cuestionario WHOQOL-Old.

El WHOQOL-OLD es un cuestionario construido para medir calidad de vida en ancianos está compuesto por 24 reactivos que se agrupan en 6 factores Capacidad sensorial (reactivos 1, 2, 10 y 20), Autonomía (reactivos 3, 4, 5 y 11), Actividades (reactivos 12, 13, 15 y 19), Participación social (reactivos 14, 16, 17 y 18), Temor a la muerte y agonía (reactivo 6, 7, 8 y 9) e Intimidad (21, 22, 23 y 24) con alphas de Cronbach que van de .72 a .88 (Power, Quinn, Schmidt, y el grupo WHOQOL-OLD, 2005). La versión en español fue trabajada por Lucas (2007).

Las opciones de respuesta son tipo Likert, con cinco opciones con valores de uno a cinco. La suma de todas las respuestas varía de 24 a 120, donde entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del individuo (Acuña, 2012)

El WHOQOL-OLD fue adaptado a población mexicana (González-Celis & Gómez-Benito, 2013), encontrándose niveles aceptables de confiabilidad, con valores alfa de Cronbach entre .70 y .90 para la calidad de vida en general y todos los dominios excepto por la autonomía, en el que el valor alfa fue bajo. Mediante el análisis factorial exploratorio se comprobó que el instrumento mantuvo su estructura original de seis dominios: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras pasadas, participación social, muerte y morir, e intimidad (varianza explicada del 62.95%).

El WHOQOL-OLD mostró validez de criterio y validez concurrente con respecto al Inventario de depresión de Beck ($r = -.516$, $p = .034$), la Escala de depresión geriátrica ($r = -.336$, $p = .002$), y el Cuestionario de calidad de vida para pacientes diabéticos ($r = .159$, $p = .032$).

❖ Escala de Bienestar subjetivo (PGC, Lawton, 1975)

La escala 17 reactivos dicotómicos con opciones de respuesta "si-no", 4 reactivos repetidos y 2 preguntas abiertas, para dar un total de 23 reactivos (González-Celis, 2002). Evalúa tres factores: Agitación (8 reactivos), Actitud hacia su propio envejecimiento (7 reactivos) y Soledad-insatisfacción (8 reactivos, de los cuales 6 tienen opción de respuesta dicotómica "si-no" y 2 reactivos abiertos). La calificación se obtiene sumando un punto por cada respuesta dicotómica de bienestar valorada positivamente, y con puntajes de 0 a 2 para las preguntas abiertas, la puntuación máxima es de 25 y la mínima de 0. Puntajes entre 0 y 10 refieren un bienestar subjetivo pobre, de 11 a 19 regular y de 20 a 25 bueno.

Se tienen datos de coeficientes *alfa de Cronbach* de .85 para la sub-escala de soledad-insatisfacción; .81 para la sub-escala de agitación; y de .85 para la sub-escala de actitud hacia su propia vejez (González-Celis, 2002)

La escala de bienestar subjetivo fue adaptada a población mexicana, obteniéndose una Varianza Explicada de 31.18% y un coeficiente *Alfa de Cronbach* de .81. Se mantuvo la estructura del instrumento, compuesto por 23 reactivos agrupados en tres dimensiones: agitación (V.E. = 12.57; *alfa* = .65), actitud hacia su propio envejecimiento (V.E. = 10.33; *alfa* = .71) y soledad/insatisfacción (V.E. = 8.28; *alfa* = .71) (Acuña, 2012).

❖ Escala de Barthel de ABVD (Mahoney & Barthel, 1965).

Es un instrumento para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD): comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Proporciona una puntuación que va de 0 (totalmente dependiente) a 100 (completamente independiente).

❖ Registro de interacción (anciano residente)

Registro de la ocurrencia de categorías conductuales de los ancianos residentes (adaptación de De los Ríos, 2001). Las categorías conductuales se dividen en categorías conductuales positivas y negativas.

Las videograbaciones de los episodios de interacción fueron revisadas por tres observadores independientes que registraron la ocurrencia de cada categoría conductual. Posteriormente se calculó un Índice Conductual por Minuto (ICM) para cada registro de cada categoría evaluada, este ICM consistió en calcular un número decimal que expresara la ocurrencia de cada categoría en un minuto, con la finalidad de hacer comparables todas las categorías aun cuando la duración de las videograbaciones difiriera. Después se calculó la confiabilidad entre los jueces (Ver anexo 10).

Se tomó la media de los ICM para cada categoría conductual, como medida final para cada participante.

❖ Cuestionario Satisfacción con el cuidado

Es un instrumento adicional para evaluar la interacción anciano-cuidador, creado para esta investigación con base en las categorías conductuales evaluadas, que proporciona una medida general del grado de satisfacción de los ancianos residentes respecto a su propio cuidado. Consta de 14 reactivos, con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van de Nunca a Siempre. Proporciona una puntuación de 14 a 70, donde puntajes altos indican una mayor satisfacción con su cuidado.

❖ Cuestionario Minimental (Folstein et al., 1975; Gutiérrez, 1996)

Brinda datos sobre deterioro intelectual, es una escala breve que explora las funciones de orientación, memoria, atención, lenguaje y cálculo. Corte et al., (2007) obtuvieron en una muestra de ancianos de 55 a 85 años, una sensibilidad del instrumento del 57% y una especificidad de 82.9%. Fue adaptado en México por el Grupo de Consenso Nacional sobre Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales (Gutiérrez, 1996), una calificación menor a 17 indica

deterioro cognitivo severo, una puntuación entre 18 y 23 indica deterioro cognitivo leve y una calificación mayor a 24 indica un estado cognitivo normal. Todos los reactivos son positivos y a mayor calificación menor deterioro; menor calificación mayor deterioro.

Los puntajes brutos obtenidos en los cuestionarios CESQT, EMES-M, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, Escala de Bienestar Subjetivo, Escala de Barthel de ABVD y Cuestionario Satisfacción con el cuidado, se convirtieron a una escala de 0 a 100 con la finalidad de brindar una mejor comprensión a los resultados.

En todos los casos puntajes altos indican mayor presencia de la variable evaluada; de manera que altos puntajes en el cuestionario CESQT indican mayor SDL, altos puntajes en el cuestionario EMES-M indican mayores habilidades sociales, altos puntajes en los cuestionarios WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD indican la percepción de una mejor calidad de vida, altos puntajes en la Escala de Bienestar Subjetivo indican mayor bienestar subjetivo, altos puntajes en la Escala Barthel de ABVD indican mayor independencia, y altos puntajes en el Cuestionario Satisfacción con el cuidado indican mayor satisfacción con el cuidado recibido del cuidador.

Procedimiento

1. Se diseñó una ICC de seis componentes dirigido a los cuidadores formales de ancianos residentes con la finalidad de disminuir el desgaste laboral y mejorar la labor de cuidado hacia los residentes.
2. Se diseñó el manual de la ICC en dos versiones; una para el terapeuta y otra dirigida al participante (Ver anexo en CD).
3. Se capacitó a tres psicólogos que fungieron como observadores independientes y fueron los encargados de analizar las videograbaciones y registrar las categorías conductuales de cuidadores y ancianos.

4. Se capacitó a 1 pasante de la licenciatura en Psicología para la aplicación de instrumentos a cuidadores formales y ancianos residentes.
5. Se solicitaron los permisos necesarios para llevar a cabo la investigación en ambos Centros de Atención Gerontológica, con el compromiso de entregar los resultados al finalizar la investigación (ver Anexo 11).
6. Se asignó al azar qué institución tendría la intervención de manera inmediata (Institución 1) y cuál fungiría como grupo control en lista de espera (Institución 2).
7. En ambas instituciones se les pidió a los cuidadores que leyeran el consentimiento informado general (anexo 1), expresaran las dudas que pudieran tener y si estaban de acuerdo lo firmaran para ser evaluados con la finalidad de conocer quienes cubrían los criterios de inclusión establecidos y así invitarlos a formar parte de la investigación.
8. Se les explicó el proyecto a los cuidadores formales que satisfacían los criterios de inclusión, pidiéndoles que leyeran el consentimiento informado (anexo 2), expresando las dudas que pudieran tener y si estaban de acuerdo firmaran el consentimiento informado para ser participantes de la investigación.
9. A los ancianos que se encontraban bajo el cuidado de los cuidadores formales seleccionados se les pidió que leyeran o se les leía el consentimiento informado general (anexo 1), los ancianos expresaron las dudas que pudieran tener y si estaban de acuerdo lo firmaban para ser evaluados con la finalidad de conocer quienes cubrían los criterios de inclusión establecidos invitándolos a formar parte de la investigación.
10. De los ancianos residentes que cumplían los criterios de inclusión establecidos, se seleccionó uno al azar para cada cuidador formal, con la finalidad de formar diadas (cuidador-anciano).
11. Se les explicó el proyecto a los ancianos residentes que satisfacían los criterios de inclusión, se les pidió que leyeran el consentimiento informado (anexo 3),

expresaran las dudas que pudieran tener y si estaban de acuerdo firmaran el consentimiento informado para ser participantes de la investigación.

12. Si el anciano seleccionado decidía no participar en la investigación, se elegía al azar a otro anciano que hubiera cumplido con los criterios de selección y se llevaba a cabo el paso número 11, hasta formar diadas cuidador-anciano.
13. En la institución 1 aceptaron participar 5 cuidadores y 14 ancianos y en la institución 2 aceptaron participar 10 cuidadores y 12 ancianos.
14. En ambas instituciones se establecieron 3 sesiones de videograbación (pretest 1, 2 y 3) no invasiva de la interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador para el posterior registro de ocurrencia de las categorías conductuales para ambas poblaciones.
15. En ambas instituciones se aplicó la evaluación pretest a los cuidadores formales y ancianos residentes participantes.
16. En la institución 1 (grupo de intervención inmediata) se puso en práctica el programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a los cuidadores formales de manera individual de acuerdo a las políticas, indicaciones y disponibilidad de la institución.
17. En la institución 1 (grupo de intervención inmediata) se llevaron a cabo dos sesiones por semana con una duración aproximada de una hora cada una. Ninguno de los cuidadores requirió alguna sesión extra de los componentes de la ICC, por lo que se impartieron 9 sesiones a cada participante. Mientras tanto los participantes de la institución 2 (grupo control en lista de espera) no recibieron en ese momento ningún programa de intervención.
18. Al término de la intervención cognitivo-conductual se llevó a cabo la evaluación postest en ambas instituciones, así como una sesión de videograbación no invasiva de la interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador para el posterior registro de ocurrencia de las categorías conductuales para ambas poblaciones.

19. Se puso en práctica la intervención cognitivo-conductual en la institución 2 (grupo control en lista de espera). Se llevaron a cabo dos sesiones por semana con una duración aproximada de una hora cada una. Ninguno de los cuidadores requirió alguna sesión extra de los componentes de la ICC, por lo que se impartieron 9 sesiones a cada participante.
20. Al término de la intervención cognitivo-conductual en la institución 2 se llevó a cabo la evaluación posttest, así como una sesión de videograbación no invasiva de la interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador para el posterior registro de ocurrencia de las categorías conductuales para ambas poblaciones.
21. Se dio seguimiento a 1 y 3 meses a los efectos de la ICC en los cuidadores formales y ancianos residentes en ambas instituciones, aplicándose nuevamente las baterías de instrumentos a cuidadores formales y ancianos residentes; además se llevó a cabo una sesión de videograbación no invasiva de la interacción cuidador-anciano y anciano-cuidador para el posterior registro de ocurrencia de las categorías conductuales para ambas poblaciones.
22. Se realizaron los análisis estadísticos para observar las diferencias entre mediciones pretest, posttest y seguimientos, de acuerdo a la naturaleza de los datos y medición de las variables.

RESULTADOS

A continuación se presentan los análisis de resultados producto de la investigación realizada; el orden de presentación será el siguiente:

- a. Análisis intergrupales tanto de los cuidadores formales como de los ancianos residentes, con el propósito de comprobar la homogeneidad de las variables y categorías conductuales para ambos grupos antes de recibir la intervención. Para lo cual se efectuaron dos comparaciones: entre las evaluaciones pretest de ambas instituciones y entre la evaluación pretest de la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2. Para este fin, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes y la prueba *U* de Mann Whitney (dependiendo de la naturaleza de los datos).
- b. Análisis intragrupal, mediante análisis de varianza de 1 factor para medidas repetidas, comparaciones múltiples entre mediciones con la prueba de Bonferroni y el cálculo de tamaño del efecto mediante la "d" de Cohen. Con la finalidad de comparar las variables y categorías conductuales evaluadas en los cuidadores formales y ancianos residentes en las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2. Con la finalidad de mostrar el cambio en los niveles de SDL a través de los momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2) se transformaron los puntajes directos de la escala CESQT en percentiles como lo indica Gil-Monte (2005) para diferenciar a los participantes que se ubicaban en nivel crítico, alto, medio, bajo y muy bajo de SDL, desilusión por el trabajo, desgaste físico y psíquico, indolencia y culpa.
- c. Análisis individuales, mediante el cálculo del Cambio Clínico Objetivo (CCO) en aquellas variables y categorías conductuales que hayan revelado significancia estadística en el análisis de varianza para medidas repetidas.

En todos los casos, el nivel de alpha fijado fue de .05.

Cálculo del tamaño del efecto

Se refiere a la estimación de un valor numérico que dé cuenta de la magnitud del efecto, un indicador que permite cuantificar la fuerza de la asociación entre la intervención y la respuesta lograda. Cuanto mayor sea este efecto, existirá una mayor probabilidad de que ese efecto sea debido a la intervención, y en ese caso, la probabilidad de que dicho efecto sea debido al azar tenderá a ser pequeña (Iraurgi, 2009).

Específicamente para esta investigación el tamaño del efecto se calculó mediante la “d” de Cohen con la siguiente fórmula (Morales-Vallejo, 2012):

$$d \text{ de Cohen} = \frac{M_{\text{postest}} - M_{\text{pretest}}}{DE_{\text{postest}}}$$

Donde:

M_{Postest} – Media de la evaluación postest

M_{Pretest} – Media de la evaluación pretest

DE_{postest} – Desviación estándar de la evaluación postest

Los puntos de corte para determinar el tamaño del efecto se observan en la tabla 3 (Cohen, 1992):

Tabla 3. *Puntos de corte en “d” de Cohen (Cohen, 1992).*

Tamaño del efecto	Interpretación de la magnitud
$d < .20$	Irrelevante
$.20 \leq d < .50$	Pequeño
$.50 \leq d < .80$	Moderado
$d \geq .80$	Grande

Cambio clínico objetivo (CCO)

Se emplea para conocer si el cambio de comportamiento de un participante es significativo respecto a su propio comportamiento antes de recibir la intervención. También es identificado como porcentaje de cambio, al analizar las diferencias en puntuación global que se expresan en porcentaje; se considera significativo cuando es mayor de 20%; o expresado en decimales, superior a .20 (Cardiel, 1994). La fórmula empleada para su cálculo fue:

$$CCO = \frac{\text{Post} - \text{Pre}}{\text{Pre}}$$

Donde:

Pre = Puntuación del participante en la evaluación pretest.

Post = Puntuación del participante en la evaluación posttest.

Los puntos de corte para su interpretación, se observan en la tabla 4:

Tabla 4. *Puntos de corte en CCO (Cardiel, 1994).*

CCO	Interpretación
$CCO \leq -.20$	CCO Negativo Significativo
$-.20 < CCO < .20$	CCO Ausente
$CCO \geq .20$	CCO Positivo Significativo

Análisis Intergrupales

Comparaciones entre medidas pretest de ambas instituciones.

Cuidadores formales de ancianos. Variables

Para cada variable evaluada en los cuidadores formales de ancianos, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene, además de efectuar la comparación de medias o medianas (de acuerdo a la naturaleza de los datos) entre las evaluaciones pretest de ambas instituciones. Para la variable Total SDL y sus dimensiones Desilusión por el trabajo, Desgaste físico y psíquico, Indolencia y Culpa se empleó la prueba z para la comparación de medianas; mientras que, para el resto de las variables y dimensiones se empleó la prueba t para la comparación de medias.

En la tabla 5 se muestra que no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre las instituciones en ninguna de las 26 variables evaluadas durante la evaluación pretest.

Cuidadores formales de ancianos. Categorías conductuales de interacción

Para las categorías conductuales de interacción, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y se efectuó la comparación de medias entre las evaluaciones pretest de ambas instituciones mediante la prueba t . En la tabla 6 se muestra que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre las instituciones en ninguna de las 14 categorías conductuales de interacción evaluadas.

Tabla 5. Comparación de medias para variables evaluadas en el pretest para los cuidadores formales.

	Pretest institución 1						Pretest institución 2						Prueba estadística			
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t	z	gl	p
					Inferior	Superior					Inferior	Superior				
Edad (años)	44	58	49.2	5.54	42.32	56.08	29	61	45.1	10.2	37.8	52.4	.829		13	---
Tiempo laborando (años)	19.3	25	22.05	2.76	18.61	25.48	8.4	28	17.84	7.64	12.37	23.3	1.55		12	---
Total SDL	15	48	31.67	13.33	15.11	48.22	10	33	20.50	7.78	14.93	26.07	1.598		5, 10	---
Desilusión por el trabajo	5	30	14	10.84	.54	27.46	0	70	16	20.66	1.22	30.78	.311		5, 10	---
Desgaste Físico y Psíquico	25	100	67.50	27.74	33.06	101.9	13	75	38.13	22.33	22.15	54.10	1.909		5, 10	---
Indolencia	13	42	22.50	12.71	6.72	38.28	0	33	12.50	10.94	4.68	20.32	1.305		5, 10	---
Culpa	15	55	37	17.89	14.79	59.21	0	40	17.50	13.59	7.78	27.22	1.859		5, 10	---
Total Calidad de vida	55	76	62.22	8.06	52.21	72.23	55	93	69.35	12.33	60.53	78.17	1.16		13	---
Salud Física	50	79	59.29	11.46	45.05	73.52	43	93	66.79	15.89	55.42	78.15	.933		13	---
Salud Psicológica	50	83	67.50	11.93	52.69	82.31	50	96	71.25	15.40	60.24	82.26	.475		13	---
Relaciones Sociales	50	83	63.33	12.64	47.64	79.03	42	100	72.50	16.69	60.56	84.44	1.07		13	---
Medio Ambiente	41	84	58.75	16	38.89	78.61	50	84	66.88	11.04	58.97	74.78	1.16		13	---
Total Habilidades sociales	30	63	45.23	12.19	30.11	60.36	8	81	50.78	23.85	33.72	67.84	.483		13	---
Inicio de interacciones	25	75	41	20.20	15.92	66.08	3	88	50	28.19	29.84	70.16	.632		13	---
Enfrentarse con superiores	25	65	43	16.05	23.08	62.92	8	83	46.50	23.96	29.36	63.64	.293		13	---
Defensa de derechos	25	69	47.50	16.30	27.26	67.74	6	75	48.75	22.78	32.45	65.05	.109		13	---
Expresión de molestia	45	85	64	14.75	45.69	82.31	5	90	59.50	29.10	38.68	80.32	.321		13	---
Expresión de sentimientos positivos	25	60	39	12.94	22.93	55.07	0	100	54	32.04	31.08	76.92	.992		13	---
Expresión de molestia familiar	31	94	62.50	25	31.46	93.53	13	88	55	26.48	36.05	73.95	.526		13	---
Rechazo de peticiones	8	100	50	34.86	6.71	93.29	0	83	45	29.97	23.56	66.44	.289		13	---
Recibir cumplidos	13	50	31.25	13.98	13.90	48.60	6	88	45.63	26.69	26.53	64.72	1.116		13	---
Iniciativa en relaciones	8	58	40	19	16.40	63.60	0	75	41.67	25.76	23.24	60.09	.127		13	---
Hacer cumplidos	33	67	50	13.18	33.64	66.36	8	83	50	22.91	33.61	66.39	0		13	---
Preocupación por sentimientos	13	75	45	30.10	7.62	82.38	0	88	45	30.73	23.02	66.98	0		13	---
Expresión de cariño	75	100	85	13.69	68	102	25	100	72.50	32.17	49.49	95.51	1.05		13	---
Percepción de salud	3	9	6.40	2.70	3.05	9.75	5	9	7.10	1.52	6.01	8.19	.538		5	---

Tabla 6. Comparación de medias para categorías conductuales en el pretest para los cuidadores formales.

	Pretest institución 1						Pretest institución 2						t de Student		
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t	gl	p
					Inferior	Superior					Inferior	Superior			
Compartir	0	1.21	.64	.43	.10	1.18	0	.87	.41	.27	.21	.61	1.270	13	---
Premiar	0	.19	.03	.08	-.06	.14	0	.48	.15	.20	0	.29	1.504	13	---
Contacto visual	.30	1.07	.69	.35	.24	1.14	.13	.87	.52	.28	.31	.73	.998	13	---
Acercamientos breves	0	1.33	.38	.58	-.34	1.11	.31	1.09	.57	.23	.40	.74	.682	5	---
Proximidad	0	.68	.41	.26	.08	.73	.28	1.08	.57	.25	.39	.76	1.191	13	---
Contacto físico	0	1.18	.43	.48	-.17	1.03	.38	.84	.58	.15	.47	.69	.669	4	---
Peticiones verbales	0	1.58	.70	.69	-.15	1.56	.28	1	.58	.24	.41	.75	.382	4	---
Sonreír	0	.58	.32	.29	-.04	.68	0	.81	.35	.29	.14	.57	.240	13	---
Modelamiento	0	.16	.03	.07	-.05	.12	0	0	0	0	0	0	1	4	---
Reír	0	.30	.17	.12	.02	.33	0	.40	.14	.14	.04	.25	.409	13	---
Desaprobar	0	.18	.03	.08	-.06	.13	0	.61	.14	.21	-.01	.29	1.355	12	---
Gritar	0	.14	.02	.06	-.04	.10	0	0	0	0	0	0	1	4	---
Ignorar	0	0	0	0	0	0	0	.87	.17	.28	-.02	.38	1.960	9	---
Preguntar	0	1.14	.68	.50	.05	1.30	0	.86	.53	.30	.31	.75	.694	13	---

Ancianos residentes. Variables

Para cada variable evaluada en los ancianos residentes, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y comparación de medias o medianas (de acuerdo a la naturaleza de los datos) entre las evaluaciones pretest de ambas instituciones. Para las variables Independencia y Satisfacción con el cuidado se empleó la prueba z para la comparación de medianas; mientras que, para el resto de las variables y dimensiones se empleó la prueba t para la comparación de medias.

En la tabla 7 se muestra que no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre las instituciones en ninguna de las 16 variables evaluadas en la evaluación pretest.

Ancianos residentes. Categorías conductuales de interacción

Para las categorías conductuales de interacción, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y se compararon las medias entre las evaluaciones pretest de ambas instituciones mediante la prueba t . En la tabla 8 se muestra que no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre las instituciones para ninguna categoría conductual.

Tabla 7. Comparación de medias para variables en el pretest para los ancianos residentes.

	Pretest institución 1						Pretest institución 2						Prueba estadística		
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t/z	gl ₁ , gl ₂	p
					Inferior	Superior					Inferior	Superior			
Edad (años)	65	91	79.57	7.58	75.19	83.95	64	87	76.6	9.41	69.86	83.34	.856	22	---
Tiempo en institución (años)	.9	19	5.30	6.11	1.77	8.83	1	20	4.92	5.65	.88	8.96	.058	24	---
Deterioro cognitivo	10	29	22.14	4.78	19.38	24.91	10	29	21.5	5.55	17.97	25.03	.317	24	---
Total Calidad de vida	32	92	58.04	21.71	45.50	70.57	26	91	61.89	20.18	49.08	74.71	.466	24	---
Capacidad sensorial	25	94	73.66	20.82	61.64	85.69	25	94	73.96	19.37	61.65	86.27	.038	24	---
Autonomía	0	94	56.25	25.83	41.34	71.16	0	94	56.25	27.57	38.73	73.77	0	24	---
Actividades	0	100	48.66	34.51	28.73	68.59	13	94	55.73	28.01	37.93	73.53	.567	24	---
Participación social	0	88	46.88	30	29.55	64.20	19	100	57.81	25.16	41.83	73.80	.997	24	---
Temor muerte y agonía	25	100	76.34	27.10	60.69	91.98	0	100	83.33	32.46	62.71	103.9	.599	24	---
Intimidación	0	100	46.43	37.24	24.93	67.93	0	100	44.27	34.18	22.56	65.99	.153	24	---
Total Bienestar Subjetivo	16	100	64.57	27.17	48.88	80.26	28	96	65	19.90	52.36	77.64	.045	24	---
Agitación	13	100	75	29.42	58.01	91.99	25	100	67.71	26.36	50.96	84.46	.661	24	---
Actitud al envejecimiento	0	100	55.10	32.60	36.28	73.93	29	100	58.33	26.17	41.71	74.96	.275	24	---
Soledad-Insatisfacción	10	100	62.86	27.01	47.26	78.45	30	100	67.50	24.17	52.14	82.86	.458	24	---
Independencia	55	100	79.29	13.71	71.37	87.20	45	100	76.67	21.36	63.10	90.24	.104	14,12	---
Satisfacción con el cuidado	18	95	65.77	24.36	50.29	81.25	21	93	61.69	24.77	45.04	78.33	.525	14,12	---

Tabla 8. Comparación de medias para categorías conductuales en el pretest para los ancianos residentes.

	Pretest institución 1						Pretest institución 2						t de Student		
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t	gl	p
					Inferior	Superior					Inferior	Superior			
Aceptación	0	1.21	.61	.45	.05	1.17	.12	1.22	.60	.29	.38	.81	.062	13	---
Seguir instrucciones	.30	1.31	.80	.39	.31	1.29	0	.75	.50	.22	.34	.66	1.874	13	---
Contacto visual	.25	2	.80	.70	-.07	1.68	.19	.68	.49	.14	.38	.59	.982	4.17	---
Contacto físico	0	2	.64	.78	-.33	1.62	.19	.67	.44	.15	.33	.54	.567	4.14	---
Peticiones verbales	.25	1.11	.63	.35	.18	1.07	.11	.86	.59	.23	.43	.76	.231	13	---
Sonreír	0	.61	.19	.28	-.15	.54	.06	1	.40	.27	.21	.60	1.419	13	---
Atención	.30	1.33	.59	.42	.06	1.11	.46	1	.75	.19	.61	.89	1.025	13	---
Reír	0	1	.26	.41	-.25	.78	0	.64	.24	.20	.10	.39	.108	13	---
Elogiar	0	0	0	0	0	0	0	.33	.03	.10	-.04	.10	.694	13	---
Desacuerdo	0	.14	.02	.06	-.04	10	0	.58	.17	.19	.03	.30	1.576	13	---
Gritar	0	0	0	0	0	0	0	.34	.03	10	-.04	.11	.694	13	---
Ignorar	0	1.33	.28	.58	-.44	1.01	0	.35	.13	.14	.02	.23	.575	4	---
Preguntar	.28	.95	.48	.26	.14	.81	.19	1.29	.58	.31	.35	.80	.574	13	---

Comparaciones entre las medidas pretest de la institución 1 e intermedia de la institución 2.

Cuidadores formales de ancianos. Variables

Para las variables evaluadas en los cuidadores formales, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y se efectuó la comparación de medias o medianas (de acuerdo a la naturaleza de los datos) entre la evaluación pretest de la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2. Para la variable Total SDL y sus dimensiones Desilusión por el trabajo, Desgaste físico y psíquico, Indolencia y Culpa se empleó la prueba z para la comparación de medianas; mientras que, para el resto de las variables y dimensiones se empleó la prueba t para la comparación de medias.

En la tabla 9 se muestra que solo en el factor "desgaste físico y psíquico" de la variables Síndrome de Desgaste Laboral existieron diferencias estadísticamente significativas ($z = 2.395$; $p = .013$) entre ambas mediciones siendo mayor la puntuación media de la institución 1.

Cuidadores formales de ancianos. Categorías conductuales de interacción

Para las categorías conductuales de interacción, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y comparación de medias entre la evaluación pretest de la institución 1 y evaluación intermedia de la institución 2, mediante la prueba t . En la tabla 10 se muestra que no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) en ninguna de las categorías conductuales evaluadas en los cuidadores formales de ancianos.

Tabla 9. Comparación de medias para variables entre la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los cuidadores formales.

	Pretest institución 1						Intermedia institución 2						Prueba estadística			
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t	z	gl	p
					Inferior	Superior					Inferior	Superior				
Total SDL	15	48	31.67	13.33	15.11	48.22	13	37	23.67	6.88	18.74	28.59	1.166		5, 10	---
Desilusión por el trabajo	5	30	14	10.84	.54	27.46	0	80	19.50	22.78	3.20	35.80	.311		5, 10	---
Desgaste Físico y Psíquico	25	100	67.50	27.74	33.06	101.9	5	60	31.50	17.80	18.76	44.24	2.395		5, 10	.013
Indolencia	13	42	22.50	12.71	6.72	38.28	0	35	20	11.30	11.91	28.09	.247		5, 10	---
Culpa	15	55	37	17.89	14.79	59.21	0	45	22.50	13.17	13.07	31.93	1.421		5, 10	---
Total Calidad de vida	55	76	62.22	8.06	52.21	72.23	56	89	69.42	11.04	61.52	77.32	1.287		13	---
Salud Física	50	79	59.29	11.46	45.05	73.52	46	89	66.43	13.80	56.56	76.30	.994		13	---
Salud Psicológica	50	83	67.50	11.93	52.69	82.31	46	92	70	15.68	58.78	81.22	.312		13	---
Relaciones Sociales	50	83	63.33	12.64	47.64	79.03	50	92	72.50	13.63	62.74	82.26	1.255		13	---
Medio Ambiente	41	84	58.75	16	38.89	78.61	50	84	68.75	10.82	61.01	76.49	1.444		13	---
Total Habilidades sociales	30	63	45.23	12.19	30.11	60.36	10	78	49.73	21.89	34.07	65.39	.422		13	---
Inicio de interacciones	25	75	41	20.20	15.92	66.08	5	85	56.25	26.68	31.41	69.59	.697		13	---
Enfrentarse con superiores	25	65	43	16.05	23.08	62.92	10	83	46	22.18	30.13	61.87	.267		13	---
Defesa de derechos	25	69	47.50	16.30	27.26	67.74	6	75	46.25	21.69	30.73	61.77	.113		13	---
Expresión de molestia	45	85	64	14.75	45.69	82.31	5	85	57.50	28.21	37.32	77.68	.477		13	---
Expresión de sentimientos positivos	25	60	39	12.94	22.93	55.07	0	95	52.50	30.75	30.50	74.50	.927		13	---
Expresión de molestia familiar	31	94	62.50	25	31.46	93.53	13	81	53.13	23.24	36.50	69.75	.719		13	---
Rechazo de peticiones	8	100	50	34.86	6.71	93.29	8	92	47.50	28.34	27.23	67.77	.150		13	---
Recibir cumplidos	13	50	31.25	13.98	13.90	48.60	6	88	46.88	26.88	27.64	66.11	1.205		13	---
Iniciativa en relaciones	8	58	40	19	16.40	63.60	0	75	44.17	24.86	26.38	61.95	.328		13	---
Hacer cumplidos	33	67	50	13.18	33.64	66.36	17	83	50.83	21.67	35.33	66.34	.078		13	---
Preocupación por sentimientos	13	75	45	30.10	7.62	82.38	13	100	52.50	26.22	33.74	71.26	.498		13	---
Expresión de cariño	75	100	85	13.69	68	102	25	100	75	28.86	54.35	95.65	.910		13	---
Percepción de salud	3	9	6.40	2.70	3.05	9.75	5	8	7.10	1.10	6.31	7.89	.728		13	---

Tabla 10. Comparación de medias para categorías conductuales entre la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los cuidadores formales.

	Pretest institución 1						Intermedia institución 2						t de Student		
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t	gl	P
					Inferior	Superior					Inferior	Superior			
Compartir	0	1.21	.64	.43	.10	1.18	.25	1.14	.61	.35	.35	.86	.182	13	---
Premiar	0	.19	.03	.08	-.06	.14	0	.73	.24	.33	0	.48	1.850	11	---
Contacto visual	.30	1.07	.69	.35	.24	1.14	.37	1.37	.75	.30	.52	.97	.309	13	---
Acercamientos breves	0	1.33	.38	.58	-.34	1.11	.34	1.10	.65	.25	.46	.83	.961	5	---
Proximidad	0	.68	.41	.26	.08	.73	0	1.14	.56	.35	.31	.81	.858	13	---
Contacto físico	0	1.18	.43	.48	-.17	1.03	.28	1.13	.59	.25	.41	.78	.888	13	---
Peticiones verbales	0	1.58	.70	.69	-.15	1.56	.24	1.04	.61	.21	.46	.77	.280	4	---
Sonreír	0	.58	.32	.29	-.04	.68	.24	1.13	.56	.30	.34	.78	1.444	13	---
Modelamiento	0	.16	.03	.07	-.05	.12	0	.36	.03	.11	-.04	.11	.071	13	---
Reír	0	.30	.17	.12	.02	.33	0	.75	.32	.22	.15	.48	1.297	13	---
Desaprobar	0	.18	.03	.08	-.06	.13	0	.37	.16	.15	.05	.26	1.716	13	---
Gritar	0	.14	.02	.06	-.04	.10	0	0	0	0	0	0	1	4	---
Ignorar	0	0	0	0	0	0	0	.36	.07	.12	-.01	.16	1.826	9	---
Preguntar	0	1.14	.68	.50	.05	1.30	.30	1.10	.76	.26	.56	.95	.339	5	---

Ancianos residentes. Variables

Para las variables evaluadas en los ancianos residentes, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y comparación de medias o medianas (de acuerdo a la naturaleza de los datos) entre la evaluación pretest de la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2. Para las variables Independencia y Satisfacción con el cuidado se empleó la prueba z para la comparación de medianas; mientras que, para el resto de las variables y dimensiones se empleó la prueba t para la comparación de medias.

En la tabla 11 se muestra que no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) en ninguna de las variables.

Ancianos residentes. Categorías conductuales de interacción

Para las categorías conductuales de interacción, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y comparación de medias entre la evaluación pretest de la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2, mediante la prueba t . En la tabla 12 se muestra que solamente existieron diferencias estadísticamente significativas en la categoría conductual negativa "desacuerdo" ($t = 2.24$; $p = .045$) siendo mayor la puntuación media para los cuidadores formales de la institución 2.

Tabla 11. Medidas descriptivas y comparación de medias de la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los ancianos residentes.

	Pretest institución 1						Intermedia institución 2						Prueba estadística		
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t/z	gl/ gl ₁ , gl ₂	p
					Inferior	Superior					Inferior	Superior			
Total Calidad de vida	32	92	58.04	21.71	45.50	70.57	33	82	64.81	14.95	53.32	76.31	.737	22	---
Capacidad sensorial	25	94	73.66	20.82	61.64	85.69	38	100	74.31	19.12	59.61	89	.011	22	---
Autonomía	0	94	56.25	25.83	41.34	71.16	6	88	60.42	24.40	41.66	79.18	.180	22	---
Actividades	0	100	48.66	34.51	28.73	68.59	50	100	65.28	16.27	52.77	77.79	1.50	19	---
Participación social	0	88	46.88	30	29.55	64.20	25	88	55.56	22.63	38.16	72.95	.732	22	---
Temor muerte y agonía	25	100	76.34	27.10	60.69	91.98	25	100	81.94	23.26	64.06	99.83	.532	22	---
Intimidad	0	100	46.43	37.24	24.93	67.93	13	88	51.39	28.43	29.53	73.24	.258	22	---
Total Bienestar Subjetivo	16	100	64.57	27.17	48.88	80.26	32	80	64	16.61	51.23	76.77	.110	21	---
Agitación	13	100	75	29.42	58.01	91.99	25	100	68.06	28.02	46.51	89.60	.641	22	---
Actitud al envejecimiento	0	100	55.10	32.60	36.28	73.93	29	86	55.56	19.48	40.58	70.54	.077	21	---
Soledad-Insatisfacción	10	100	62.86	27.01	47.26	78.45	30	90	66.67	16.58	53.92	79.41	.473	21	---
Independencia	55	100	79.29	13.71	71.37	87.20	45	100	76.11	20.58	60.29	91.93	.157	10, 14	---
Satisfacción con el cuidado	18	95	65.77	24.36	50.29	81.25	27	88	62.50	24.38	43.75	81.25	.321	10, 14	---

Tabla 12. Comparación de medias de categorías conductuales de la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los ancianos residentes.

	Pretest institución 1						Intermedia institución 2						t de Student		
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%		t	gl	p
					Inferior	Superior					Inferior	Superior			
Aceptación	0	1.21	.61	.45	.05	1.17	.24	.75	.47	.18	.34	.60	.862	13	---
Seguir instrucciones	.30	1.31	.80	.39	.31	1.29	.28	.92	.62	.17	.50	.75	.937	5	---
Contacto visual	.25	2	.80	.70	-.07	1.68	.28	1.13	.66	.30	.44	.88	.568	13	---
Contacto físico	0	2	.64	.78	-.33	1.62	.24	.73	.45	.15	.34	.56	.530	4	---
Peticiones verbales	.25	1.11	.63	.35	.18	1.07	.30	.91	.61	.17	.49	.74	.083	5	---
Sonreír	0	.61	.19	.28	-.15	.54	0	1.04	.42	.30	.20	.63	1.375	13	---
Atención	.30	1.33	.59	.42	.06	1.11	.45	1.03	.66	.19	.53	.80	.494	13	---
Reír	0	1	.26	.41	-.25	.78	0	.73	.35	.21	.20	.50	.554	13	---
Elogiar	0	0	0	0	0	0	0	.30	.05	.09	-.01	.11	1.625	9	---
Desacuerdo	0	.14	.02	.06	-.04	10	0	.48	.18	.19	.04	.32	2.240	12	.045
Gritar	0	0	0	0	0	0	0	.30	.05	.12	-.02	.14	1.499	9	---
Ignorar	0	1.33	.28	.58	-.44	1.01	0	.51	.09	.17	-.03	.21	.718	4	---
Preguntar	.28	.95	.48	.26	.14	.81	.56	1.03	.79	.15	.68	.90	2.399	5	---

Análisis Intragrupales. Análisis de varianza para medidas repetidas y “d” de Cohen

Una vez que se comprobó la homogeneidad en la mayoría de las variables y categorías conductuales, se sabe que ambas instituciones son homogéneas entre sí; por lo tanto, el tratamiento de los participantes fue como un solo grupo tanto de cuidadores formales como de ancianos residentes. El grupo de los cuidadores formales estuvo conformado por 15 participantes, mientras que, el grupo de ancianos residentes estuvo conformado por 26 participantes.

Se llevaron a cabo análisis de varianza de un factor para medidas repetidas con la finalidad de comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2. Se sometieron a estos análisis todas las variables así como las categorías conductuales de interacción evaluadas en los cuidadores formales y ancianos residentes. Se verificaron si las comparaciones pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2 fueron estadísticamente significativas.

Adicionalmente se calculó el tamaño del efecto mediante la “d” de Cohen para cada comparación entre las mediciones pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2.

Cuidadores formales de ancianos. Variables

En la tabla 13 se muestra para todas las variables el valor de F y el valor de p asociado al estadístico; posteriormente se hicieron las siguientes comparaciones entre mediciones: pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2; y se reportan sólo aquellas que reflejaron diferencias estadísticamente significativas. Finalmente se calculó el tamaño del efecto para las siguientes comparaciones: pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2; y se reporta el valor “d” de Cohen solo cuando éste indicaba un tamaño del efecto moderado o grande de acuerdo a los puntos de corte establecidos.

a) SDL

Se observa que en el Total de SDL ($F = 35.02$; $p = .0001$), así como sus dimensiones Desilusión por el trabajo ($F = 7.36$; $p = .0001$), Desgaste físico y psíquico ($F = 34.46$; $p = .0001$) y Culpa ($F = 7.45$; $p = .0001$) existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

Para la variable Total SDL y la dimensión Desgaste físico y psíquico se aprecia una disminución en las puntuaciones a partir de la comparación pretest-posttest, la cual es estadísticamente significativa y se mantuvo al seguimiento 2 ($p = .0001$). Para las dimensiones Desilusión por el trabajo y Culpa las puntuaciones disminuyeron siendo estadísticamente significativas a partir de la comparación pretest-seguimiento 1 ($p = .041$ y $.027$). En la dimensión Indolencia no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones ($p > .05$).

Adicionalmente, en las comparaciones pretes-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2 se registraron tamaños grandes del efecto de la intervención en la variable Total SDL ($d = 1.47, 2.26$ y 2.50) y las dimensiones Desilusión por el trabajo ($d = 1.77, 3.41$ y 1.82) y Desgaste físico y psíquico ($d = 1.40, 1.68$ y 2.27). Para las dimensiones Indolencia y Culpa dicho efecto se presentó en las comparaciones pretest-seguimiento 1 ($d = 0.66$ y 0.97) y pretest-seguimiento 2 ($d = 0.97$ y 1.30).

b) Calidad de vida

En la variable Calidad de vida y sus dimensiones Salud física ($F = 10.92$; $p = .0001$), Salud psicológica ($F = 7.83$; $p = .0001$) y Relaciones sociales ($F = 6.72$; $p = .001$) se presentaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

Las comparaciones múltiples resultaron ser estadísticamente significativas en las comparaciones pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2 para la variable Calidad de vida ($p = .005, .010$ y $.017$) y su dimensión Salud física ($p = .001, .032$ y $.029$); mientras que, para la dimensión Salud Psicológica las

comparaciones entre pretest-posttest y pretest-seguimiento 2 fueron estadísticamente significativas ($p = .012$ y $.036$). Caso contrario de la dimensión Relaciones sociales en la que se reportó incremento estadísticamente significativo en la comparación pretest-seguimiento 1 ($p = .049$); y en la dimensión Medio ambiente no hubo mejoría ($p > .05$).

Respecto al tamaño del efecto, éste fue grande a partir de la comparación pretest-posttest hasta el seguimiento 2 en la variable Calidad de vida ($d = 1.15, 1.28$ y 1.76) y sus dimensiones Salud física ($d = 1.36, 1.06$ y 1.45), Salud psicológica ($d = 0.98, 0.86$ y 1.38) y Relaciones sociales ($d = 0.67, 1.34$ y 1.38).

c) Percepción de salud

Para la variable Percepción de salud se observaron diferencias estadísticamente significativas mediante el análisis de varianza de un factor ($F = 8.86; p = .0001$).

Específicamente en las comparaciones múltiples se observó un incremento estadísticamente significativo en los puntajes en la comparación pretest-posttest ($p = .002$).

Mientras que el tamaño del efecto de la intervención fue de moderado a grande desde la comparación pretest-posttest hasta el seguimiento 2 ($d = 1.69, 0.69$ y 1.03).

d) Habilidades sociales

Se observa que en el Total de Habilidades sociales, así como sus 12 dimensiones existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2 ($p < .05$).

En la variable Total Habilidades sociales ($p = .009, .005$ y $.003$) y las dimensiones Inicio de interacciones ($p = .042, .005$ y $.004$), Enfrentarse con superiores ($p = .003, .008$ y $.004$), Defensa de derechos ($p = .010, .003$ y $.002$) y Recibir cumplidos ($p = .023, .008$ y $.003$) se observó un incremento en las puntuaciones a partir de la comparación pretest-posttest, el cual resultó estadísticamente significativo y se mantuvo hasta el seguimiento 2. Para las dimensiones Expresión de sentimientos positivos ($p = .016$ y $.014$), Expresión de

molestia familiar ($p = .023$ y $.014$), Rechazo de peticiones ($p = .007$ y $.004$), Iniciativa en relaciones ($p = .0001$ y $.0001$) y Preocupación por sentimientos ($p = .051$ y $.041$) el incremento estadísticamente significativo se hizo evidente a partir de la comparación pretest-seguimiento 1. En las dimensiones Expresión de molestia, Hacer cumplidos y Expresión de cariño no hubo incremento de las puntuaciones estadísticamente significativas, a pesar de que las puntuaciones incrementaron ($p < .05$).

En la variable Total Habilidades sociales y 11 de sus dimensiones (excepto Expresión de cariño) se observó un tamaño del efecto de la intervención de moderado a grande a partir de la comparación pretest-postest ($d > .050$). Finalmente, para la dimensión Expresión de cariño el tamaño del efecto fue moderado a partir de la comparación pretest-seguimiento 1 hasta el seguimiento 2 ($d = 0.59$).

Tabla 13. Análisis de varianza para medidas repetidas y "d" de Cohen en las variables de los cuidadores formales.

Variables	Pretest (n=15) M, DE	Postest (n=15) M, DE	Seg 1 (n=15) M, DE	Seg 2 (n=15) M, DE	F p de ANOVA	Comparaciones Significativas	d de Cohen
Total SDL	24.22 ± 10.92	13.33 ± 7.43	11.11 ± 5.8	10.89 ± 5.34	F = 35.02 p = .0001	Pretest > Postest** Pretest > Seg1** Pretest > Seg2**	Pretest > Postest (d = 1.47) Pretest > Seg 1 (d = 2.26) Pretest > Seg2 (d = 2.50)
Desilusión por el trabajo	15.33 ± 17.57	4.33 ± 6.23	2.67 ± 3.72	5.33 ± 5.5	F = 7.36 p = .0001	Pretest > Seg1*	Pretest > Postest (d = 1.77) Pretest > Seg1 (d = 3.41) Pretest > Seg2 (d = 1.82)
Desgaste Físico y Psíquico	47.92 ± 27.31	24.17 ± 17.01	20.83 ± 16.14	18.33 ± 13.04	F = 34.46 p = .0001	Pretest > Postest** Pretest > Seg1** Pretest > Seg2**	Pretest > Postest (d = 1.40) Pretest > Seg1 (d = 1.68) Pretest > Seg2 (d = 2.27)
Indolencia	15.83 ± 12.11	13.61 ± 7.12	11.67 ± 6.34	10.56 ± 5.43	F = 2.58 ---	Ninguna	Pretest > Seg1 (d = 0.66) Pretest > Seg2 (d = 0.97)
Culpa	24 ± 17.34	17.67 ± 13.07	13.75 ± 10.62	12.5 ± 8.84	F = 7.45 p = .0001	Pretest > Seg1* Pretest > Seg2*	Pretest > Seg1 (d = 0.97) Pretest > Seg2 (d = 1.30)
Total Calidad de vida	66.97 ± 11.33	76.48 ± 8.24	76.96 ± 7.8	76.77 ± 5.57	F = 11.90 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.15) Pretest < Seg1 (d = 1.28) Pretest < Seg2 (d = 1.76)
Salud Física	64.29 ± 14.6	80 ± 11.52	76.67 ± 11.68	77.62 ± 9.2	F = 10.92 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.36) Pretest < Seg1 (d = 1.06) Pretest < Seg2 (d = 1.45)
Salud Psicológica	70 ± 14.01	79.72 ± 9.94	78.33 ± 9.73	80 ± 7.25	F = 7.83 p = .0001	Pretest < Postest* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 0.98) Pretest < Seg1 (d = 0.86) Pretest < Seg2 (d = 1.38)
Relaciones Sociales	69.44 ± 15.64	78.89 ± 14.04	85.56 ± 11.98	84.44 ± 10.85	F = 6.72 p = .001	Pretest < Seg1*	Pretest < Postest (d = 0.67) Pretest < Seg1 (d = 1.34) Pretest < Seg2 (d = 1.38)
Medio Ambiente	64.17 ± 12.93	67.29 ± 10.29	67.29 ± 10.29	65 ± 8.11	F = .803 ---	Ninguna	Ninguna
Percepción de salud	6.87 ± 1.92	8.8 ± 1.15	8.07 ± 1.75	7.93 ± 1.03	F = 8.86 p = .0001	Pretest < Postest**	Pretest < Postest (d = 1.69) Pretest < Seg1 (d = 0.69) Pretest < Seg2 (d = 1.03)

Nota. *Comparaciones significativas $p \leq .05$; **Comparaciones significativas $p \leq .01$; Efecto moderado $.50 \leq d < .80$; Efecto grande $d \geq 0.80$

Variables	Pretest (n=15) M, DE	Posttest (n=15) M, DE	Seg 1 (n=15) M, DE	Seg 2 (n=15) M, DE	F p de ANOVA	Comparaciones significativas	d de Cohen
Total Habilidades sociales	48.93 ± 20.37	68.62 ± 10.42	70.52 ± 8.52	72.19 ± 7.55	F = 15.86 p = .0001	Pretest < Posttest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Posttest (d = 1.89) Pretest < Seg1 (d = 2.53) Pretest < Seg2 (d = 3.08)
Inicio de interacciones	47 ± 25.42	65.17 ± 14.19	72.33 ± 11.86	73.17 ± 11.16	F = 13.75 p = .0001	Pretest < Posttest* Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Posttest (d = 1.28) Pretest < Seg1 (d = 2.14) Pretest < Seg2 (d = 2.34)
Enfrentarse con superiores	45.33 ± 21.1	69.5 ± 11.46	70.33 ± 15.61	71.67 ± 14.23	F = 15.42 p = .0001	Pretest < Posttest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Posttest (d = 2.11) Pretest < Seg1 (d = 1.60) Pretest < Seg2 (d = 1.85)
Defensa de derechos	48.33 ± 20.24	63 ± 9.96	75 ± 17.36	76.25 ± 15.35	F = 17.79 p = .0001	Pretest < Posttest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Posttest (d = 1.47) Pretest < Seg1 (d = 1.54) Pretest < Seg2 (d = 1.82)
Expresión de molestia	61 ± 24.72	77 ± 10.32	72.67 ± 16.99	75 ± 16.04	F = 2.83 p = .050	Ninguna	Pretest < Posttest (d = 1.55) Pretest < Seg1 (d = 0.69) Pretest < Seg2 (d = 0.87)
Expresión de sentimientos positivos	49 ± 27.59	64 ± 13.12	77.67 ± 12.23	78.33 ± 10.8	F = 11.77 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Posttest (d = 1.14) Pretest < Seg1 (d = 2.34) Pretest < Seg2 (d = 2.72)
Expresión de molestia familiar	57.50 ± 25.35	76.67 ± 18.37	82.92 ± 13.87	83.75 ± 13.32	F = 9.17 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Posttest (d = 1.04) Pretest < Seg1 (d = 1.83) Pretest < Seg2 (d = 1.97)
Rechazo de peticiones	46.67 ± 30.5	60.56 ± 25.68	72.22 ± 22.86	73.89 ± 16.02	F = 11.68 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Posttest (d = 0.54) Pretest < Seg1 (d = 1.12) Pretest < Seg2 (d = 1.70)
Recibir cumplidos	40.83 ± 23.72	62.50 ± 17.36	67.08 ± 18.37	69.17 ± 16.45	F = 13.83 p = .0001	Pretest < Posttest* Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Posttest (d = 1.25) Pretest < Seg1 (d = 1.43) Pretest < Seg2 (d = 1.72)
Iniciativa en relaciones	41.11 ± 23.03	62.78 ± 31.48	75 ± 19.42	77.22 ± 15.26	F = 21.43 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Posttest (d = 0.69) Pretest < Seg1 (d = 1.75) Pretest < Seg2 (d = 2.37)
Hacer cumplidos	50 ± 19.67	58.89 ± 14.93	61.11 ± 18.28	63.89 ± 17.16	F = 3.70 p = .019	Ninguna	Pretest < Posttest (d = 0.60) Pretest < Seg1 (d = 0.61) Pretest < Seg2 (d = 0.81)
Preocupación por sentimientos	45 ± 29.42	61.67 ± 20.3	65 ± 24.18	66.67 ± 24.40	F = 6.32 p = .001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Posttest (d = 0.82) Pretest < Seg1 (d = 0.83) Pretest < Seg2 (d = 0.89)
Expresión de cariño	76.67 ± 27.49	86.67 ± 24.76	90 ± 22.76	90 ± 22.76	F = 3.60 p = .021	Ninguna	Pretest < Seg1 (d = 0.59) Pretest < Seg2 (d = 0.59)

Nota. *Comparaciones significativas $p \leq .05$; **Comparaciones significativas $p \leq .01$; Efecto moderado $.50 \leq d < .80$; Efecto grande $d \geq 0.80$

Cuidadores formales de ancianos. Categorías conductuales

En la tabla 14 se muestra el análisis de varianza de un factor para medidas repetidas para todas las categorías conductuales evaluadas en los cuidadores formales; al respecto, se reporta el valor de F y el valor de p asociado al estadístico. Posteriormente se compararon las mediciones pretest 1 - posttest, pretest 1 - seguimiento 1 y pretest 1 - seguimiento 2; solo se reportan las comparaciones múltiples que reflejaron diferencias estadísticamente significativas. Finalmente se reporta el valor "d" de Cohen solo cuando éste indicaba un tamaño del efecto moderado o grande de acuerdo a los puntos de corte establecidos en las comparaciones pretest 1 - posttest, pretest 1 - seguimiento 1 y pretest 1 - seguimiento 2.

Se observa que en las 11 categorías conductuales positivas y 1 negativa (desaprobar) existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest 1, pretest 2, pretest 3, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2 ($p < .05$).

En las categorías conductuales Compartir ($p = .011, .004$ y $.004$), Contacto visual ($p = .016, .001$ y $.0001$), Proximidad ($p = .046, .0001$ y $.010$), Contacto físico ($p = .021, .004$ y $.0001$) y Preguntar ($p = .001, .0001$ y $.0001$) se observó un incremento en los puntajes a partir de la comparación pretest 1 - posttest, el cual es estadísticamente significativo y se mantuvo hasta el seguimiento 2; mientras que para las dimensiones Premiar ($p = .001$ y $.001$), Acercamientos breves ($p = .029$ y $.0001$), Peticiones verbales ($p = .001$ y $.002$), Sonreír ($p = .001$ y $.0001$), Modelamiento ($p = .0001$ y $.0001$) y Reír ($p = .0001$ y $.002$) dicho incremento se hizo evidente a partir de la comparación pretest 1 - seguimiento 1 y se mantuvo al seguimiento 2. En las categorías conductuales negativas Desaprobar, Gritar e Ignorar no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna comparación ($p > .05$), a pesar de que las puntuaciones disminuyeron en las categorías Desaprobar e Ignorar.

Desde la comparación pretest 1 - posttest se observó un tamaño del efecto de moderado a grande de la intervención en las 11 categorías conductuales positivas y en la categoría conductual negativa Ignorar; dicho efecto se mantuvo

hasta el seguimiento 2 ($d > .50$), mientras que para la categoría conductual Desaprobar el tamaño del efecto es grande ($d = 0.90$) solo en la comparación pretest - postest. Finalmente en la categoría conductual Gritar no se identificó efecto de la intervención pues dicha categoría no se presentó en ninguna de las mediciones.

Tabla 14. Análisis de varianza para medidas repetidas y "d" de Cohen en las categorías conductuales de los cuidadores formales.

Categorías conductuales	Pretest 1 (n=15) M, DE	Postest (n=15) M, DE	Seg 1 (n=15) M, DE	Seg 2 (n=15) M, DE	F p de ANOVA	Comparaciones significativas	d de Cohen
Compartir	.49 ± .34	.93 ± .27	1.16 ± .42	1.35 ± .6	F = 19.46 p = .0001	Pretest < Postest * Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.60) Pretest < Seg1 (d = 1.58) Pretest < Seg2 (d = 1.42)
Premiar	.11 ± .17	.36 ± .38	.48 ± .34	.51 ± .37	F = 11.96 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.66) Pretest < Seg1 (d = 1.09) Pretest < Seg2 (d = 1.07)
Contacto visual	.58 ± .31	1.04 ± .3	1.14 ± .23	1.20 ± .43	F = 13.05 p = .0001	Pretest < Postest * Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.52) Pretest < Seg1 (d = 2.38) Pretest < Seg2 (d = 1.41)
Acercamientos breves	.51 ± .37	.83 ± .5	1.01 ± .39	1.12 ± .36	F = 13.26 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.63) Pretest < Seg1 (d = 1.28) Pretest < Seg2 (d = 1.72)
Proximidad	.52 ± .26	.93 ± .37	.91 ± .28	1.05 ± .36	F = 10.02 p = .0001	Pretest < Postest * Pretest < Seg1** Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.11) Pretest < Seg1 (d = 1.35) Pretest < Seg2 (d = 1.45)
Contacto físico	.53 ± .29	.93 ± .33	.97 ± .25	1.09 ± .26	F = 15.93 p = .0001	Pretest < Postest* Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.21) Pretest < Seg1 (d = 1.73) Pretest < Seg2 (d = 2.16)
Peticiones verbales	.62 ± .42	.87 ± .42	1.11 ± .24	1.31 ± .47	F = 18.77 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.61) Pretest < Seg1 (d = 2.02) Pretest < Seg2 (d = 1.47)
Sonreír	.34 ± .28	.70 ± .37	.88 ± .30	.97 ± .24	F = 16.68 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.95) Pretest < Seg1 (d = 1.77) Pretest < Seg2 (d = 2.58)
Modelamiento	.01 ± .04	.16 ± .2	.31 ± .15	.26 ± .16	F = 20.06 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.76) Pretest < Seg1 (d = 1.98) Pretest < Seg2 (d = 1.56)
Reír	.15 ± .13	.38 ± .26	.63 ± .22	.62 ± .37	F = 14.90 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.85) Pretest < Seg1 (d = 2.06) Pretest < Seg2 (d = 1.26)
Desaprobar	.10 ± .18	.02 ± .07	0 ± 0	0 ± 0	F = 2.35 p = .049	Ninguna	Pretest > Postest (d = 0.90)
Gritar	0 ± .03	0 ± 0	0 ± 0	0 ± 0	F = 1 ---	Ninguna	Ninguna
Ignorar	.11 ± .24	.05 ± .09	.02 ± .06	.03 ± .09	F = .92 ---	Ninguna	Pretest > Postest (d = 0.69) Pretest > Seg1 (d = 1.39) Pretest > Seg2 (d = 0.87)
Preguntar	.58 ± .37	1.07 ± .23	1.38 ± .30	1.36 ± .56	F = 16.25 p = .0001	Pretest < Postest ** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 2.12) Pretest < Seg1 (d = 2.65) Pretest < Seg2 (d = 1.40)

Nota. *Comparaciones significativas $p \leq .05$; **Comparaciones significativas $p \leq .01$; Efecto moderado $.50 \leq d < .80$; Efecto grande $d \geq 0.80$

Ancianos residentes. Variables

En la tabla 15 se muestra el análisis de varianza para medidas repetidas para todas las variables evaluadas en los ancianos residentes; al respecto, se observa el valor de F y el valor de p asociado al estadístico; posteriormente las comparaciones múltiples que reflejaron diferencias estadísticamente significativas, y finalmente el valor “ d ” de Cohen solo cuando éste indica un tamaño del efecto moderado o grande de acuerdo a los puntos de corte establecidos.

a) Calidad de vida

Se observa que en el Total de Calidad de vida ($F = 8.44$; $p = .0001$), así como sus dimensiones Actividades ($F = 10.77$; $p = .0001$) y Participación social ($F = 21.97$; $p = .0001$) existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

En ninguna de las comparaciones múltiples se observaron diferencias estadísticamente significativas a partir de la comparación pretest-posttest. En la variable Total Calidad de vida ($p = .016$ y $.006$) y las dimensiones Actividades ($p = .003$ y $.002$) y Participación social ($p = .002$ y $.0001$) se aprecia un incremento en los puntajes a partir de la comparación pretest-seguimiento 1, el cual es estadísticamente significativo y se mantuvo al seguimiento 2. En las dimensiones Capacidad sensorial, Autonomía, Temor muerte y agonía e Intimidación no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones ($p > .05$).

Adicionalmente, en las dimensiones Actividades ($d = 0.83$ y 1.17) y Participación social ($d = 0.84$ y 1.32), se observó un tamaño grande del efecto de la intervención a partir de la comparación pretest-seguimiento 1. Para la variable Total Calidad de vida se presentó un tamaño del efecto moderado a partir de la comparación pretest-seguimiento 2 ($d = 0.62$).

b) Bienestar subjetivo

En la variable Total Bienestar subjetivo ($F = 7.91$; $p = .0001$) y sus dimensiones Actitud al envejecimiento ($F = 8.27$; $p = .0001$) y Soledad-insatisfacción ($F = 3.09$; $p = .036$), se presentaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El incremento en las puntuaciones resultó ser estadísticamente significativo en la comparación pretest-seguimiento 1 para la variable Total Bienestar subjetivo ($p = .008$) y su dimensión Actitud al envejecimiento ($p = .001$). Caso contrario de las dimensiones Agitación y Soledad-insatisfacción donde no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna comparación ($p > .05$).

Respecto al tamaño del efecto, éste fue de moderado a grande en la comparación pretest-seguimiento 1 para la variable Total Bienestar subjetivo ($d = 0.51$) y su dimensión Actitud al envejecimiento ($d = 0.86$).

c) Satisfacción con el cuidado

Para la variable Satisfacción con el cuidado se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, posttest, seguimiento y seguimiento 2 ($F = 10.78$; $p = .0001$).

Específicamente en las comparaciones múltiples se observó un incremento en las puntuaciones a partir de la comparación pretest-seguimiento 1, el cual fue estadísticamente significativo y se mantuvo al seguimiento 2 ($p = .013$ y $.001$).

Mientras que el tamaño del efecto de la intervención fue de moderado a grande desde la comparación pretest-posttest hasta el seguimiento 2 ($d = 0.55$, 0.65 y 0.82).

d) Independencia

Para la variable Independencia se observaron diferencias estadísticamente significativas mediante la comparación de las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2 ($F = 2.77$; $p = .048$).

En las comparaciones múltiples no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones ($p > .05$).

Asimismo, no se observó efecto de la intervención pues las puntuaciones fueron similares en todas las mediciones, lo que habla de una estabilidad en la independencia de los ancianos residentes.

Tabla 15. Análisis de varianza para medidas repetidas y "d" de Cohen en las variables de los ancianos residentes.

Variables	Pretest (n=26) M, DE	Postest (n=19) M, DE	Seg 1 (n=23) M, DE	Seg 2 (n=25) M, DE	p de ANOVA	F	Comparaciones significativas	d de Cohen
Calidad de vida	59.82 ± 20.68	64.14 ± 19.07	66.44 ± 17.29	69.67 ± 15.76		F = 8.44 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2**	Pretest < Seg2 (d = 0.62)
Capacidad sensorial	73.8 ± 19.76	79.61 ± 15	73.64 ± 17.97	74 ± 16.89		F = .38 ---	Ninguna	Ninguna
Autonomía	56.25 ± 26.1	55.92 ± 23.24	59.24 ± 24.92	61 ± 24.62		F = 1.67 ---	Ninguna	Ninguna
Actividades	51.92 ± 31.26	61.84 ± 28.86	69.02 ± 20.51	73.25 ± 18.17		F = 10.77 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Seg1 (d = 0.83) Pretest < Seg2 (d = 1.17)
Participación social	51.92 ± 27.88	51.32 ± 23.43	68.21 ± 19.32	74.25 ± 16.86		F = 21.97 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Seg1 (d = 0.84) Pretest < Seg2 (d = 1.32)
Temor muerte y agonía	79.57 ± 29.29	86.51 ± 25.02	82.34 ± 30.36	85.25 ± 21.26		F = .583 ---	Ninguna	Ninguna
Intimidad	45.43 ± 35.15	80 ± 11.52	46.20 ± 34.68	50.25 ± 32.29		F = 1.019 ---	Ninguna	Ninguna
Bienestar Subjetivo	64.77 ± 23.62	67.37 ± 20.23	73.74 ± 17.47	69.76 ± 15.83		F = 7.91 p = .0001	Pretest < Seg1**	Pretest < Seg1 (d = 0.51)
Agitación	71.63 ± 27.73	75 ± 25.34	76.09 ± 21.94	69 ± 19.8		F = 1.24 ---	Ninguna	Ninguna
Actitud al envejecimiento	56.59 ± 29.27	59.4 ± 27.87	73.91 ± 20.04	62.29 ± 16.94		F = 8.27 p = .0001	Pretest < Seg1**	Pretest < Seg1 (d = 0.86)
Soledad-Insatisfacción	65 ± 25.33	66.84 ± 20.29	71.74 ± 21.66	70.4 ± 21.3		F = 3.09 p = .036	Ninguna	Ninguna
Satisfacción con el cuidado	63.82 ± 24.08	77.68 ± 25.34	79.14 ± 23.62	79.66 ± 19.26		F = 10.78 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.55) Pretest < Seg1 (d = 0.65) Pretest < Seg2 (d = 0.82)
Independencia	78.08 ± 17.32	78.65 ± 16.58	78.46 ± 15.79	76.60 ± 15.92		F = 2.77 p = .048	Ninguna	Ninguna

Nota. *Comparaciones significativas $p \leq .05$; **Comparaciones significativas $p \leq .01$; Efecto moderado $.50 \leq d < .80$; Efecto grande $d \geq 0.80$

Ancianos residentes. Categorías conductuales

En la tabla 16 se muestra el análisis de varianza para medidas repetidas para todas las categorías conductuales evaluadas en los ancianos residentes; al respecto, se observa el valor de F y el valor de p asociado al estadístico; posteriormente las comparaciones múltiples que reflejaron diferencias estadísticamente significativas, y finalmente el valor “ d ” de Cohen solo cuando éste indicaba un tamaño del efecto moderado o grande de acuerdo a los puntos de corte establecidos.

Se observó que en las 10 categorías conductuales positivas existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest 1, pretest 2, pretest 3, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2 ($p < .05$).

En las categorías conductuales Seguir instrucciones ($p = .018, .001$ y $.008$), Sonreír ($p = .004, .0001$ y $.0001$) y Preguntar ($p = .0001, .0001$ y $.006$) se observó un incremento en las puntuaciones a partir de la comparación pretest 1 - posttest, el cual resultó estadísticamente significativo y se mantuvo hasta el seguimiento 2; mientras que para las categorías Contacto físico ($p = .019$ y $.028$), Atención ($p = .003$ y $.011$) y Reír ($p = .0001$ y $.013$) dicho incremento en las puntuaciones estadísticamente significativo se hace evidente a partir de la comparación pretest 1 - seguimiento 1, manteniéndose al seguimiento 2. Para las categorías Aceptación ($p = .070$), Contacto visual ($p = .042$) y Elogiar ($p = .021$) se encontró significancia en la comparación pretest 1 - seguimiento 1. En las categorías conductuales negativas Desacuerdo, Gritar e Ignorar no hubo diferencias estadísticamente significativas, a pesar de que las puntuaciones disminuyeron en las tres categorías ($p > .05$).

Desde la comparación pretest 1 - posttest se observó un tamaño del efecto de moderado a grande de la intervención en 10 de las 11 categorías conductuales positivas (excepto Elogiar), así como en la categoría conductual negativa Ignorar; dicho efecto se mantuvo hasta el seguimiento 2 ($d > .050$). Para la categoría conductual Elogiar, el tamaño del efecto fue grande a partir de la comparación pretest 1 - seguimiento 1 ($d = 0.98$ y 0.94). Finalmente en las categorías conductuales Desacuerdo y Gritar no se presentó efecto de la intervención ($d < .050$).

Tabla 16. Análisis de varianza para medidas repetidas y "d" de Cohen en las categorías conductuales de los ancianos residentes.

Categorías conductuales	Pretest 1 (n=15) M, DE	Postest (n=15) M, DE	Seg 1 (n=15) M, DE	Seg 2 (n=15) M, DE	F p de ANOVA	Comparaciones Significativas	d de Cohen
Aceptación	.60 ± .33	.83 ± .26	1.02 ± .44	1.06 ± .51	F = 7.9 p = .0001	Pretest < Seg1*	Pretest < Postest (d = 0.88) Pretest < Seg1 (d = 0.95) Pretest < Seg2 (d = 0.89)
Seguir instrucciones	.60 ± .31	.94 ± .35	1.05 ± .31	1.24 ± .58	F = 13.48 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.97) Pretest < Seg1 (d = 1.43) Pretest < Seg2 (d = 1.09)
Contacto visual	.59 ± .42	.88 ± .27	1.08 ± .29	1.15 ± .58	F = 8.47 p = .0001	Pretest < Seg1*	Pretest < Postest (d = 1.06) Pretest < Seg1 (d = 1.62) Pretest < Seg2 (d = 0.95)
Contacto físico	.50 ± .45	.85 ± .3	1.12 ± .3	1.04 ± .33	F = 15.41 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.13) Pretest < Seg1 (d = 2.00) Pretest < Seg2 (d = 1.59)
Peticiones verbales	.60 ± .26	.83 ± .33	.92 ± .34	1.08 ± .38	F = 15.57 p = .0001	Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 0.72) Pretest < Seg1 (d = 0.94) Pretest < Seg2 (d = 1.26)
Sonreír	.33 ± .28	.75 ± .29	.67 ± .29	.80 ± .3	F = 17.44 p = .0001	Pretest-Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.44) Pretest < Seg1 (d = 1.17) Pretest < Seg2 (d = 1.51)
Atención	.69 ± .28	.91 ± .42	1.2 ± .29	1.33 ± .47	F = 13.11 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 0.50) Pretest < Seg1 (d = 1.72) Pretest < Seg2 (d = 1.33)
Reír	.25 ± .27	.46 ± .36	.64 ± .34	.67 ± .24	F = 10.92 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 0.57) Pretest < Seg1 (d = 1.14) Pretest < Seg2 (d = 1.69)
Elogiar	.02 ± .08	.08 ± .14	.22 ± .2	.23 ± .22	F = 6.64 p = .0001	Pretest < Seg1*	Pretest < Seg1 (d = 0.98) Pretest < Seg2 (d = 0.94)
Desacuerdo	.12 ± .17	.06 ± .1	.03 ± .1	.06 ± .12	F = 1.59 ---	Ninguna	Pretest > Postest (d = 0.54) Pretest > Seg1 (d = 0.79)
Gritar	.02 ± .08	0 ± 0	0 ± 0	.01 ± .03	F = .84 ---	Ninguna	Ninguna
Ignorar	.18 ± .34	.04 ± .08	.02 ± .06	.04 ± .1	F = 1.67 ---	Ninguna	Pretest > Postest (d = 1.69) Pretest > Seg1 (d = 2.44) Pretest > Seg2 (d = 1.36)
Preguntar	.54 ± .29	1.01 ± .19	1.17 ± .21	1.31 ± .49	F = 16.23 p = .0001	Pretest-Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 2.42) Pretest < Seg1 (d = 2.92) Pretest < Seg2 (d = 1.55)

Nota. *Comparaciones significativas $p \leq .05$; **Comparaciones significativas $p \leq .01$; Efecto moderado $.50 \leq d < .80$; Efecto grande $d \geq 0.80$

Análisis de niveles de SDL

Los puntajes directos de cada dimensión así como el puntaje general sin ser convertido a una escala de 0 a 100, fueron transformados a percentiles de acuerdo a lo propuesto por Gil-Monte (2005). De acuerdo al percentil obtenido, se distinguen cinco niveles de SDL: crítico (percentil > 89), alto (percentiles 67 al 89), medio (percentiles del 34 al 66), bajo (percentiles 11 al 33), muy bajo (percentil < 11). A continuación para cada dimensión y para el puntaje total de SDL se presenta una figura donde se grafica el porcentaje de participantes (n = 15) que se ubicaron en cada uno de los niveles de SDL para cada evaluación realizada (pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2) con la finalidad de observar la evolución de este fenómeno antes y después de que los cuidadores formales hayan recibido la ICC.

La figura 9 muestra los niveles del SDL para cada evaluación efectuada, en la evaluación pretest la mayoría de los participantes (10 cuidadores que representan el 67%) se ubicaron en niveles elevados de SDL, entendidos como los niveles medio, alto y crítico; para la evaluación posttest el 61% de los participantes (9 cuidadores) se mantuvieron en esos mismos niveles; en el seguimiento 1 se observa una disminución evidente, pues solo el 13% de los participantes (2 cuidadores) se ubicaron en un nivel medio, ningún participante se encontraba en niveles altos o críticos, mientras la mayor parte de los cuidadores, el 87% (13 participantes) manifestaron niveles bajos o muy bajos; finalmente, para el seguimiento 2 solo el 7% de los participantes (1 cuidador) se mantuvieron con un nivel medio y el 93% (14 participantes) se ubicó en niveles bajos o muy bajos.

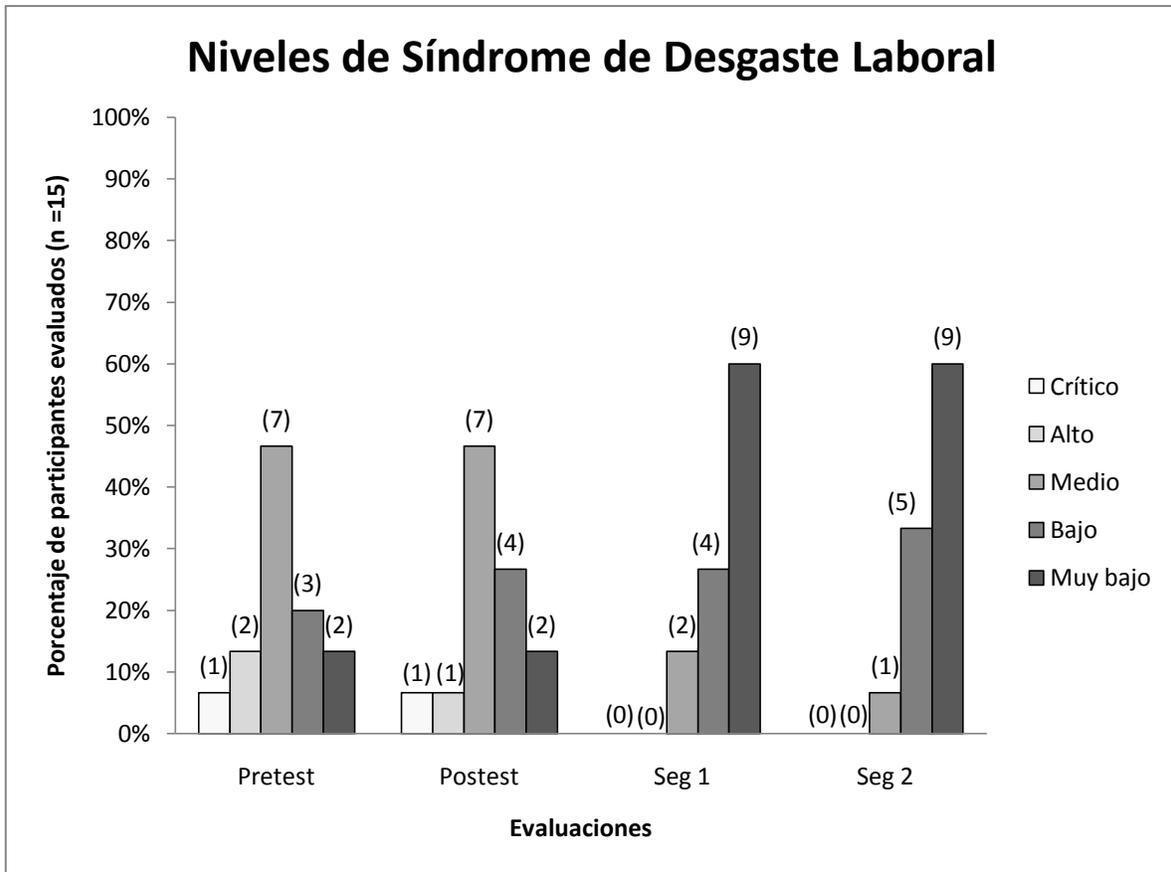


Figura 9. Porcentaje de participantes en cada nivel de SDL. Fuente: Elaboración propia.

Nota. Los valores entre paréntesis indican el número de participantes.

La figura 10 muestra los niveles de la dimensión Desilusión por el trabajo, en la evaluación pretest el 7% de los participantes (1 cuidador) se ubicaron en un nivel bajo y el resto de los participantes en el nivel muy bajo. Para las evaluaciones posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2 todos los participantes reportaron niveles muy bajos de Desilusión por el trabajo.

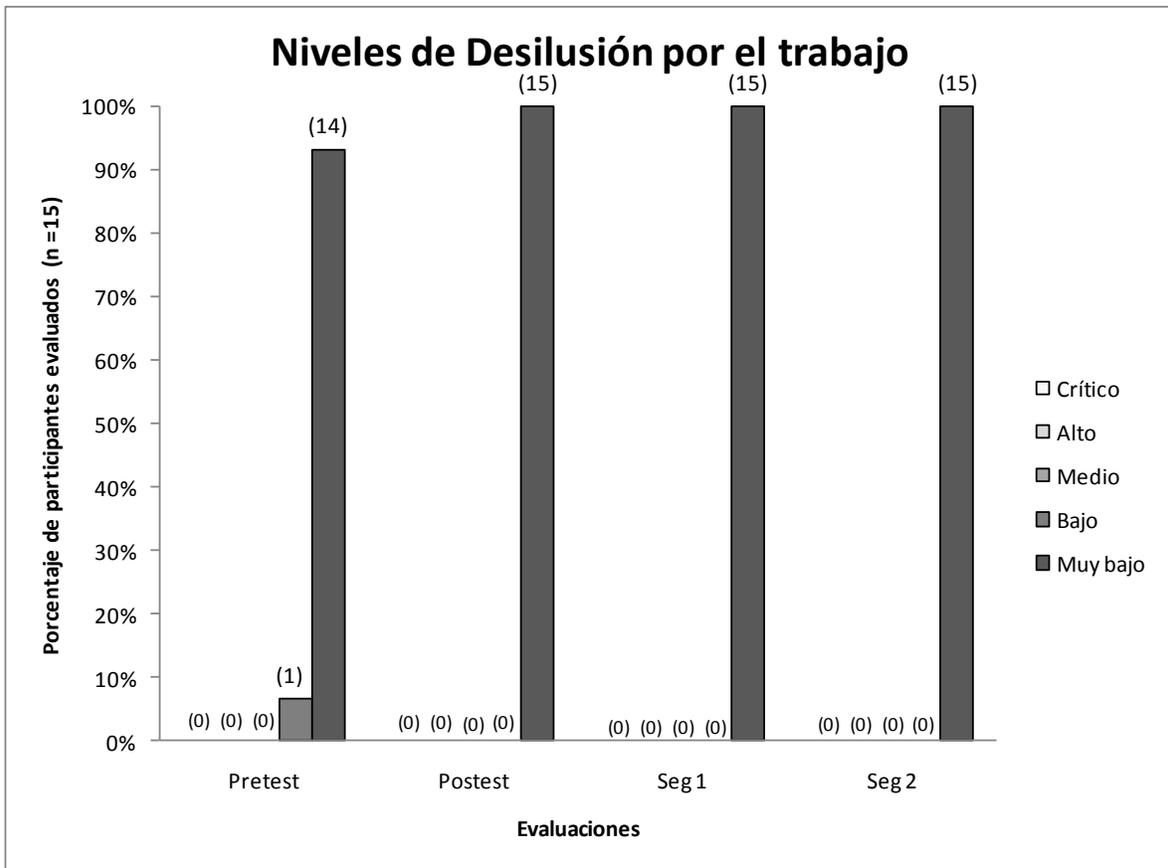


Figura 10. Porcentaje de participantes en cada nivel de Desilusión por el trabajo.
Fuente: Elaboración propia.

Nota. Los valores entre paréntesis indican el número de participantes.

La figura 11 muestra los niveles para la dimensión Desgaste físico y psíquico para cada evaluación efectuada, en la evaluación pretest la mayoría de los participantes (10 participantes que representan el 67%) se ubicaron en niveles elevados, entendidos como los niveles medio, alto y crítico; para la evaluación posttest se observa un cambio importante, pues solo el 33% de los participantes (5 cuidadores) se mantuvieron en niveles alto y medio; en el seguimiento 1 solo el 20% de los participantes (3 cuidadores) se ubicaron en un nivel medio o alto, ningún participante se encontraba en el nivel crítico, mientras la mayor parte de los cuidadores, el 80% (12 participantes) manifestaron niveles bajos o muy bajos; finalmente, para el seguimiento 2 el 20% de los participantes (3 cuidadores) reportó un nivel medio y el 80% de los participantes (12 cuidadores) se ubicaron en niveles bajos o muy bajos.

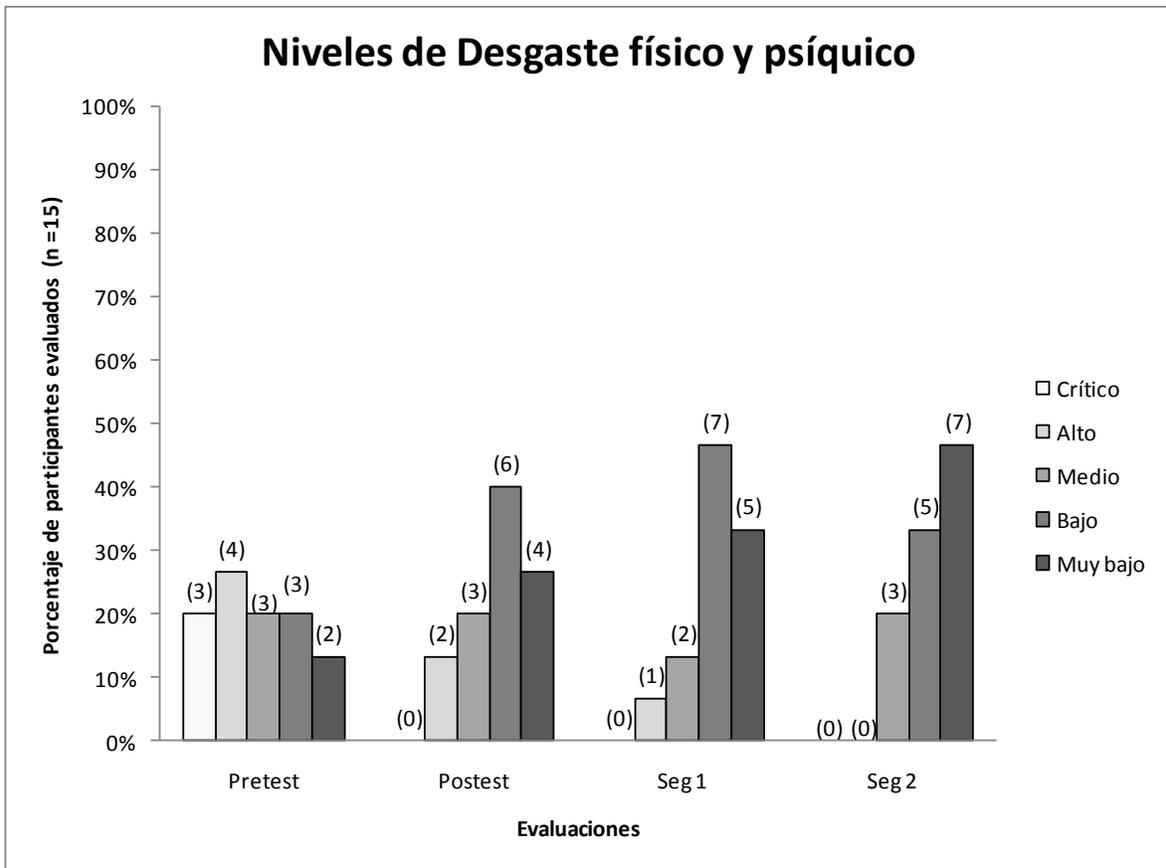


Figura 11. Porcentaje de participantes en cada nivel de Desgaste físico y psíquico.
Fuente: Elaboración propia.

Nota. Los valores entre paréntesis indican el número de participantes.

La figura 12 muestra los niveles para la dimensión Indolencia para cada evaluación efectuada, en la evaluación pretest el 46% de los participantes (7 cuidadores) se ubicaron en los niveles medio y alto; para la evaluación postest se observa que el 33% de los participantes (5 cuidadores) se mantuvieron en el nivel medio; en el seguimiento 1 se mantuvo el mismo 33% (5 participantes) en un nivel medio; finalmente, para el seguimiento 2 el 27% (4 participantes) reportó un nivel medio y el 73% restante (11 participantes) se ubicaron en niveles bajos o muy bajos.

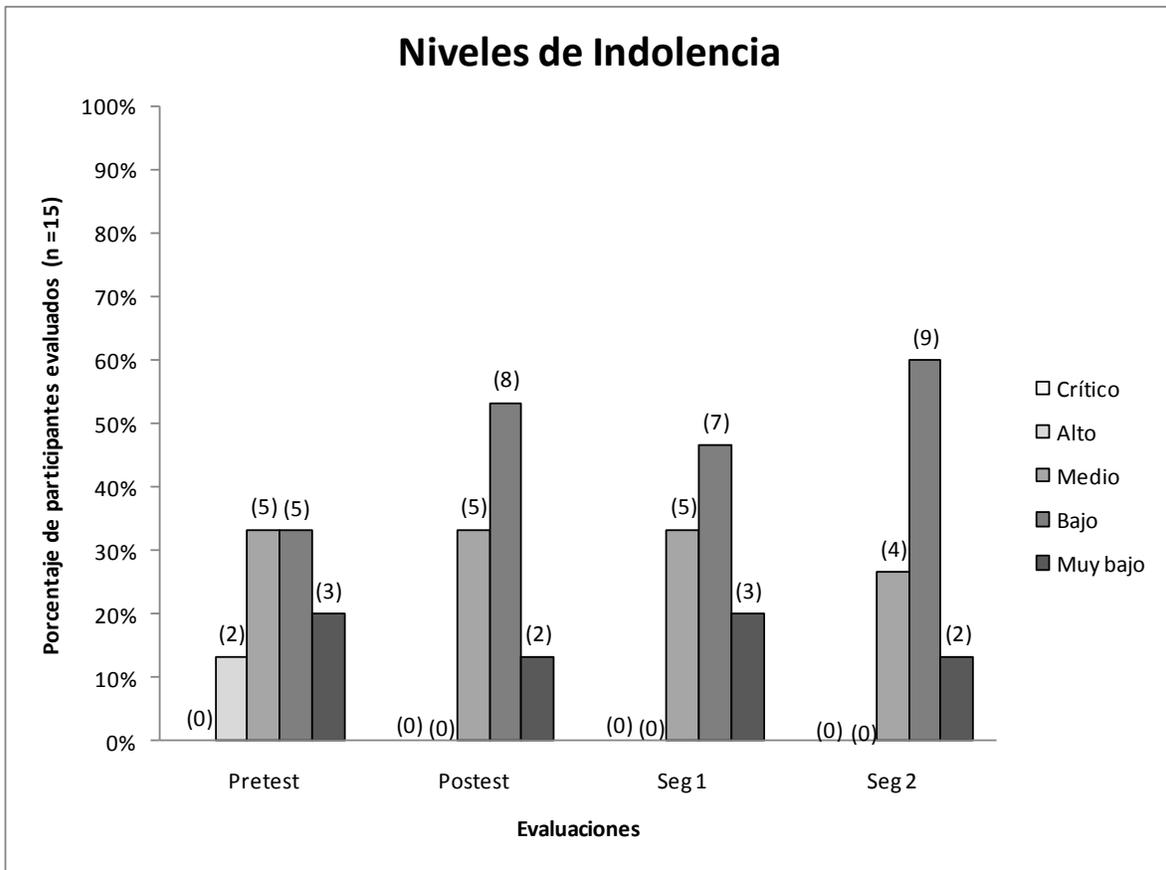


Figura 12. Porcentaje de participantes en cada nivel de Indolencia. Fuente: Elaboración propia.

Nota. Los valores entre paréntesis indican el número de participantes.

La figura 13 muestra los niveles para la dimensión Culpa para cada evaluación efectuada, en la evaluación pretest la mayoría de los participantes (11 participantes que representan el 73%) se ubicaron en niveles elevados, entendidos como los niveles medio, alto y crítico; para la evaluación postest se observa que el 61% de los participantes (9 cuidadores) se mantuvieron en esos niveles; en el seguimiento 1 se observa un cambio importante pues solo el 33% de los participantes (5 cuidadores) se ubicaron en un nivel medio, mientras la mayor parte de los cuidadores, el 67% (10 participantes) manifestaron niveles bajos o muy bajos; finalmente, para el seguimiento 2 se observa que el 47% de los participantes (7 cuidadores) reportó un nivel medio y el 53% de los participantes (8 cuidadores) se ubicaron en niveles bajos o muy bajos.

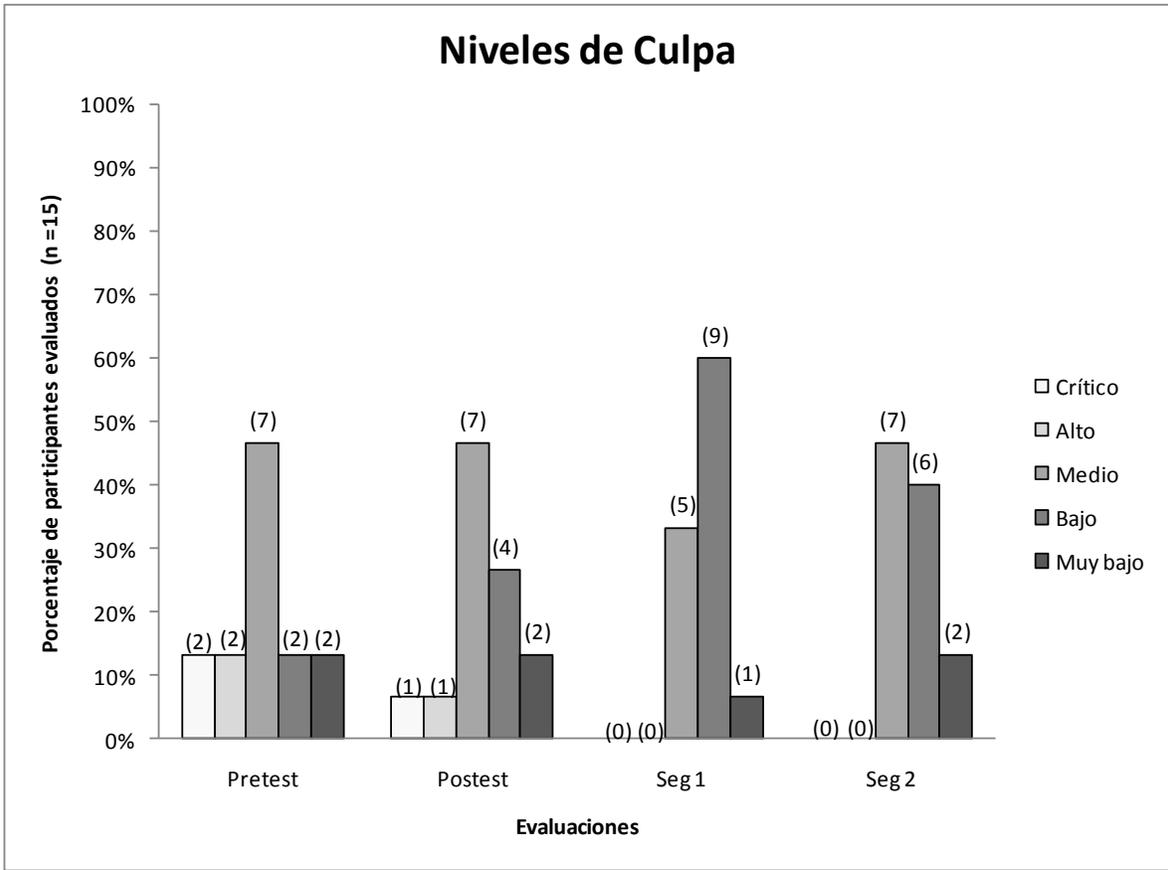


Figura 13. Porcentaje de participantes en cada nivel de Culpa. Fuente: Elaboración propia.

Nota. Los valores entre paréntesis indican el número de participantes.

Análisis Individuales

En este apartado se presentan los análisis individuales para los cuidadores formales y los ancianos residentes contemplando las variables evaluadas y las categorías conductuales que reportaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de varianza para medidas repetidas.

Para cada variable o categoría conductual se presenta una figura que incluye:

- Gráfica donde se muestran los puntajes de Cambio Clínico Objetivo para cada participante en las comparaciones pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2.
- Tabla que muestra el valor de CCO para cada participante.
- Líneas punteadas en los puntajes 0.20 y -.020, señalando el rango de ausencia de CCO, por lo tanto, los participantes con puntajes de CCO ≥ 0.20 habrán obtenido un CCO positivo significativo; y los participantes con puntajes de CCO ≤ 0.20 habrán obtenido un CCO negativo significativo.
- Adicionalmente los participantes fueron ordenados del mayor CCO al menor CCO.

Cuidadores formales. Variables

a) SDL

En la figura 14 se muestra la gráfica con los valores de CCO obtenidos por cada participante en la variable SDL; se observa que el 100% de los cuidadores reportaron valores de CCO positivo significativo.

El 86.6% de los cuidadores ("l", "o", "d", "f", "m", "g", "n", "a", "e", "b", "h", "k" e "i") reflejaron disminución clínica en las puntuaciones desde la evaluación postest manteniéndose al seguimiento 2. El participante "c" disminuyó sus puntajes clínicamente a partir del seguimiento 1, mientras que el participante "j" lo hizo hasta el seguimiento 2.

b) Calidad de vida

La figura 15 muestra la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la variable Calidad de vida; se aprecia que el 60% (9 cuidadores) reflejaron valores de CCO positivo significativo, y el 40 % restante (6 cuidadores) reportaron ausencia de CCO.

El 26.66% de los cuidadores ("m", "o", "h" y "e") reflejaron mejoría clínica desde la evaluación posttest manteniéndose al seguimiento 2. Mientras que el 53.33% de los participantes ("m", "b", "c", "d", "o", "h", "e" y "k") concluyeron las evaluaciones (comparación pretest-seguimiento 2) reportando valores de CCO positivos significativos.

Además, ningún cuidador obtuvo valores de CCO negativo significativo.

c) Percepción de salud

La Figura 16 muestra la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la variable Percepción de salud, se aprecia que el 60% (9 cuidadores) reportaron valores de CCO positivo significativo, y el 40% restante (6 cuidadores) reportaron ausencia de CCO.

El 26.66% de los cuidadores ("e", "k", "h" y "j") reportaron mejoría clínica desde la evaluación posttest manteniéndose al seguimiento 2; mientras el 33.33% de los cuidadores ("e", "k", "h", "d" y "j") concluyeron las evaluaciones (comparación pretest-seguimiento 2) reportando valores de CCO positivos significativos.

Solo el 13.33% de los participantes ("d" y "l") obtuvieron valores de CCO negativo significativo en la comparación pretest-seguimiento 1; y posteriormente, en la comparación pretest-seguimiento 2 volvieron a reflejar CCO positivo significativo.

d) Habilidades sociales

En la figura 17 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la variable Habilidades sociales; el 66.6% (10 cuidadores) reflejaron valores de CCO positivo significativo, y el 33.33% restante (5 cuidadores) reportaron ausencia de CCO.

El 53.33% de los cuidadores ("h", "o", "a", "m", "d", "c", "b" y "e") reportaron mejoría clínica desde la evaluación posttest hasta el seguimiento 2. El 73.33% de los participantes ("h", "o", "a", "m", "d", "c", "b", "n", "e", "j" y "l") concluyeron las evaluaciones (comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, ningún cuidador obtuvo valores de CCO negativo significativo.

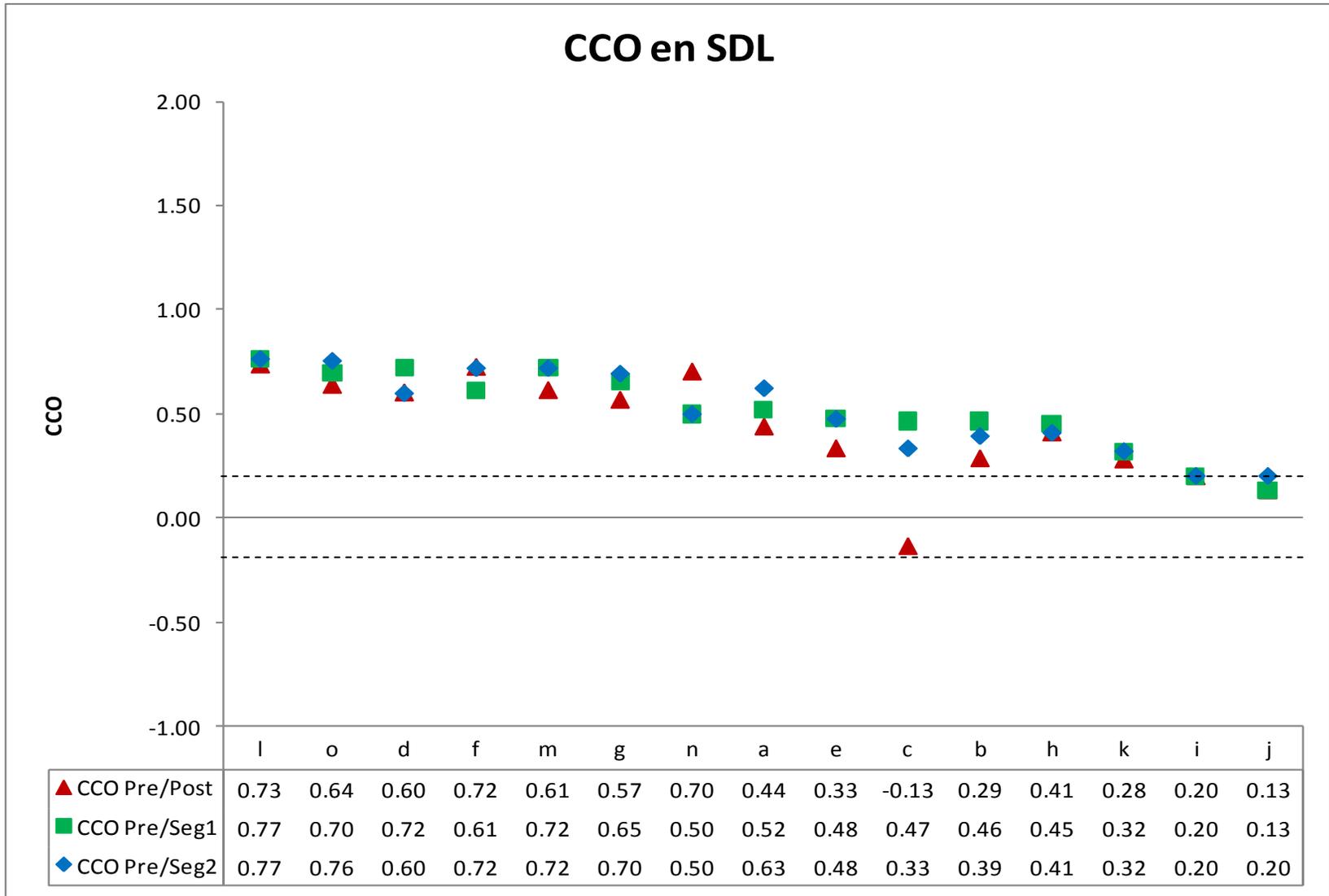


Figura 14. Síndrome de Desgaste Laboral en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

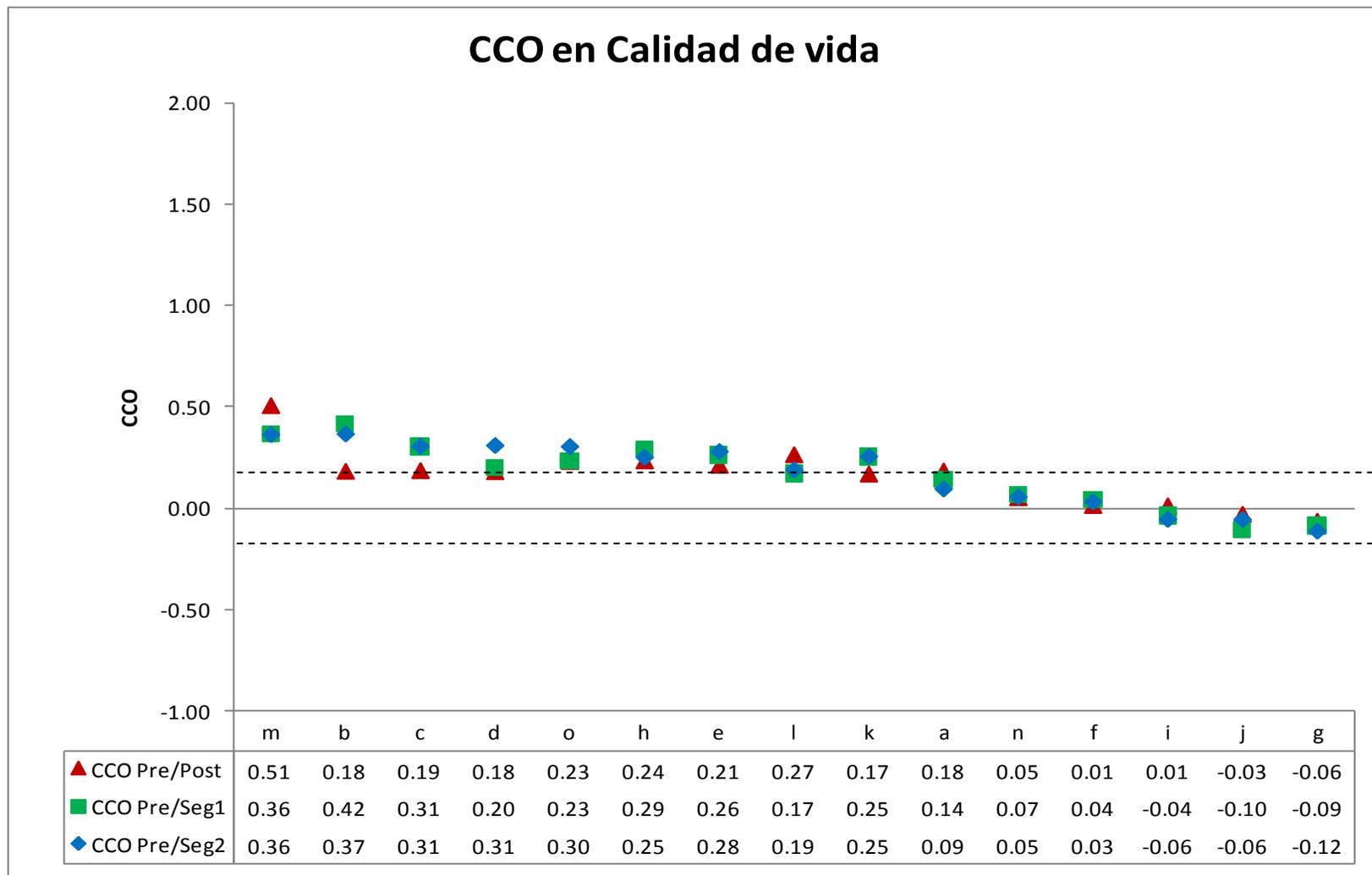


Figura 15. Calidad de vida en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

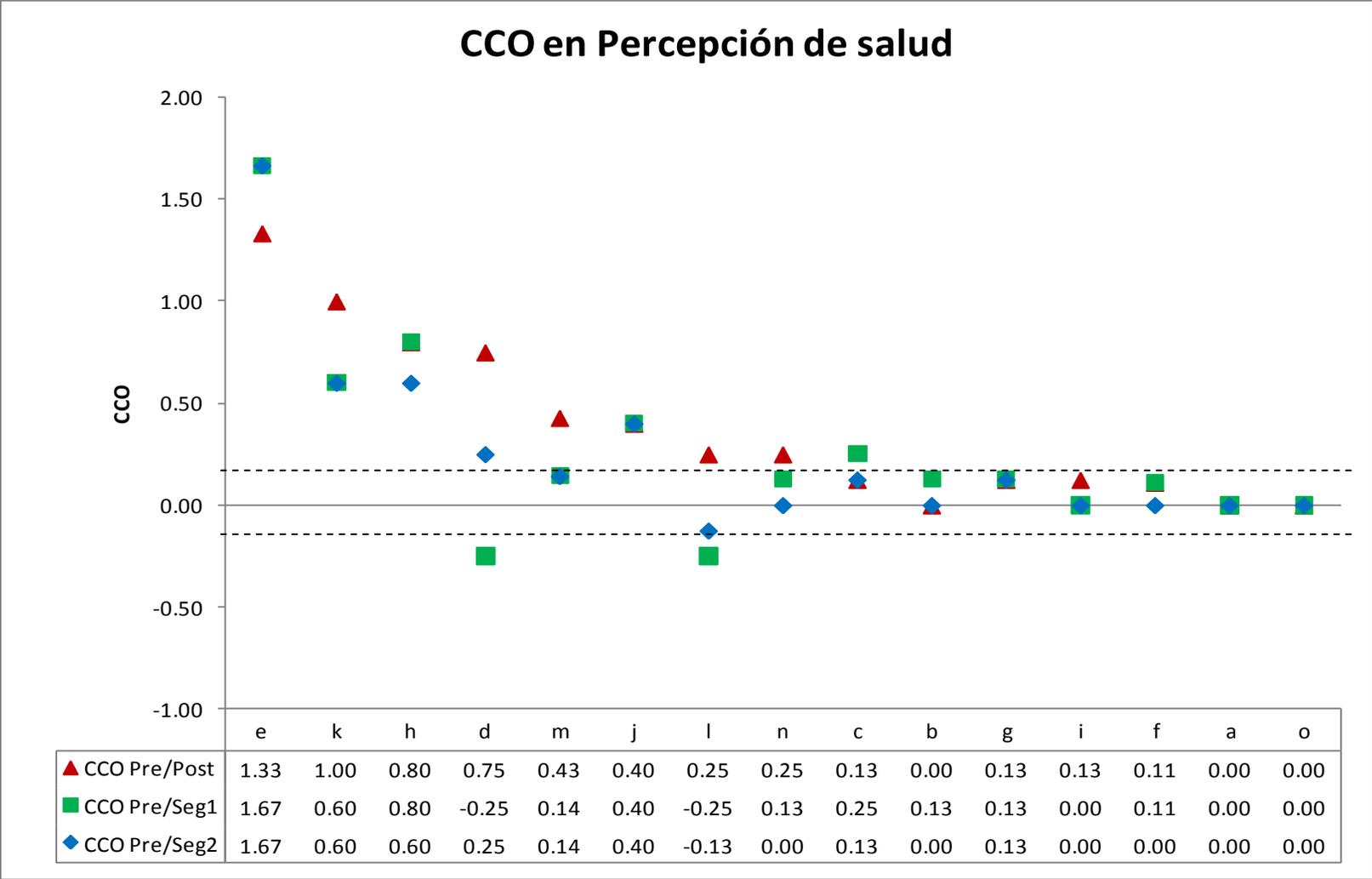


Figura 16. Percepción de salud en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

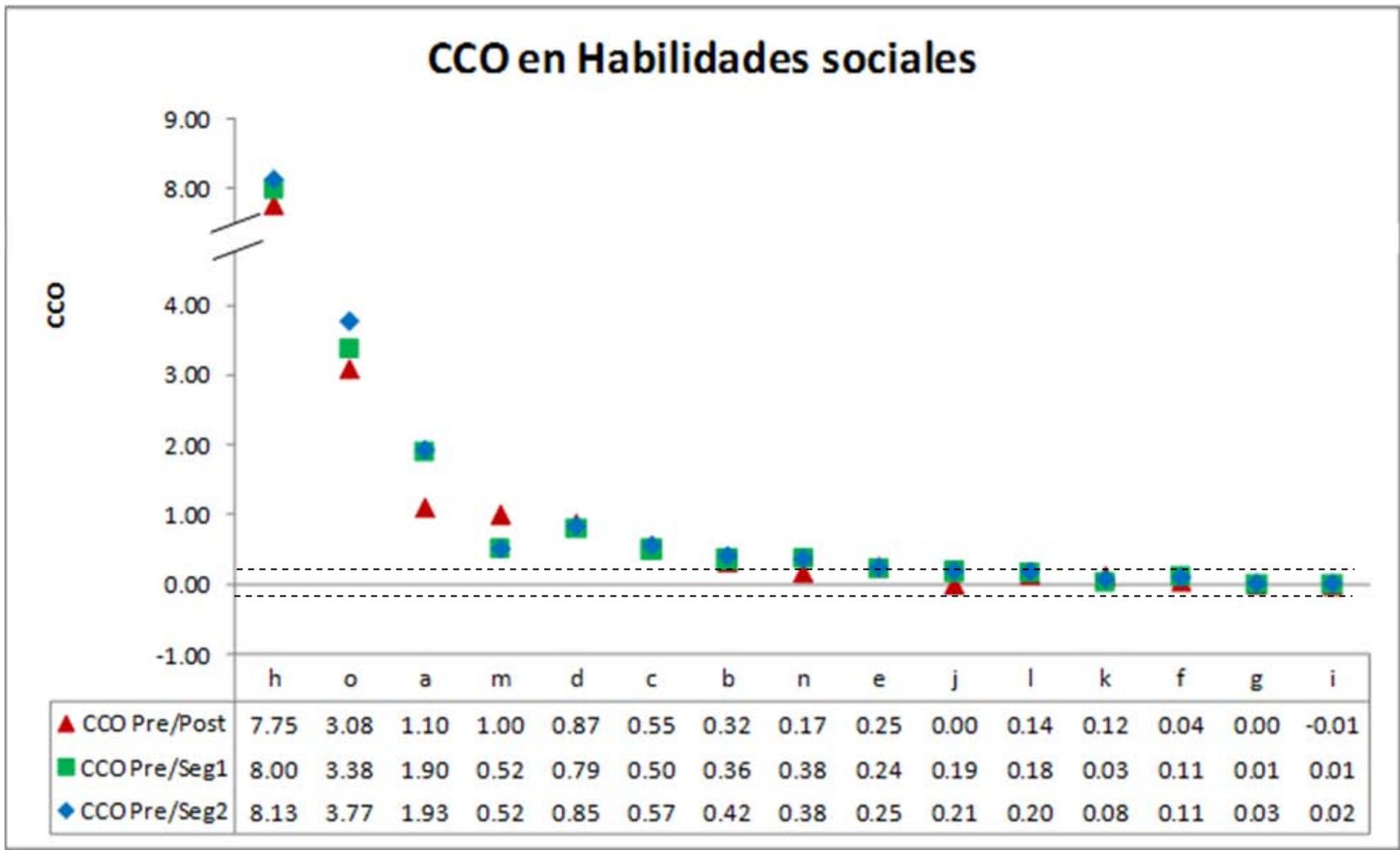


Figura 17. Habilidades sociales en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

Cuidadores formales. Categorías conductuales

a) Compartir

En la figura 18 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Compartir, el 73.33% (11 cuidadores) reflejaron valores de CCO positivo significativo, el 6.66% (1 cuidador) obtuvo ausencia de CCO y CCO negativo significativo; mientras que, para el 20% (3 cuidadores) no se pudo calcular el CCO debido a un efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo los puntajes de los 3 participantes incrementaron a lo largo de las evaluaciones postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 66.66% de los cuidadores ("k", "h", "a", "g", "f", "b", "e", "j", "l" y "n") reportaron mejoría clínica desde la evaluación postest que se mantuvo al seguimiento 2, el 73.33% ("k", "h", "a", "g", "f", "b", "e", "j", "l", "n" y "c") concluyó las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, los cuidadores "c" y "o" obtuvieron en una comparación valores de CCO negativo significativo, sin embargo, concluyeron las evaluaciones con CCO positivo significativo y ausencia de CCO respectivamente.

b) Premiar

En la figura 19 se observa la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Premiar, el 33.33% (5 cuidadores) reflejaron valores de CCO positivos significativo, para el 66.66% (10 cuidadores) no se pudo calcular el CCO debido a un efecto piso en la evaluación pretest, no obstante 8 de estos cuidadores incrementaron sus puntajes a lo largo de las evaluación postest, seguimiento 1 o seguimiento 2.

El 13.33% de los cuidadores ("g" y "h") reportaron mejoría clínica desde la evaluación postest hasta el seguimiento 2; el 33.33% ("g", "a", "h", "n" y "f") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, los cuidadores "a" y "n" obtuvieron en una comparación valores de CCO negativo significativo, sin embargo, concluyeron las evaluaciones con CCO positivo significativo.

c) Contacto visual

En la figura 20 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Contacto visual, el 100% (15 cuidadores) reflejaron valores de CCO positivo.

El 66.66% de los cuidadores ("i", "g", "f", "c", "e", "h", "b", "j", "k" y "n") reportaron mejoría clínica en las tres comparaciones pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2. Adicionalmente, el 93.33% (11 cuidadores) concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, solo el cuidador "a" obtuvo en la comparación pretest-postest un CCO negativo significativo, sin embargo, concluyó las evaluaciones con CCO positivo significativo.

d) Acercamientos breves

En la figura 21 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Acercamientos breves, el 80% (12 cuidadores) reflejaron valores de CCO positivo significativo. Para el 20% restante (3 cuidadores) no fue posible calcular el CCO debido a un efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo los puntajes de los 3 participantes incrementaron a lo largo de las evaluaciones postest, seguimiento 1 o seguimiento 2.

El 46.66% de los cuidadores ("i", "l", "f", "j", "n", "h" y "o") reportaron mejoría clínica desde la evaluación postest al seguimiento 2, mientras que el 73.33% ("i", "l", "f", "j", "g", "a", "k", "n", "h", "o" y "d") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, los cuidadores "g", "a" y "d" reportaron en al menos una comparación un valor de CCO negativo significativo, no obstante, concluyeron las evaluaciones con valores de CCO positivos significativos.

e) Proximidad

En la figura 22 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Proximidad, el 93.33% (14 cuidadores) reportaron valores de CCO positivos significativos; para el 6.66% restante (1 cuidador) no fue posible calcular el valor de CCO debido a un efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo sus puntuaciones incrementaron a lo largo de las evaluaciones posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 60% de los cuidadores ("f", "k", "e", "h", "b", "g", "o", "j" y "a") reportaron mejoría clínica en las tres comparaciones realizadas pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2. El 80% de los cuidadores ("f", "k", "e", "h", "b", "g", "o", "j", "a", "i", "l" y "n") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, el cuidador "l" reportó un CCO negativo significativo en la comparación pretest-posttest, sin embargo, concluyó las comparaciones con valores de CCO positivos significativos.

f) Contacto físico

En la figura 23 se observa la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Contacto físico, el 86.66% (13 cuidadores) reportaron valores de CCO positivos significativos; para el 13.33% restante (2 cuidadores) no fue posible calcular el CCO debido a un efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo sus puntuaciones incrementaron a lo largo de las evaluaciones posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 60% de los cuidadores ("l", "n", "j", "c", "g", "k", "h", "m" y "a") reportaron mejoría clínica en las tres comparaciones realizadas pretest-posttest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2. El 80% de los cuidadores ("l", "n", "j", "c", "g", "k", "l", "o", "h", "m", "a" y "b") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, los cuidadores "l" y "f" reportaron valores de CCO negativos significativos en las comparaciones pretest-posttest y pretest-seguimiento 1, sin embargo, concluyeron las comparaciones con valores de CCO positivos significativos y ausencia de CCO respectivamente.

g) Peticiones verbales

En la figura 24 se observa la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Peticiones verbales, el 80% (12 cuidadores) reportaron valores de CCO positivos significativos, el 6.66% (1 cuidador) reportó ausencia de CCO, mientras que, para el 13.33% restante (2 cuidadores) no se pudo calcular el CCO debido a un efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo sus puntuaciones incrementaron a lo largo de las evaluaciones posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 53.33% de los cuidadores ("g", "i", "h", "j", "l", "o", "m" y "f") reportaron mejoría clínica desde la evaluación posttest al seguimiento 2. Además el 80% de los cuidadores ("g", "l", "d", "h", "j", "l", "n", "o", "m", "f", "e" y "k") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, el cuidador "d" reportó valores de CCO negativos significativos en la comparación pretest-posttest, sin embargo, concluyó las evaluaciones con valores de CCO positivos significativos.

h) Sonreír

En la figura 25 se observa la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Sonreír, el 66.66% (10 cuidadores) reportaron valores de CCO positivos significativos; para el 33.33% (5 cuidadores) no fue posible calcular el CCO debido a un efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo, sus puntajes incrementaron a lo largo de las evaluaciones posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 33.33% de los cuidadores ("g", "k", "l", "i" e "m") reportaron mejoría clínica a partir de la evaluación posttest manteniéndose al seguimiento 2. Mientras que el 60% de los cuidadores ("g", "k", "l", "i", "d", "c", "m", "a" y "n")

concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, los cuidadores "d", "c" y "f" reportaron valores de CCO negativos significativos en la comparación pretest-postest, sin embargo, concluyeron las comparaciones con valores de CCO positivos significativos y ausencia de CCO respectivamente.

i) Modelamiento

En la figura 26 se observa la gráfica con los valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Modelamiento, el participante "b" reportó valores de CCO positivos significativos, para el 93.33% restante (14 cuidadores) no fue posible calcular el CCO debido al efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo 13 de ellos incrementaron sus puntuaciones a lo largo de las evaluaciones postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

j) Reír

En la figura 27 se observa la gráfica con valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Reír, el 66.66% (10 cuidadores) reportaron valores de CCO positivos significativos; para el 33.33% (5 cuidadores) no fue posible calcular el CCO debido al efecto piso que se presentó en la evaluación pretest, no obstante, sus puntuaciones incrementaron a lo largo de las evaluaciones pretest, seguimiento 1 o seguimiento 2.

El 40% de los cuidadores ("h", "o", "b", "a", "m" y "k") reportaron mejoría clínica desde la evaluación postest al seguimiento 2; mientras que el 60% de cuidadores ("h", "o", "b", "a", "n", "g", "m", "k" y "c") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Adicionalmente, los cuidadores "n" y "c" reportaron valores de CCO negativos significativos en la comparación pretest-postest, finalizando las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) con valores de CCO positivos significativos. No obstante, el cuidador "d", reportó CCO negativo significativo en la última comparación efectuada.

k) Desaprobar

En la figura 28 se observa la gráfica con valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Desaprobar, el 33.33% (5 cuidadores) reportaron valores de CCO positivos significativos, mientras que, para el 66.66% restante no fue posible calcular los valores de CCO debido al efecto piso presentado en la evaluación pretest y que se mantuvo en todos los casos al seguimiento 2.

l) Preguntar

En la figura 29 se observa la gráfica con valores de CCO para cada cuidador en la categoría conductual Preguntar, el 86.66% (13 cuidadores) reportaron valores de CCO positivos significativos; para el 13.33% restante no se pudo calcular los valores de CCO debido al efecto piso presentado en la evaluación pretest, no obstante, sus puntajes incrementaron a lo largo de las evaluaciones pretest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 73.33% de los cuidadores ("h", "g", "a", "k", "l", "n", "f", "b", "o", "i" y "m") reportaron mejoría clínica en las tres comparaciones efectuadas pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2. Mientras que el 80% ("h", "g", "a", "d", "k", "l", "n", "f", "b", "o", "i" y "m") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, ningún cuidador reportó valores de CCO negativos significativos.

CCO en Compartir

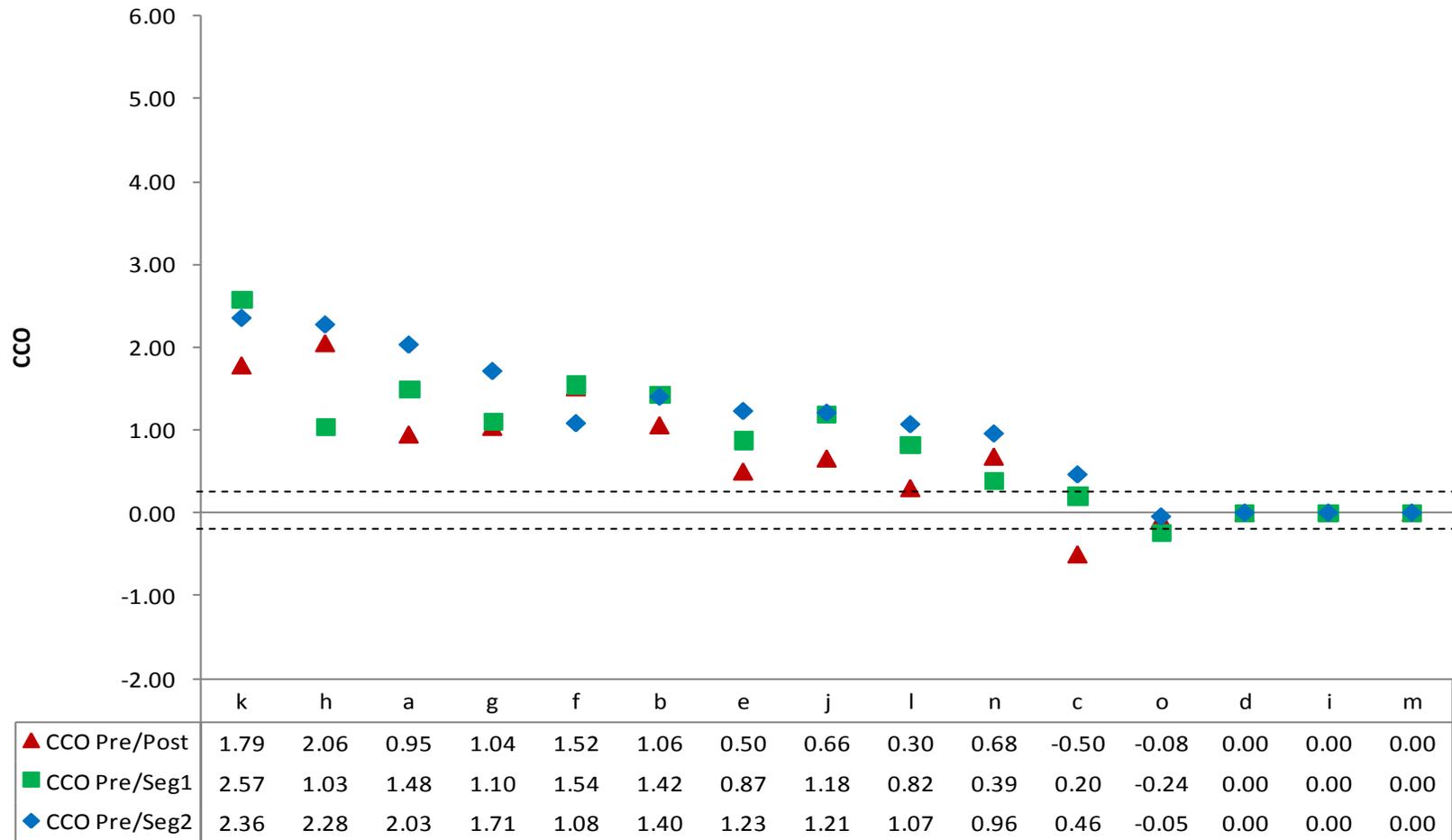


Figura 18. Compartir en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

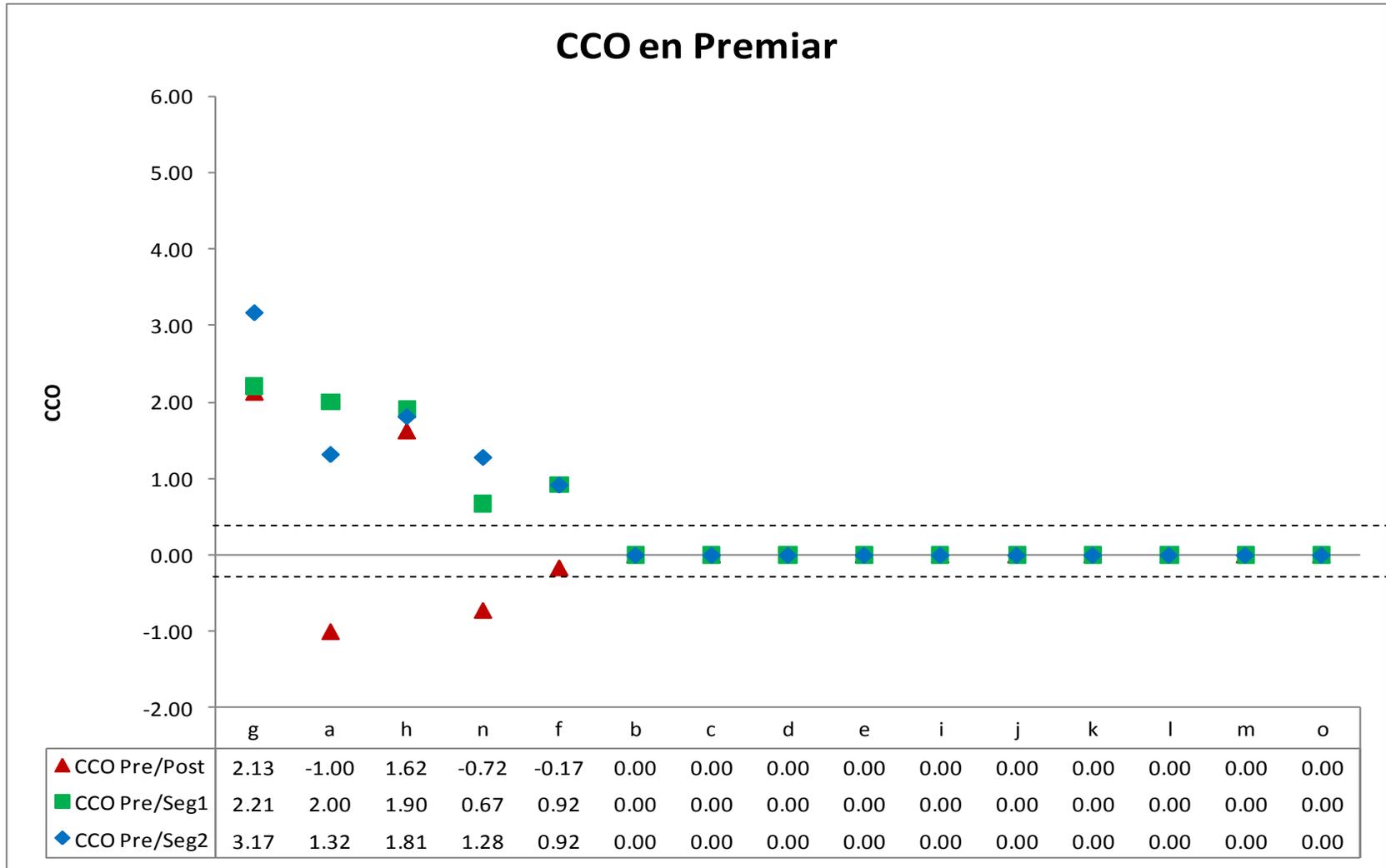
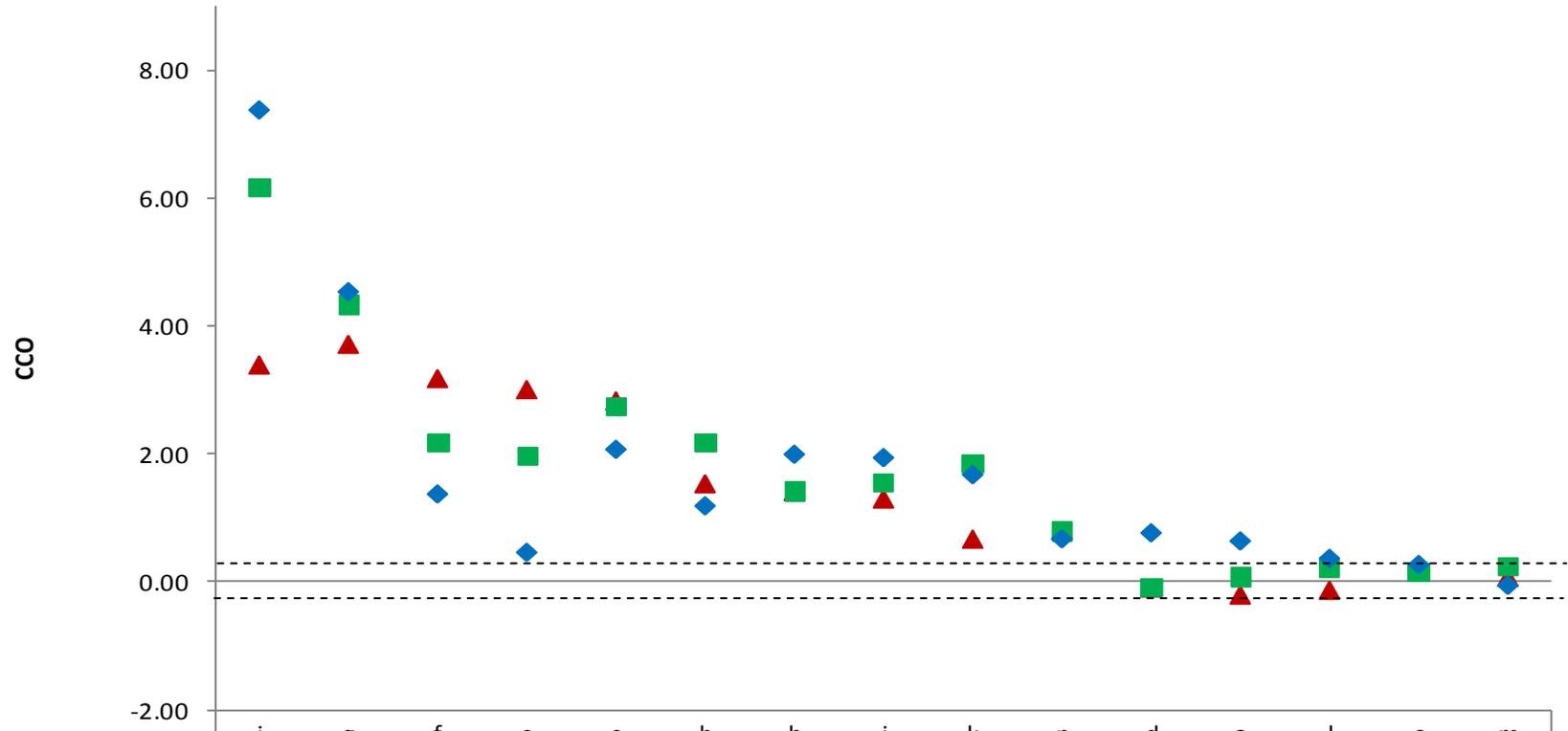


Figura 19. Premiar en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

CCO en Contacto visual



	i	g	f	c	e	h	b	j	k	n	d	a	l	o	m
▲ CCO Pre/Post	3.38	3.71	3.17	3.00	2.82	1.53	1.40	1.29	0.66	0.80	-0.10	-0.21	-0.14	0.22	0.06
■ CCO Pre/Seg1	6.15	4.33	2.17	1.97	2.74	2.17	1.42	1.55	1.85	0.79	-0.09	0.07	0.21	0.15	0.23
◆ CCO Pre/Seg2	7.38	4.54	1.38	0.47	2.08	1.19	2.00	1.95	1.68	0.68	0.77	0.64	0.37	0.28	-0.05

Figura 20. Contacto visual en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

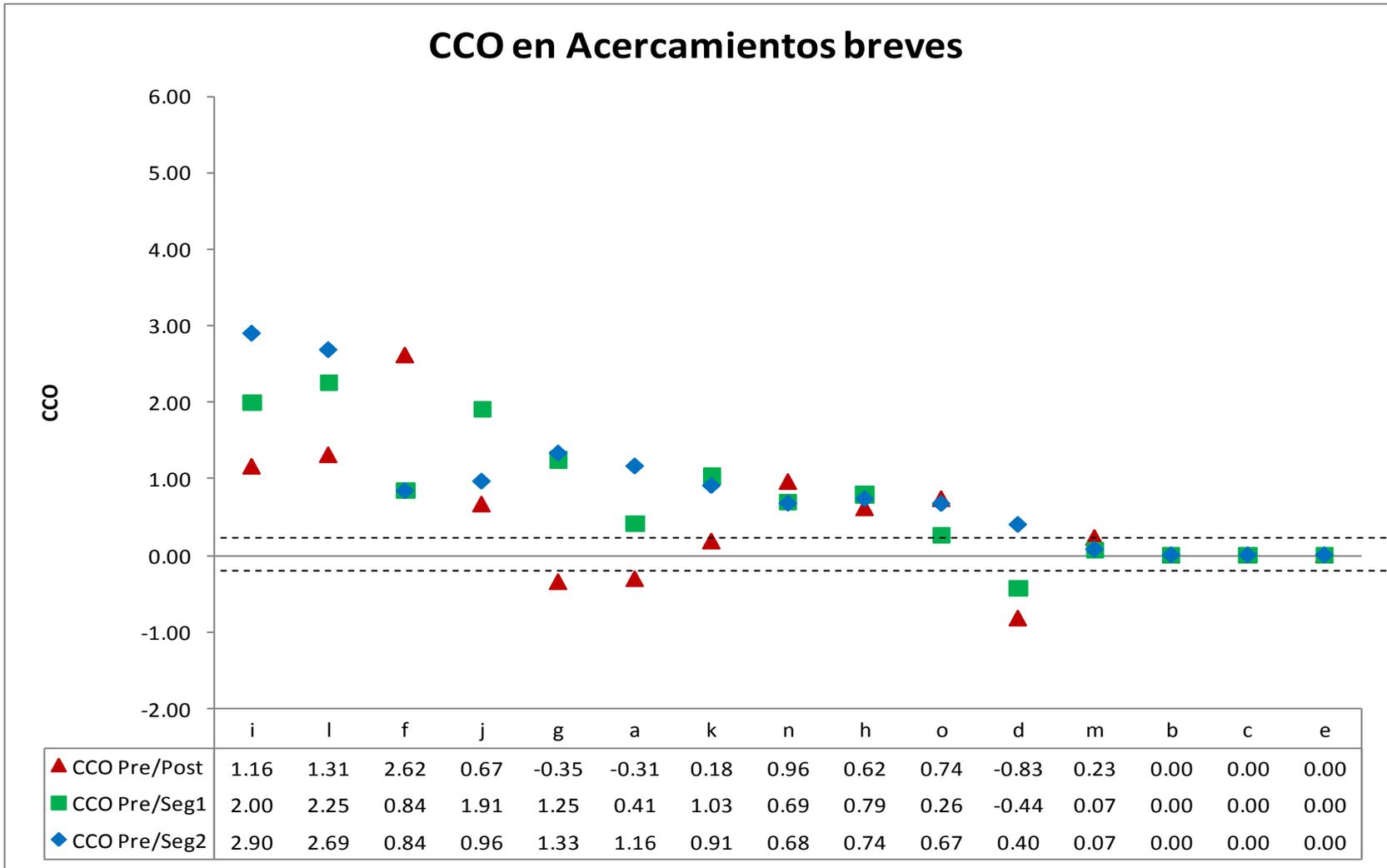


Figura 21. Acercamientos breves en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

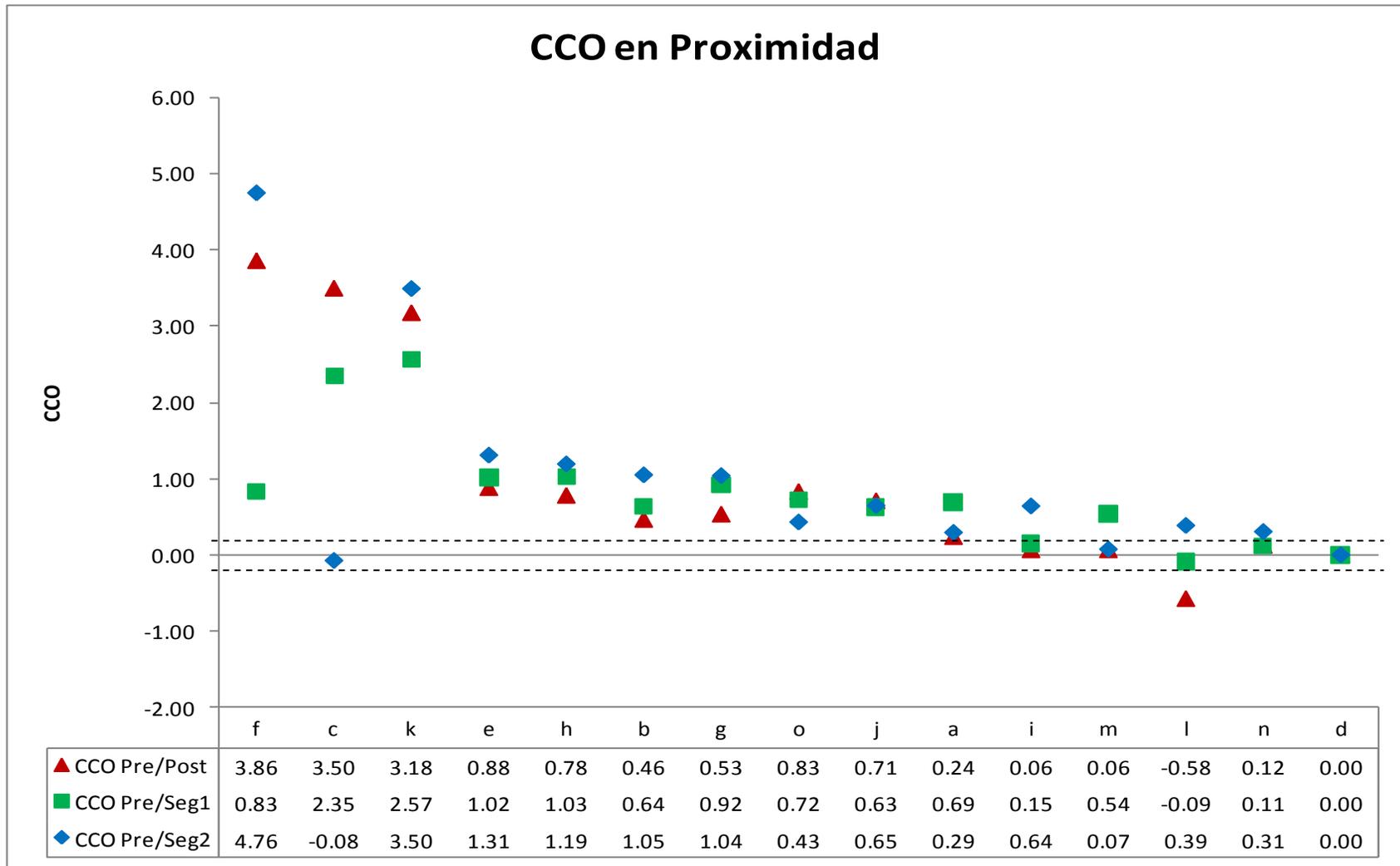


Figura 22. Proximidad en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

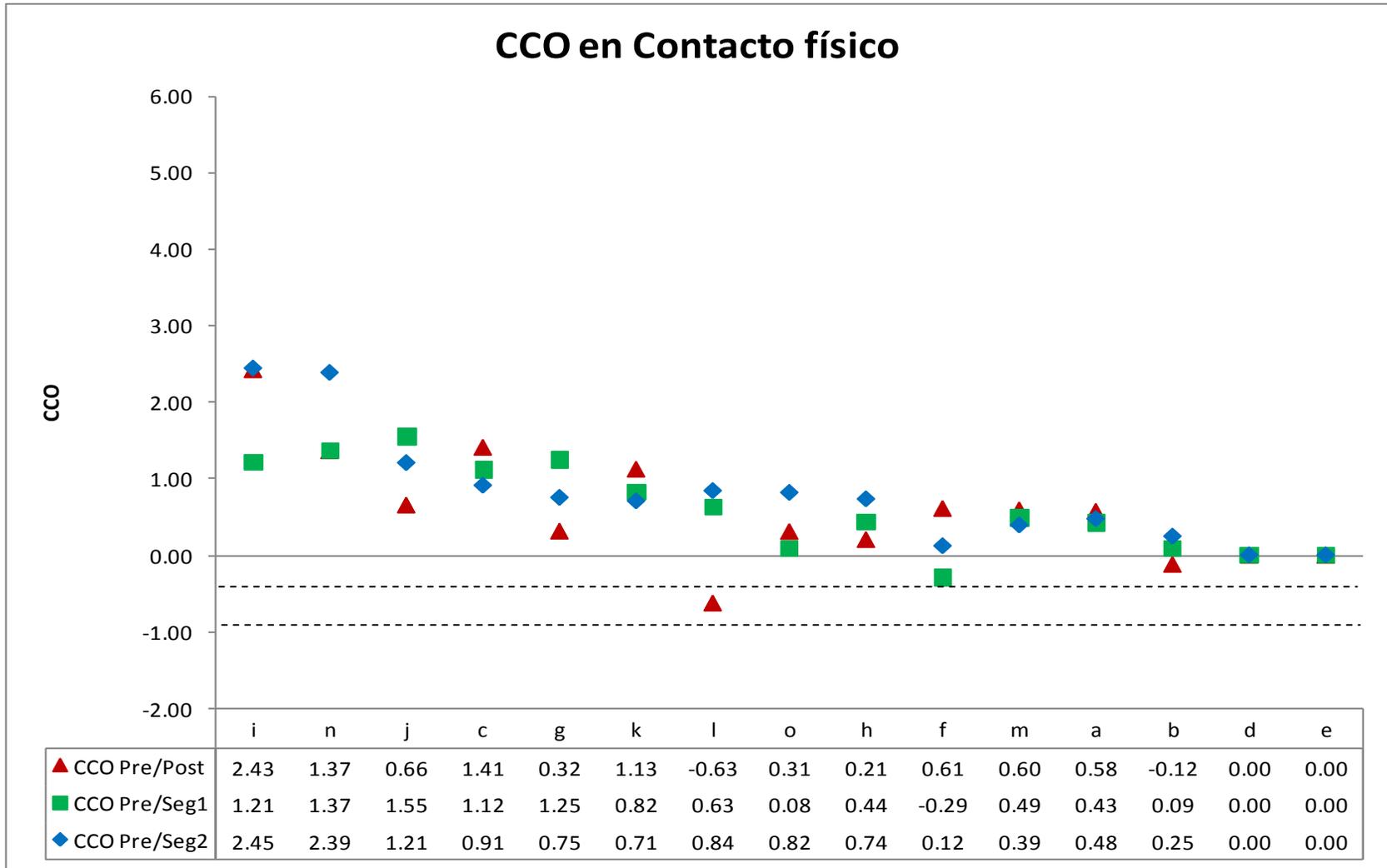


Figura 23. Contacto físico en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

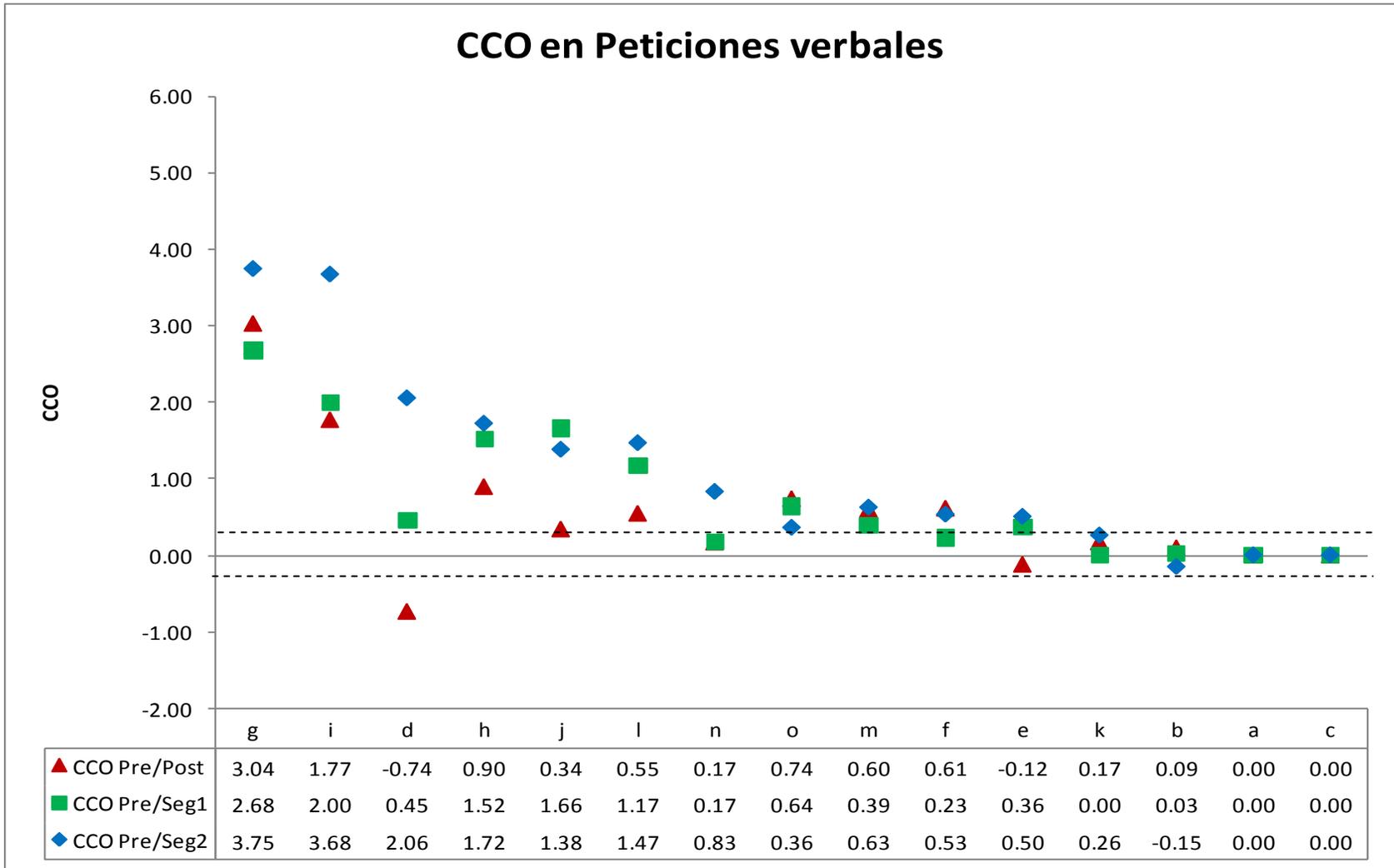


Figura 24. Peticiones verbales en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

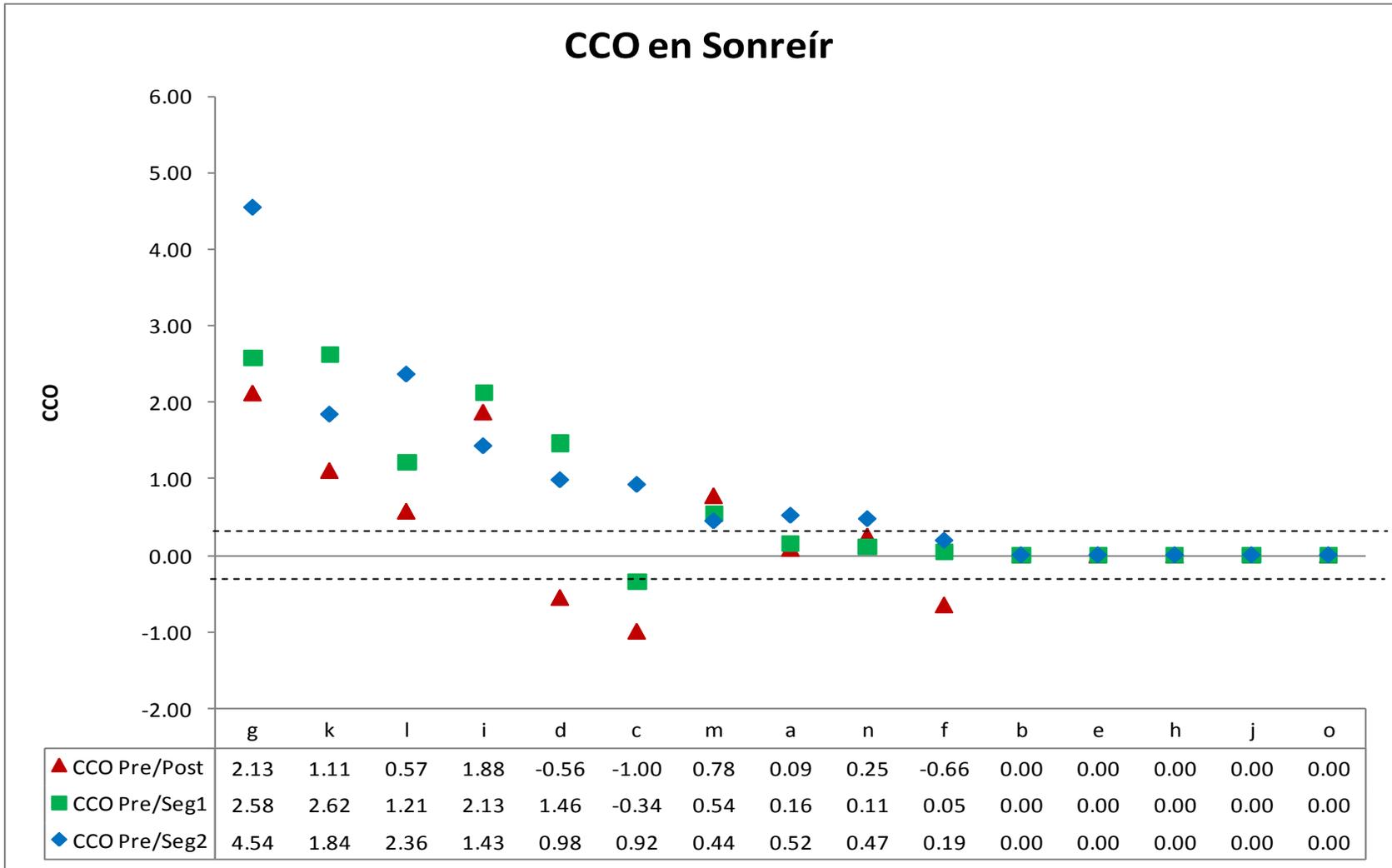


Figura 25. Sonreír en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

CCO en Modelamiento

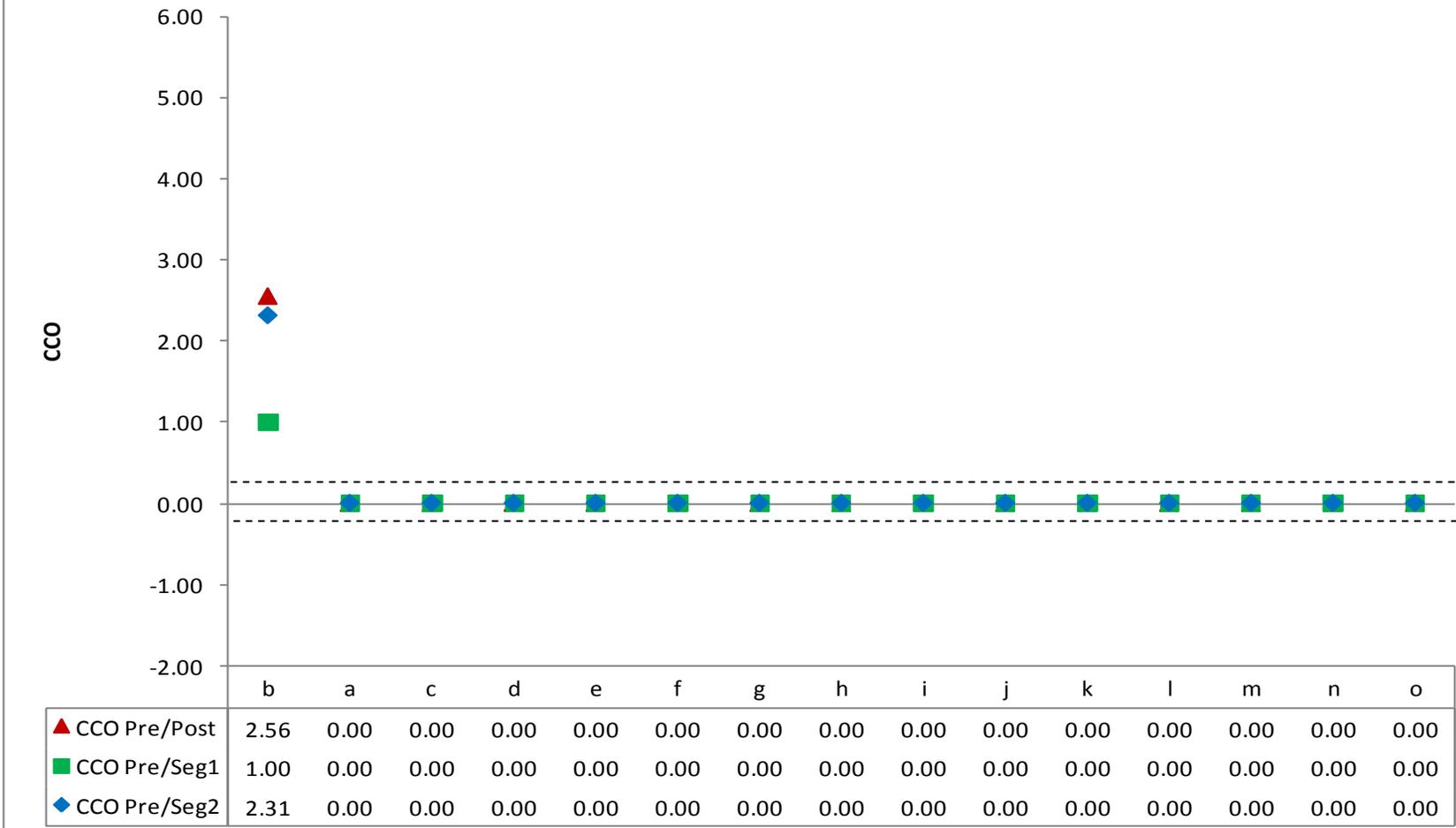


Figura 26. Modelamiento en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

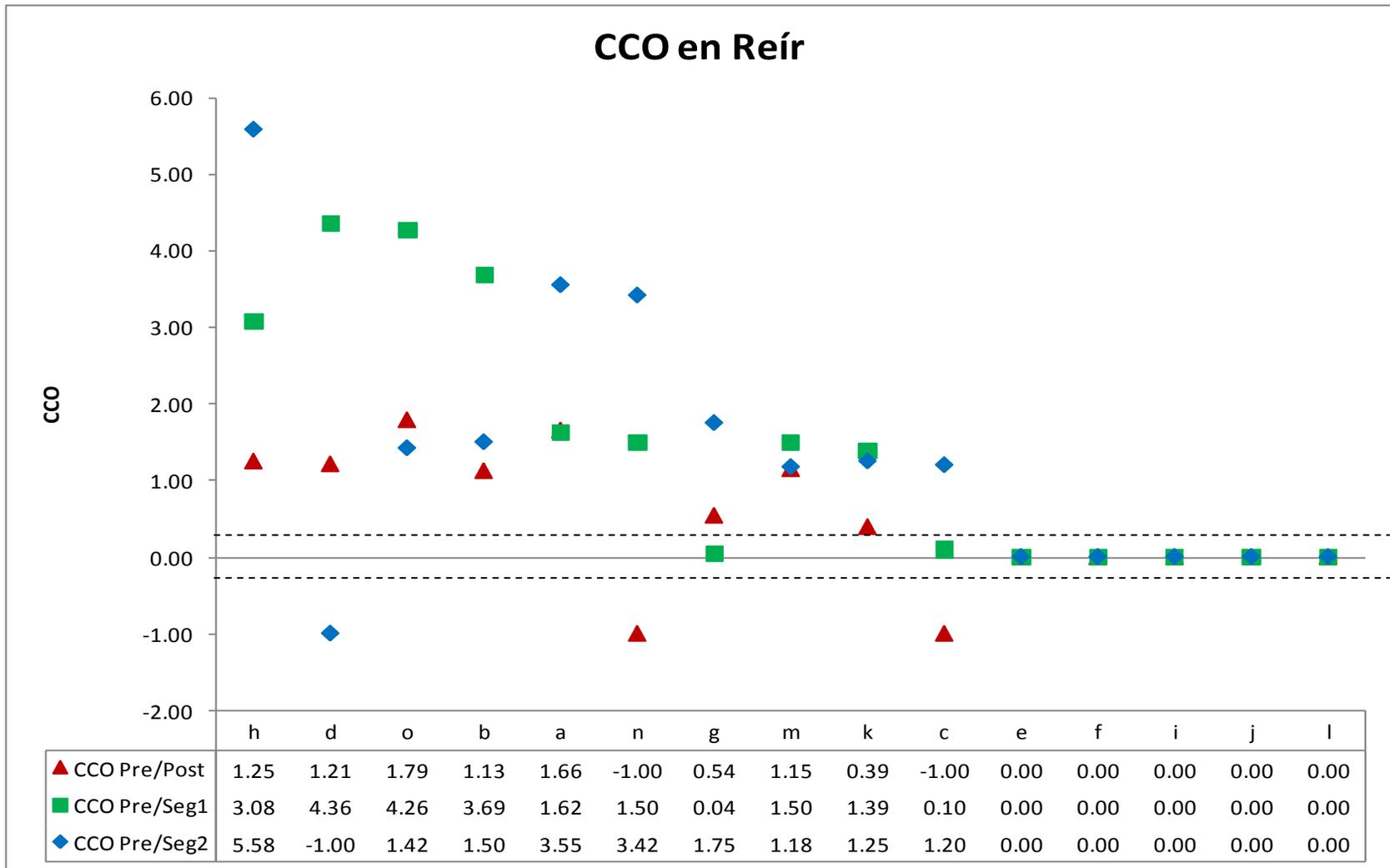


Figura 27. Reír en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

CCO en Desaprobar

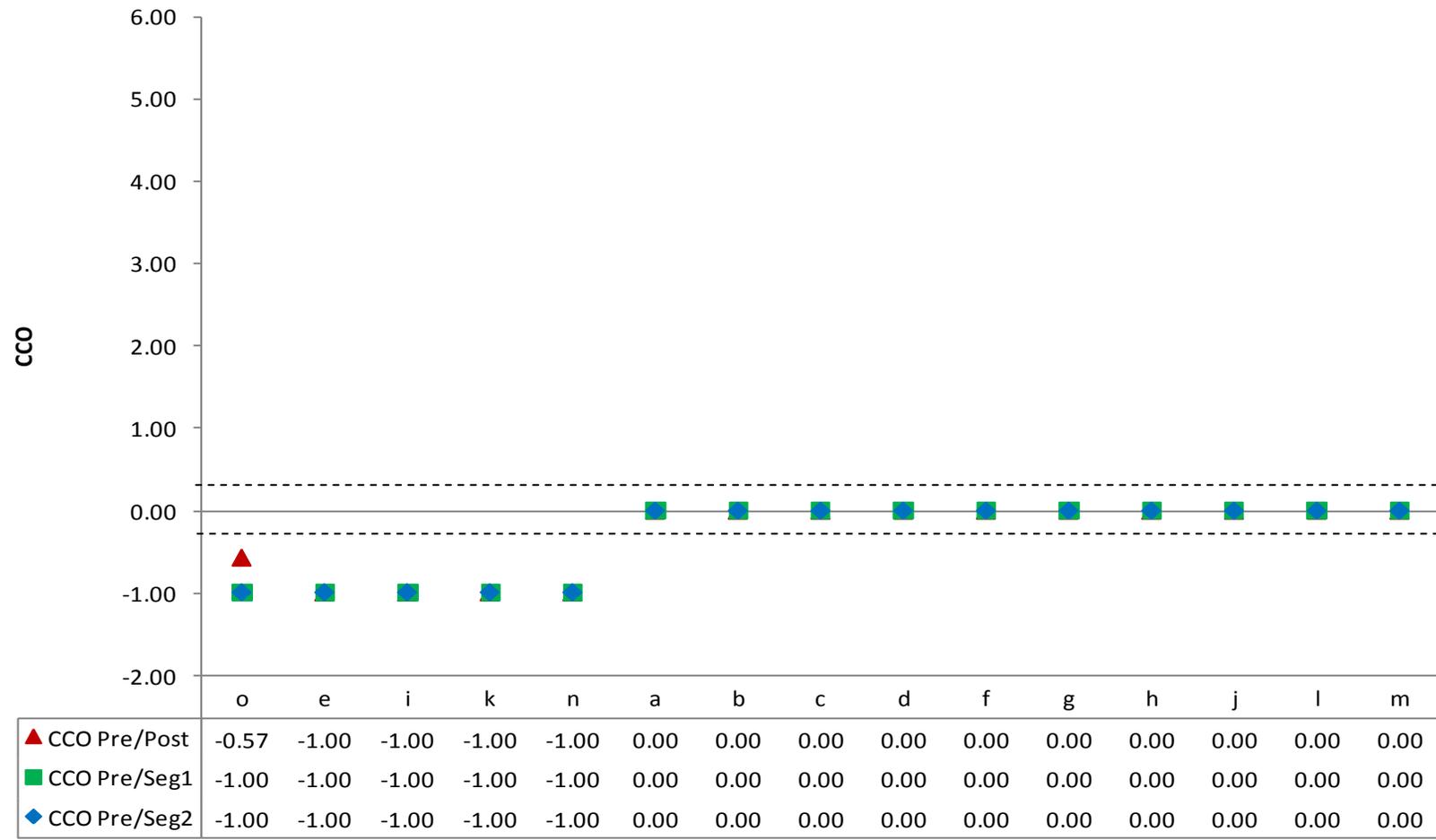


Figura 28. Desaprobar en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

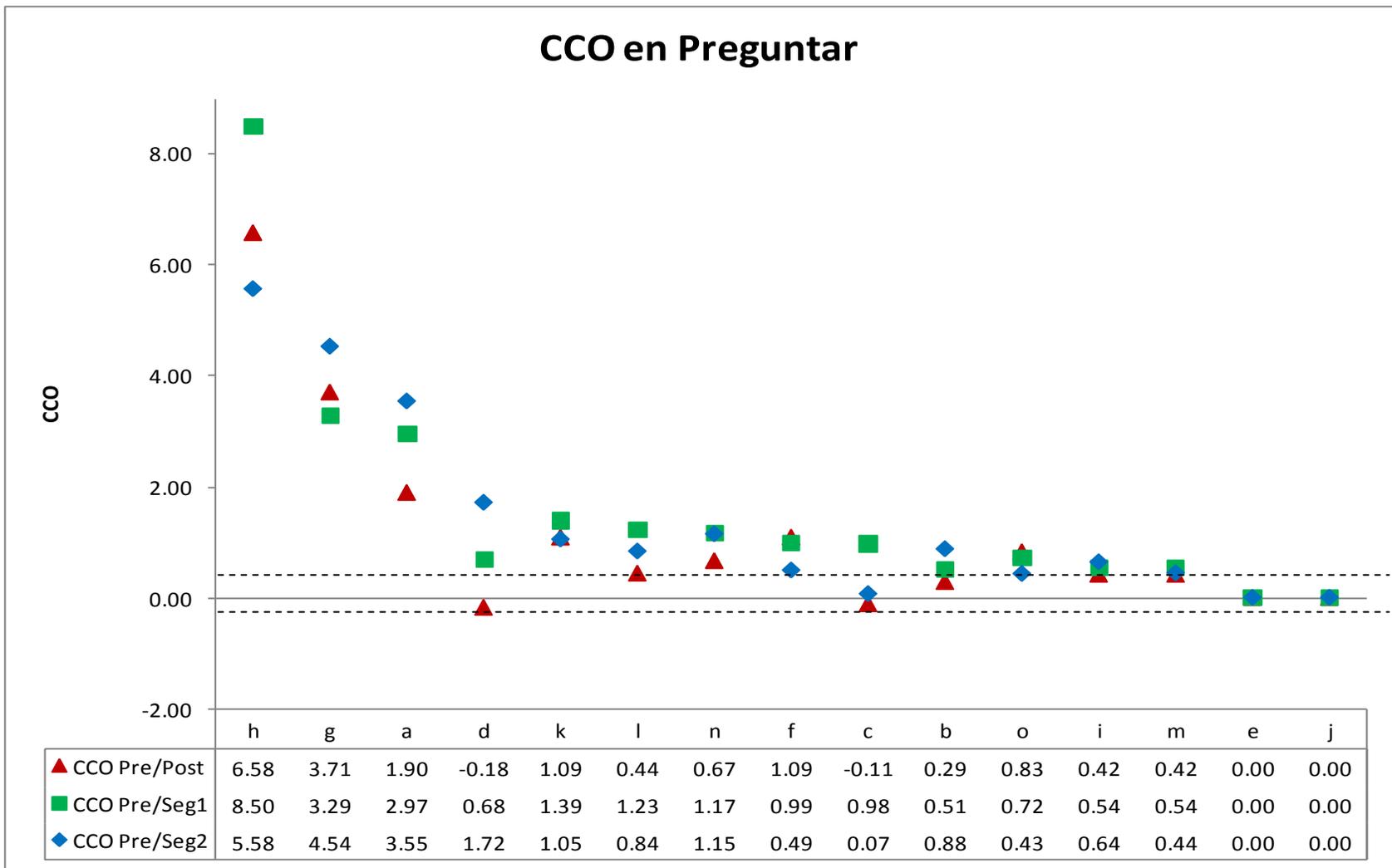


Figura 29. Preguntar en cuidadores formales. Fuente: Elaboración propia.

Ancianos residentes. Variables

a) Calidad de vida

La figura 30 muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la variable Calidad de vida; se aprecia que el 42.30% (11 ancianos) reportaron valores de CCO positivos significativos, el 57.69% (15 ancianos) restante obtuvo valores de ausencia de CCO.

El 38.46% de los ancianos ("z", "b", "j", "e", "i", "n", "q", "d", "o" y "v") reflejaron mejoría clínica en al menos dos comparaciones de mediciones. Mientras que el 34.61% ("z", "b", "j", "e", "n", "q", "d", "o" y "v") concluyeron las evaluaciones (comparación pretest-seguimiento 2) reportando valores de CCO positivos significativos.

Los participantes "j" y "n" obtuvieron valores de CCO negativo significativo en la comparación pretest-posttest; sin embargo, finalizaron las evaluaciones con puntajes de CCO positivos significativos.

b) Bienestar subjetivo

La figura 31 muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la variable Bienestar subjetivo, se observa que el 50% de los participantes (13 ancianos) reportaron valores de CCO positivos significativos; el 50% restante obtuvo valores de ausencia de CCO o CCO negativos significativos.

El 34.61% de los ancianos ("b", "z", "j", "d", "p", "u", "v", "h" y "q") reportaron mejoría clínica en al menos dos comparaciones de mediciones; mismo porcentaje que concluyó las evaluaciones con valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, los ancianos "y", "f", "w" y "l" obtuvieron valores de CCO negativos significativos en al menos una comparación de mediciones, no obstante, dos de éstos ancianos concluyeron las evaluaciones con valores de ausencia de CCO.

c) Satisfacción con el cuidado

La figura 32 muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la variable Satisfacción con el cuidado, se observa que el 46.15% (12 ancianos) reportaron valores de CCO positivos significativos, el 53.84% restante obtuvo valores de ausencia de CCO.

El 34.61% de los ancianos ("j", "q", "u", "d", "p", "n", "z", "f", y "o") reportaron mejoría clínica en al menos dos comparaciones de mediciones; mientras que el 46.15% ("k", "j", "q", "u", "d", "p", "n", "t", "z", "f", "o" y "h") concluyó las evaluaciones con valores de CCO positivos significativos.

Finalmente, el anciano "t" obtuvo valores de CCO negativos significativos en las comparaciones pretest-postest y pretest-seguimiento 1, pero concluyó las evaluaciones con CCO positivo significativo.

d) Independencia

La figura 33 muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la variable Independencia, se observa que solo el participante "v" reportó valores de CCO positivos significativos en las comparaciones pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2.

El 96.15% de los participantes obtuvo valores de ausencia de CCO.

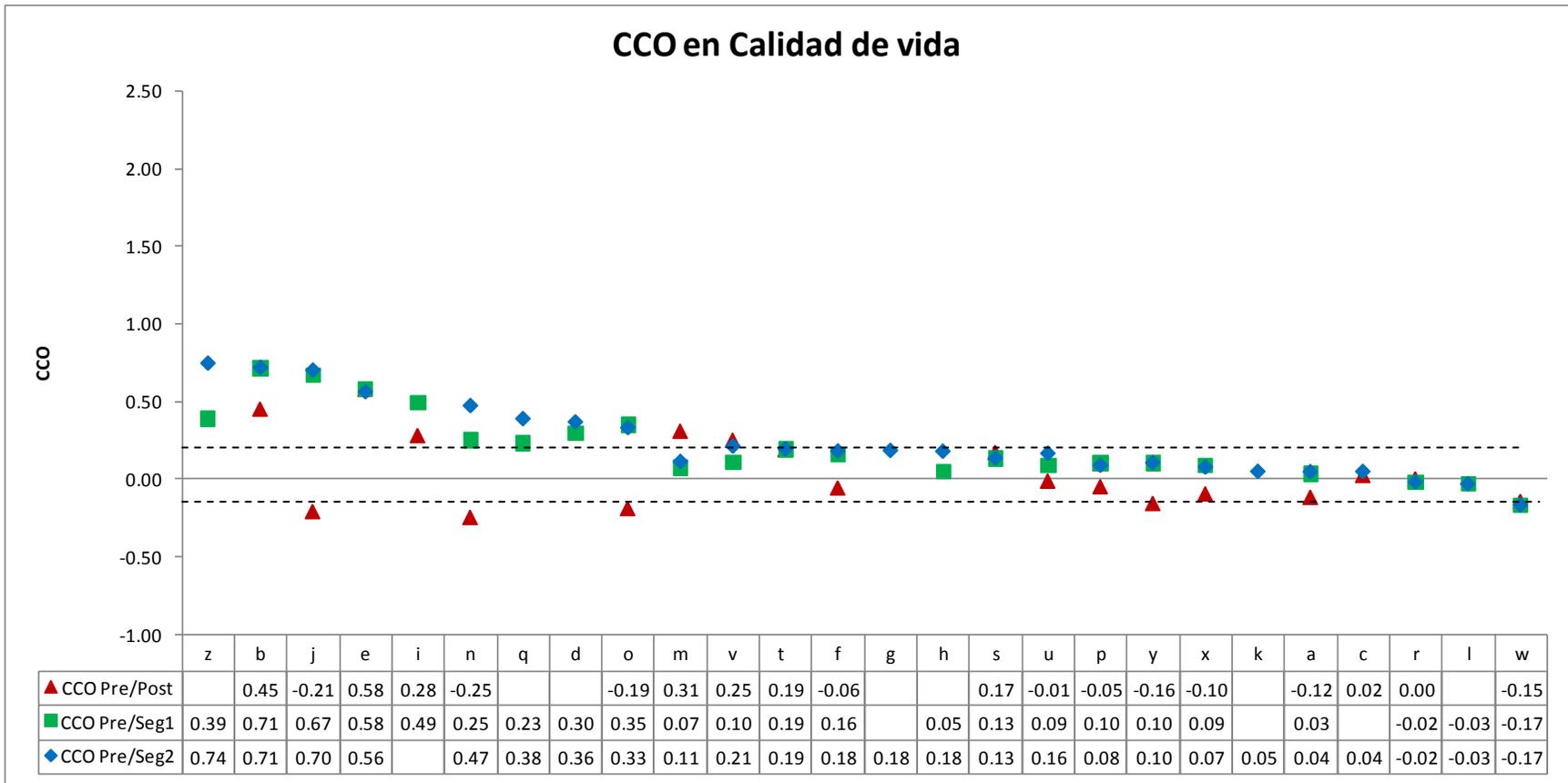


Figura 30. Calidad de vida en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

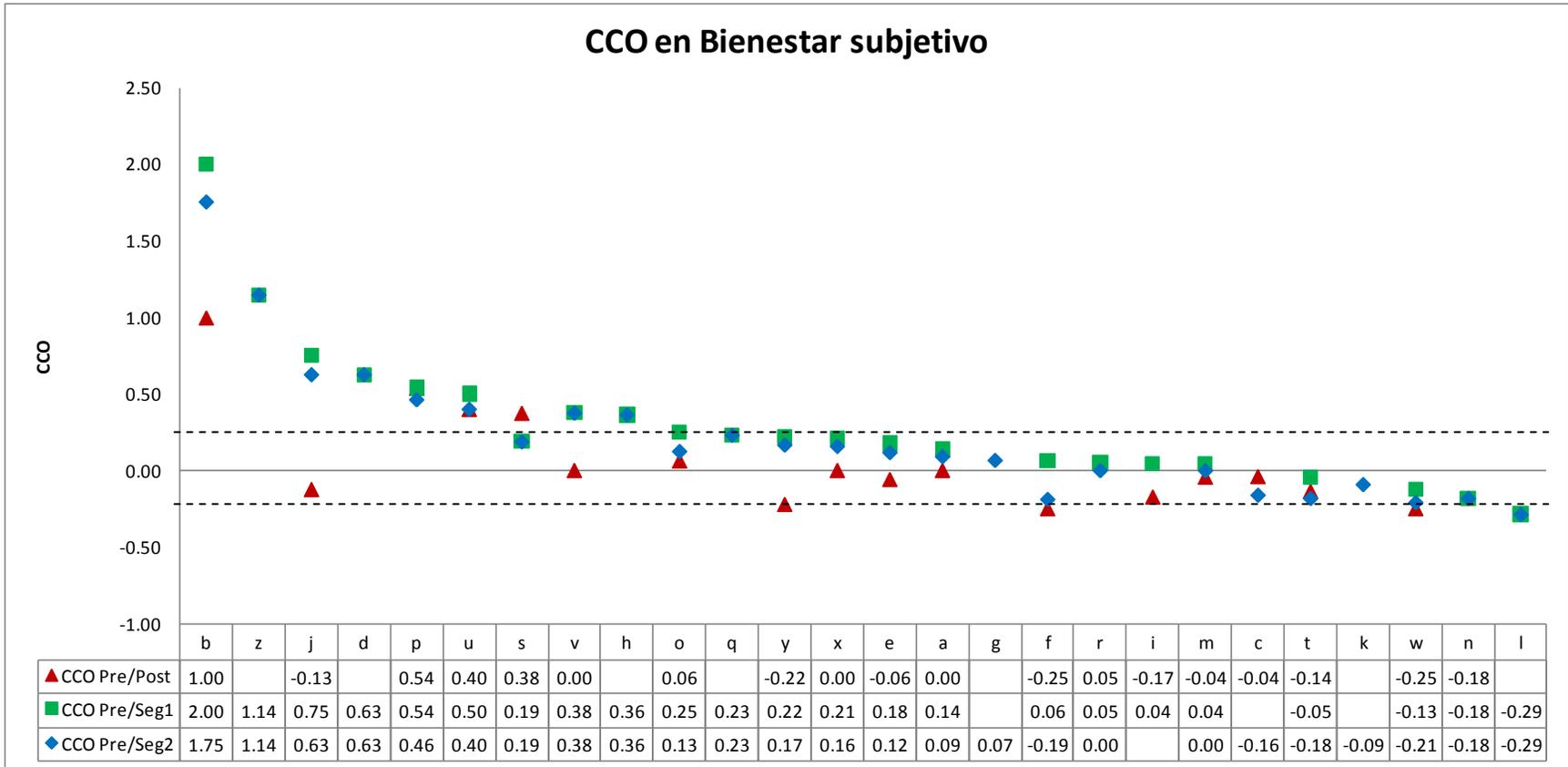


Figura 31. Bienestar subjetivo en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

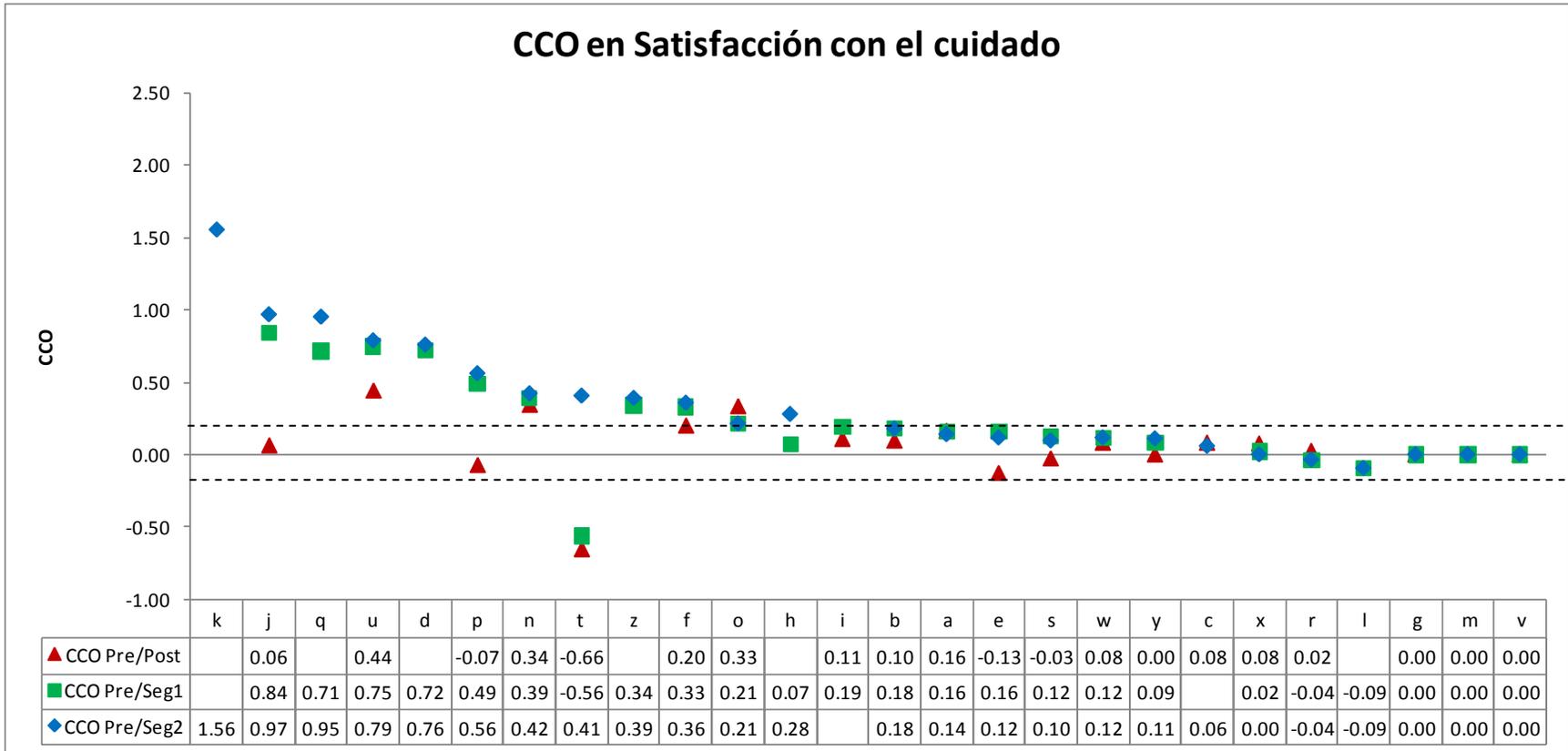


Figura 32. Satisfacción con el cuidado en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

CCO en Independencia (Actividades Básicas de la Vida Diaria)

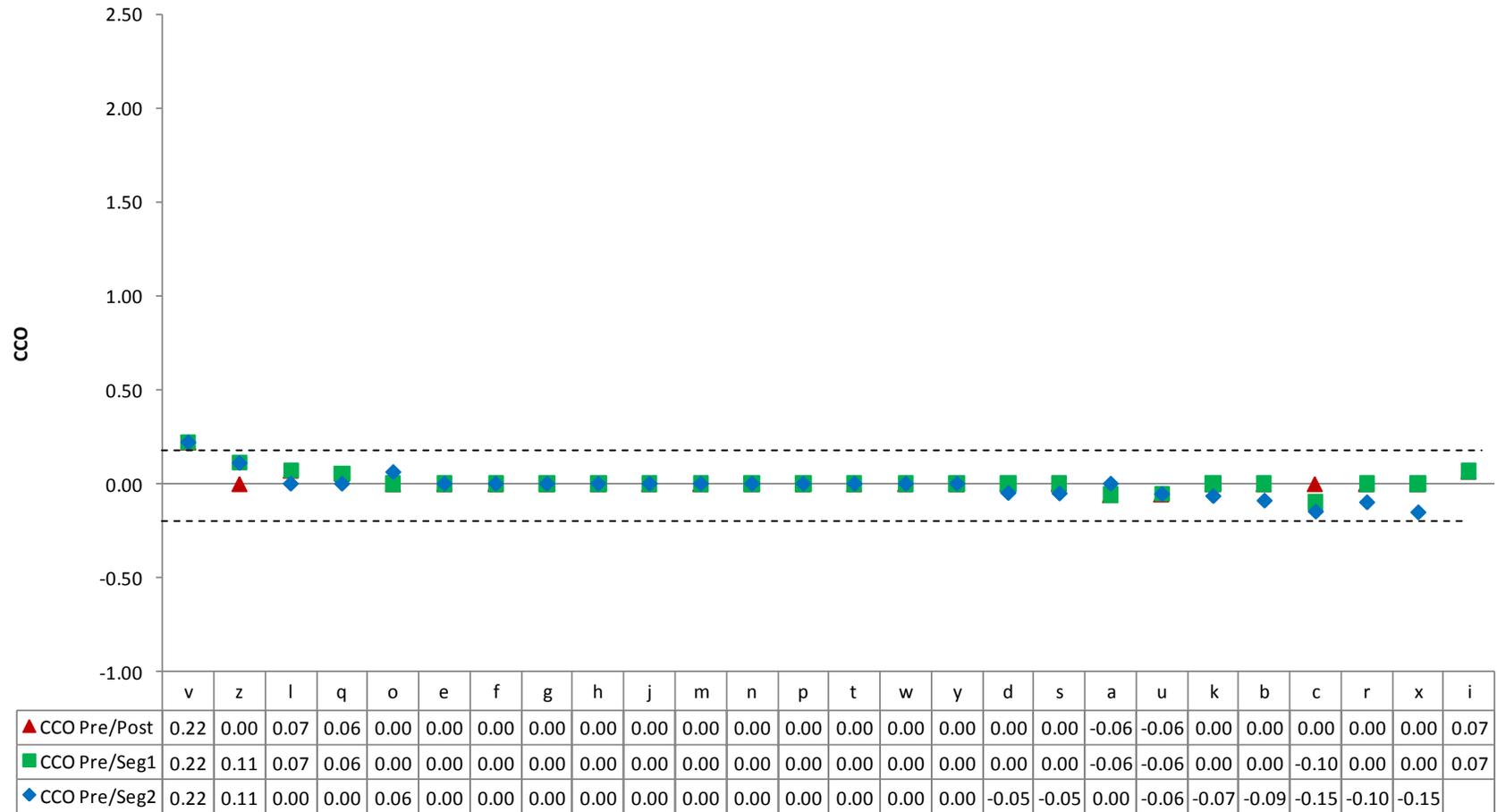


Figura 33. Independencia en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

Ancianos residentes. Categorías conductuales

a) Aceptación

En la figura 34 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Aceptación, el 86.66% (13 ancianos) reflejaron valores de CCO positivos significativos, el 6.66% (1 anciano) obtuvo valores de CCO negativos significativos; mientras que, para el 6.66% restante (1 cuidador) no se pudo calcular el CCO debido al efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo sus puntajes incrementaron a lo largo de las evaluaciones postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 46.66% de los ancianos ("h", "b", "a", "k", "e", "j" y "n") reportaron mejoría clínica desde la evaluación postest al seguimiento 2. Mientras que el 60% ("h", "b", "a", "k", "f", "g", "e", "j" y "n") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Los ancianos "l", "g", "c" y "m" obtuvieron valores de CCO negativos significativos, no obstante, dos de ellos concluyeron las evaluaciones con CCO positivo significativo.

b) Seguir instrucciones

En la figura 35 se observa la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Seguir instrucciones, el 93.33% (14 ancianos) reportaron valores de CCO positivos significativos, mientras que, para el 6.66% restante (1 anciano) no se pudo calcular el CCO debido al efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo sus puntajes incrementaron a lo largo de las evaluaciones postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 53.33% de los ancianos ("a", "n", "i", "j", "g", "f", "k" y "o") reportaron mejoría clínica en las tres comparaciones efectuadas. Mientras que el 93.33% ("a", "d", "n", "i", "m", "j", "g", "e", "f", "k", "o", "l", "c" y "b") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Los ancianos "d" y "m" obtuvieron valores de CCO negativos significativos en las comparaciones pretest-posttest y pretest-seguimiento 1 respectivamente; sin embargo, ambos participantes concluyeron las evaluaciones con CCO positivo significativo.

c) Contacto visual

En la figura 36 se observa la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Contacto visual, el 86.66% (13 ancianos) reportaron valores de CCO positivos significativos, y el 13.33% restante (2 ancianos) obtuvieron valores de CCO negativos significativos.

El 80% de los ancianos ("d", "h", "c", "f", "i", "g", "a", "b", "m", "n", "k" y "o") reportaron mejoría clínica en las tres comparaciones efectuadas. Mientras que el 86.66% ("d", "h", "c", "f", "i", "g", "l", "a", "b", "m", "n", "k" y "o") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

d) Contacto físico

En la figura 37 se aprecia la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría Contacto físico, el 86.66% (13 ancianos) reportaron valores de CCO positivos significativos, el 6.66% (1 anciano) obtuvo valores de CCO negativos significativos; y para el 6.66% restante (1 anciano) no fue posible calcular el CCO debido al efecto piso en la evaluación pretest, sin embargo sus puntajes incrementaron a lo largo de las evaluaciones posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2

El 73.33% de los ancianos ("a", "m", "f", "n", "o", "g", "i", "c", "d", "j" y "h") reportaron mejoría clínica en las tres comparaciones efectuadas. Mientras que el 86.66% ("a", "m", "f", "n", "o", "g", "i", "c", "l", "d", "j", "k" y "h") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

El anciano "e" fue el único que reportó valores de CCO negativos significativos.

e) Peticiones verbales

En la figura 38 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Peticiones verbales, el 93.33% (14 ancianos) reflejaron valores de CCO positivos significativos, mientras que el 6.66% restante (1 anciano) obtuvo valores de CCO negativos significativos y ausencia de CCO.

El 46.66% de los ancianos ("l", "a", "c", "f", "h", "o" y "m") reportaron mejoría clínica desde la evaluación posttest al seguimiento 2. Mientras que el 73.33% ("l", "a", "j", "c", "f", "h", "k", "e", "o", "m" y "n") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

El anciano "d" obtuvo valores de CCO negativos significativos, sin embargo, concluyó las evaluaciones con ausencia de CCO.

f) Sonreír

En la figura 39 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Sonreír, el 73.33% (11 ancianos) reflejaron valores de CCO positivos significativos, el 6.66% (1 anciano) obtuvo ausencia de CCO y para el 20% (3 ancianos) no fue posible calcular el CCO debido al efecto piso presentado en la evaluación pretest, no obstante, sus puntajes incrementaron a lo largo de las evaluaciones posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 60% de los ancianos ("h", "m", "g", "f", "i", "j", "b", "n" y "k") reportaron mejoría clínica desde la evaluación posttest al seguimiento 2. Mientras que el 73.33% ("h", "m", "g", "f", "i", "j", "b", "d", "n", "k" y "l") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Ningún anciano reportó valores de CCO negativos significativos

g) Atención

En la figura 40 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Atención, el 86.66% (13 ancianos) reflejaron

valores de CCO positivos significativos, y el 13.33% (2 ancianos) obtuvieron valores de CCO negativos significativos o ausencia de CCO.

El 40% de los ancianos ("d", "a", "b", "g", "f" y "n") reportaron mejoría clínica desde la evaluación postest al seguimiento 2. Mientras que el 80% ("d", "a", "b", "c", "g", "f", "k", "h", "l", "e", "n" y "m") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Los ancianos "c", "e" y "o" obtuvieron CCO negativos significativos en la comparación pretest-.postest, sin embargo, los participantes "c" y "e" concluyeron las evaluaciones con valores de CCO positivos significativos.

h) Reír

En la figura 41 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Reír, el 66.66% (10 ancianos) reflejaron valores de CCO positivos significativos, y para el 33.33% restante (5 ancianos) no fue posible calcular el CCO debido al efecto piso presentado en la evaluación pretest, no obstante, sus puntajes incrementaron en las evaluaciones postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El 40% de los ancianos ("g", "l", "m", "k", "o" y "n") reportaron mejoría clínica desde la evaluación postest al seguimiento 2. Mientras que el 60% ("g", "d", "l", "m", "k", "o", "e", "n" y "j") concluyeron las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

Los ancianos "d", "e" y "c" obtuvieron CCO negativos significativos en al menos una comparación, sin embargo, los participantes "d" y "e" concluyeron las evaluaciones con valores de CCO positivos significativos.

i) Elogiar

En la figura 42 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Elogiar, solo el anciano "o" reportó valores de CCO positivos significativos en la comparación pretest-seguimiento 2. Para el 93.33% (14 ancianos) no fue posible calcular el CCO debido al efecto piso

presentado en la evaluación pretest, no obstante, 10 ancianos incrementaron sus puntajes en las evaluaciones posttest, seguimiento 1 o seguimiento 2.

j) Preguntar

En la figura 43 se muestra la gráfica con los valores de CCO para cada anciano en la categoría conductual Preguntar, el 93.33% (14 ancianos) reflejaron valores de CCO positivos significativos, y el 6.66% restante (1 anciano) obtuvo ausencia de CCO.

El 86.66% de los ancianos ("d", "m", "e", "a", "b", "k", "j", "h", "f", "g", "l", "o" y "n") reportaron mejoría clínica desde la evaluación posttest al seguimiento 2; mientras que el mismo porcentaje concluyó las evaluaciones (en la comparación pretest-seguimiento 2) reflejando valores de CCO positivos significativos.

El anciano "c" obtuvo valores de CCO negativos significativos en la comparación pretest-seguimiento 2.

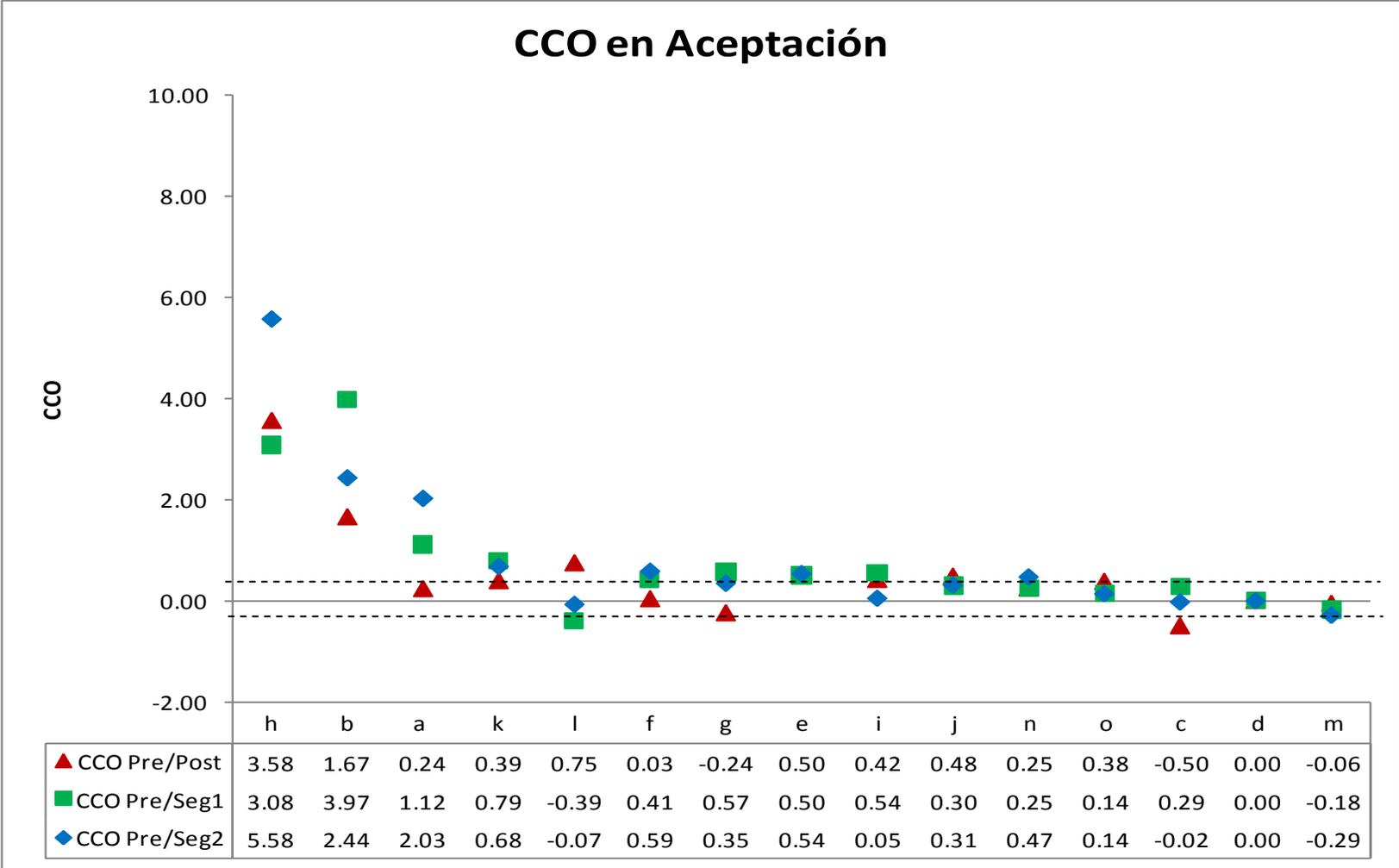


Figura 34. Aceptación en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

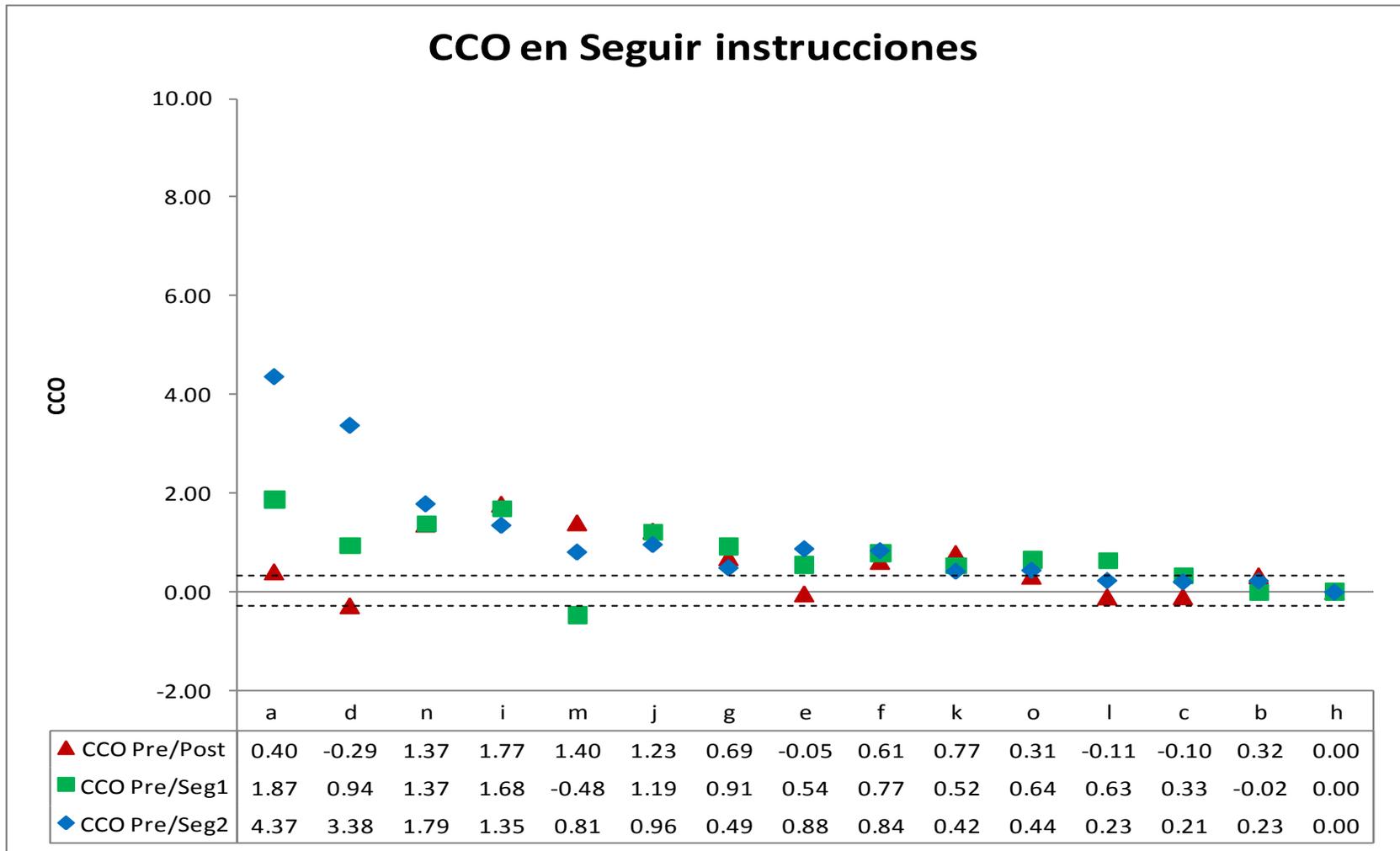


Figura 35. Seguir instrucciones en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

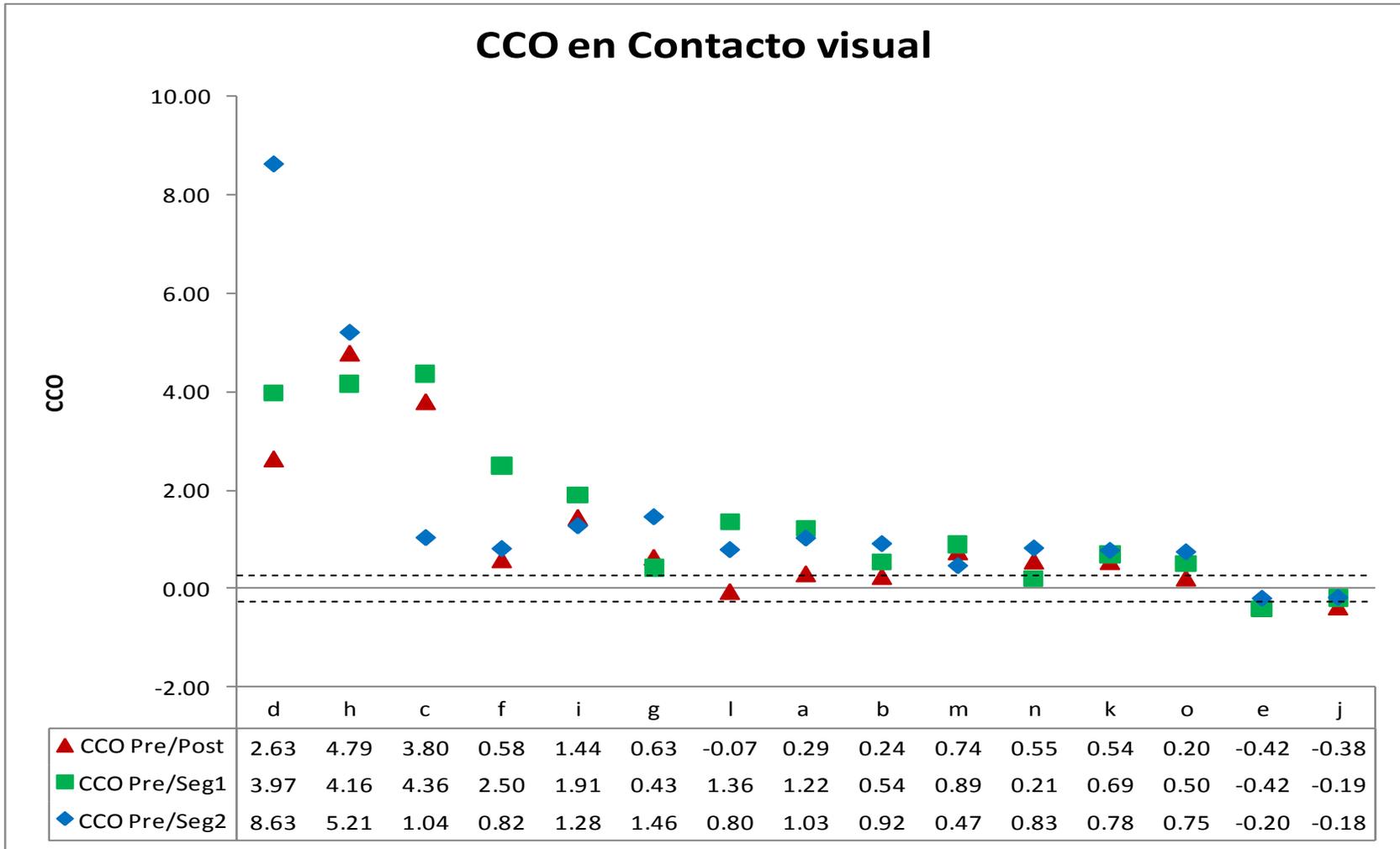


Figura 36. Contacto visual en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

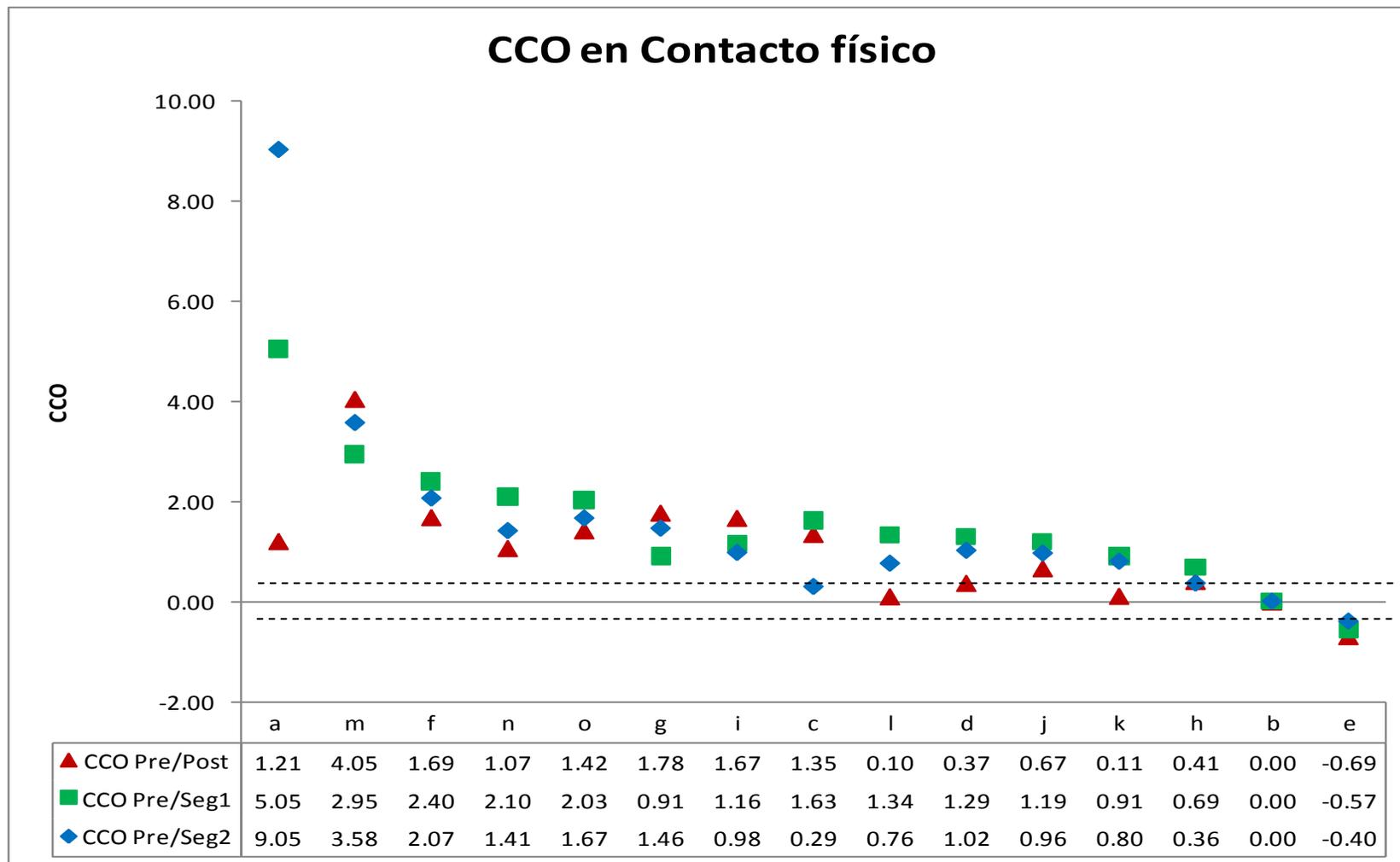


Figura 37. Contacto físico en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

CCO en Peticiones verbales

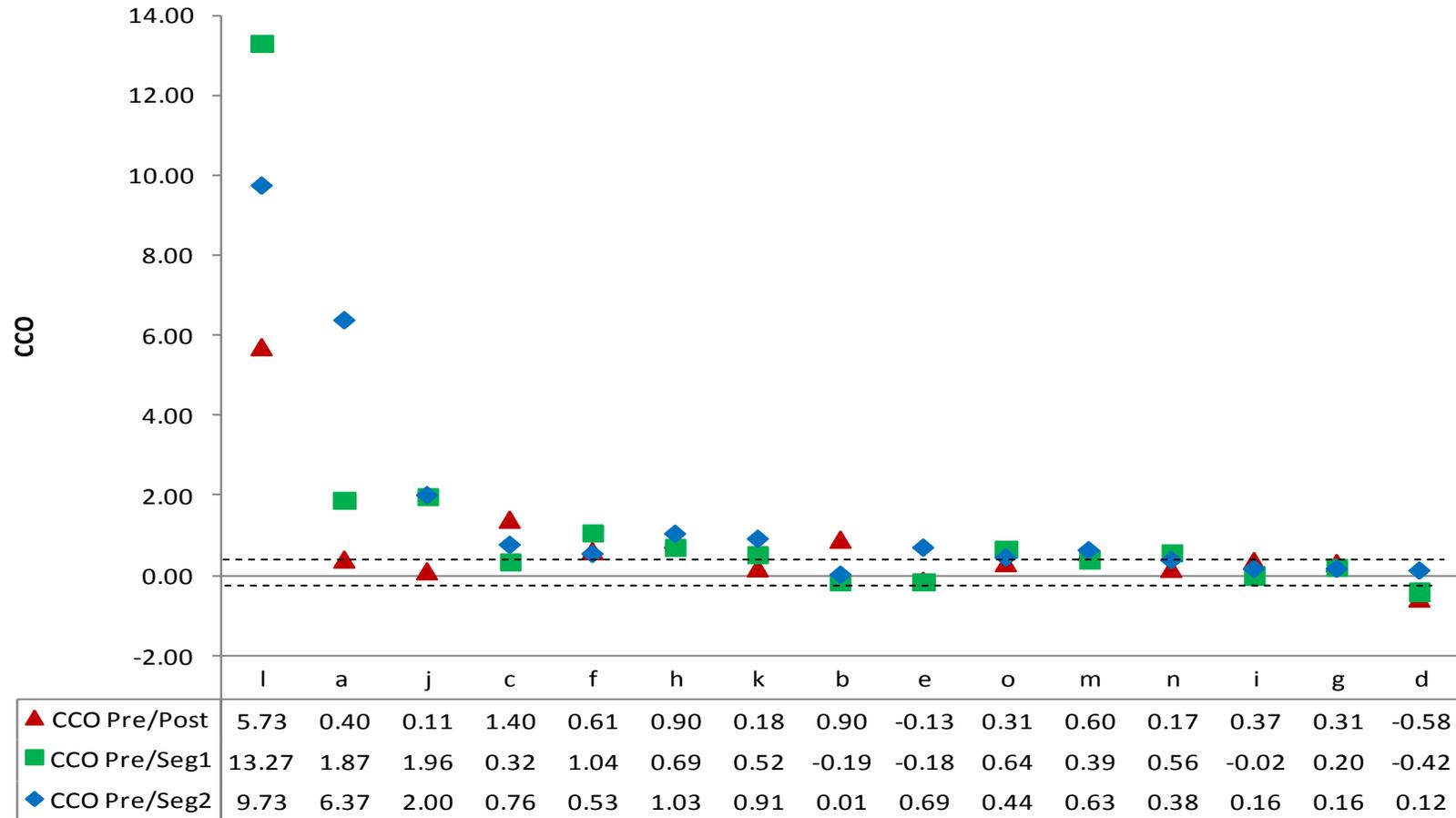


Figura 38. Peticiones verbales en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

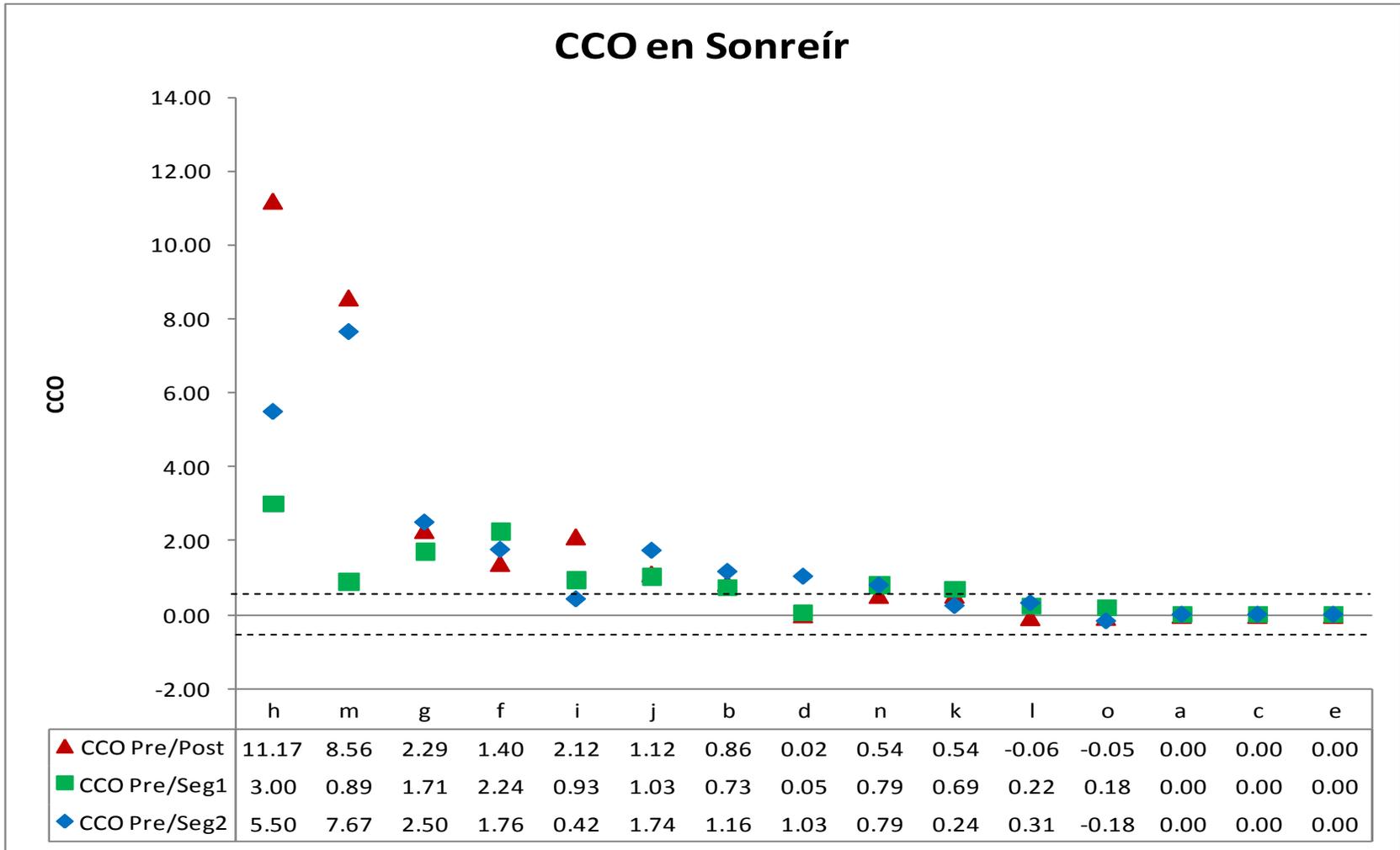


Figura 39. Sonreír en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

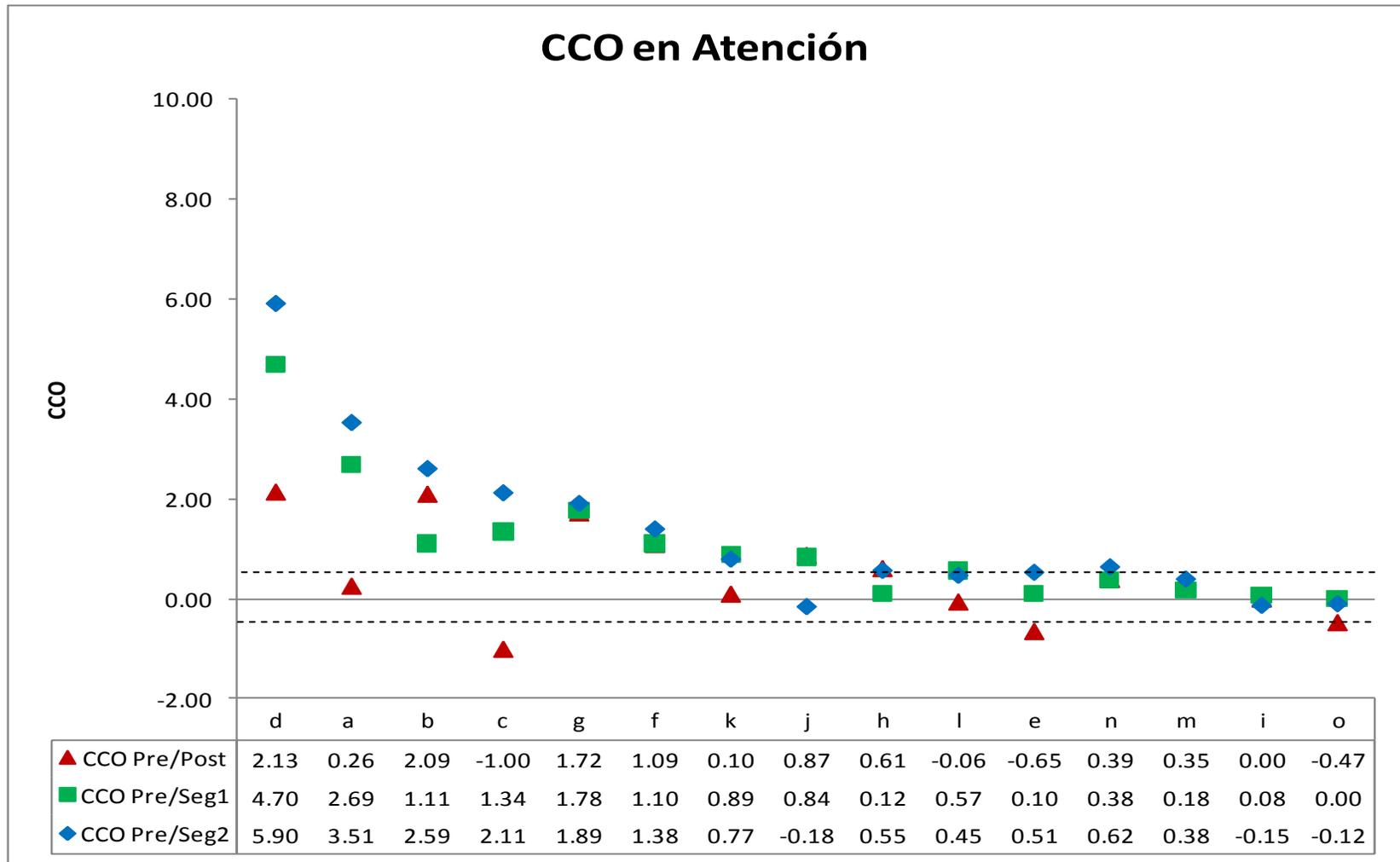


Figura 40. Atención en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

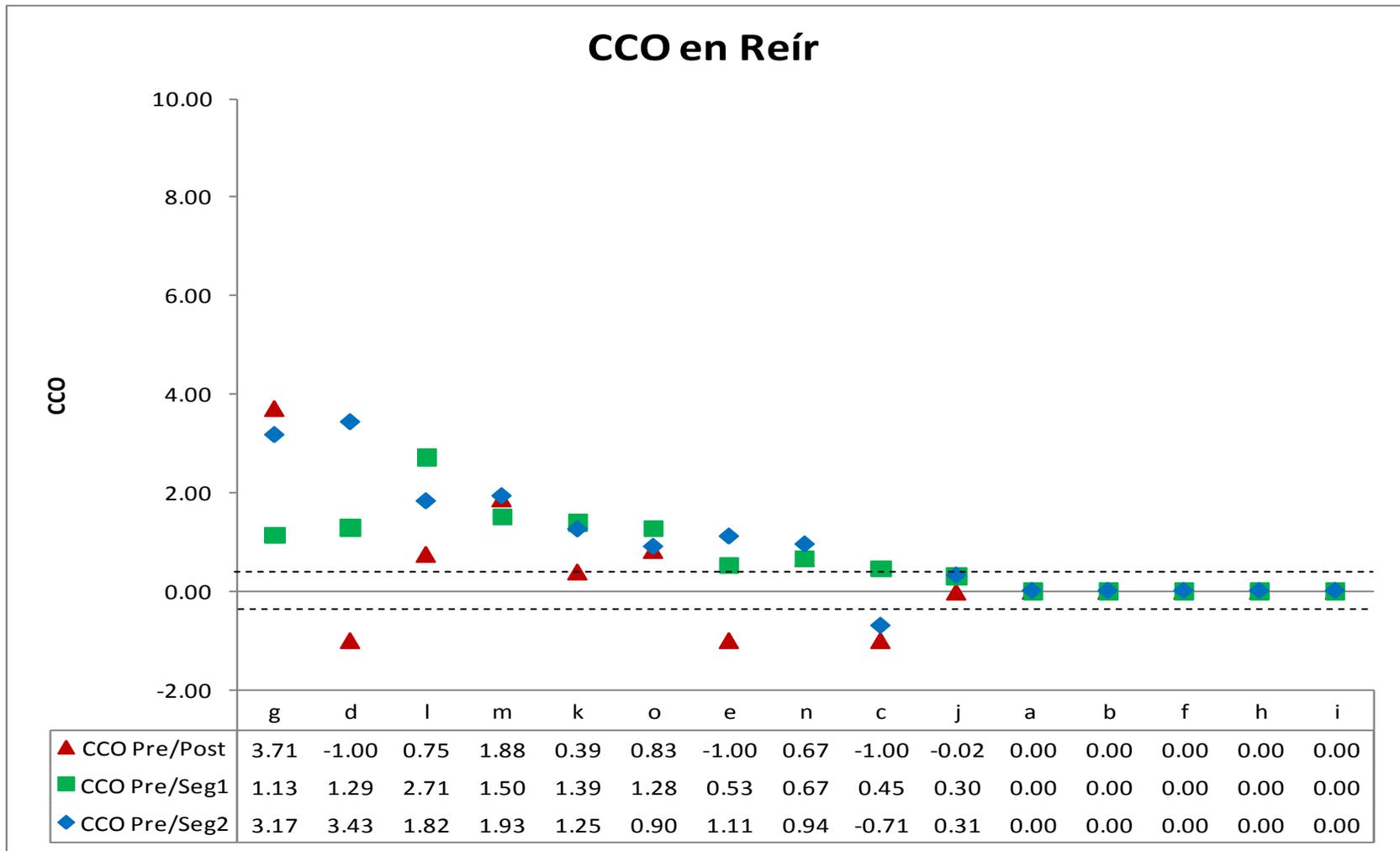


Figura 41. Reír en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

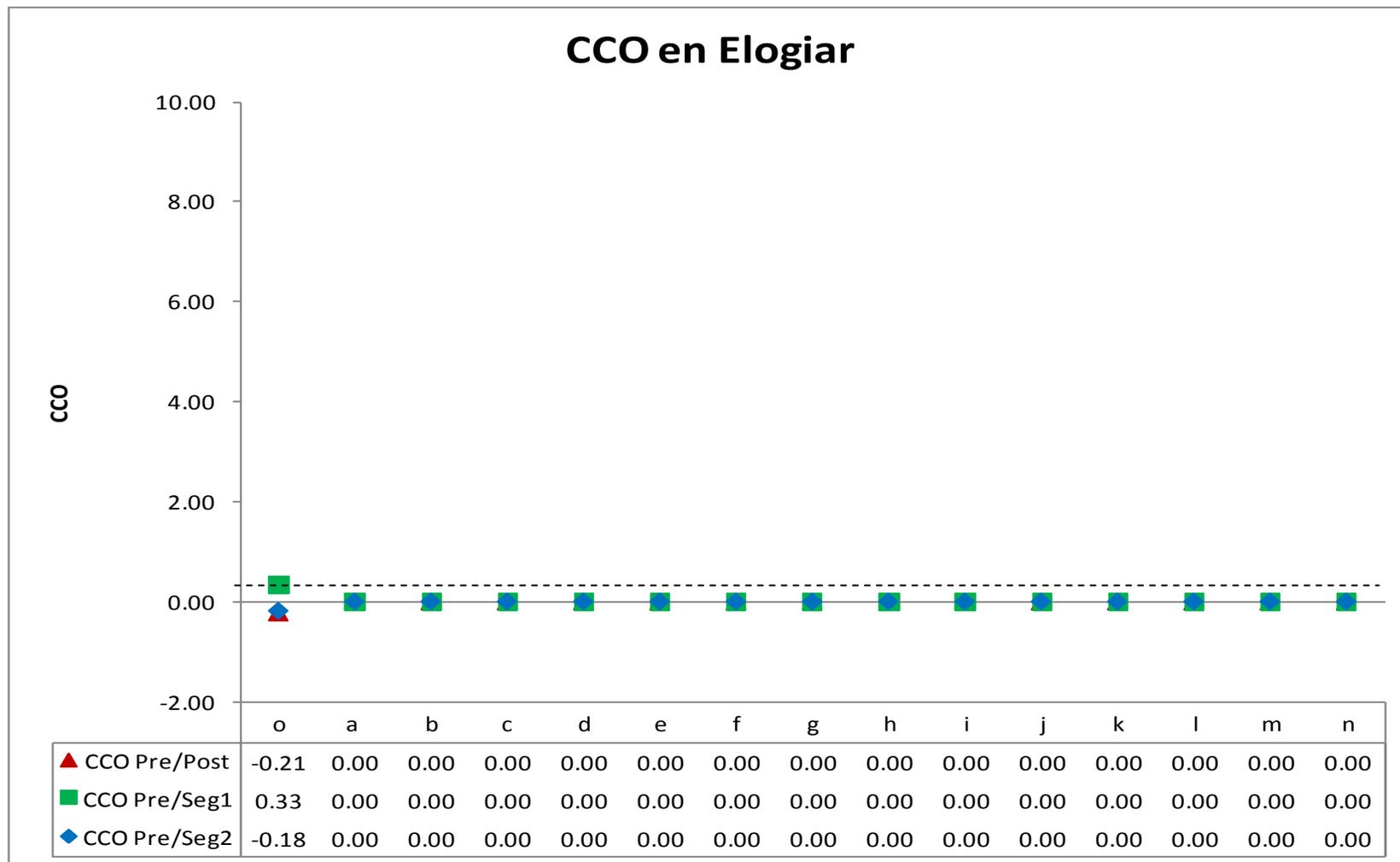


Figura 42. Elogiar en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

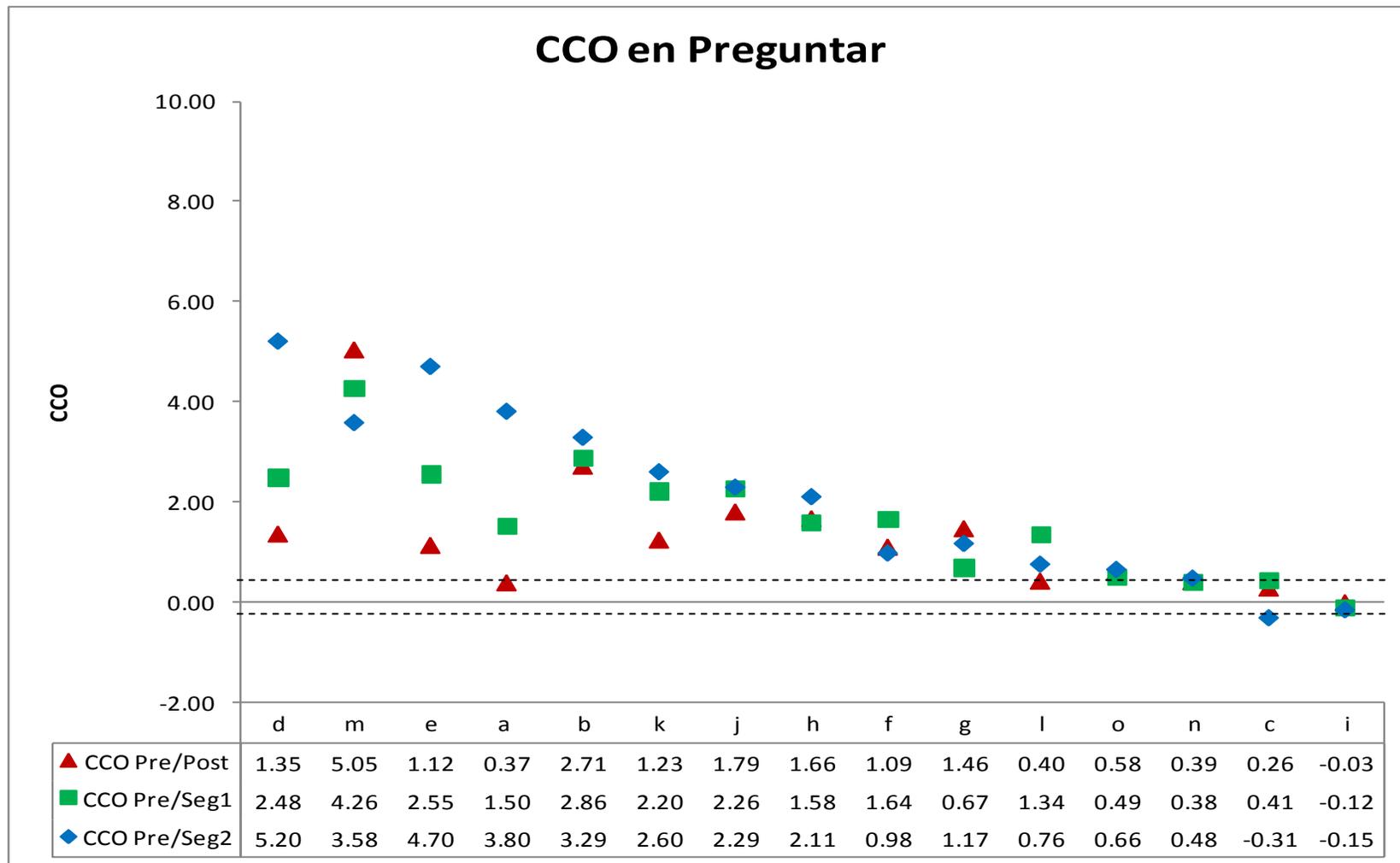


Figura 43. Preguntar en ancianos residentes. Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue evaluar el efecto de una Intervención Cognitivo Conductual dirigida a cuidadores formales de ancianos para disminuir el SDL. En este sentido, en estudios previos se había evaluado el efecto de intervenciones con distintos enfoques solo en los profesionistas que desarrollaban SDL; no obstante, en la presente investigación el efecto de la intervención se evaluó en los cuidadores formales con SDL y también en quienes recibían su servicio y cuidado, en este caso los ancianos residentes; haciendo referencia no solo a la significancia estadística sino también a la significancia clínica pues la conjunción de ambas es lo que da sentido a la investigación (Iraurgi, 2009).

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es el cambio conductual manifestado tanto por los cuidadores como por los ancianos residentes. Específicamente, los cuidadores formales incrementaron la ejecución de categorías conductuales positivas mostrando una mejoría estadística y clínicamente significativa desde la evaluación posttest hasta el seguimiento 2 en los siguientes comportamientos: Compartir, que hace referencia a ofrecer al anciano algún objeto útil para cumplir una función de apoyo al bienestar y que incrementa la función de cuidado hacia los residentes; en los siguientes comportamientos que hacen referencia a aspectos no verbales: Contacto visual, que ocurre cuando el cuidador sostiene la mirada a los ojos o la cara del anciano; Proximidad, que habla de la cercanía física del cuidador hacia el anciano por más de cinco segundos; y Contacto físico, cuando el cuidador toca, palmea, acaricia, besa o abraza al anciano; y que en conjunto hablan de un acercamiento más personal y afectivo hacia aquellos individuos a quienes dirigen su cuidado; finalmente también incrementaron el comportamiento de Preguntar que hace referencia a verbalizaciones audibles mediante las cuales el cuidador solicita información al anciano y pone de manifiesto el incremento del interés de los cuidadores hacia los ancianos.

Los ancianos residentes también mostraron mejoría estadística y clínicamente significativa en todas las evaluaciones, a pesar de no haber recibido ninguna intervención; sino como una respuesta al cambio que manifestaban sus cuidadores. Los comportamientos en los que mostraron mejoría fueron, Seguir instrucciones que propiamente es una respuesta directa a una solicitud de los cuidadores formales; Sonreír, que hace referencia a una respuesta afectiva hacia sus cuidadores; y Preguntar, que indica verbalizaciones audibles mediante las cuales el anciano solicita información al cuidador; en este último comportamiento, la mejoría es similar a la que presentaron los cuidadores lo que refleja el incremento de la interacción verbal entre cuidadores y ancianos.

Cabe mencionar que en el resto de las categorías conductuales positivas para ambos grupos, existió un incremento de la ejecución, aunque en ocasiones dicha mejoría no alcanzó la significancia estadística, siempre se reportó significancia clínica. En cuanto a las categorías conductuales negativas para ambos grupos; desaprobar, gritar e ignorar para los cuidadores y desacuerdo, gritar e ignorar para los ancianos; el índice de ocurrencia fue bajo desde la evaluación pretest y la mejoría (disminución del índice de ocurrencia) no alcanzó la significancia estadística; no obstante, se reportó un tamaño del efecto de moderado a grande en el comportamiento Ignorar de ambos grupos.

Dichos hallazgos coinciden con lo encontrado por De los Ríos y Sánchez-Sosa (2002) quienes diseñaron una intervención dirigida a enfermeras de una unidad de cuidados intensivos de un hospital público con el objetivo de establecer en las enfermeras conductas positivas de atención y evaluar el efecto de estas modificaciones en los pacientes atendidos; los autores encontraron que aumentaron significativamente todos los comportamientos positivos, se benefició la recuperación médica de los pacientes e incrementó la eficacia de las enfermeras en términos de competencia clínica; lo cual sugiere que se podría mejorar la interacción enfermera-paciente y la eficiencia médica con este tipo de intervenciones.

Como se ha mencionado reiteradamente, el SDL conlleva consecuencias negativas también para quienes son atendidos, ya sean pacientes, usuarios, personas con discapacidad y en este caso ancianos; ya que la calidad del servicio se deteriora y disminuye la satisfacción, bienestar y calidad de vida del usuario quien recibe el servicio de cuidadores formales (Schaufeli & Buunk, 2003). Por lo tanto se esperaba que la ICC dirigida exclusivamente a los cuidadores formales, tuviera un efecto indirecto en los ancianos, mejorando su Calidad de vida, Bienestar subjetivo e Independencia.

En primer lugar, respecto a la calidad de vida, los ancianos reportaron mejoría clínica y estadísticamente significativa en el puntaje total de Calidad de vida y en las dimensiones Actividades y Participación social; la mejoría se reportó a partir del seguimiento 1, manteniéndose al seguimiento 2.

Los cambios identificados en la variable Calidad de vida, se pueden explicar teóricamente porque la calidad de vida es un componente central del bienestar humano que consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive circunscrito a un tiempo y un espacio (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002); este constructo está relacionado con la salud psicológica de los individuos, el desarrollo de las habilidades sociales, el éxito, las relaciones de pareja, familiares o sociales, la realización personal, los estilos de vida saludables, solución de problemas, afrontamiento, control y expectativas de autoeficacia (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002). Para los ancianos que viven en sus domicilios particulares, la dimensión social hace referencia a la familia, amigos, y conocidos, quienes conforman la red social de las personas mayores, donde la calidad de las relaciones puede afectar positiva o negativamente su calidad de vida (Herrera & Kornfeld, 2008); en el caso de los ancianos residentes, el medio ambiente en el que se desarrollan y se relacionan es el Centro de Atención Gerontológica donde viven, en donde interactúan con el resto de los ancianos residentes y sus cuidadores formales; de esta forma si las personas con las que interactúan en este espacio comienzan a tener cambios favorables, como es el caso de los cuidadores que recibieron la ICC y disminuyeron su

desgaste físico y psíquico, indolencia y sentimientos de culpa, al mismo tiempo que incrementaron su calidad de vida y habilidades sociales; entonces la percepción de los ancianos respecto a su propia calidad de vida también mejora, sobre todo en aquellas dimensiones que hagan referencia al trato con otras personas como es el caso de la dimensión Participación social. Estos hallazgos coinciden con lo mencionado por Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996) referente a que el apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores, así como por lo demostrado por Montorio (1999) respecto a la percepción de calidad de vida que tienen los mayores, el papel que desempeñan los profesionales es de gran importancia pues los ancianos esperan que los profesionales de la salud contribuyan positivamente a su calidad de vida. Los resultados también parecen indicar que si los ancianos tienen una valoración positiva de su vida presente, evaluarán también de una forma positiva sus vivencias pasadas y se sentirán satisfechos por lo logrado en etapas previas de su vida, lo que explicaría la mejoría en la dimensión Actividades pasadas, presentes y futuras.

No obstante, para la misma variable de Calidad de vida, no se encontró mejoría en las dimensiones Capacidad sensorial, Autonomía, Temor a muerte y agonía e Intimidad a pesar de que sus puntuaciones incrementaron desde la evaluación posttest al seguimiento 2. La teoría indica que en los seres humanos, el envejecimiento precisa no sólo un deterioro fisiológico, sino también alteraciones en sus capacidades y habilidades (Villalobos-Molina, 2010) lo que entre otras cosas, se habla de pérdida en la capacidad sensorial; además la edad avanzada es el factor de riesgo que está más estrechamente asociado al aumento en la probabilidad de padecer discapacidad o de necesitar ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana (Villar, 2009); por lo tanto al implementar una intervención sería complejo lograr una reducción significativa de procesos que naturalmente se presentan en la vejez; por consiguiente el objetivo de una intervención debiera ser aminorar la velocidad en la curva natural de deterioro más que invertirla para lograr una mejoría; en este sentido, la

presente ICC dirigida a los cuidadores cumple el objetivo de mantener en el mismo nivel la Capacidad sensorial y Autonomía de los ancianos residentes. En cuanto al Temor a muerte y agonía es muy probable que se requiera implementar una intervención directamente con los ancianos residentes para modificar los pensamientos relacionados con la muerte, ya que dichos pensamientos son algo intrínseco y arraigado en la personalidad del anciano tal como lo menciona Viguera (2000) al manifestar que la construcción del concepto de muerte en el adulto mayor está mediado por diversos factores, entre ellos el presenciar muertes cercanas, las enfermedades, distanciamiento de la familia, separaciones, jubilación, las pérdidas sufridas y la elaboración de duelos correspondientes, todo esto dentro del contexto cultural y social en el que se vive. Adicionalmente, es en la vejez cuando surgen con mayor frecuencia miedos o temores respecto a la muerte, originando ansiedad y tensión, repercutiendo en sus relaciones, estilo y calidad de vida. Se ha comprobado que específicamente en los ancianos, la espiritualidad, la creencia en la existencia de Dios y la creencia en la vida después de la muerte pueden generar en las personas la aceptación de la misma como parte integral de la vida y lograr la reducción del malestar psicológico e incremento de la calidad de vida (Harding, Flannelly, Weaver, & Costa, 2005; Uribe, 2007); González-Celis y Padilla (2006), así como Viamonte (1993) también mencionan que la espiritualidad es un elemento importante en el funcionamiento de la calidad de vida y que los ancianos la emplean como estrategia de afrontamiento para mantener un equilibrio en su bienestar.

Con referencia al Bienestar subjetivo, los ancianos indicaron mejoría clínica y estadísticamente significativa en el puntaje total de Bienestar subjetivo y en su dimensión Actitud al envejecimiento solo en el seguimiento 1, sin mantenerse al seguimiento 2. Para los ancianos se han establecido predictores consistentes del bienestar, entre los cuales se encuentran el estado de salud, la personalidad y el estatus socioeconómico (Willits & Crider, 1988); no obstante, se han encontrado también algunos otros predictores más específicos, por ejemplo, la actividad social, el apoyo social, el estilo de afrontamiento, la consecución de metas, los eventos vitales o cotidianos y los recursos personales (Berry & Hansen, 1996;

DeNeve & Cooper, 1998; Diener, 1996; Diener & Fujita, 1995; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Watson, Clark, McIntyre, & Hamaker, 1992) los cuales brindarían una explicación posible a la mejoría de los ancianos participantes en su Bienestar subjetivo y en la actitud al envejecimiento pues indirectamente se mejoraron sus interacciones sociales y comenzaron a recibir mayor apoyo social de parte de los cuidadores que recibieron la ICC.

Con referencia a la Independencia, no hubo mejoría en ninguna medición, lo cual coincide con los resultados previos en las dimensiones Capacidad sensorial y Autonomía de la variable Calidad de vida, pues se tratan de cambios naturales que siguen una curva de deterioro en la vejez, por lo tanto lo que se busca es que estos cambios se den de manera pausada e imperceptible más que lograr una mejoría estadísticamente significativa. En la investigación se deben encontrar estrategias más bien dirigidas al retardo o detener la curva de deterioro asociado al mismo proceso de envejecimiento.

Retomando el desarrollo del SDL en cuidadores se identificó que un cuidador agotado empeora su interacción con el anciano y le transmite su estrés, se produce entonces un efecto "contagio" que puede llevar a que el anciano muestre problemas en su rendimiento, mayores dificultades de ejecución de actividades de la vida diaria, y eventualmente problemas de conducta y expresiones emocionales, lo que a su vez, incrementa las demandas impuestas sobre el cuidador, dando lugar a un círculo vicioso de malestar creciente en ambas partes (Crespo & López, 2007). Por los motivos anteriores se evaluó el efecto de la ICC en la satisfacción con el cuidado por parte de los ancianos como una medida preventiva para evitar las consecuencias negativas en los ancianos residentes y promover el cuidado de ancianos y cuidadores.

Respecto a la satisfacción con el cuidado, los ancianos residentes reportaron mejoría clínicamente significativa en todas las mediciones, mientras que la mejoría a nivel estadístico se manifestó en las dos evaluaciones de seguimiento, lo cual habla de un cambio positivo en la percepción del cuidado que recibían por parte de los cuidadores. Los resultados concuerdan con lo

expuesto en investigaciones previas que demostraron la relación existente entre el malestar psicológico del personal de salud o cuidadores y los efectos negativos en la percepción de los pacientes, en este caso, los ancianos; por ejemplo Blostein, Eldridge, Kilty y Richardson (1985) y Corcoran (1987) quienes indicaron que las tasas más altas de SDL medidas por el desgaste físico y psíquico y la indolencia se correlacionaban con las impresiones negativas de los pacientes. Por su parte, Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas (2004) indicaron que los pacientes atendidos en unidades médicas con buenas relaciones sociales entre médicos y enfermeras, tienen el doble de probabilidades que otros pacientes de informar alta satisfacción con su atención y que el nivel de desgaste afecta negativamente la satisfacción del paciente.

Donabedian (1988) identificó que la satisfacción o insatisfacción del paciente refleja el juicio que ha hecho en todos los aspectos relacionados con su cuidado, incluyendo procesos técnicos, procesos interpersonales, los resultados del cuidado y los atributos del entorno donde se recibe el cuidado; pero que específicamente la satisfacción de los pacientes con la atención que reciben del personal más cercano (en este caso los cuidadores) es uno de los predictores más importantes de la satisfacción general con la atención en la institución (Abramowitz, Cote, & Berry, 1987; Greeneich, Long, & Miller, 1992). Además de evaluar la percepción que los ancianos tenían de su cuidado mediante la cual expresaron si se encontraban satisfechos, también se evaluaron con medidas objetivas los cambios conductuales que tuvieron los cuidadores y ancianos y que generaron el incremento de la satisfacción con el cuidado, mismas que han sido descritas al inicio.

Lo descrito hasta el momento constituye un hallazgo esencial en las intervenciones desarrolladas en el ámbito geriátrico y especialmente en el cuidado de los ancianos. Dado que los ancianos manifestaron cambios positivos aún sin recibir algún tipo de intervención psicológica por lo que el cambio logrado en los cuidadores formales que recibieron la ICC fungió como mediador del cambio de los ancianos. La relevancia de estos resultados es fundamental para continuar sobre esta línea de investigación y mejorar la calidad de vida,

bienestar subjetivo, satisfacción e interacción de los ancianos y cuidadores. Constituye también evidencia empírica para afirmar que la disminución del SDL en los cuidadores genera consecuencias positivas en quienes reciben sus cuidados.

A continuación se analizarán a detalle los cambios manifestados por los cuidadores formales. Inicialmente los resultados confirman que son una población propensa a desarrollar SDL, lo cual está reflejado en los puntajes obtenidos en la evaluación pretest, que indican que el 66.65% de los participantes (10 cuidadores) tenían un nivel medio, alto o crítico de este fenómeno.

Lo anterior coincide con lo reportado por Cheng (2005) quien menciona que el cuidado de una persona implica una gran cantidad de tareas y estrés, especialmente para quienes se desarrollan como cuidadores formales en alguna institución debido a que están cuidando a más de una persona a la vez; lo cual brinda las condiciones necesarias para el desarrollo del SDL pues se enfrentan a un incremento del trabajo administrativo, contacto con el sufrimiento, pacientes moribundos, enfrentar la pérdida, deterioro de la salud, intimidación de sus colegas, necesidad de ocultar respuestas emocionales negativas, conflictos de roles entre profesionales, poco control de sus actividades, más exigencias y menos apoyo social (Boekhorst, Willemse, Depla, Eefsting, & Pot, 2008; Carrilio & Eisenberg, 1984; Cohen, 1998; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Greene, 1986; McVicar, 2003; Storseth, 2006)

Se esperaba que la ICC conformada por seis componentes (relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, reforzamiento positivo, modelamiento y moldeamiento) tuviera efectos positivos directamente en los cuidadores formales, disminuyendo el SDL e incrementando la percepción de Calidad de vida, Habilidades sociales y Percepción de salud.

Se comienza con la variable SDL y sus factores; respecto a la dimensión Desgaste físico y psíquico entendida como el agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios y como una sensación de estar agotado debido al contacto diario con pacientes (Maslach & Jackson, 1997); los cuidadores de la

presente investigación reflejaron una disminución estadística y clínicamente significativa desde la evaluación posttest manteniéndose hasta al seguimiento 2; resultados que coinciden con los hallazgos de autores como Isaksson et al. (2010), Korczak et al. (2012), Marine et al. (2009), Ruwaard et al. (2012), Salyers et al. (2011) y Van-Wyk y Pillay-Van (2010) quienes implementaron intervenciones para reducir el SDL y encontraron que el personal del área de salud reportaba reducción en la dimensión de Desgaste físico y psíquico; sin embargo, solo dos investigaciones reportan el mantenimiento de dicha reducción a través del tiempo sin necesidad de sesiones de seguimiento o prevención de recaídas (Isaksson et al., 2010; Ruwaard et al., 2012) como es el caso de la ICC implementada en la presente investigación.

Parece ser que la explicación a dicha disminución es el enfoque de la intervención que reciben los participantes, dado que todos los estudios antes mencionados comparten componentes cognitivos-conductuales, en este caso la reestructuración cognitiva (Isaksson et al., 2010; Korczak et al., 2012; Marine et al., 2006; Ruwaard et al., 2012; Salyers et al., 2011; Van-Wyk & Pillay-Van, 2010) y entrenamiento en habilidades sociales y relajación (Ruwaard et al., 2012; Van-Wyk & Pillay-Van, 2010); de tal forma que la reducción de las respuestas fisiológicas del SDL, la modificación de pensamientos irracionales referidos al cuidado de ancianos residentes y el incremento de las habilidades sociales ayudan a la reducción del desgaste físico y psíquico. Este hallazgo es de suma importancia para disminuir el SDL pues diversos autores coinciden en que el Desgaste físico y psíquico se trata de la manifestación primaria del fenómeno y la más reportada por los trabajadores; o incluso proponen que el SDL debiera ser unidimensional pues el Desgaste físico y psíquico ha sido la dimensión más representativa del síndrome (Leither, Schaufeli, & Maslach, 1993; Maslach & Jackson, 1997) lo cual sugiere que al disminuir esta dimensión, se lograría la reducción del SDL en general.

Con referencia a la dimensión Indolencia entendida como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo (Maslach y Jackson, 1997); en la presente investigación a

pesar de que los participantes disminuyeron sus puntajes no se reportó ningún cambio estadísticamente significativo, aunque el tamaño del efecto de la ICC fue de moderado a grande solo a partir del primer seguimiento; no obstante en la literatura revisada existen intervenciones que si han conseguido la disminución estadísticamente significativa de la Indolencia. Por ejemplo, Salyers et al., (2011) que implementó un taller grupal el cual incluía técnicas de atención plena, meditación, reestructuración cognitiva y actividades de autocuidado; y Marine et al., (2009) que mediante una revisión sistemática reportó que las intervenciones dirigidas a la organización donde había sesiones de apoyo y asesoramiento grupal lograban la disminución estadísticamente significativa de la Indolencia. De esta manera, parece ser necesario que la intervención contemple dinámicas grupales con los participantes que les permitan expresar vivencias referentes a su trabajo, su sentir hacia los pacientes o usuarios y sus respuestas impersonales y frías con la finalidad de que el terapeuta pueda intervenir directamente en estos pensamientos de manera grupal.

En cuanto a la dimensión Desilusión por el trabajo definida como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y que afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas que atienden (Gil-Monte & Peiró, 1997); los participantes de la presente investigación reportaron reducción estadísticamente significativa en el primer seguimiento y disminución clínica desde la evaluación posttest al último seguimiento; lo cual coincide con lo expuesto por Marine et al. (2009) quien indica que las intervenciones dirigidas al individuo con un enfoque cognitivo conductual y de corta duración (6 semanas) incrementan la ilusión por el trabajo. Cabe recalcar que la presente investigación cumple con lo recomendado por Marine et al. (2009) en cuanto al enfoque y la duración que en este caso fue de 5 semanas.

No obstante, la disminución en la Desilusión por el trabajo tiene algunos aspectos peculiares: no se manifestó desde la evaluación posttest y no se mantuvo al seguimiento 2; estos hechos tendrían dos posibles explicaciones; la primera de ellas es que los cuidadores formales desde un inicio tenían bajos puntajes en desilusión por el trabajo que los ubicaba en percentiles que indican

un nivel muy bajo de dicha dimensión, por lo tanto no era posible que disminuyeran aún más si desde la evaluación pretest no manifestaban esta dimensión negativa. La segunda explicación, muy relacionada con la primera, se basa en que diversos autores (Lee & Ashforth, 1993; Leither, Schaufeli, & Maslach, 1993; Maslach & Jackson, 1997) han sostenido que existe una relación temporal entre los componentes del SDL, lo que sugiere que el Desgaste físico y psíquico puede conducir a la Indolencia y con el paso del tiempo a la Desilusión por el trabajo lo cual señala a esta dimensión como un fenómeno muy complejo que probablemente no había sido desarrollado aún por los participantes de esta investigación.

Acerca de la dimensión Culpa que de acuerdo a Gil-Monte (2008) no se presenta en todos los trabajadores con SDL; más de la mitad de los cuidadores formales que participaron en este estudio presentaban niveles medios, altos o críticos en la evaluación pretest, indicando que dichos cuidadores probablemente estaban desarrollando culpabilidad por sus actitudes indolentes hacia los pacientes, afectándose física y emocionalmente a sí mismos. Después de la ICC los participantes reportaron cambios significativos clínicos y estadísticos en ambos seguimientos disminuyendo los puntajes, sin ser evidente desde la evaluación posttest. Este hallazgo es sobresaliente debido a que en la literatura no se ha encontrado evidencia de estudios que investiguen a profundidad la dimensión de Culpa ni los efectos que tiene sobre ella alguna intervención; posiblemente la reducción en esta dimensión se deba a la disminución (basándonos en la significancia clínica) de los sentimientos y actitudes de indolencia que se presentaron a partir del seguimiento 1, es decir, si se trabaja sobre la indolencia y se logra reducir, existirán menos sentimientos de culpa por dichos comportamientos fríos y distantes.

Adicionalmente se evaluó el efecto de la ICC en otras variables medidas en los cuidadores, con referencia a la Calidad de vida se encontraron resultados favorables, que indican una mejoría estadística y clínicamente significativa en la Calidad de vida general y en sus dimensiones Salud física, Salud psicológica y Relaciones sociales lo que es consistente con lo descrito por Burke y Greenglass,

(2001), Edelwich y Brodsky (1980), Figley (1998), Gil-Monte y Peiró (1997) y Maslach (1982) quienes afirman que el SDL tiene implicaciones negativas a nivel fisiológico, personal, familiar y laboral. Por lo tanto los resultados sugieren que al disminuir el SDL también mejora la calidad de vida a nivel personal además de la calidad de vida laboral que ya ha sido estudiada por otros autores (Boekhorst et al., 2008; Brattberg, 2006; Issaksson et al., 2010; Salyers et al., 2011; Van der Klink et al., 2001). Cabe mencionar que no se encontró mejoría en la dimensión Medio ambiente lo que resulta congruente con los propósitos de la presente investigación, pues se trata de una variable distal sobre la que no se intentó incidir debido a que hace referencia al medio ambiente físico en el que se desarrolla el participante incluyendo factores como infraestructura, seguridad y transporte que están fuera de nuestro alcance.

En este mismo sentido también se reportó una mejoría en la mayoría de las Habilidades sociales evaluadas en los cuidadores; aunque las que presentaron una mejoría inmediata (desde la evaluación posttest) manteniéndose a través del tiempo fueron las siguientes: Inicio de interacciones, enfrentarse con superiores, defensa de derechos y recibir cumplidos; se observa que todas ellas son importantes para el desarrollo de la labor como cuidador formal dentro de una institución pues hacen referencia a la interacción no solo con los ancianos a los que cuidan, sino con sus propios compañeros, supervisores y jefes con quienes la relación también se deteriora a partir del desarrollo del SDL. Este hallazgo confirma lo reportado por Boekhorst et al., (2008), Hullett, McMillan y Rogan (2000), y Vitaliano, Young y Zhang (2004) quienes mencionaron que un paliativo sustancial para el SDL es que los trabajadores establezcan relaciones sociales de calidad con sus compañeros y jefes más que numerosas interacciones sociales. Así pues, la ICC implementada dotó de las habilidades necesarias a los cuidadores formales para que se pudieran mejorar las interacciones sociales en gran parte del equipo de trabajo de los centros de atención gerontológica.

Desde que se comenzó la investigación sobre el SDL, se ha reportado que la salud de los trabajadores con este síndrome se ve seriamente mermada por su presencia, manifestándose sensaciones de cansancio y fatiga, catarro crónico,

jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, alteraciones respiratorias, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, migrañas, problemas de sueño, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o incluso daños a nivel cerebral (Belcastro, 1982; Freudenberguer, 1974); dichos padecimientos conllevan consecuencias negativas a nivel laboral, pues es posible que el trabajador requiera de un mayor número de días de incapacidad. No obstante, en estudios previos, se han encontrado resultados no concluyentes, pues reportan disminución en los días de incapacidad (Wegner et al., 2011), reducción del dolor corporal (Brattberg, 2006) o ningún cambio en la salud general (Richter et al., 2012); incluso los cuidadores formales del presente estudio reportaron una mejoría estadística y clínicamente significativa solo en la evaluación posttest en la Percepción de salud; si bien es cierto que se mantuvo la significancia clínica hasta el seguimiento 2, no se alcanzó la significancia estadística. Es probable que los efectos de las intervenciones sobre la salud se deban evaluar a largo plazo, sobre todo si las enfermedades que los participantes han desarrollado son crónicas o han llevado un largo tiempo de evolución; incluso sería recomendable que se mejorara la forma de medir esta variable tan importante, pues en los estudios mencionados se hizo mediante escalas de autoreporte y en el presente con una escala visual analógica, lo que permite deducir que sería más recomendable emplear medidas objetivas del estado de salud de cada participante.

Finalmente es necesario hacer énfasis en dos aspectos primordiales de la investigación. El primero de ellos se trata del efecto no inmediato reflejado en la dimensión Desilusión por el trabajo para los cuidadores; y para las variables Calidad de vida (y sus dimensiones Participación social y Actividades pasadas, presentes y futuras), Satisfacción con el cuidado y Bienestar subjetivo (y su dimensión Actitud al envejecimiento) en los ancianos residentes. Para estas variables y dimensiones el efecto de la ICC no se reflejó en la evaluación posttest pero sí a partir de las evaluaciones de seguimiento a 1 y 3 meses de haber concluido la ICC; lo anterior pone de manifiesto que el impacto en ellas estuvo mediado por la modificación de otros comportamientos de los cuidadores y ancianos residentes. El segundo

aspecto hace referencia a la evaluación de la eficacia de la ICC ya que resulta importante conocer si los efectos positivos que se obtuvieron después de la ICC logran mantenerse o incrementarse con el paso del tiempo y en ausencia del terapeuta; de ahí la importancia metodológica de las evaluaciones de seguimiento a uno y tres meses después de haber concluido la ICC; así como de analizar con especial interés la medición del último seguimiento (dos meses después de haber concluido la ICC) lo que permitió saber que los efectos positivos de la ICC no solo se mantuvieron a través del tiempo sino que en muchos casos se incrementaron, lo cual nos brinda información referente a que los participantes adquirieron las habilidades necesarias para cambiar su comportamiento aún sin la presencia del terapeuta.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y RECOMENDACIONES FUTURAS

El cambio demográfico que se está viviendo a nivel mundial ha incrementado sustancialmente el número de ancianos que requieren servicios y políticas públicas que procuren su bienestar integral. Uno de estos servicios especiales para los ancianos, son los Centros de Atención Gerontológica (CAG) donde se involucran ancianos y personal dedicado a su cuidado, como se ha revisado a lo largo de esta investigación es de suma importancia procurar un ambiente sano para todos los involucrados en un ambiente institucionalizado como lo son los CAG, de ahí la relevancia de cuidar al cuidador de ancianos para la obtención de un doble resultado positivo: el incremento de su calidad de vida y a su vez incrementar el bienestar y calidad de vida de los ancianos residentes.

La presente investigación constituye uno de los primeros acercamientos a la disminución del SDL como medio para mejorar variables importantes no solo en quien lo padece; sino mostrando un efecto positivo indirecto en quienes reciben el servicio, en este caso los ancianos; así como favorecer la interacción entre ambos. Sin duda alguna, es recomendable continuar con esta línea de investigación, en especial, con el diseño y puesta en marcha de programas de prevención e intervención en favor de quienes desarrollan SDL.

No obstante, este estudio cuenta con limitaciones que es necesario enunciar. En primera instancia el número de participantes fue bajo, aún cuando la mayoría de los gericultistas participaron en el estudio; lo cual habla de la falta de personal en instituciones de este tipo. Adicionalmente hubo poca diversidad de las profesiones incluidas, pues los participantes eran en su mayoría gericultistas y se contó con la participación de un muy bajo número de trabajadores sociales y enfermeras; al respecto de esta última profesión se dificultó su inclusión debido a la dificultad que manifestaban para dejar sus actividades laborales y asistir a las sesiones del taller pues ellas se encontraban a cargo del cuidado de los ancianos ubicados en enfermería, quienes son en su mayoría totalmente dependientes.

Con base en lo anterior resulta idónea la adscripción de organizaciones gubernamentales o privadas dedicadas al cuidado de ancianos, para

incrementar el número de participantes, tanto cuidadores como ancianos. Asimismo, es necesario incluir profesionistas como enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas físicos. Específicamente a las profesiones del psicólogo y gerontólogo no se les ha dado la debida importancia en los ambientes institucionalizados; el psicólogo, por su lado, está capacitado para brindar atención tanto a los pacientes que en este caso son ancianos como a los cuidadores formales, con la finalidad de promover una mejor interacción. Adicionalmente el gerontólogo se ha ido posicionando como un profesionista de suma importancia para el desarrollo y cuidado de los ancianos pues se encarga de estudiar el proceso de envejecimiento del ser humano desde el punto de vista biopsicosocial y puede realizar su función en ámbitos: administrativos, salud a nivel de promoción y prevención, educación, trabajo comunitario a través de la formulación y coordinación de proyectos integrales para el adulto mayor. Por consiguiente, resulta imprescindible involucrar a todos los profesionistas inmersos en un ambiente gerontológico en programas de intervención como el que se propone en el presente estudio.

En el caso especial de las enfermeras se recomienda adaptar la ICC a una intervención breve y en horarios mucho más flexibles, pues es probable que ellas manifiesten niveles más altos de SDL al estar encargadas del cuidado de personas que ya no pueden valerse por sí mismas y requieren mayor atención y ayuda para realizar las ABVD y por consiguiente el beneficio que reporten podría ser mayor que el de los participantes de este estudio.

Las intervenciones que se habían probado con anterioridad, no incluían el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta a pesar de tratarse de procedimientos orientados a dotar al cuidador de una serie de habilidades y competencias que le faciliten el trabajo con los ancianos residentes. Por lo tanto, el implementarlas y analizar su efecto positivo en la interacción de cuidadores y ancianos constituye una de las principales fortalezas de este estudio. No obstante, se sugiere incrementar las sesiones encaminadas al entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de modificación de conducta (reforzamiento positivo, modelamiento y moldeamiento) para fortalecer la su adquisición, que servirá para mejorar la interacción entre cuidadores-cuidadores y cuidadores-ancianos.

Esto tendría como consecuencia: 1) la reducción de actitudes y conductas negativas (indolencia) hacia los pacientes y compañeros; 2) la reducción de sentimientos de culpa por estas mismas actitudes y conductas; 3) el mejoramiento de las relaciones sociales con compañeros y pacientes; y 4) la disminución de la desilusión por el trabajo al encontrarse en una relación asistencial con una atmósfera de bienestar generada por la confianza y la aceptación recíprocas (Köther & Gnamm, 2003).

Asímismo, se sugiere hacer un análisis de cada componente de la intervención para conocer el efecto de cada técnica empleada sobre las variables estudiadas. Debido a que con los análisis efectuados en la presente investigación se tiene el conocimiento que en conjunto la ICC implementada generó los beneficios mencionados; no obstante, sería deseable conocer los efectos que genera cada módulo implementado.

Con respecto a las mediciones de las variables involucradas, el uso de videograbaciones para evaluar la interacción anciano-cuidador y cuidador-anciano, se tradujo en la obtención de indicadores duros del comportamiento manifestado por ambas poblaciones; lo cual incrementa la validez de los resultados. Así, se fomenta el uso de indicadores duros para evaluar el mayor número de variables posibles, por ejemplo, tener un registro de las faltas, retardos, e incapacidades de los cuidadores permitiría evaluar empíricamente la relación entre la presencia del SDL y efectos negativos en el ámbito laboral. Al tener una revisión médica con indicadores fisiológicos tanto de cuidadores como de pacientes, sería posible mejorar la medición de "percepción de salud" teniendo indicadores duros sobre los cuales se analizarían los efectos de la ICC. Finalmente, podría ampliarse el empleo de las videograbaciones, al analizar en ellas no solo las categorías conductuales de interacción positivas y negativas, sino también valorar los aspectos verbales y no verbales de las habilidades sociales.

Además se propone obtener las propiedades psicométricas de los instrumentos de autoreporte empleados mediante técnicas más sofisticadas como ecuaciones estructurales y análisis factorial confirmatorio.

Asimismo, se recomienda que, en futuras investigaciones, se incluyan variables demográficas, de personalidad y laborales (Caruso et al., 2012; Arora,

Diwan & Harris, 2014), que pudieran estar vinculadas con el proceso de desarrollo del *burnout*, como son estado civil, número de hijos, hábitos saludables, apoyo social, autoestima, autoeficacia, horarios laborales y antigüedad en el puesto.

De igual forma, en este estudio se aplicó un cuestionario para indagar los eventos significativos tanto de los cuidadores como de los ancianos residentes; información que debiera ser analizada en estudios posteriores, con la finalidad de conocer si la existencia de eventos significativos positivos (mejoría o desaparición de una enfermedad, mayor ingreso económico, inicio de una relación) o negativos (complicación de alguna enfermedad, disminución del ingreso económico, problemas en la institución) influyen en los efectos de la ICC propuesta.

La ICC propuesta en esta investigación mostró resultados positivos tanto en los cuidadores como en los ancianos, basándose en el trabajo individual con los cuidadores formales; sin embargo a lo largo de los años de investigación referente al SDL se conoce que son muchos los factores involucrados en el desarrollo de tal síndrome, entre ellos uno de los más importantes es el factor laboral pues es justo allí donde se desarrolla el SDL. Por lo tanto, tener un ambiente laboral negativo, exceso de actividades, mala organización de actividades, elevado nivel de responsabilidad, jornadas laborales extensas, bajo ingreso económico, trabajos monótonos tendrá un papel importante en la presencia del SDL. No obstante, el presente estudio no tuvo como propósito evaluar el factor laboral en el SDL por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se realice una intervención que conjugue los componentes de relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, modelamiento, moldeamiento y reforzamiento positivo, con ajustes específicos y positivos en el ambiente laboral, tales como el re-diseño de tareas para cada puesto, desarrollo de descripciones claras de los roles, implementación de reforzadores positivos a los cuidadores, entre otros; esto con la finalidad de analizar si los efectos de esta intervención son mayores o menores, si son inmediatos o duraderos, o no genera ningún cambio adicional.

REFERENCIAS

- Abrahamson, K., Jill S., & Pillemer, K. (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families: does it increase *burnout*? *Journal of aging and health*, 21(6), 895-912. doi: 10.1177/0898264309340695.
- Abramowitz, S., Cote, A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5, 100-108.
- Acuña, G. (2012). *Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores* (Tesis doctoral). Recuperada de TESIUNAM.
- Alberich, N., & Funes, J. (2008). Autonomía y dependencia. En Barranco, C., & Funes, J. (coords.). *Intervención social y sanitaria con mayores. Manual para el trabajo con la 3ª y 4ª edad* (pp. 67-124). Madrid: Dykinson.
- Aranda, C., Pando, M., Flores, M., & García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barna*, 28(2), 69-74.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., & Aldrete, G. (2006). Síndrome de *burnout* y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*, 16, 15-22.
- Arita, B., & Arauz, J. (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de *burnout* en enfermeras. *Psicología y Salud*, 14, 87-94.
- Arora, M., Diwan, A., & Harris, I. (2014). Prevalence and factors of *burnout* among Australian orthopedic trainees: a cross-sectional study. *Journal of Orthopedic Surgery*, 22(3), 374-377.
- Arréchiga, H., & Cerejido, M. (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Ballenger-Browning, K., Schmitz, K., Rothacker, J., Hammer, P., Webb-Murphy, J., & Johnson, D. (2011). Predictors of *burnout* among military mental health providers. *Military medicine*, 176(3), 253-260.

- Ballesteros, J. (2008). Habilidades cognitivas en la vejez. En Ballesteros, J. (ed. y coord.), *Gerontología. Un saber multidisciplinar* (pp. 119-162). Madrid: Editorial Universitas.
- Bassuk, S., Glass, T., & Berkman, L. (1999). Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons. *Annals of Internal Medicine*, *131*, 165-173.
- Batista, J., Carlotto, M., Coutinho, A., & Augusto, L. (2010). Prevalência da síndrome de *burnout* e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da Cidade de João Pessoa. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *13*, 502-512. doi: 10.1590/S1415-790X2010000300013.
- Beck, D. (1987). Counselors *burnout* in family service agencies. *Social Casework*, *68*(1), 3-15.
- Belcastro, P. (1982). *Burnout* and its relationship to teachers' somatic complaints and illnesses. *Psychological Reports*, *50*, 1045-1046.
- Benitez, L. (2006). Prevenir o demorar la dependencia, desde la fisioterapia. En Pérez, C., Malagón, B., & Amador, M. *Vejez. Autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. (pp. 241-244). España: Dykinson.
- Berger, M., Schneller, C., & Maier, W. (2012). Work, mental disorders and *burnout* : Concepts and developments in diagnostics, prevention and therapy. *Nervenarzt*, *83*(11), 1364-1372. doi: 10.1007/s00115-012-3582-x.
- Berry, D., & Hansen, J. (1996). Positive Affect, Negative Affect, and Social Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 796-809.
- Blostein, S., Eldridge, W., Kilty, K., & Richardson, V. (1985). A multi-dimensional analysis of the concept of *burnout*. *Employee Assistance Quarterly*, *1*(2), 55-66.
- Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M., Eefsting, J., & Pot, A. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: The effects on job satisfaction and *burnout* and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, *20*(5), 927-940. doi: 10.1017/S1041610208007291.
- Brattberg, G. (2006). Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and *burnout*: a randomized trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, *29*, 221-227.

- Burke, R., & Greenglass, E., (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology and Health, 16*, 83–94.
- Caballo, V. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis doctoral. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: Propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual, 1*(2), 221-231.
- Cárdenas-Varela, C., González-González, C., & Lara-Dávila, H. (2012). *Numeralia de los adultos mayores en México*. Instituto de Geriatria. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En: Moreno, L., Cano-Valle, F., & García-Romero, H. (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Caro-López, E., & Luna-Pérez, E. (2009). El envejecimiento de la población y la situación de salud en México. En Caro-López, E., & Luna-Pérez, E. (coords). *Memoria Institucional 2007-2009* (pp. 19-34). México: Instituto de Geriatria, Secretaría de Salud.
- Carrilio, T., & Eisenbeg, D. (1984). Using peer support to prevent worker burnout. *Social work, 65*, 307-310.
- Caruso, A., Vigna, C., Bigazzi, V., Sperduti, I., Bongiorno, L., & Allocca, A. (2012). *Burnout among physicians and nurses working in oncology*. *La Medicina del lavoro, 103*(2), 96-105.
- Cayton, H. (2002). Carer's lives. In R. Jacoby & C. Oppenheimer (Eds.), *Psychiatry in the Elderly* (Third ed., pp. 441-459). New York: Oxford University Press.
- Centeno, S. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. España: Formación Alcalá.

- Cheng, Y. (2005). *Caregiver Burnout: A critical review of the literature* (Tesis doctoral, Faculty of the California School of Professional Psychology). Recuperada de la base de datos de ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 3199400).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 1, 155-159.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Consejo Nacional de la Población (2004). *Comunicado de prensa, 28 de Agosto, Día Nacional del Adulto Mayor*. Recuperado el 19 de febrero del 2011, de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/43.pdf>.
- Consejo Nacional de la Población (2008). *Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México*. Recuperado el 19 de febrero del 2011, de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf>.
- Corcoran, K. (1987). The association of burnout and social work practitioners' impressions of their clients: Empirical evidence. *Journal of Social Service Research*, 10, 57-66.
- Corte, G., Ortiz, X., & Ostrosky-Solis, F. (2007). *Detección de deterioro cognoscitivo y demencia leve en población mexicana utilizando la escala breve del estado mental, la escala de Blessed y Neuropsi*. Documento disponible en Internet, última visita abril de 2013. <http://www.geragogia.net/editorialali/scale.html>
- Crespo, L., & López, M. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- De los Ríos, C. (2001). *La importancia de la relación interpersonal enfermería – paciente en la recuperación de la salud de los pacientes en la unidad de cuidado intensivo* (Tesis doctoral). Recuperada de TESIUNAM.
- De los Ríos, C., & Sánchez-Sosa, J. (2002). Well-Being and medical recovery in the critical care unit: The role of the nurse-patient interaction. *Salud Mental*, 25(2), 21-31.

- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- DeVente, W., Kamphuis, J., Emmelkamp, P., & Blonk, R. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of occupational health psychology*, 13(3), 214-231. doi: 10.1037/1076-8998.13.3.214.
- D'Hyver, D. (2009). Proceso de envejecimiento. En D'Hyver, D., & Gutierrez-Robledo L. (eds.). *Geriatría* (pp. 15-32). México: Manual Moderno.
- Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Fernández-de-las-Peñas, C., García-Lafuente, F., García-Royo, C., & Tomás-Rojas, I. (2011). Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with *burnout*. *Biological research for nursing*, 13(4), 376-382. doi: 10.1177/1099800410389166
- Diener, E. (1996). Traits Can be Powerful but are Not Enough: Lessons from Subjective Well-Being. *Journal of Research in Personality*, 30, 389-399.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, Personal Strivings, and Subjective Well-Being: A Nomothetic and Idiographic Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Ding, Y., Qu, J., Yu, X., & Wang, S. (2014). The Mediating Effect of *Burnout* on the Relationship between Anxiety Symptoms and Occupational Stress among Community Healthcare Workers in China: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 9(9). doi: 10.1371/journal.pone.0107130.
- Donabedian A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *PubMed*, 25, 173-192.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Fericgla, J. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.

- Fernández, B. (2008). El bienestar de los mayores. En Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.). *Psicología positiva aplicada*. (pp. 371-400). España: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., & Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.
- Fernández, C., Menezes de Lucena, V., & Ramos, C. (2001). El síndrome de *burnout* en cuidadores formales de ancianos. En *Psicogeriatría*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/neuropsiquiatria/psicogeriatria/el-sindrome-de-burnout-en-cuidadores-formales-de-ancianos/>
- Figley, C. (1998). *Burnout in families: The systematic cost of caring*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P., & Britton, P. (1986). *Burnout and professional depression: Related concepts?*. *Journal Advanced Nursing*, 11 (6), 633-641.
- Fischer, H. (1983). A psychoanalytic view of *burnout*. En Farber, B. (ed.) *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press.
- Flynn, L., Thomas-Hawkins, C., & Clarke, C. (2009). Organizational traits, care processes, and *burnout* among chronic hemodialysis nurses. *Western journal of nursing research*, 31 (5), 569-582. doi: 10.1177/0193945909331430
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fontanals, M., & Suñol, R. (2000). El trato con el cliente y las técnicas de relación. En Fontanals, M., & Suñol, R. (dir.). *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores* (pp. 25-44). España: Herder.
- Fornés, V. (2003). Enfermería en salud mental. Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos. *Enfermería Global*, 2, 1-11.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

- Gac, E. (2002). Introducción al adulto mayor y al envejecimiento. En Marín, L. (ed.). *Manual de Geriatría y Gerontología* (pp. 25-31). Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- García-Vilchis, V. (2010). Biología del envejecimiento. En Gutiérrez-Robledo L. y Gutiérrez-Ávila J. (coords). *Envejecimiento de la población: Implicaciones sociales y políticas, impacto en la salud y desafíos para los sistemas* (pp. 125-138). México: Instituto de Geriatría, Secretaría de Salud.
- Gaugler, J., Davey, A., Pearlin, L., & Zarit, S. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behavior problems. *Psychology and Aging* 2000, 15, 437-450.
- Gil-Monte, P. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios *diagnósticos* sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 101-102.
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *burnout*): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *PsicoPediaHoy*, 3(5). Disponible en: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de *Burnout*) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2008). Evaluación psicométrica del síndrome de *burnout*: el cuestionario "CESQT". En Garrido, J. *¡Maldito trabajo! Una increíble pero cierta historia sobre mobbing, burnout y dirección de personal*. (pp. 269-291). Barcelona: Granica.
- Gil-Monte, P. (2008b). Magnitude of relationship between *burnout* and absenteeism: A preliminary study. *Psychological Reports*, 102, 465-468.
- Gil-Monte, P. (2011). *CESQT. Cuestionario para Evaluar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Madrid: TEA Ediciones.

- Gil-Monte, P., Carretero, N., & Roldán, M., (2005b). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11, 281-290.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldán, M., & Núñez-Román, E. (2005a). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1), 107-123.
- Gil-Monte, P., & Noyola, V. (2011). Estructura factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en maestros mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 1, 75-84.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. España: Síntesis.
- Gil-Monte, P., Peiró, J., & Valcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de *burnout* en profesionales de Enfermería. En Munduate, L., & Barón, M. (comp.). *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral* (pp. 231-241). Sevilla: Eudema.
- Gil-Monte, P., Peiró, J., & Valcárcel, P. (1998). A model of *burnout* process development: An alternative from appraisal model of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4(1): 165-179.
- Giró-Miranda, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. España: Universidad de la Rioja.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive *burnout* and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. (Tesis doctoral) Recuperada de TESIUNAM.
- González-Celis, A. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En: Gutiérrez-Robledo, L. y Gutiérrez-Ávila, J. (coords). *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria* (pp. 365-378). México: Instituto de Geriátría, Secretaría de Salud.

- González-Celis, A., & Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health, 5*(12A), 110-116. doi: 10.4236/health.2013.512A015.
- González-Celis, A., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica, 5*(3), 501-509.
- González-Celis, A., & Sánchez-Sosa, J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología, 20*, 43-58.
- González-Celis, A., Tron, R. & Chávez, M. (2009). *Evaluación de Calidad de Vida*. México: UNAM.
- Gould, D., Kelly, D., Goldstone, L., & Gammon, J. (2001). Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale. *Journal of Clinical Nursing, 10*(5), 697-706. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00525.x
- Gray-Stanley, J., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, *burnout*, and social and personal resources among direct care workers. *Research in developmental disabilities, 32*(3), 1065-1074, doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.025.
- Greene, R. (1986). Countertransference issues in social work with the aged. *Journal of Gerontological Social Work, 9*(3), 79-88.
- Greeneich, D., Long, C., & Miller, B. (1992). Patient satisfaction update: research applied to practice. *Applied Nursing Research, 5*, 43-48.
- Greenglass, E., Burke, R., & Ondrack, M. (1990). A gender-role perspective of coping and *burnout*. *Applied Psychology: An International Review, 39*(1), 5-27.
- Guerrero, E., & Vicente, F. (2001). *Síndrome de "burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Universidad de Extremadura: Cáceres.
- Guerrero-Barona, E., & Rubio-Jiménez, J. (2005). Estrategias de prevención e intervención del "burnout" en el ámbito educativo. *Salud Mental, 28*(5), 27-33.

- Gutiérrez, L. (1996). *Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales*. México: Grupo de Consenso Nacional sobre Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales. Fundación Mexicana para la Salud. ISBN 968-6186-71-9.
- Gutiérrez-Robledo, L., Gutiérrez-Ávila, H., Ávila-Alva, M., & López-Ortega, M. (2010). Creación de la red temática "Envejecimiento, salud y desarrollo social". En Gutiérrez-Robledo L. y Gutiérrez-Ávila J. (coords). *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología* (pp. 199-210). México: Instituto de Geriatria, Secretaría de Salud.
- Hamaideh, S. (2011). *Burnout, social support, and job satisfaction among Jordanian mental health nurses*. *Issues in mental health nursing*, 32(4), 234-242, doi: 10.3109/01612840.2010.546494.
- Harding, S., Flannelly, K.; Weaver, A., & Costa, K. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 253-261.
- Harper, A., & Power, M., (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Hattori-Hara, M. (2013). *Entrenamiento en competencias de afrontamiento al paciente geriátrico con Diabetes Mellitus y su cuidador informal*. (Tesis doctoral). Recuperada de TESIUNAM.
- Heinke, W., Dunkel, P., Brähler, E., Nübling, M., Riedel-Heller, S., & Kaisers, U. (2011). *Burnout in anesthesiology and intensive care: is there a problem in Germany?*. *Der Anaesthetist*, 60(12), 1109-1118, doi: 10.1007/s00101-011-1947-3.
- Hernández, Z., & Ehrenzweig, S. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de *burnout* en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.
- Herrera, M., & Kornfeld, R. (2008). Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. *Revista en foco-expansiva*, 131, 1-15.
- Hillert, A. (2012). How is *burnout* treated? Treatment approaches between wellness, job-related prevention of stress, psychotherapy, and social criticism.

- Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55(2), 190-196. doi:10.1007/s00103-011-1411-1.
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of *burnout* over time and the causal order of the three dimensions of *burnout* among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC public health*, 11, 240-249. doi: 10.1186/1471-2458-11-240.
- Hullett, C., McMillan, J., & Rogan, R. (2000). Caregiver's predispositions and perceived organizational expectations for the provision of social support to nursing home residents. *Health Communication*, 12, 277-299.
- Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de Salud Mental*, 34, 94-110.
- Isaksson, R., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and *burnout* after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC public health*, 10, 213-235. doi: 10.1186/1471-2458-10-213.
- Izal, M., Montorio, I., & Díaz-Veiga, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Madrid: IMSERSO.
- Juárez-García, A., Idrovo, A., Camacho-Ávila, A., & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de *burnout* en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 159-176.
- Kaschka, W., Korczak, D., & Broich, K. (2011). *Burnout*: a fashionable diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt international*, 108(46), 781-787. doi: 10.3238/arztebl.2011.0781.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Knopoff, R., Santagostino, L., & Zarebski, G. (2004). Resiliencia y envejecimiento. En Melillo, A., Suárez, O., & Rodríguez, D. *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 65-73). Buenos Aires: Paidós.
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the *burnout* syndrome. *GMS health technology assessment*, 8, 1-9. doi: 10.3205/hta000103

- Köther, I., & Gnamm, E. (2003). *Manual de geriatría. El cuidado de las personas mayores*. España: Editorial Editex.
- Köther, I., Seibold, H., & Offermann, C. (2003). Servicios e instituciones de ayuda a la tercera edad. En Köther, I., & Gnamm, E. *Manual de geriatría. El cuidado de las personas mayores*. (pp. 45-80). España: Editex.
- Kunkler, J., & Whittick, J. (1991). Stress-management groups for nurses: practical problems and possible solutions. *Journal of Advanced Nursing*, 16(2), 172-176.
- Labrador, F. (1991). *El estrés, problemática psicológica y vías de intervención*. Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- Landsbergis, P. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior*, 9(3), 217-239.
- Lange, A., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press.
- Lawton, M. (1975) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Le Gall, J., Azoulay, E., Embriaco, N., Poncet, M., & Pochard, F. (2011). Burn out syndrome among critical care workers. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 195(2), 389-398
- Lee, R., & Ashforth, B. (1993). A longitudinal study of *burnout* among supervisors and managers. Comparison between the Leither and Maslach (1988) and Golembiewski (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398. doi:10.1006/obhd.1993.1016.
- Leiter, M. (1993). *Burnout* as a developmental process: Consideration of models. En Schaufeli, W. Maslach, C., & Marek, T. (eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 237-250). Washington: Hemisphere.
- Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on *burnout* and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

- Leiter, M., Schaufeli, W., & Maslach, C. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. In: Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. editors. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. (pp. 135-156). Philadelphia: 1993.
- Lesur, L. (2011). *Cuidado de los adultos mayores*. México: Trillas.
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Lieberman, M. (1969). Institutionalization of the aged: Effects on behavior. *Journal of Gerontology*, 24, 330-340. doi:10.1093/geronj/24.3.330
- Llanos, P. (2006). La razón última de la atención a los ancianos frágiles y dependientes. En Pérez, C., Malagón, B., & Amador, M. *Vejez. Autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. (pp. 253-265) España: Dykinson.
- Lorente, L., Salanova, M., & Martínez, I. (2007). Estrategias de prevención de *burnout* desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 41, 12-20.
- Losada, A., Martín, M., Cubas, R., & Aranzazu, M. (2010). Programas con cuidadores mayores de personas mayores en situación de dependencia. En Bermejo, G. (coord.). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores* (pp.241-250). Madrid: Médica Americana.
- Lucas, R. (2007). Perspectiva internacional de calidad de vida en las personas mayores. Proyecto WHOQOL-Old (Resumen). *Revista Argentina de Psiquiatría*, XVIII (72).
- Mahoney F., & Barthel D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. (2009). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *Database of Systematic*, 4. Art. No.: CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub2.
- Martínez-López, C., & López-Solache, G. (2005). Características del síndrome de *Burnout* en un grupo de enfermeras mexicanas, *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.

- Maslach, C. (1982a). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice-Hall Press.
- Maslach, C. (1982b). Understanding *burnout*: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En Paine, W. (Ed.). *Job stress and burnout; research, theory and intervention perspectives*. (pp. 29-40). Beverly Hills: Sage Publications.
- Maslach, C. (1986). Stress, *burnout*, and workaholism. En Kilberg, R., Mathan, P., & Thoreson, R. (eds.). *Professionals distress: Issues, syndromes and solutions in psychology* (pp.53-75). Washington: Psychology Ass.
- Maslach, C. (2003). Job *burnout*: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192. doi:10.1111/1467-8721.01258.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach C., & Jackson, S. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leither, M. (2001). Job *burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- McHugh, M., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J., Sloane, D., & Aiken, L. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, *burnout*, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health affairs*, 30(2), 202-210. doi:10.1377/hlthaff.2010.0100.
- McVicar A. (2003) Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal Advances Nursing*, 44, 633-642.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). *Burnout* and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132, 327-353. doi:10.1037/0033-2909.132.3.327.
- Montes de Oca-Zavala, V. (2010). Efectos en la salud de los hombres y mujeres adultos mayores. En Gutiérrez-Robledo L., & Gutiérrez-Ávila J. (coords). *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología* (pp. 145-158). México: Instituto de Geriátría, Secretaría de Salud.

- Montorio, I., & Losada, A. (2005). Provisión de cuidados y apoyo social informal: Una visión psicosocial de la dependencia. En Pinazo, S., & Sánchez, M. (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. (pp.491-515). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Montorio, I., Yanguas, J., & Díaz-Veiga, P. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar: En Izal, M., & Montorio, I. (Eds), *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbito de aplicación* (pp. 141-158). Madrid: Síntesis.
- Montorio, I. (1999). *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Síntesis.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Morales-Vallejo, P. (2012). El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias. *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*, 1-29. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%FloDelEfecto.pdf>
- Muñoz, T., & Giménez, L. (2004). Malos tratos en las instituciones. En Muñoz, T. *Personas mayores y malos tratos*. (pp. 83-99). España: Pirámide.
- Muñoz, T., & Motte, C. (2004). Programa de intervención en malos tratos y negligencia en personas mayores. En Muñoz, T. *Personas mayores y malos tratos*. (pp. 112-134). España: Pirámide.
- Mutkins, E., Brown, R., & Thorsteinsson, E. (2011). Stress, depression, workplace and social supports and *burnout* in intellectual disability support staff. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 55(5), 500-510, doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x
- Okabayashi, H., Sugisawa, H., Takanashi, K., Nakatani, Y., Sugihara, Y., & Hougham, G. (2010). A longitudinal study of coping and *burnout* among Japanese family caregivers of frail elders. *Aging & mental health*, 12(4), 434-443, doi: 10.1080/13607860802224318
- Olivares, V., Vera, A., & Juarez, A. (2009). 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.

- Pastor, F. (2005). *El trabajador social en el ámbito gerontológico*. España: Formación Alcalá.
- Peiró, J. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J., & Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pérez, C., Japón, B., & Musitu, O. (2006). La humanización comienza por el ingreso. En Pérez, C., Malagón, B., & Amador, M. *Vejez. Autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. (361-380) España: Dykinson, S. L.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Poulin, J., & Walter, C. (1993). *Burnout in gerontological social work*. *Social Work*, 38(3), 305-310.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-Old Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Prasad, K., Wahner-Roedler, D., Cha, S., & Sood, A. (2011). Effect of a single-session meditation training to reduce stress and improve quality of life among health care professionals: a "dose-ranging" feasibility study. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(3), 46-49
- Pressman, S., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Price, D., & Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-FUE
- Reiner, H., & Hartshorne, T. (1982). Job burnout and the school psychologist. *Psychology in the Schools*, 19(4), 508-512.
- Reynoso, E., & Seligson, N. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Richter, L., Rochat, T., Hsiao, C., & Zuma, T. (2012). Evaluation of a Brief Intervention to Improve the Nursing Care of Young Children in a High HIV and AIDS Setting. *Nursing research and practice*, 1, 647-654. doi: 10.1155/2012/647182.
- Rodríguez, P. (1999a). Evolución de las residencias en el contexto internacional. En Rodríguez, P. (coord.). *Residencias para personas mayores. Manual de orientación* (pp. 21-42). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Rodríguez, P. (1999b). La residencia. Concepto, destinatarios y objetivos generales. En Rodríguez, P. (coord.). *Residencias para personas mayores. Manual de orientación* (pp. 43-68). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Romero, A. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*, 23(2), 264-271.
- Rosse, J., Boss, R., Johnson, A., & Crown, D. (1991). Conceptualizing the role of self-esteem in the *burnout* process. *Group and Organization Studies*, 16(4), 428-451.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful aging. *Science*, 237, pp. 143-149.
- Rubio, R. (2005). Concepto, tipos, incidencia y factores de riesgo del maltrato institucional de personas mayores. En Iborra, M. (Ed.). *Violencia contra personas mayores*. (pp. 113-132). Barcelona: Ariel.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *Plos One*, 7 (7), 1-9.
- Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del *burnout*. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Salyers, M., Hudson, C., Morse, G., Rollins, A., Monroe-DeVita, M., Wilson, C., & Freeland, L. (2011). BREATHE: a pilot study of a one-day retreat to reduce *burnout* among mental health professionals. *Psychiatric services*, 62(2), 214-217. doi: 10.1176/appi.ps.62.2.214.
- Sampieri, H., Collado, F., & Lucio, B. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez-Sosa, J., & González-Celis, A. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: *Psicología y Salud*. México: UNAM.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En: Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (eds.). *Manual de Psicopatología* (pp. 4-52). Madrid: McGraw Hill.
- Sank, L., & Shaffer, C. (1993). *Manual del terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en grupos*. España: Desclée de Brouwer.

- Schaufeli, W., & Buunk, B. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research in theorizing. In Schabracq, M., Winnubst, J., & Cooper, C. (Eds.), *The handbook of work and health psychology*. (pp. 383- 425). Inglaterra: Wiley.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Seeman, T. Kaplan, G., Knudsen, L., Cohen, R., & Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among tile elderly in the ALAMEDA County Study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714-723.
- Serna de la, I. (2001). *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Shyam, R., & Yadev, S. (2006). Indices of Well-being of Older Adults: A Study Amongst Institutionalized and Non-institutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 21 (3-4), 79-94.
- Sofolahan, Y., Airhihenbuwa, C., Makofane, D., & Mashaba, E. (2010). "I have lost sexual interest ..." -challenges of balancing personal and professional lives among nurses caring for people living with HIV and AIDS in Limpopo, South Africa. *International quarterly of community health education*, 31 (2), 155-169, doi: 10.2190/IQ.31.2.d.
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An update meta analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.
- Triadó, C. (2006). Cambios físicos en el envejecimiento. En Triadó, C., & Villar, F. (coords). *Psicología de la vejez* (pp. 65-85). Madrid: Alianza Editorial.
- Trujillo, Z., Lozano, D., & Becerra, P. (2007). Impacto de la atención gerontológica en México. En Trujillo, Z., Becerra, P., & Rivas, M. (coords.). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica* (pp. 153-159). México: McGrawHill.
- Unda, S., Sandoval, J., & Gil-Monte, P. (2007). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*) en maestros mexicanos. *Información Psicológica*, 91/92, 53-63.
- Uribe, A. (2007). El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa y I. Salazar (Eds.), *Psicología de la salud abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 201-223). Cali: Manual Moderno.

- Vahey, D., Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42, 2, 157-166. doi: 10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5ª.
- Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A., & Van Dijk, F., (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American journal of public health*, 91(2), 270-276.
- Van-Wyk, B., & Pillay-Van W. (2010). Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No.: CD003541. doi: 10.1002/14651858.CD003541.pub2.
- Viamonte, M. (1993). *Al encuentro de la salud y longevidad*. México: Trillas.
- Viguera, V. (2000). Identidad y autoestima en los adultos mayores. *Revista Tiempo. El Portal de la psicogerontología*, 5. URL disponible en: www.psicomundo.com
- Villalobos-Molina, R. (2010). Biología del envejecimiento. En Gutiérrez-Robledo L. y Gutiérrez-Ávila J. (coords). *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología* (pp. 43-48). México: Instituto de Geriátría, Secretaría de Salud.
- Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez*. España: Aresta.
- Vitaliano, P., Young, H., & Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness, *Current Directions in Psychological Science*, 13, 13-16.
- Walter, U., Krugmann, C., & Plaumann, M. (2012). Preventing burnout? A systematic review of effectiveness of individual and combined approaches. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(2), 172-182, doi: 10.1007/s00103-011-1412-0.
- Warner, S., & Sherry, L. (2003). Desarrollo biológico: El cuerpo envejece. En *Psicología de la edad adulta y la vejez*. (pp. 407-450) España: Pearson.
- Watson, D., Clark, L., McIntyre, C., & Hamaker, S. (1992). Affect, Personality, and Social Activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 1011-1025.
- Wegner, R., Berger, P., Poschadel, B., Manuwald, U., & Baur, X. (2011). Burnout hazard in teachers results of a clinical-psychological intervention study.

- Journal of occupational medicine and toxicology*, 6(1), 2-39, doi:
10.1186/1745-6673-6-37.
- White, M., & Dorman, S. (2000). Online support for caregivers. Analysis of an Internet Alzheimer mail group. *Computers in nursing*, 18, 168-176.
- Willits, F., & Crider, D. (1988): Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years. *Journal of Gerontology*, 43, 172-176.
- Wilson, R. Bennett, D., Bienias, J., Mendes de León, C., & Evans, D. (2003). Cognitive activity and cognitive decline in a biracial community population. *Neurology*, 61, 812-816.
- Zantinge, E., Verhaak, P., de Bakker, D. van der Meer, K., & Jozien, B. (2009). Does *burnout* among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. *BMC family practice*, 10 : 60. doi: 10.1186/1471-2296-10-60.
- Zastrow, C. (1984). Understanding and preventing burn-out. *British Journal of Social Work*, 14(2), 141-155.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba un cordial saludo a nombre del equipo de psicólogos al que pertenecemos.

Por este medio se le invita a participar en una evaluación psicológica que se llevará a cabo con la finalidad de conocer aspectos importantes para usted tales como bienestar y calidad de vida.

Su participación será voluntaria y confidencial; los resultados serán personales y no tendrán efecto en su situación dentro de la institución o los servicios que hasta el momento esté recibiendo, pues se emplearán únicamente con fines de investigación.

En cualquier momento usted podrá decidir si continua o se retira de la evaluación; no obstante, se recomienda que la complete pues será útil para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Así mismo se le pide su autorización para la videograbación de algunas interacciones con los cuidadores y ancianos residentes. Dicha videograbación será utilizada exclusivamente para fines de investigación conservándose en todo momento su confidencialidad, siendo revisada únicamente por la investigadora y el equipo de psicólogos, manteniéndola en resguardo el lapso de tiempo indicado en el código ético del psicólogo, y procediendo a su destrucción una vez concluido dicho periodo.

Los datos y resultados son parte de una investigación psicológica y serán utilizados únicamente con fines de investigación, siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes y en búsqueda de su bienestar.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

Nombre y firma del participante

LIC. KARINA REYES JARQUÍN
Postulante a Dra. en Psicología y Salud
Contacto: krjarquin@gmail.com

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

Profesora Titular de la Carrera de Psicología, Posgrado e Investigación.

Responsable del proyecto "Calidad de vida, salud y envejecimiento"

Contacto: algcr10@hotmail.com

ANEXO 2. Batería de instrumentos para cuidadores de ancianos residentes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba un cordial saludo a nombre del equipo de psicólogos al que pertenecemos.

Por este medio se le invita a participar en el taller “Cuidando de mí”, con la finalidad de disminuir su estrés, mejorar su estado de salud, optimizar su labor como cuidador y mejorar su calidad de vida en general. Su participación será voluntaria y confidencial; los resultados serán personales y no tendrán ninguna repercusión en su situación laboral pues se emplearán únicamente con fines de investigación.

El programa consta de dos fases:

1. Programa de intervención: Conformada por un total de 10 a 16 sesiones de aproximadamente una hora cada una. Dichas sesiones se llevarán a cabo en el mismo centro de trabajo dos veces a la semana, de manera individual paciente-terapeuta.
2. Sesiones de valoración y seguimiento: Al inicio y final del programa de intervención se realizará una valoración de los participantes. Posteriormente, se les volverá a contactar al mes y a los tres meses para valorar el mantenimiento de las habilidades adquiridas. Los resultados podrán ser entregados exclusivamente a usted, si así lo solicita, y se entregarán con algunas recomendaciones útiles para su bienestar y calidad de vida.

Existirán dos grupos que recibirán el taller “Cuidando de mí”, el primero de ellos iniciará en el mes de Septiembre del presente año, y el segundo en el mes de Noviembre (fechas aproximadas). En caso de participar, usted formará parte de alguno de esos grupos, por lo que es necesario que asista a todas sus sesiones puntualmente y realice las tareas que se le asignen a lo largo del taller en su propio beneficio. Sin embargo, en todo momento usted podrá decidir si continuar o retirarse; no obstante, se recomienda que complete el programa en todos sus módulos para su bienestar.

Así mismo para fines de retroalimentación se le pide su autorización para la videograbación de algunos ejercicios e interacciones con los ancianos residentes. Dicha videograbación será utilizada exclusivamente para fines

de investigación conservándose en todo momento su confidencialidad, siendo revisada únicamente por la investigadora y el equipo de psicólogos, manteniéndola en resguardo el lapso de tiempo indicado en el código ético del psicólogo y procediendo a su destrucción una vez concluido el periodo que el código ético ordena

Los datos y resultados del trabajo terapéutico son parte de una investigación psicológica y serán utilizados únicamente con fines de investigación y mejora de su calidad de vida, siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes y en búsqueda de su bienestar.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

Nombre y firma del participante

LIC. KARINA REYES JARQUÍN
Postulante a Dra. en Psicología y Salud
Contacto: krjarquin@gmail.com

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
Profesora Titular de la Carrera de Psicología, Posgrado e Investigación.
Responsable del proyecto "Calidad de vida, salud y envejecimiento"
Contacto: algcr10@hotmail.com

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. NOMBRE _____
3. SEXO Femenino () Masculino ()
4. EDAD _____ (años cumplidos)
5. ESTADO CIVIL Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()
6. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA LABORANDO EN ESTA INSTITUCIÓN? Días _____
Meses _____ Años _____
7. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()
8. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS? Ninguno en absoluto () Primaria ()
Secundaria o Nivel Técnico () Bachillerato () Profesional () Posgrado ()
9. ¿CUÁLES SON SUS ACTIVIDADES PRINCIPALES EN ESTA INSTITUCIÓN?

10. LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES: Rentada () Propia () Prestada ()
Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? ()
11. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTES DE INGRESAR A ESTA INSTITUCIÓN? Empleado ()
Trabajaba por su cuenta () Labores del hogar () Otra ¿cuál? _____
12. FECHA DE SU RETIRO: _____
13. MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE LE GUSTEN REALIZAR EN SU TIEMPO LIBRE.
- | | |
|--|--------------------------|
| 1 Ver tv/escuchar música _____ | 5 Oficios _____ |
| 2 Domésticas _____ | 6 Deportivas _____ |
| 3 Manualidades _____ | 7 Dormir/descansar _____ |
| 4 Sociales, culturales, educativas _____ | 8 Otras, ¿cuáles? _____ |
14. ¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? Sí () No ()
15. ¿DE QUÉ TIPO?
Recreativa () Cultural () Educativa ()
Religiosa () Deportiva () Otra ¿cuál? _____
16. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA? Al menos una vez a la semana ()
Al menos una vez al mes () Ocasionalmente ()
17. ¿ESTÁ ENFERMO EN ESTE MOMENTO? Sí () No ()
18. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD O ENFERMEDADES?

19. ¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA ACTUALMENTE?

20. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO PADECE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA?

Días _____

Meses _____

Años _____

21. MENCIONE LOS TRES PROBLEMAS O PREOCUPACIONES MÁS SIGNIFICATIVOS QUE VIVE EN ESTE MOMENTO

- _____
- _____
- _____

A CONTINUACIÓN LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS DE ACUERDO A CIERTOS HÁBITOS DE SU VIDA EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

22. ¿CUÁNTAS HORAS DUERME DIARIAMENTE? _____

23. ¿USTED TIENE EL HÁBITO DE FUMAR? Sí lo tengo () No lo tengo ()

24. ¿PIENSA CONSTANTEMENTE EN BEBER Y EN LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Sí ()
No ()

25. ¿BEBE ALCOHOL DURANTE EL DÍA? Sí () No ()

26. ¿CUÁNTAS COPAS BEBIÓ LA ÚLTIMA VEZ? Lo suficiente para sentirse bien ()
Lo suficiente para perderse () Lo suficiente para emborracharse ()

27. REALIZA DIARIAMENTE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA COMO: Caminar, trotar, correr ()
Bailar () Ejercicios físicos () Subir y bajar escaleras ()
Quehaceres domésticos () Otras ¿cuáles? _____ Ninguna ()

28. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA PARA MANTENERSE MENTALMENTE ACTIVO? Leer ()
Ir al cine, teatro o espectáculos () Ir a museos () Juegos de mesa ()
Pintar () Resolver juegos () Ver tv () Aprender algo nuevo () Otras
¿cuáles? _____ Ninguna ()

29. EN RELACIÓN A SU ALIMENTACIÓN, USTED CONSUME:
Productos lácteos al menos una vez al día () Huevo 1 ó 2 veces por semana ()
Frutas y verduras al menos dos veces al día ()
Carne, pescado, aves o leguminosas diariamente ()
Al menos cinco vasos al día con agua u otros líquidos –jugos, té, café, leche- ()

EVENTOS SIGNIFICATIVOS

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Qué acontecimientos significativos considera usted que le hayan ocurrido en la última semana?

2. De los siguientes eventos, marque con una "X" cuáles le sucedieron durante la última semana:

- () Presencia de una nueva enfermedad
- () Complicación de alguna enfermedad
- () Mejoría o desaparición de una enfermedad
- () Mayor ingreso económico
- () Disminución del ingreso económico
- () Participación en un nuevo trabajo
- () Renunciar o dejar de hacer actividades
- () Problemas con algún residente
- () Problemas con algún compañero
- () Problemas con algún jefe
- () Solución de algún problema en el trabajo
- () Alejamiento de un miembro de la familia
- () Presencia de un nuevo miembro de la familia
- () Solución de un conflicto familiar
- () Aparición de un nuevo conflicto familiar
- () Enfermedad de un familiar
- () Complicación de la enfermedad de un familiar
- () Muerte de un familiar
- () Muerte de un amigo
- () Inicio de una nueva relación personal
- () Ruptura de relación de pareja
- () Sufrir un accidente, ¿cuál? _____
- () Otro, ¿cuál? _____

CESQT

NOMBRE: _____

Sexo: Hombre () Mujer () Edad: _____ Fecha: _____

Centro: _____

A continuación encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona. Indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas.

Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajuste a su situación.

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECUENTEMENTE (Algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)

1. Mi trabajo me parece un reto estimulante.	0	1	2	3	4
2. No me agrada atender a algunas personas en mi trabajo.	0	1	2	3	4
3. Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables	0	1	2	3	4
4. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
5. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
6. Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo son unos pesados.	0	1	2	3	4
7. Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.	0	1	2	3	4
8. Pienso que estoy saturado por el trabajo.	0	1	2	3	4
9. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
10. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
11. Me agrada ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.	0	1	2	3	4
12. Me siento agobiado por el trabajo.	0	1	2	3	4
13. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
14. Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.	0	1	2	3	4
15. Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
16. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
17. Me siento cansado físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
18. Me siento desgastado emocionalmente.	0	1	2	3	4
19. Me siento ilusionado por mi trabajo.	0	1	2	3	4
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4

Cuestionario WHOQOL-BREF (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003)

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione sólo una, la que le parezca más apropiada (ésta es con frecuencia, la primera respuesta que dé a la pregunta).

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo recordando las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyos que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponda a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibiera el apoyo de otros que usted necesitaba en las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número de la opción de respuesta que mejor lo describa (refleje cómo se siente usted. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas).

Ahora puede comenzar.

	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta usted de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de qué tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las dos últimas semanas.

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
10. ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15. ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5

19. ¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos	1	2	3	4	5
23. ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

Gracias por su ayuda

PERCEPCIÓN DE SALUD

NOMBRE: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Indique qué tan bien o mal se encuentra su propio estado de salud el día de hoy. Por favor trace una línea sobre cualquier punto de la escala de acuerdo a su propio sentir el día de hoy, donde 0 indica *el peor estado de salud*, y 10 *el mejor estado de salud*

El PEOR estado de salud												El MEJOR estado de salud								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										

EMES-M

El siguiente cuestionario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como usted actúa normalmente. Por favor, conteste las preguntas poniendo una **X** en la casilla apropiada, de 0 a 4, según su propia elección:

- 4** Siempre o muy a menudo (91 a 100% de las veces)
- 3** Habitualmente o a menudo (66 a 90% de las veces)
- 2** De vez en cuando (35 a 65% de las veces)
- 1** Raramente (10 a 34% de las veces)
- 0** Nunca o muy raramente (0 a 9% de las veces)

Responda aparte, en la hoja de respuestas. Su respuesta debe reflejar la frecuencia con que realiza el tipo de conducta descrito en cada pregunta.

1. Cuando personas que apenas conozco me halagan, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy halagado.
2. Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy incapaz de decirle que "no".
3. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que "no".
4. Evito hacer preguntas a personas que no conozco.
5. Soy incapaz de negarme cuando me piden algo.
6. Si alguien me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado.
7. Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decírselo.
8. Si alguien a quien he prestado 1000 pesos parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.
9. Me resulta fácil hacer que los demás se sientan bien, halagándolos.
10. Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.
11. Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.
12. Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen.
13. Cuando alguien me pide algo, soy incapaz de decirle que "no".
14. Cuando me siento enojado (a) con alguien lo oculto.
15. Me reservo mis opiniones.
16. Soy extremadamente cuidadoso (a) en evitar herir los sentimientos de los demás.
17. Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado (a), intento de manera activa conocerla.
18. Me resulta difícil hablar en público.
19. Soy incapaz de expresar desacuerdo.
20. Evito hacer preguntas en el trabajo por miedo o timidez.
21. Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco.
22. Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que "no".
23. Me resulta difícil hacer nuevos amigos (as).
24. Si alguien traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona.
25. Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.
26. Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.
27. Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y la persona que lo dirige hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expondría mi propio punto de vista.
28. Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, se lo hago saber claramente.
29. Soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido (a).

30. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mí gusto, me quejo de ello con el mesero.
31. Me cuesta hablar con una persona a quien conozco sólo ligeramente.
32. Cuando he conocido a una persona que me agrada le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.
33. Si estoy enfadado (a) con mis padres se los hago saber claramente.
34. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular.
35. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo busco enseguida para aclararlo.
36. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.
37. Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores.
38. Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.
39. Si alguien me critica injustamente, le pido claramente explicaciones.
40. Dudo en solicitar citas por timidez.
41. Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior.
42. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer.
43. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir.
44. Me hago de la vista gorda cuando alguien se mete delante de mí en una fila.
45. Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta.
46. Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.
47. No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.
48. Si me doy cuenta de que me estoy enamorando de alguien con quien salgo, expreso estos sentimientos a esa persona.
49. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente.
50. Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas.
51. Me río de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.
52. Cuando me halagan no sé qué responder.
53. Soy incapaz de hablar en público.
54. Soy incapaz de mostrar afecto hacia otra persona.
55. En las relaciones con mi pareja es ella/él quien lleva el peso de las conversaciones.
56. Evito pedir algo a una persona cuando ésta se trata de un superior.
57. Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.
58. Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.
59. Me resulta difícil hacer cumplidos o halagar a los demás.
60. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.
61. Me resulta difícil mostrar afecto hacia otra persona en público.
62. Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me detiene al salir de casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa en empezar una conversación con esa persona.
63. Soy una persona tímida.
64. Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.

EMES-M
(Hoja de respuestas)

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Por favor, lea atentamente cada pregunta y marque con una **X** la respuesta que describa más adecuadamente su forma de actuar.

- 4** Siempre o muy a menudo (91 a 100% de las veces)
- 3** Habitualmente o a menudo (66 a 90% de las veces)
- 2** De vez en cuando (35 a 65% de las veces)
- 1** Raramente (10 a 34% de las veces)
- 0** Nunca o muy raramente (0 a 9% de las veces)

1	0	1	2	3	4
2	0	1	2	3	4
3	0	1	2	3	4
4	0	1	2	3	4
5	0	1	2	3	4
6	0	1	2	3	4
7	0	1	2	3	4
8	0	1	2	3	4
9	0	1	2	3	4
10	0	1	2	3	4
11	0	1	2	3	4
12	0	1	2	3	4
13	0	1	2	3	4
14	0	1	2	3	4
15	0	1	2	3	4
16	0	1	2	3	4

17	0	1	2	3	4
18	0	1	2	3	4
19	0	1	2	3	4
20	0	1	2	3	4
21	0	1	2	3	4
22	0	1	2	3	4
23	0	1	2	3	4
24	0	1	2	3	4
25	0	1	2	3	4
26	0	1	2	3	4
27	0	1	2	3	4
28	0	1	2	3	4
29	0	1	2	3	4
30	0	1	2	3	4
31	0	1	2	3	4
32	0	1	2	3	4

33	0	1	2	3	4
34	0	1	2	3	4
35	0	1	2	3	4
36	0	1	2	3	4
37	0	1	2	3	4
38	0	1	2	3	4
39	0	1	2	3	4
40	0	1	2	3	4
41	0	1	2	3	4
42	0	1	2	3	4
43	0	1	2	3	4
44	0	1	2	3	4
45	0	1	2	3	4
46	0	1	2	3	4
47	0	1	2	3	4
48	0	1	2	3	4

49	0	1	2	3	4
50	0	1	2	3	4
51	0	1	2	3	4
52	0	1	2	3	4
53	0	1	2	3	4
54	0	1	2	3	4
55	0	1	2	3	4
56	0	1	2	3	4
57	0	1	2	3	4
58	0	1	2	3	4
59	0	1	2	3	4
60	0	1	2	3	4
61	0	1	2	3	4
62	0	1	2	3	4
63	0	1	2	3	4
64	0	1	2	3	4

REGISTRO DE OCURRENCIA DE CATEGORÍAS DE INTERACCIÓN (CUIDADOR FORMAL)

Cuidador: _____

Instrucciones: Registre la ocurrencia de cada categoría conductual basándose en la descripción de cada una.

Duración de la interacción	_____ minutos					
Compartir						
Premiar						
Contacto visual						
Acercamientos breves						
Proximidad						
Contacto físico						
Peticiones verbales						
Sonreír						
Modelamiento						
Reír						
Desaprobar						
Gritar						
Ignorar						
Preguntar						

Compartir: Cuando el cuidador ofrece algún objeto útil para cumplir una función terapéutica o de apoyo al bienestar del anciano de frente o verbalmente al anciano

Premiar: Incluye conductas de aprobación o elogio en forma de comentarios tales como "que bien lo hizo", "se ve mejor el día de hoy", "se está recuperando muy rápidamente". En un tono de voz audible y amable, acompañado o no de contacto físico tal como palmadas en pies, brazos, manos, hombros.

Contacto visual: Ocurre cuando el cuidador sostiene la mirada a los ojos o la cara del anciano durante el lapso que dure la cercanía física con él (no más de un metro), sin importar si el anciano la (lo) está viendo.

Acercamientos breves: Ocurre cuando el cuidador se sitúa cerca del anciano, a una distancia no mayor del largo de un brazo por un periodo no menor a cinco segundos.

Proximidad: Como en la categoría anterior pero por periodos mayores a cinco segundos.

Contacto físico: Cuando el cuidador toca, palmea, acaricia, besa o abraza al anciano.

Peticiones verbales: Son verbalizaciones audibles que expresan una solicitud o sugerencia por parte del cuidador, tales como "por favor abra la boca", "levanta tu brazo", "arme el rompecabezas", "avienta la pelota hacia los bolos", "va a sentir un piquete que va a doler un poquito", "lo (la) vamos a bañar", "le vamos a cambiar la ropa" (o la bata).

Sonreír: Levantar las comisuras de los labios sin emitir ningún sonido.

Modelamiento: Cambios o movimientos posturales acompañados de la verbalización correspondiente que los describe, que el anciano reproduce antes de que transcurran diez segundos. Por ejemplo "tosa así", "enceste en la canasta".

Reír: Consiste en levantar las comisuras de los labios o abrir congruentemente la boca con un sonido hilarante acompañado o no de un comentario como "que ocurrente es usted doña..."

Desaprobar: Verbalizaciones que implican desacuerdo, negación o expresión de desagrado, o bien crítica por parte del cuidador. Por ejemplo: ¡No, así no!, ¡Ya le explique cómo moverse!

Gritar: El cuidador emite un sonido lo suficientemente fuerte para causar expresión o efecto de aversión y que contiene una instrucción o comentario que expresa desaprobación. Por ejemplo: ¡Que mal lo hizo!, ¡No se levante de la cama!, ¡No se retire del comedor!

Ignorar: Ante una petición verbal del anciano, el cuidador no le contesta antes de cinco segundos o no establece contacto visual asintiendo con la cabeza, no se sigue de la acción solicitada o la explicación amable de por qué no es posible o conveniente.

Preguntar: Son verbalizaciones audibles mediante las cuales el cuidador solicita información al anciano, tales como "¿cómo amaneció hoy?", "¿cuándo tiene cita con el médico?", "¿por qué no quiso comer hoy?", entre otras.

ANEXO 3. Batería de instrumentos para ancianos residentes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba un cordial saludo a nombre del equipo de psicólogos al que pertenecemos.

Por este medio se le invita a participar en el programa "Evaluando mi calidad de vida", con la finalidad de conocer aspectos importantes para usted tales como bienestar y calidad de vida. Su participación será voluntaria y confidencial; los resultados serán personales y no tendrán ningún efecto en su situación dentro de la institución o los servicios que hasta el momento esté recibiendo, pues se emplearán únicamente con fines de investigación.

La evaluación consta de dos fases:

1. Sesión de valoración inicial: Consiste en la aplicación de algunos cuestionarios y se llevará a cabo de manera individual paciente-terapeuta.
2. Sesiones de valoración subsecuentes: Consisten en la aplicación de algunos cuestionarios. Se llevarán a cabo 3 sesiones de valoración: 1 mes y medio, 3 meses y 4 meses después de la valoración inicial. Los resultados podrán ser entregados exclusivamente a usted, si así lo solicita, y se entregarán con algunas recomendaciones útiles para su bienestar y calidad de vida.

En cualquier momento usted podrá decidir si continua o se retira del estudio; no obstante, se recomienda que complete la

evaluación pues será útil para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Así mismo para fines de retroalimentación se le pide su autorización para la videograbación de algunos ejercicios e interacciones con los cuidadores y ancianos residentes. Dicha videograbación será utilizada exclusivamente para fines de investigación conservándose en todo momento su confidencialidad, siendo revisada únicamente por la investigadora y el equipo de psicólogos, manteniéndola en resguardo el lapso de tiempo indicado en el código ético del psicólogo, y procediendo a su destrucción una vez concluido el periodo que el código ordena.

Los datos y resultados son parte de una investigación psicológica y serán utilizados únicamente con fines de investigación y mejora de su calidad de vida, siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes y en búsqueda de su bienestar.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

Nombre y firma del participante

LIC. KARINA REYES JARQUÍN
Postulante a Dra. en Psicología y Salud
Contacto: krjarquin@gmail.com

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

Profesora Titular de la Carrera de Psicología, Posgrado e Investigación.

Responsable del proyecto "Calidad de vida, salud y envejecimiento"

Contacto: algcr10@hotmail.com

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. NOMBRE _____
3. SEXO Femenino () Masculino ()
4. EDAD _____ (años cumplidos)
5. ESTADO CIVIL Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()
6. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA EN ESTA INSTITUCIÓN? Días _____ Meses _____
Años _____
7. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()
8. ¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____
9. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()
10. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS? Ninguno en absoluto () Primaria ()
Secundaria o Nivel Técnico () Bachillerato () Profesional () Posgrado ()
11. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTES DE INGRESAR A ESTA INSTITUCIÓN? Empleado ()
Trabajaba por su cuenta () Labores del hogar () Otra ¿cuál? _____
12. FECHA DE SU RETIRO: _____
13. MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE LE GUSTE REALIZAR EN SU TIEMPO LIBRE.
- | | |
|--|--------------------------|
| 1 Ver tv/escuchar música _____ | 5 Oficios _____ |
| 2 Domésticas _____ | 6 Deportivas _____ |
| 3 Manualidades _____ | 7 Dormir/descansar _____ |
| 4 Sociales, culturales, educativas _____ | 8 Otras, ¿cuáles? _____ |
14. ¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? Sí () No ()
15. ¿DE QUÉ TIPO?
- | | | |
|----------------|---------------|-------------------|
| Recreativa () | Cultural () | Educativa () |
| Religiosa () | Deportiva () | Otra ¿cuál? _____ |
16. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA? Al menos una vez a la semana ()
Al menos una vez al mes () Ocasionalmente ()
17. ¿ESTÁ ENFERMO EN ESTE MOMENTO? Sí () No ()
18. ¿CUÁL ES LA ENFERMEDAD O ENFERMEDADES QUE PADECE?
- _____
- _____
- _____

19. ¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA ACTUALMENTE?

20. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO PADECE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA?

Días _____

Meses _____

Años _____

21. MENCIONE LOS TRES PROBLEMAS O PREOCUPACIONES MÁS SIGNIFICATIVOS QUE VIVE EN ESTE MOMENTO

- _____
- _____
- _____

22. USTED ¿RECIBE VISITAS?

Nunca () Rara vez () Con frecuencia () Muy seguido ()

Siempre ()

23. ¿QUIÉN LO VISITA?

24. ¿CUÁLES SON LOS TRES PRINCIPALES TEMAS DE LOS QUE CONVERSA CON SUS VISITAS?

- _____
- _____
- _____

A CONTINUACIÓN LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS DE ACUERDO A CIERTOS HÁBITOS DE SU VIDA EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

25. ¿CUÁNTAS HORAS DUERME DIARIAMENTE? _____

26. ¿USTED TIENE EL HÁBITO DE FUMAR? Sí lo tengo () No lo tengo ()

27. ¿PIENSA CONSTANTEMENTE EN BEBER Y EN LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

Sí () No ()

28. ¿BEBE ALCOHOL DURANTE EL DÍA? Sí () No ()

29. ¿CUÁNTAS COPAS BEBIÓ LA ÚLTIMA VEZ? Lo suficiente para sentirse bien ()
 Lo suficiente para perderse () Lo suficiente para emborracharse ()
30. REALIZA DIARIAMENTE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA COMO:
 Caminar, trotar, correr () Bailar () Ejercicios físicos ()
 Subir y bajar escaleras () Quehaceres domésticos ()
 Otras ¿cuáles? _____ Ninguna ()
31. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA PARA MANTENERSE MENTALMENTE ACTIVO?
 Leer () Juegos de mesa () Pintar () Resolver juegos () Ver tv ()
 Aprender algo nuevo () Otras ¿cuáles? _____ Ninguna ()
32. EN RELACIÓN A SU ALIMENTACIÓN, USTED CONSUME:
 Productos lácteos al menos una vez al día ()
 Huevo 1 ó 2 veces por semana ()
 Frutas y verduras al menos dos veces al día ()
 Carne, pescado, aves o leguminosas diariamente ()
 Al menos cinco vasos al día con agua u otros líquidos –jugos, té, café, leche- ()

EVENTOS SIGNIFICATIVOS

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Qué acontecimientos significativos considera usted que le hayan ocurrido en la última semana?

2. De los siguientes eventos, marque con una "X" cuáles le sucedieron las última semana:

- () Presencia de una nueva enfermedad
- () Complicación de alguna enfermedad
- () Mejoría o desaparición de una enfermedad
- () Mayor ingreso económico
- () Disminución del ingreso económico
- () Renunciar o dejar de hacer actividades
- () Problemas con algún anciano
- () Problemas con algún cuidador
- () Alejamiento de un miembro de la familia
- () Presencia de un nuevo miembro de la familia
- () Solución de un conflicto familiar
- () Aparición de un nuevo conflicto familiar
- () Enfermedad de un familiar
- () Complicación de la enfermedad de un familiar
- () Muerte de un familiar
- () Muerte de un amigo
- () Sufrir un accidente, ¿cuál? _____
- () Otro, ¿cuál? _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**Evaluación de calidad de vida WHOQOL-Old versión en español-ancianos (González-Celis & Gómez-Benito, 2013)
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD**

Instrucciones: Le voy a preguntar sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona adulta mayor de la sociedad. Si usted está inseguro sobre cuál es su respuesta, conteste la que considere más apropiada (ésta es con frecuencia, la primera respuesta que dé a la pregunta).

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pido que piense en su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo, pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
0	¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a su preocupación por el futuro durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir "bastante" si hubiera estado muy preocupado por su futuro. O contestar "nunca" si no se preocupó por el futuro en las dos últimas semanas.

Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus pensamientos y sentimientos, y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
1	¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (audición, visión, etc.) afecta su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánto le asusta morir?	1	2	3	4	5
9	¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tanto ha sido capaz de llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	¿Qué tanto sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?	1	2	3	4	5
11	¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar sobre **qué tan bien, feliz o satisfecho/a** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Me da igual	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
15	¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?	1	2	3	4	5

17	¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?	1	2	3	4	5

		Muy descontento/a	Descontento/a	Me da igual	Contento/a	Muy contento/a
19	¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?	1	2	3	4	5

		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier **relación íntima** que pueda tener.

		Ninguna	Pocas	Moderadamente	Muchas	Todas
21	¿Cuántas oportunidades tiene para amar?	1	2	3	4	5
22	¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23	¿Qué tan acompañado se siente en su vida?	1	2	3	4	5
24	¿Cuánto amor experimenta en su vida?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

Escala de Bienestar Subjetivo (PGC) Paul Lawton

Instrucciones: A continuación se le mostrarán dos tarjetas, una con la palabra **SI** y otra con la palabra **NO**; escuche atentamente cada una de las afirmaciones y señale la tarjeta que se ajuste a los sentimientos y pensamientos que ha experimentado en las dos últimas semanas.

Factor 1 - Agitación

1. Las pequeñas cosas me molestan más este año
SI NO
2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir
SI NO
3. Tengo muchas cosas por qué estar triste
SI NO
4. Tengo miedo de muchas cosas
SI NO
5. Me enfurezco más de lo acostumbrado
SI NO
6. La vida es dura para mí casi todo el tiempo
SI NO
7. Tomo las cosas duramente
SI NO
8. Me altero fácilmente
SI NO

Factor 2 - Actitud hacia su propio envejecimiento

1. Las cosas se ponen cada vez peor conforme yo me hago más viejo
SI NO
2. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado
SI NO
3. Las pequeñas cosas me molestan más este año
SI NO
4. Conforme envejezco, soy menos útil
SI NO
5. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían
Mejores Peores
6. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla
SI NO
7. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven
SI NO

Factor 3 - Soledad/Insatisfacción

1. ¿Qué tan solo me siento?

.....

2. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares

SI NO

3. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla

SI NO

4. La vida es dura para mí casi todo el tiempo

SI NO

5. ¿Qué tan satisfecho estoy con mi vida actualmente

.....

6. Tengo muchas cosas por qué estar triste

SI NO

7. A la gente le iba mejor en tiempos pasados

SI NO

8. Una persona debe vivir el presente y no preocuparse por el mañana

SI NO

ESCALA DE BARTHEL DE ABVD

Nombre del residente: _____

Fecha de evaluación: _____

INSTRUCCIONES: Marcar con una "x" la opción que más se ajuste a la ejecución de la actividad de la vida diaria del paciente evaluado

ALIMENTACIÓN	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE: Capaz de usar cualquier instrumento. Come en tiempo razonable
<input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado.
LAVADO	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE. Capaz de bañarse entero. Incluye entrar y salir del baño.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE. Se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata zapatos. Se pone braguero.
<input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA. Realiza al menos la mitad de las labores en un tiempo razonable.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE. Realiza menos de la mitad de las labores o emplea tiempo desmesurado.
ARREGLARSE	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales: se lava las manos y cara, etc.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIÓN	
<input type="checkbox"/>	CONTINENTE/NINGUN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia.
<input type="checkbox"/>	INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales de incontinencia.
<input type="checkbox"/>	INCONTINENCIA.
MICCIÓN	
<input type="checkbox"/>	CONTINENTE/NINGUN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia.
<input type="checkbox"/>	INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales de incontinencia.
<input type="checkbox"/>	INCONTINENTE.
USO DE RETRETE	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y levanta. Se limpia y viste.
<input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA. Para mantener equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse ropa.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
TRASLADO SILLÓN/CAMA	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, es independiente.
<input type="checkbox"/>	MÍNIMA AYUDA. Supervisión verbal y pequeña ayuda física.
<input type="checkbox"/>	GRAN AYUDA. Capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE: Incapaz para el traslado
DEAMBULACIÓN	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 m, aunque se ayude.
<input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA. Puede caminar al menos 50 m, pero con supervisión o ayuda
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla al menos 50 m.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE/MÓVIL. Incluye ser rodado por otro.
ESCALONES	
<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda personal o supervisión.
<input type="checkbox"/>	NECESITA AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE/INCAPAZ. Necesita alzamiento (ascensor), o no puede salvar escalones.

MINI EXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Escolaridad: _____

Calificación total: _____

Calificación Máxima 5	Calificación Obtenida ()	Asigne un punto por cada respuesta que sea correcta. ORIENTACIÓN ¿Qué fecha es hoy? ¿En qué año estamos? () ¿En qué mes estamos? () ¿Qué día del mes es hoy? () ¿Qué día de la semana? () ¿Qué hora es aproximadamente? ()
Calificación Máxima 5	Calificación Obtenida ()	¿En dónde nos encontramos ahora? (casa, consultorio, hospital, etc.) ¿En qué lugar estamos? () ¿En qué país? () ¿En qué estado? () ¿En qué ciudad o población? () ¿En qué colonia, delegación o municipio? ()
Calificación Máxima 3	Calificación Obtenida ()	REGISTRO Repita las siguientes palabras: Papel () Bicicleta () Cuchara ()
Calificación Máxima 5	Calificación Obtenida ()	ATENCIÓN Y CALCULO Pedirle a la persona que, Debe contar para atrás restando de 7 cada vez, por ejemplo; $100 - 7 = 93$; $93 - 7 = 86$. Intente sólo 5 veces. 79 () 72 () 65 () 58 () 51 ()
Calificación máxima 3	Calificación Obtenida ()	EVOCACIÓN Repita las tres palabras que le pedí recordara hace rato. Papel () Bicicleta () Cuchara ()
Calificación máxima 3	Calificación Obtenida ()	LENGUAJE Nombrar: Mostrar a la persona un reloj y preguntarle, ¿Cómo se llama esto? (repetir después con un lápiz) Reloj () Lápiz () Repetición: le voy a decir una frase y debe repetirla después de mí, sólo voy a decirla una vez, así que ponga mucha

Calificación Máxima 3	Calificación Obtenida ()	<p>atención: “NI NO, NI SI, NI PERO” (Solo un ensayo). () Comprensión: colocar una hoja de papel sobre el escritorio y decirle a la persona: “tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo” (un punto por cada paso correctamente ejecutado) Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Déjelo en suelo ()</p> <p>Lectura: escribir en una tarjeta “cierre los ojos” después pedirle a la persona que; “por favor haga lo que dice aquí” () CIERRE LOS OJOS</p> <p>Escritura: en una hoja en blanco pedirle a la persona que “escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido”, (que tenga sujeto y verbo) ()</p>
1	()	
1	()	
Calificación Máxima 1	Calificación Obtenida ()	<p>Copia del modelo: mostrar a la persona un modelo de los dos pentágonos que se encuentran en la parte inferior, y pedirle que “Copie por favor, el dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja” (No retirar la tarjeta del modelo hasta que la persona termine)</p> <p>Debe haber 10 ángulos y dos interceptados. (No tomar en cuenta temblor ni rotación).</p>
Puntaje total		

Marque con una X el diagnostico probable.

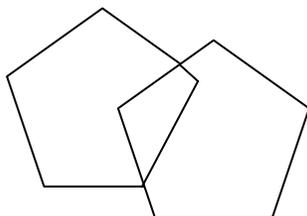
De 24 a 30 puntos = Normal

Igual o menor de 23 = Deterioro cognitivo leve

Igual o menor de 17 = deterioro cognitivo severo

Evaluador (a): _____

Supervisor (a): _____



NOMBRE: _____

Sexo: Hombre () Mujer () Edad: _____ Fecha: _____

Centro: _____

Satisfacción con el cuidado

INSTRUCCIONES: Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted con respecto a la atención que recibe del cuidador _____ en este centro durante las últimas dos semanas. Para responder marque con una **X** la opción que más refleje su opinión; recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

El cuidador...	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Le ofrece lo que usted necesita? (objetos y/o materiales)	1	2	3	4	5
2. ¿Lo elogia o premia?	1	2	3	4	5
3. ¿Lo mira a los ojos cuando habla con usted?	1	2	3	4	5
4. ¿Se mantiene cerca de usted mientras le habla?	1	2	3	4	5
5. ¿Le da muestras de afecto como apapachos, palmadas, caricias, besos o abrazos?	1	2	3	4	5
6. ¿Es amable cuando le pide que realice alguna actividad?	1	2	3	4	5
7. ¿Le sonríe?	1	2	3	4	5
8. ¿Le enseña cómo realizar algo que usted desconoce? (actividades o procedimientos)	1	2	3	4	5
9. ¿Le alza la voz?	1	2	3	4	5
10. ¿Lo ignora?	1	2	3	4	5
11. ¿Utiliza un lenguaje que usted entiende?	1	2	3	4	5
12. ¿Le brinda palabras de ánimo?	1	2	3	4	5
13. ¿Lo escucha con atención?	1	2	3	4	5
14. ¿Usted se siente satisfecho con los cuidados que le da el cuidador?	1	2	3	4	5

REGISTRO DE OCURRENCIA DE CATEGORÍAS DE INTERACCIÓN (ANCIANO RESIDENTE)

Anciano: _____

Instrucciones: Registre la ocurrencia de cada categoría conductual basándose en la descripción de cada una.

Duración de la interacción	_____ minutos					
Aceptación						
Seguir instrucciones						
Contacto visual						
Contacto físico						
Peticiones verbales						
Sonreír						
Atención						
Reír						
Elogiar						
Desacuerdo						
Gritar						
Ignorar						
Preguntar						

Aceptación: El anciano dice "sí" o "mhm" (afirmativamente) o asiente con la cabeza, los ojos o alguna mano expresando acuerdo o agrado.

Seguir instrucciones: La realización de una acción (factible para el anciano) correspondiente a una solicitud o instrucción del cuidador dada amablemente, antes de que transcurran cinco segundos, tales como cambios posturales.

Contacto visual: Igual que en el caso del cuidador por parte del anciano.

Contacto físico: Igual que en el caso del cuidador por parte del anciano.

Peticiones verbales: Incluye verbalizaciones o indicaciones digitales o manuales (en caso de imposibilidad para hablar) que expresan una necesidad o petición, seguida (en su caso) de la acción correspondiente del cuidador. Por ejemplo: pedir agua o solicitar ser llevado al sanitario.

Sonreír: Igual que en el caso del cuidador por parte del anciano.

Atención: El anciano establece contacto visual con el cuidador mientras éste le explica algo, le da una instrucción o le hace un comentario.

Reír: Igual que en el caso del cuidador, por parte del anciano.

Elogiar: Verbalización del anciano que exprese aprobación o agradecimiento por una acción del cuidador.

Desacuerdo: Verbalizaciones que impliquen desacuerdo, como en el caso del cuidador. Ejemplo: "No quiero que me mueva", "Déjeme, no quiero que me toque".

Gritar: Como en el caso del cuidador pero en ausencia de una situación justificante como dolor agudo, incomodidad extrema u otro tipo de emergencia.

Ignorar: Como en el caso del cuidador, excepto en casos tales como estar dormido o inconsciente.

Preguntar: Son verbalizaciones audibles mediante las cuales el anciano solicita información al cuidador, tales como "¿a qué hora servirán hoy el desayuno?", "¿quién puede firmar mi pase de salida?", entre otras.

ANEXO 4. Check list del módulo relajación

Se aplicará el siguiente check list al participante con la finalidad de conocer si ha quedado clara la técnica de relajación. El puntaje para pasar al siguiente módulo es de 8 en al menos dos prácticas de relajación. Si el puntaje fuera menor, se impartirá una sesión extra para consolidar la técnica (Sesión Relajación Extra).

INSTRUCCIONES: En la siguiente escala, registre con un tache el grado de relajación alcanzado con la técnica que haya llevado a cabo. 0 indica "Nada relajado" y 10 "Totalmente relajado".

Técnica empleada: _____ Fecha: _____										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Técnica empleada: _____ Fecha: _____										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Técnica empleada: _____ Fecha: _____										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Técnica empleada: _____ Fecha: _____										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Técnica empleada: _____ Fecha: _____										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 5. Check list del módulo reestructuración cognitiva

Se aplicará el siguiente check list al participante con la finalidad de conocer si ha quedado clara la técnica reestructuración cognitiva. El puntaje para pasar al siguiente módulo es de 8. Si el puntaje fuera menor, se impartirá una sesión extra para consolidar la técnica (Sesión Reestructuración Cognitiva Extra).

INSTRUCCIONES: Leer el caso ejemplo al participante y pedirle que explique cómo llevaría a cabo la reestructuración cognitiva guiándose con el llenado del cuadro ABCDE y formulando al menos 3 preguntas de debate para los pensamientos irracionales. Cada acierto equivale a 1 punto.

Caso: El día de ayer se terminó mi periodo vacacional que disfrute mucho con mi esposo e hijos, pasamos tiempo juntos y visitamos familiares y amigos que hace mucho no veíamos. Hoy por la mañana todo regresó a la normalidad, los niños a la escuela, mi esposo al trabajo, y yo también. Se me hizo un poco tarde desde que salí de mi casa y además el camión se tardó mucho en pasar. Finalmente llegué a mi trabajo y me dio gusto ver a algunas de mis compañeras, justamente les estaba platicando lo bien que me había ido en mis vacaciones cuando llegó el supervisor y nos dijo: “Menos plática y más trabajo, Doña Lucy (una de las residentes) necesita ayuda para vestirse”. Estoy segura que ese comentario malintencionado iba dirigido para mi, como me vio tan contenta por mis vacaciones me quiso amargar el día, además él sabe perfectamente bien que Doña Lucy casi siempre necesita ayuda, pero que es complicado tratar con ella. Seguramente me está poniendo a prueba, quiere hacerme fallar en mi trabajo para que me llamen la atención o peor: ¡Quiere que me corran! Definitivamente nunca le he caído bien, pero no le voy a dar el gusto.

Me despedí de mala gana de mis compañeras y me dirigí a la habitación de Doña Lucy, aunque empecé a sentir un dolor intenso en la boca del estómago y en la cabeza. Vi a Doña Lucy todavía acostada y me causó mucha molestia porque ya era tarde y me iba a retrasar en mis actividades, le hablé un poco fuerte para que se levantara y se empezara a vestir, aunque en realidad no me hizo mucho caso. Finalmente despertó, se sentó y la empecé a ayudar a cambiarse sin dirigirle mucho la palabra. ¡Bonito inicio de día!

CHECK LIST	PUNTAJE
1. Identificación de situación (A)	
2. Identificación de pensamiento irracional (B)	
3. Identificación de consecuencias emocionales o conductuales (C)	
4. Primera pregunta de debate (D)	
5. Formulación de primera creencia racional (E)	
6. Segunda pregunta de debate (D)	
7. Formulación de segunda creencia racional (E)	
8. Tercera pregunta de debate (D)	
9. Formulación de tercera creencia racional (E)	
10. Identificar efectos nuevos (E)	
PUNTAJE TOTAL	

ANEXO 6. Check list del módulo habilidades sociales

Se aplicará el siguiente check list al participante con la finalidad de conocer si han quedado claros los estilos de comunicación. El puntaje para pasar al siguiente módulo es de 8. Si el puntaje fuera menor, se impartirá una sesión extra para consolidar la técnica (Sesión Habilidades sociales Extra).

INSTRUCCIONES: Leer el caso ejemplo al participante y pedirle que explique cómo emplearía un estilo de comunicación asertivo y que lo practique con ayuda del terapeuta. Cada acierto equivale a 2 puntos.

Caso: Usted ha trabajado durante semanas en una actividad que su jefe le ha solicitado anteriormente, al momento de la entrega su jefe le dice que es una porquería.

CHECK LIST	PUNTAJE
1. Identificar el sentimiento que produce en sí mismo el comentario del jefe.	
2. Identificar el mensaje que se quiere comunicar al jefe.	
3. Comunicar el mensaje deseado al jefe.	
4. Emplear el lenguaje verbal apropiado a un estilo de comunicación asertivo.	
5. Emplear el lenguaje no verbal apropiado a un estilo de comunicación no asertivo	
PUNTAJE TOTAL	

ANEXO 7. Check list del módulo reforzamiento positivo

Se aplicará el siguiente check list al participante con la finalidad de conocer si ha quedado clara la técnica reforzamiento positivo. El puntaje para pasar al siguiente módulo es de 8. Si el puntaje fuera menor, se impartirá una sesión extra para consolidar la técnica (Sesión Reforzamiento positivo Extra).

INSTRUCCIONES: Leer el caso ejemplo al participante y pedirle que explique cómo llevaría a cabo la técnica de reforzamiento positivo y que la practique con ayuda del terapeuta. Cada acierto equivale a 2 puntos.

Caso: Don Hilario es un residente muy amable y que se relaciona muy bien con sus compañeros, sin embargo, no pasa lo mismo con sus compañeras. En algunas ocasiones es muy grosero con las mujeres de su edad, hace cosas como ignorarlas y contestarles de mala forma. Esta actitud de Don Hilario empieza a afectar la relación de todos los residentes ¿qué podríamos hacer por él?

CHECK LIST	PUNTAJE
6. Identificar conducta a modificar	
7. Seleccionar 2 o más reforzadores	
8. Administrar el reforzador inmediatamente después de la conducta deseada	
9. No reforzar conductas incompatibles	
10. Aplicar más de un reforzador	
PUNTAJE TOTAL	

ANEXO 8. Check list del módulo moldeado

Se aplicará el siguiente check list al participante con la finalidad de conocer si ha quedado clara la técnica de moldeado. El puntaje para poder pasar al siguiente módulo es de 8. Si el puntaje fuera menor, se impartirá una sesión extra para consolidar la técnica (Sesión Moldeado Extra).

INSTRUCCIONES: Leer el caso ejemplo al participante y pedirle que explique cómo llevaría a cabo la técnica de moldeado y que la practique con ayuda del terapeuta. Cada acierto equivale a 2 puntos.

Caso: Doña Dolores nunca quiere comer en el comedor, han intentado llevarla para que conviva con los demás residentes pero siempre termina de mal humor. Siempre come en su habitación, ¿Cómo podríamos ayudarla?

CHECK LIST	PUNTAJE
1. Identificar conducta final a moldear	
2. Elegir conducta inicial (1er pequeño objetivo)	
3. Proporcionar ayudas necesarias	
4. Empleo de reforzamiento	
5. Listado de al menos 2 conductas más en la secuencia	
PUNTAJE TOTAL	

ANEXO 9. Check list del módulo reforzamiento modelado

CHECK LIST DEL MÓDULO MODELADO

Se aplicará el siguiente check list al participante con la finalidad de conocer si ha quedado clara la técnica de modelado. El puntaje para poder pasar al siguiente módulo es de 8. Si el puntaje fuera menor, se impartirá una sesión extra para consolidar la técnica (Sesión Modelado Extra).

INSTRUCCIONES: Leer el caso ejemplo al participante y pedirle que explique cómo llevaría a cabo la técnica de modelado y que la practique con ayuda del terapeuta. Cada acierto equivale a 2 puntos.

Caso: A Don Luis se le dificulta bañarse solo, a pesar de que físicamente no tiene ningún impedimento, regularmente alguno de los cuidadores lo baña. ¿Qué podría hacer por él?

CHECK LIST	PUNTAJE
1. Identificar la conducta final	
2. Jerarquización de al menos 3 conductas	
3. Proporcionar instrucciones claras al paciente	
4. Que el modelo ejecute y explique las conductas jerarquizadas	
5. Solicitar al paciente que lleve a práctica lo observado	
PUNTAJE TOTAL	

ANEXO 10. Procedimiento para calcular ICM y confiabilidad inter-observadores.

Cálculo de ICM

Las videograbaciones de los episodios de interacción fueron revisadas por tres observadores independientes que registraron un índice de ocurrencia para cada categoría conductual, haciendo referencia al número de veces que el participante había ejecutado la categoría conductual evaluada.

La duración de las videograbaciones variaron de los dos minutos con 32 segundos a los seis minutos con 59 segundos. Se obtuvo un Índice Conductual por Minuto (ICM) para cada registro de las categorías evaluadas, este ICM consistió en calcular un número decimal que expresara la ocurrencia de cada categoría en un minuto, con la finalidad de hacer comparables todas las categorías aún cuando la duración de las videograbaciones difiriera. Los pasos para calcular el ICM fueron los siguientes:

- 1) La duración de la videograbación expresada en minutos y segundos se transformó a una expresión decimal. Por ejemplo, si la videograbación duraba tres minutos con 25 segundos, la expresión decimal fue 3.41 que se obtenía al dividir 25 (segundos) entre 60 (segundos comprendidos en un minuto).
- 2) Se dividió el índice de ocurrencia reportado por cada observador independiente entre la expresión decimal de la duración de la videograbación para obtener el ICM. Por ejemplo, siguiendo con el caso anterior, si el observador independiente registró que el participante ejecutó dos veces la categoría conductual "Compartir", se dividió dos entre 3.41, obteniéndose como ICM el valor de 0.58.
- 3) El procedimiento anterior se realizó para cada categoría conductual, por cada índice de ocurrencia reportado por los tres observadores independientes y para cada participante. Por lo anterior, cada participante contó con tres valores de ICM para cada categoría evaluada. En el ejemplo anterior el ICM de los tres observadores fue de 0.58.
- 4) Finalmente, se tomó la media (M) de los ICM para cada categoría conductual, como medida final para cada participante.

Cálculo del índice de confiabilidad entre observadores

Posteriormente se calculó la confiabilidad entre los observadores, mediante el siguiente procedimiento:

- 1) Para cada cuidador se tenía la media (M) de los valores del ICM por cada una de las 14 categorías conductuales evaluadas; mientras que, para cada anciano residente se tenía la media (M) de ICM por cada una de las 13 categorías conductuales evaluadas.
- 2) Se obtuvo la desviación estándar (DE)
- 3) Se estableció un rango considerando la $M \pm 1DE$, de manera que si los tres valores de ICM de una categoría conductual (uno por cada observador) se ubicaban dentro del rango establecido, se determinaba que había acuerdo entre los observadores (A). Si alguno de esos tres valores de ICM se ubicaba fuera del rango, se determinaba que había desacuerdo entre los observadores (D). Por ejemplo en la tabla 17 se observa que para la categoría conductual "Compartir" hubo acuerdo por parte de los observadores; mientras que, para la categoría conductual "Premiar" hubo desacuerdo entre los observadores.

Tabla 17. *Cálculo de acuerdo o desacuerdo entre los observadores independientes.*

Categoría conductual	ICM por Observadores			M	$M - 1 DE$	$M + 1 DE$	A/D
	1	2	3				
Compartir	0.58	0.58	0.58	0.58	0.58	0.58	A
Premiar	0.29	0.29	0	0.19	0.02	0.36	D

- 4) Para calcular el porcentaje de acuerdo entre observadores para cada bloque de categorías conductuales evaluadas en cuidadores formales y ancianos residentes se empleó la siguiente fórmula

$$\frac{(T A) (100)}{T A + T D}$$

Donde:

T A = Total de Acuerdos

T D = Total de Desacuerdos

Por ejemplo, en la tabla 18 se observa el cálculo del porcentaje de acuerdo entre observadores para el bloque de 14 categorías conductuales evaluadas de un cuidador formal.

Tabla 18. *Cálculo de porcentaje de acuerdo entre los observadores independientes.*

Categoría conductual	A/D
Compartir	A
Premiar	D
Contacto visual	D
Acercamientos breves	A
Proximidad	D
Contacto físico	A
Peticiones verbales	A
Sonreír	A
Modelamiento	A
Reír	A
Desaprobar	A
Gritar	A
Ignorar	A
Preguntar	A

$$\frac{(11) (100)}{11 + 3} = 78.57\%$$

5) Los porcentajes de acuerdo se transformaron valores de probabilidad asociados al índice de confiabilidad r de Pearson. Por ejemplo, el porcentaje de acuerdo entre observadores obtenido en el punto anterior 78.57% se transformó al valor .7857 de probabilidad asociado a la prueba estadística.

6) Finalmente, se sometieron a prueba dos hipótesis de investigación:

H_0 = No existe acuerdo entre los observadores independientes.

H_i = Si hay acuerdo entre los observadores independientes.

Se empleó la tabla de Valores críticos de coeficiente de correlación (Autor, año) para encontrar de acuerdo a los grados de libertad correspondientes, el valor de probabilidad más cercano al obtenido de los porcentajes de acuerdo transformados. La regla de decisión indica que si $p \leq .05$ se rechaza H_0 .

Por ejemplo, en la tabla 19 se buscó el valor de probabilidad más cercano a .7857 para 12 grados de libertad, encontrándose el valor .661 con un nivel de significancia de .01. Por lo tanto se rechaza la H_0 debido a que $.01 < .05$.

Tabla 19. Valores críticos de Coeficiente de correlación.

$gl = n - 2$	$\alpha = .10$	$\alpha = .05$	$\alpha = .02$	$\alpha = .01$
12	.458	.532	.612	.661

7) En las tablas 20 y 21 se muestran los resultados obtenidos para los cuidadores formales y los ancianos residentes.

Tabla 20. Resultados de Porcentaje de confiabilidad entre observadores para categorías conductuales de cuidadores formales.

Cuidadores formales	Porcentaje de acuerdo, r y p.					
	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3	Postest	Seguimiento 1	Seguimiento 2
1	78.57%	78.57%	71.43%	78.57%	78.57%	92.86%
	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$
2	78.57%	92.86%	78.57%	71.43%	85.71%	64.29%
	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.612, p=.02$
3	78.57%	85.71%	85.71%	85.71%	64.29%	71.43%
	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.612, p=.02$	$r=.661, p=.01$
4	85.71%	85.71%	85.71%	85.71%	71.43%	71.43%
	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$
5	92.86%	92.86%	78.57%	78.57%	92.86%	78.57%
	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$
6	64.29%	64.29%	92.86%	71.43%	100%	78.57%
	$r=.612, p=.02$	$r=.612, p=.02$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$
7	85.71%	78.57%	92.86%	78.57%	85.71%	100%
	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.612, p=.02$
8	57.14%	85.71%	71.43%	71.43%	85.71%	100%
	$r=.532, p=.05$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.612, p=.02$	$r=.661, p=.01$
9	85.71%	85.71%	71.43%	78.57%	100%	71.43%
	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$	$r=.661, p=.01$

Cuidadores formales	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3	Postest	Seguimiento 1	Seguimiento 2
10	78.57%	71.43%	85.71%	85.71%	78.57%	92.86%
	$r=.661, p=.01$					
11	78.57%	92.86%	85.71%	78.57%	100%	85.71%
	$r=.661, p=.01$					
12	85.71%	92.86%	85.71%	92.86%	92.86%	100%
	$r=.661, p=.01$					
13	92.86%	78.57%	71.43%	71.43%	92.86%	92.86%
	$r=.661, p=.01$					
14	71.43%	85.71%	71.43%	85.71%	71.43%	57.14%
	$r=.661, p=.01$	$r=.532, p=.05$				
15	92.86%	71.43%	100%	92.86%	78.57%	78.57%
	$r=.661, p=.01$					

Tabla 21. Resultados de Porcentaje de confiabilidad entre observadores para categorías conductuales de ancianos residentes.

Ancianos residentes	Porcentaje de acuerdo, <i>r</i> y <i>p</i> .					
	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3	Postest	Seguimiento 1	Seguimiento 2
1	76.92%	76.92%	92.31%	69.23%	100%	61.54%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.553, <i>p</i> =.05
2	76.92%	92.31%	92.31%	76.92%	76.92%	84.62%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01
3	76.92%	69.23%	69.23%	100%	69.23%	61.54%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.553, <i>p</i> =.05
4	92.31%	69.23%	84.62%	84.62%	61.54%	61.54%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.553, <i>p</i> =.05	<i>r</i> =.553, <i>p</i> =.05
5	84.62%	69.23%	69.23%	69.23%	92.31%	92.31%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01
6	84.62%	84.62%	92.31%	100%	69.23%	92.31%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01
7	100%	61.54%	76.92%	61.54%	92.31%	100%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.553, <i>p</i> =.05	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.553, <i>p</i> =.05	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01
8	69.23%	76.92%	84.62%	76.92%	84.62%	84.62%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01
9	76.92%	92.31%	84.62%	76.92%	76.92%	61.54%
	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.684, <i>p</i> =.01	<i>r</i> =.553, <i>p</i> =.05

Ancianos residentes	Pretest 1	Pretest 2	Pretest 3	Postest	Seguimiento 1	Seguimiento 2
10	84.62%	76.92%	76.92%	76.92%	69.23%	92.31%
	$r = .684, p = .01$	$r = .553, p = .05$				
11	76.92%	69.23%	92.31%	76.92%	84.62%	84.62%
	$r = .684, p = .01$					
12	84.62%	100%	69.23%	84.62%	84.62%	76.92%
	$r = .684, p = .01$	$r = .553, p = .05$				
13	69.23%	61.54%	76.92%	92.31%	84.62%	76.92%
	$r = .684, p = .01$	$r = .553, p = .05$	$r = .684, p = .01$	$r = .684, p = .01$	$r = .684, p = .01$	$r = .553, p = .05$
14	92.31%	76.92%	69.23%	100%	76.92%	84.62%
	$r = .684, p = .01$	$r = .553, p = .05$				
15	92.31%	84.62%	100%	100%	92.31%	69.23%
	$r = .684, p = .01$	$r = .553, p = .05$				

ANEXO 11. Carta compromiso con las instituciones

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

División de Investigación y Posgrado

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

ASUNTO: Visto bueno para el desarrollo de la investigación y compromiso de entrega de resultados

A quien corresponda

PRESENTE

La que suscribe, Karina Reyes Jarquín postulante a Doctora en Psicología en el área de la Salud del Programa de Doctorado en Psicología de la UNAM, con número de cuenta 403019210; por este conducto le solicito otorgue su visto bueno para llevar a cabo la investigación psicológica **“Desgaste laboral y mejora de la calidad de vida de cuidadores y ancianos. Evaluación de un Taller”** en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico *“Nombre del Centro de Atención Gerontológica”*.

El objetivo de la investigación es evaluar los efectos de un taller para disminuir el desgaste laboral y mejorar la interacción cuidador-anciano; los efectos se evaluarán en la calidad de vida, auto-percepción de la salud, ausencias laborales y desgaste laboral en los cuidadores; y en la independencia, calidad de vida y bienestar psicológico e interacción cuidador-anciano en los ancianos residentes.

El Taller será dirigido a cuidadores formales de ancianos residentes y constará de 9 a 15 sesiones de 60 minutos cada una, dos veces por semana de manera individual en el espacio que la institución designe y buscando la mejor opción en cuanto a horarios, ajustándonos a las necesidades y políticas de cada centro. Los participantes serán 15 trabajadores (enfermeras, gericultistas, trabajadores sociales, y cuidadores en general) de cada uno de los centros cuya función principal sea el cuidado y asistencia de los ancianos.

Dicho Taller se realizará sin ningún costo para los asistentes y/o la institución, debido a que su implementación será con el fin de otorgar el servicio de manera gratuita. El propósito principal del Taller es beneficiar al personal que labora en el Sistema Nacional DIF, específicamente del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Nombre del Centro de Atención Gerontológica”; optimizando su labor como cuidadores y reduciendo el desgaste laboral. Adicionalmente se busca que la población albergada, en este caso los ancianos también se vean beneficiados en su independencia, bienestar y calidad de vida.

Posterior a la realización del Taller en cada uno de los Centros de Atención Gerontológica, el grupo de trabajo se compromete a entregar los resultados a quienes lo soliciten.

Reciba un cordial saludo y mi respeto académico.

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, a fecha correspondiente.

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

Profesora Titular de la Carrera de Psicología, Posgrado e Investigación.

Miembro del Padrón de tutores del Doctorado en Psicología.

Responsable del proyecto “Calidad de vida, salud y envejecimiento”

algcr10@hotmail.com

56231192 / 5623116

LIC. KARINA REYES JARQUÍN

Postulante a Doctora en Psicología y Salud

Integrante del proyecto "Calidad de vida, salud y envejecimiento"

krjarquin@gmail.com

58915787

5529423150