

**RIESGOS PSICOSOCIALES INTRALABORALES EN CUIDADORES  
INSTITUCIONALES EN UN CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL DEL ADULTO  
MAYOR DE LA CIUDAD DE MANIZALES**

**Jesús María Arenas Botero  
Ángela Lorena Cardona Bermúdez  
Beatriz Helena Castaños Grisales  
Luis Ángel Henao García  
Juan Esteban Soto Castro**



**Universidad Católica de Manizales  
Facultad de Ciencias para la Salud  
Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo**

**Manizales**

**2017**

**RIESGOS PSICOSOCIALES INTRALABORALES EN CUIDADORES  
INSTITUCIONALES EN UN CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL DEL ADULTO  
MAYOR DE LA CIUDAD DE MANIZALES**

**Beatriz Helena Castaños Grisales**

**Juan Esteban Soto Castro**

**Luis Ángel Henao García**

**Jesús María Arenas Botero**

**Ángela Lorena Cardona Bermúdez**

**Investigación para obtener el título de especialistas**

**Asesora:**

**Gloria Inés Tabares Torres**



**Universidad Católica de Manizales**

**Facultad de Ciencias para la Salud**

**Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo**

**Manizales**

**2017**

***AGRADECIMIENTOS***

*Agradecemos en primera medida a Dios, quien guió cada paso de nuestro fortalecimiento profesional.*

*A nuestra querida asesora Gloria Inés Tabares, sin cuyas orientaciones no hubiéramos encontrado la luz al final del túnel.*

*A las directivas, cuidadoras y cuidadores del Centro de Protección Social del Adulto Mayor, quienes nos permitieron y apoyaron en el desarrollo del presente estudio.*

*A nuestros seres amados, amigos y compañeros que directa o indirectamente contribuyeron a llevar a feliz término esta investigación.*

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue describir los factores psicosociales intralaborales percibidos por los empleados de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, en el año 2017, aportando una propuesta de mejora. Para esto se realizó una investigación con metodología de tipo descriptiva, enfoque cuantitativo, medido a partir de cuestionario CoPsoQ PSQCAT (versión 2): Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión corta), abordando una población de 10 cuidadores institucionales de adultos mayores, el 100% de los trabajadores del centro estudiado.

Los resultados más significativos muestran en riesgo alto las dimensiones ritmo de trabajo (100% riesgo alto) y exigencias psicológicas emocionales (100% riesgo alto), inseguridad sobre el empleo (90% riesgo alto) e inseguridad sobre las condiciones de trabajo (90% riesgo alto); y como mayores factores protectores las dimensiones calidad de liderazgo (60% riesgo medio y 40% riesgo bajo) y conflicto de rol (10% riesgo alto, 60% riesgo medio y 30% riesgo bajo).

Palabras clave: Adulto mayor, Cuidador, Síndrome del cuidador, Riesgo psicosocial, Centro de protección social para el adulto mayor

### **Abstract**

The objective of this research was to describe the psychosocial factors intralaborales perceived by the employees of a Center of Social Protection for the Elderly of the city of Manizales, during the year 2017, contributing a proposal of improvement. For this, an investigation was carried out using a descriptive methodology, quantitative approach, measured from the CoQoQ PSQCAT questionnaire (version 2): For the evaluation and prevention of psychosocial risks in enterprises of less than 25 workers (short version), Addressing a population of 10 institutional caregivers of older adults, 100% of the workers of the center studied.

The most significant results show high risk of work (100% high risk) and emotional psychological demands (100% high risk), job insecurity (90% high risk) and insecurity about working conditions (90% high risk); (60% average risk and 40% low risk) and role conflict (10% high risk, 60% average risk and 30% low risk).

Key words: Elderly, Caregiver, Caregiver syndrome, Psychosocial risk, Social protection center for the elderly.

## Tabla de contenido

1. Introducción.....	9
2. Planteamiento del problema.....	12
3. Justificación.....	16
4. Objetivos.....	18
4.1. Objetivo general.....	18
4.2. Objetivos específicos.....	18
5. Marco teórico.....	19
5.1. Marco de antecedentes.....	19
5.2. Marco conceptual.....	32
5.2.1. Adulto mayor.....	34
5.2.2. Cuidador.....	36
5.2.3. Síndrome del cuidador.....	37
5.2.4. Riesgo psicosocial intralaboral.....	38
5.2.5. Centro de protección social para el adulto mayor.....	39
5.3. Marco referencial.....	40
5.3.1. La vejez.....	40
5.3.2. Riesgos laborales.....	45
5.3.3. Factores psicosociales intralaborales.....	49
5.4. Marco legal e histórico.....	54
5.5. Marco bioético.....	64
6. Metodología.....	69
6.1. Tipo de Investigación y diseño.....	69
6.2. Población.....	70
6.3. Instrumento.....	70
6.4. Unidad de análisis.....	72
6.4.1 Fuentes primarias.....	72
6.4.2 Fuentes secundarias.....	73
6.5. Procedimiento.....	77

7. Presentación y análisis de resultados.....	80
7.1. Caracterización sociodemográfica de los cuidadores estudiados.....	80
7.2. Factores psicosociales intralaborales identificados en los cuidadores.....	84
7.3. Propuesta de mejora.....	90
8. Discusión.....	92
9. Conclusiones.....	96
10. Referencias bibliográficas.....	98
11. Anexos.....	109

### **Índice de tablas**

Tabla No. 1: Compendio de normas y jurisprudencia atinentes a la seguridad y salud en el trabajo y factores de riesgo psicosocial intralaboral parte I.....	55
Tabla No. 2: Compendio de normas y jurisprudencia atinentes a la seguridad y salud en el trabajo y factores de riesgo psicosocial intralaboral parte II.....	56
Tabla No. 3: Compendio de normas y jurisprudencia atinentes a la seguridad y salud en el trabajo y factores de riesgo psicosocial intralaboral parte III.....	57
Tabla 4. Descripción sociodemográfica de cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	81

### **Índice de Gráficas**

Gráfica 1. Estado civil de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	81
Gráfica 2. Género de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	82
Gráfica 3. Edad de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	82

Gráfica 4. Escolaridad de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	83
Gráfica 5. Antigüedad en la empresa de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	83
Gráfica 6. Estrato socioeconómico de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	83
Gráfica No. 7: Dimensiones riesgos psicosociales identificados en los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.....	85



## 1. Introducción

El presente estudio surge del interés por describir los riesgos psicosociales de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales; buscando identificar las falencias existentes con miras a realizar propuesta de mejora. Se debe tener en cuenta en este pretendido, que la finalidad de la seguridad y salud en el trabajo, gira en torno a la identificación de aquellos factores que van en detrimento del bienestar de los trabajadores, teniendo como objetivo esencial por ende, la implementación de acciones tendientes a entornos laborales saludables.

En este mismo orden y dirección cabe citar lo expuesto por Pérez y Nogareda (2012) al hacer alusión al impacto que un factor psicosocial puede generar sobre la salud de los trabajadores, determinando los autores que las afectaciones pueden presentarse en la salud, desde los órdenes fisiológicos, tal como “enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, afecciones cutáneas” (p. 1), desde la esfera psicológica con patologías como “alteraciones de la conducta, de las capacidades cognitivas” (p. 1) o componente emocional, “y pueden darse directamente o estar mediatizados por una situación de estrés o por la interacción con otros factores (por ejemplo, el entorno físico)” (p. 1).

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, el pretendido de identificar los riesgos psicosociales en un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, tuvo una doble óptica, por un lado la obtención de insumos necesarios para la

comprensión de las condiciones que afectan los entornos laborales saludables y por otro lado se pretendió con la información obtenida, realizar una propuesta de mejora. Cabiendo citar lo que en Colombia, con respecto a las incidencias de la exposición a estos factores de riesgo, plantea el Ministerio de Protección (2010):

De acuerdo con la información reportada en la Primera Encuesta Nacional sobre Condiciones de Salud y Trabajo, realizada en 2007, la prevalencia de exposición a factores de riesgo psicosocial es altísima. Estos agentes se constituyen en los percibidos con mayor frecuencia por los trabajadores, superando incluso los ergonómicos. La atención al público y el trabajo monótono y repetitivo ocupan los dos primeros lugares en más del 50% de los encuestados. (p. 11)

Para efectos de la investigación se estableció un grupo compuesto por 10 cuidadores (as) de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, teniendo como propósito el realizar una aproximación a la realidad de los cuidadores que se ven expuestos a factores de riesgo psicosocial, rastreando sus características en la institución estudiada.

Para dicho análisis se acudió a metodología de tipo descriptiva, con un enfoque cuantitativo, medido a partir de cuestionario CoPsoQ PSQCAT (versión 2): Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión corta). Esta herramienta permite, tal como lo plantea la Red Universitaria Iberoamericana de Investigación y Promoción de la Seguridad y Salud Laboral (2012):

El CoPsoQ PSQCAT es un instrumento de evaluación orientado a la prevención. Identifica y valora los riesgos psicosociales y facilita el diseño e implementación de medidas preventivas.

Los resultados de la aplicación del cuestionario CoPsoQ PSQCAT han de ser considerados como oportunidades para la identificación de aspectos para la mejora de la organización del trabajo. La evaluación de riesgos es un paso previo para llegar a una prevención racional y efectiva. (p. 5)

Los resultados más significativos recolectados en el presente estudio indican riesgo alto en las dimensiones: Exigencias psicológicas cuantitativas (70% riesgo alto y 30% riesgo medio), ritmo de trabajo (100% riesgo alto), exigencias psicológicas emocionales (100% riesgo alto), inseguridad sobre el empleo (90% riesgo alto y 10% riesgo medio) e inseguridad sobre las condiciones de trabajo (90% riesgo alto y 10% riesgo medio). De acuerdo a los resultados se determinan como factores protectores o de tendencia riesgo bajo: Doble presencia (20% riesgo alto, 50% riesgo medio y 30% riesgo bajo), posibilidades de desarrollo (20% riesgo alto, 50% riesgo medio y 30% riesgo bajo), calidad de liderazgo (60% riesgo medio y 40% riesgo bajo) y conflicto de rol (10% riesgo alto, 60% riesgo medio y 30% riesgo bajo).

## **2. Planteamiento del problema**

En el marco de la seguridad y salud en el trabajo, tema este que cada día se configura de mayor vigencia en el orden mundial y por ende en Colombia, resulta importante entender que este debe ser objetivo primordial de las empresas actuales, aunque en muchas oportunidades, las intenciones de estas normas que buscan humanizar la administración, pueden distar de la realidad encontrada en las organizaciones, por cuanto las dinámicas actuales con tendencias a la globalización y arduas luchas por el posicionamiento, derivadas de la alta competencia que evidencia el mercado actual, pueden mostrar unas empresas con estructurados sistemas de gestión, que se desplazan por unas vías laborales deshumanizadas y centradas casi exclusivamente en la productividad, sea cual fuere el producto a ofrecer.

Con referencia a lo anterior, resulta oportuno mencionar que las referidas dinámicas laborales actuales, caracterizadas por sus acelerados procesos y alta competitividad, someten a los trabajadores a condiciones que no siempre resultan las más favorables para la observancia de la predicada armonía personal, laboral e inclusive familiar; y es desde este escenario en el cual, desde los conocimientos adquiridos a lo largo de la presente especialización, sopesados con las realidades laborales, permiten evidenciar aspectos que van en contravía de los lineamientos de los sistemas de gestión empresariales, que buscan principalmente la humanización de los procesos administrativos, buscando la optimización organizacional, desde sus diversos componentes, especialmente desde el factor humano.

Precisando de una vez con referencia a lo planteado anteriormente, una de las condiciones que no se alinean con los propósitos de la seguridad y salud en el trabajo, es el alto compromiso a nivel de tiempo que una alta franja de la población trabajadora debe aportar, so pena de ser reemplazado por alguien que si decida sacrificar tiempo, resultando comprensible en la actualidad económica de la sociedad, que las personas cedan ante las exigencias laborales, en búsqueda de unos recursos que les permitan mantener una adecuada calidad de vida; resultando precisamente este paradójico intercambio, como un configurador de factores de riesgo psicosocial intralaborales, que abren las puertas a factores de riesgo extralaborales y por ende condiciones adversas en el orden personal.

Los cuidadores institucionales de adultos mayores, al igual que la mayoría de trabajadores, pueden estar sometidos a condiciones laborales que pueden no resultar acordes para la no presencia de factores de riesgo intralaboral, ya que como lo estipula la Ley 1315 (2009), las actividades a desarrollar en los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor, van desde los “servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal” (art. 2, inc. 2), desde cuya finalidad se puede evidenciar que, así el fin sea social y loable, es una empresa cuyo servicio ofrecido es el cuidado de una franja poblacional con unas condiciones complejas, que derivan altas exigencias de las personas que allí laboran.

Aunque puede no ser una constante de los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor, resulta contraproducente para el personal, que la población a cuidar crece vertiginosamente en estos sitios y aunque la Ley 1315 (2009) estipula que “El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el

grado de dependencia de los residentes” (art. 13), muchos de estos lugares crecen en usuarios, pero se sostienen en planta de personal, lo cual también se evidencia como factor de riesgo.

A lo largo de los planteamientos hechos se puede observar que las condiciones laborales actuales, tienen características que no aportan a un bien estar laboral y por ende se constituyen como fuentes de riesgos psicosociales, resultando importante en este apartado traer a comento la norma emitida por el Ministerio de la Protección Social, que busca establecer disposiciones y definir responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés laboral; compilada en la Resolución 002646 (2008), de la cual vale la pena citar la definición de factores psicosociales:

Comprenden los aspectos intralaborales, los extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas.  
(Art. 5)

Así las cosas, la problemática que se pretende abordar tiene una doble vertiente, por un lado las evidentes dinámicas laborales que identifican la sociedad moderna y por el otro, desde el particular del interés investigativo, las complejas condiciones que los cuidadores institucionales de adultos mayores, ven enfrentadas en su cotidianidad; circunstancias éstas que se presume, pueden ser generadoras de factores de riesgo psicosocial intralaboral.

Teniendo en cuenta las condiciones anteriormente abordadas, se genera la siguiente pregunta de investigación:

*¿Cuáles son los factores psicosociales intralaborales percibidos por los empleados de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, en el año 2017?*

### **3. Justificación**

Como se ha venido insistiendo en las primeras páginas de esta investigación, abordar las conceptualizaciones e intencionalidades del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, obliga necesariamente a pensar en las organizaciones, desde una óptica de la humanización de la administración, por cuanto lo que en esencia se busca con la implementación de esta nueva y estructurada manera de adelantar los procesos organizacionales, es el mejorar las condiciones de las personas que integran la empresa, con lo cual se coadyuva a optimizar su desempeño y por ende la productividad. Por ello resulta importante en las dinámicas planteadas en las políticas de las empresas modernas, quitar la vista exclusivamente en los aspectos operacionales y observar al ser humano, su contexto familiar y social; ya que estos componentes integran e influyen significativamente en la persona y la manera como se siente en su entorno laboral, se ve reflejado en sus demás esferas, tal como lo plantea la Resolución 2646 (2008), se consolida una interacción dinámica, que puede ser empleada positivamente para la mejora continua de la organización.

Por las consideraciones anteriores, resulta relevante el fin perseguido en la presente investigación, por cuanto al determinar los factores de riesgo psicosociales intralaborales generados ante unas condiciones complejas y de alto compromiso, que pueden ser generadoras además de deterioros en la salud física y mental de los colaboradores, inciden directamente en la merma en el desempeño. Por ello la administración moderna está siendo invitada a considerar la importancia de una adecuada homeostasis entre cuerpo y mente, en el entendido que ambas esferas deben estar óptimamente mantenidas, en armonía, ya que si una de las dos se encuentra



en conflicto con factores intrínsecos o extrínsecos, ello afecta las demás esferas inherentes al ser humano.

En los marcos de las observaciones anteriores, resulta preponderante la realización de una investigación de los factores psicosociales intralaborales en un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, con cuyos resultados se aportará al conocimiento con respecto no solamente de los factores estudiados, sino además de la manera como ciertas labores y determinadas condiciones, influyen en el incremento de éstos; y adjunto a ello, como aporte para la posible estructuración de actividades que propendan por la mejora en las condiciones laborales de éstos contextos laborales y la toma de conciencia sobre los dañinos efectos que vienen causando los ambientes laborales generadores de riesgos psicosociales.

Abordando la viabilidad del presente estudio, en los acercamientos realizados al Centro de Protección Social para el Adulto Mayor, en el cual se realizó la indagación, han evidenciado amplia apertura e interés por conocer los factores que van en detrimento de un óptimo desempeño; circunstancias éstas que ofrecen el lugar, las condiciones especiales y las personas sometidas a unas dinámicas complejas de trabajo. Cabe destacar además con respecto al apartado que se viene desarrollando, que la línea investigativa a profundizar, no ha sido explorada en esta institución y en el marco de la seguridad y salud en el trabajo, resulta de alto interés los datos obtenidos.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo general**

Describir los factores psicosociales intralaborales percibidos por los empleados de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, en el año 2017, aportando una propuesta de mejora.

### **4.2. Objetivos específicos**

Realizar una descripción sociodemográfica de la población de cuidadores del centro de protección social del adulto mayor estudiado.

Detallar los factores psicosociales intralaborales identificados mediante el Cuestionario CoPsoQ PSQCAT versión corta, en los empleados de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales.

Aportar una propuesta de mejora basada en los resultados obtenidos.

## 5. Marco teórico

### 5.1. Marco de antecedentes.

Con las consideraciones precedentes, cabe realizar un acercamiento a los constructos investigativos que con respecto al interés del presente estudio resultan desde el orden internacional, nacional y local, buscando establecer el estado actual en relación con el campo investigativo que se pretende abordar.

Desde el orden internacional se aborda inicialmente la investigación desarrollada por Hernández y Ehrenzweig (2008), quienes en su investigación *Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado*, buscaron determinar la relación entre burnout y sobrecarga del cuidador percibida en una muestra de trabajadores de la salud de un asilo para personas mayores, así como la relación que estos guardan con otras variables sociodemográficas; empleando como metodología entrevista a 56 trabajadores del Estado de Veracruz (México), buscando como criterio de inclusión el desear cooperar con el estudio contestando las preguntas contenidas en los instrumentos de medición, que fue el Cuestionario general, Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. De esta población, el sexo femenino ascendía a 76.9% y el masculino a 23.1%, la mayoría se ubicó entre los 26 y los 45 años, la mitad de la muestra estuvo constituida por enfermeras, 32.2% por intendentos o auxiliares de enfermería, 7.1% por médicos, 7.1% por nutriólogas y la mayoría descansaba dos días a la semana y tenía una jornada de trabajo de ocho horas.

En Huelva, España se encontró el estudio adelantado por Torres (2008), denominado *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria)*, en el cual se buscó comprobar las diferencias estadísticamente significativas entre los cuidadores, averiguar las variables que ayudan a explicar la pertinencia de los cuidadores con una puntuación alta o baja en carga; mediante una metodología que buscó estudiar las relaciones entre las variables sociodemográficas, laborales y psicológicas, en una muestra compuesta por 302 cuidadores formales (mujeres, 85,1 % y hombres, 12,9%) de 30 centros (28 ciudades de 10 provincias españolas). La edad media de las mujeres fue de 33,7371 años y los hombres, 35,6410, el 43,7% solteros y 46,7% casados o viviendo en pareja, E.G.B. (6,6%), F.P.-I (69,5%), Bachillerato o F.P.-II (6%), C.O.U. (3%) y Título Universitario (8,3%), y se determinó que el 58,3 % de los cuidadores siempre está al cargo del mismo grupo de ancianos. Los instrumentos utilizados fueron entrevista de Carga para Cuidadores Formales , Cuestionario de Salud General GHQ-28, Evaluación del Apoyo Social (SSA), Cuestionario COPE, Escala de Satisfacción Vital (ESV) y el Test de Orientación Vital Revisado.

En lo que respecto a los resultados del estudio, cabe resaltar como dato de interés que con relación a la carga emocional, aparecen niveles más altos en cuidadores formales con peor estado de salud general y en aquellos que utilizan modos de afrontamiento pasivo y centrado en la emoción (evitación, actividades distractoras de la situación, humor y abandono de los esfuerzos de afrontamiento). Sin embargo, se refieren niveles más bajos de carga emocional en los cuidadores formales que disponen de más satisfacción vital y apoyo social. Paralelamente, se detectan asociaciones de la carga emocional, por una parte positivas con la salud general y, por

otra parte, asociaciones negativas para con la salud autopercebida, en el apoyo social y el optimismo.

El estudio realizado en la Habana, Cuba, por Espín (2008), denominado *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*, tuvo como objetivo el describir características demográficas, sociales, psicológicas y otras de 61 cuidadores informales de personas que padecen demencia y que habían recibido atención en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad en La Habana, de 2004 a 2005. Se realizó mediante un estudio descriptivo consistente en la caracterización de 61 cuidadores informales de adultos mayores con demencia (demencia vascular y enfermedad de Alzheimer), diagnosticados en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED), de diciembre de 2004 a diciembre de 2005. Esta cifra correspondió a la totalidad de los sujetos que acudieron a la "consulta del cuidador" y que cumplían con los requisitos de ser cuidador informal de al menos un adulto mayor con demencia, que la demencia haya sido diagnosticada en el servicio del CITED y la voluntad del cuidador de participar en el estudio. Se utilizó para la recogida de los datos el Cuestionario de Caracterización y la Escala Psicosocial del cuidador.

Por su parte Steele (2010) adelantó una investigación denominada *Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009*, el cual pretendió determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador aplicando la escala de Zarit, en los cuidadores informales de pacientes que asisten, de manera regular, al Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante los meses de octubre y noviembre de 2009,

mediante un estudio transversal descriptivo; concluyéndose que mediante la aplicación de la Escala de Zarit, se determinó que la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador, en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante los meses de octubre y noviembre de 2009 fue de 57%.

Resulta preponderante el estudio adelantado por Parodi, Montoya, Rojas y Morante (2011), quienes en su documento *Factores de Riesgo Asociados al Estrés Del Cuidador del Paciente Adulto Mayor*, buscaron registrar factores de riesgo para estrés del cuidador y medir el nivel de estrés mediante la Escala de Zarit; mediante estudio del tipo casos y controles, realizado entre mayo de 2003 y abril de 2005, estudiando 125 cuidadores principales de AM dependientes del Programa de Visita Domiciliaria del Centro Geriátrico Naval del Perú; se registraron factores de riesgo para estrés del cuidador, mientras el nivel de estrés se midió mediante la Escala de Zarit. Determinándose que el 64.4% de los cuidadores presentó estrés. Era dependiente el 57.6% de los AM cuidados; hubo una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) entre grado de dependencia y estrés del cuidador, los factores de riesgo dependientes del cuidador fueron: No recibir ayuda ( $p < 0.001$ ), cuidar por más de 12 horas/día ( $p < 0.004$ ) y bajo nivel del cuidador ( $p < 0.022$ ), y los factores de riesgo dependientes del paciente fueron: Presencia de ideas delirantes ( $p < 0.03$ ), presencia de agresividad ( $p < 0.01$ ) y alteración del sueño ( $p < 0.02$ ).

Por su parte en México se encuentra un estudio realizado por Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez (2011), denominado *Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008*, mediante el cual buscaron

determinar los factores de riesgo asociados al estrés del cuidador del paciente adulto mayor; empleando para este fin un estudio de diseño transversal, analítico, con un universo de cuidadores primarios de adultos mayores derechohabientes, usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), una muestra no probabilística ajustada por conveniencia, con criterios de inclusión principal que acudieron acompañando a su adulto mayor a recibir atención en unidades del IMSS durante Enero-Mayo de 2008 y aceptaran participar y firmar consentimiento informado. Como resultados más significativos se encontró que de 100 cuidadores, 69% femeninos, 31% masculinos, edad media  $40,2 + 12,8$  años, mínima 18, máxima 75, y una prevalencia de síndrome de sobrecarga 15% cuidadores. Cabe resaltar que se concluyó, entre otras circunstancias, que la prevalencia del síndrome es baja, comparada con reportes similares, mientras que los factores asociados concuerdan con lo reportado por otros autores.

Dando continuidad a los constructos de orden internacional encontrados, cabe resaltar el desarrollado por Blanco (2012), denominado *Relación entre factores de riesgo psicosocial y burnout y su prevalencia en auxiliares de residencias de mayores*, buscándose comprobar si los factores de riesgo psicosocial que identifiquen las trabajadoras con el cuestionario FPSICO (Carga Mental, Autonomía Temporal, Contenido del Trabajo, Supervisión-Participación, Definición de Rol, Interés por el Trabajador y Relaciones Personales) tienen una relación positiva con agotamiento (AG) y cinismo (CI) y negativa con eficacia profesional (EP); evidenciar si las variables psicosociales evaluadas predicen de forma diferencial las dimensiones del burnout; y establecer si respecto a la edad y a la antigüedad en el puesto de trabajo se encuentran diferencias, tanto en la percepción de factores de riesgo psicosocial, como en el padecimiento de burnout. Buscándose estas respuestas mediante una investigación de diseño

correlacional, transversal y descriptivo para comprobar el estado actual de la cuestión y las relaciones entre las variables. Concluyéndose que las variables definición de rol, carga mental y relaciones personales predicen un 43,3% de la varianza total de agotamiento, siendo la variable definición de rol la que mayor capacidad predictiva presenta, un 26,7%.

Cabe mencionar en la relación que se viene realizando, la investigación realizada por Herrero (2012), denominada *Factores de riesgo del cansancio del cuidador*, mediante la cual la autora buscó conocer a través del profesional de enfermería centinela la sobrecarga sentida por los cuidadores de personas no autónomas y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida tanto en el ámbito físico, como en el psíquico y social; mediante un estudio de tipo descriptivo transversal, realizado en el año 2011 en un colectivo de cuidadores de personas no autónomas captados por profesionales de enfermería centinela; la medición de las variables se realizó mediante el escala de Zarit y las de la persona no autónoma cuidada mediante el índice de Barthel. Estableciéndose que el 71% de los cuidadores son mujeres, de las cuales el 70% se encuentra en el rango de edad de 35 a 64 años, un 68% de los cuidadores presentan en la escala de Zarit algún tipo de sobrecarga, refiriendo problemas osteomusculares y de sueño en un 71%. Se concluye que los resultados obtenidos hacen necesaria la implantación de actuaciones multidisciplinares encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo de los cuidadores, realizadas por profesionales específicos.

Por la cercanía fronteriza y contigüidad investigativa, cabe mencionar el estudio de Vasco (2014), denominado *El estrés laboral de los cuidadores y el maltrato que sufren los adultos mayores del centro geriátrico "hogar del anciano" del hospital provincial Ambato en la*



*provincia de Tungurahua*, la cual se desarrolló con los objetivos de identificar los cuidadores que presentan estrés laboral en el centro Geriátrico “Hogar del Anciano” del Hospital Provincial Ambato; determinar qué maltratos son los frecuentes en los adultos mayores por parte de sus cuidadores; y proponer una solución alternativa al problema planteado. Se trató de una investigación con enfoque crítico propositivo, de carácter cualitativo y cuantitativo, con una modalidad bibliográfica documentada, de campo, de intervención social, de asociación de variables que permitió estructurar predicciones llegando a modelos de comportamiento mayoritario. Se empleó ficha psicológica, test de Escala de apreciación del estrés laboral EAE y Diario de campo; para la recolección de la información. Como dato resultante importante, se estableció que el 73 % de la población presenta estrés laboral mientras que el 27 % de la población no presenta estrés laboral.

Otra investigación desde el orden internacional que cabe mencionar es la realizada por Mayo (2016), denominada *Evaluación de factores ergonómicos y estrés laboral en trabajadoras de una residencia geriátrica. Propuestas de medidas de prevención*; la cual buscó realizar una evaluación ergonómica y psicosocial de estrés laboral en el puesto de auxiliar de enfermería de una residencia geriátrica y aportar propuestas preventivas para evitar, corregir y controlar los posibles riesgos que se evidencian en estos ámbitos laborales. El estudio se realiza tomando como muestra a las trabajadoras que participen de forma voluntaria, empleándose como herramientas la observación directa no participante de sus labores, cumplimentación del Cuestionario de Salud General de Goldberg y la realización de una entrevista grupal a informantes claves; posteriormente se planifica las acciones preventivas más adecuadas. En lo referente a los resultados se pudo evidenciar un nivel de riesgo medio en las tareas Levantar y

Poner al baño; no obstante, estas labores son consideradas como las más penosas por el colectivo; con respecto al estrés laboral, no se muestra psicopatología en la población estudiada, sin embargo, se recomienda realizar nuevos estudios psicosociales, ya que durante la observación se alude a la implicación emocional que supone la atención de personas mayores.

Finalmente desde el ámbito internacional cabe citar el estudio adelantado por Villarejo (2016), denominada *Sobrecarga e impacto en el sueño de las cuidadoras de ancianos con pluripatología*, mediante el cual el autor buscó evaluar la sobrecarga subjetiva y los trastornos del sueño en cuidadoras de ancianos pluripatológicos, y determinar si la mayor sobrecarga de la cuidadora está asociada a los trastornos del sueño; mediante un estudio observacional, descriptivo transversal realizado en la Zona Básica de Salud de Bailén en los meses de mayo a julio de 2010, con cuidadoras, utilizándose un procedimiento de muestreo aleatorio por conveniencia, quedando la muestra configurada por 43 cuidadoras para garantizar un intervalo de confianza (IC) del 95% y una precisión del 5%. Como resultado más importante se determinó que la sobrecarga subjetiva de las cuidadoras medida con el IEC obtuvo una media de  $6,58 \pm 1,21$ , de ellas un 48,9% presentaron un nivel de esfuerzo elevado.

Para iniciar el recorrido por las investigaciones de orden nacional, que se considera brindarán luces al presente estudio, cabe mencionar el desarrollado por Dueñas et al. (2006), denominada *Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales*, buscó describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados; mediante un estudio piloto de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004 para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR

familiar), la ansiedad y depresión (escala de Goldberg), la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador (escala de Zarit); encontrando entre otros aspectos, los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad; y que los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas.

Por otro lado Ocampo et al. (2007), en su estudio denominado *Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes*, buscaron determinar la frecuencia y los factores asociados con la presencia de sobrecarga para el cuidador en ancianos dependientes; mediante un estudio piloto comparativo y observaciones de corte transversal, con una población de 35 pacientes ancianos (>60 años) residentes en la comunidad de la ciudad de Buenaventura (Valle del Cauca, Colombia), que tuvieran un puntaje en el índice de Barthel <85 puntos y cuidador, entre marzo y mayo de 2006. Como resultado más significativo se encontró que en 54.2% de los cuidadores no había sobrecarga, 40% presentaban una sobrecarga leve y el resto presentaba una sobrecarga intensa.

Vanegas et al. (2009), En su estudio *Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá*, buscaron describir, mediante un enfoque cualitativo, los roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá, los que fueron expresados por ellas mismas, de acuerdo con sus experiencias en el área; la investigación se llevó a cabo con un abordaje cualitativo utilizando la técnica de entrevistas semiestructuradas

profundas. Se concluyó que las participantes tienen claridad acerca de los roles propios de enfermería en el cuidado al adulto mayor y sus relatos coincidieron con la teoría existente al respecto; pero se requiere abrir espacios para que se desarrollen tales roles en las instituciones geriátricas de Bogotá.

Vélez, Berbesí, Cardona, Segura y Ordóñez (2011), en su investigación *Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín*, realizaron una búsqueda de instrumentos para medir este síndrome, requiriéndose utilizar escalas que permitan describir condiciones que en ocasiones no se pueden delimitar de manera precisa, o no se pueden medir con instrumentos simples; mediante un estudio de validación y fiabilidad de la escala de Zarit, en donde se tomaron 4 escalas abreviadas que se utilizan para medir la sobrecarga en cuidadores, determinando la validez y la consistencia interna de estas, con la cual se estimó la prevalencia del síndrome del cuidador de la población adulta mayor de Medellín, tomándose una muestra probabilística de 312 personas consideradas como cuidadores principales de los adultos mayores residentes en la ciudad de Medellín que fueron registrados en la Encuesta de Calidad de Vida, realizada por la Dirección de Planeación municipal del año 2007. Se pudo concluir que la escala que mejor determinó la sobrecarga del cuidador en atención primaria es la Escala de De Bédard de Cribado con una sensibilidad del 81,58%, una especificidad del 96,35% y unos valores predictivos positivos de 75,61% y negativo de 97,42%.

Por su parte González (2014) en su estudio *Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social*, buscó describir las condiciones de

trabajo y de vida de las cuidadoras de ancianos que son formalmente remuneradas en organizaciones privadas de Bogotá; caracterizar el entorno socioeconómico de estas trabajadoras de cuidado de ancianos; establecer qué papel juegan las dinámicas organizacionales de estas entidades en la problemática del cuidado de ancianos; e indagar en las percepciones sobre el trabajo de cuidado por parte de las trabajadoras, los propios ancianos y los administradores. El estudio analiza siete casos: tres organizaciones con ánimo de lucro y cuatro sin ánimo de lucro, que se distribuyen entre los estratos socioeconómicos 2, 4 y 5 de la ciudad de Bogotá; mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, enfocando el estudio en la identificación de las siguientes categorías analíticas: implicaciones del trabajo emocional y corporal; rasgos de la ética del cuidado en las organizaciones y en los cuidadores; implicaciones de la institucionalización de los adultos mayores; nivel de reconocimiento y profesionalización del trabajo de cuidado.

Con respecto a éste estudio cabe traer a comento su conclusión con respecto a que uno de los aspectos clave en las dinámicas del cuidado en los hogares estudiados se relaciona con la posición de clase de los hogares y la disponibilidad de recursos materiales que haya en la organización donde se presta dicho servicio. En los hogares de estrato 2 es más perceptible la angustia de las trabajadoras, la incertidumbre del día a día, el incumplimiento en los pagos de los salarios, e incluso la incomodidad en la distribución de los espacios físicos del lugar y la cantidad de huéspedes por habitación. En este mismo sentido, la relación entre costos y rentabilidad para las entidades con ánimo de lucro no reporta ser siempre positiva, lo cual se considera un elemento más que acentúa la devaluación social del cuidado no solo como trabajo sino también como negocio.

Continuando con el recorrido de constructos investigativos nacionales, el adelantado por Barrera (2014), denominado *Bienestar Psicológico De Los Cuidadores De Adultos Mayores En La Asociación Casa Del Otoño Municipio De Yopal Casanare*. Yopal, Casanare, pretendió evaluar el bienestar psicológico del personal cuidador del adulto mayor de la Asociación Casa del Otoño en Yopal Casanare, y describir el bienestar psicológico subjetivo, establecer el bienestar material, determinar el bienestar laboral e identificar el bienestar de las relaciones con la pareja de los cuidadores; mediante una investigación cuantitativa de corte descriptivo, transversal retrospectiva, donde participaron 16 personas que corresponden al 80% de cuidadores formales de adultos mayores de la institución. Se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico EBP de Sánchez Cánovas. El instrumento consta de 65 ítems, que evalúan el bienestar psicológico subjetivo, el bienestar material, el bienestar laboral, y el de las relaciones con la pareja. La evaluación mostró que el área en la que logran mayor bienestar es el área laboral, le sigue el área de bienestar psicológico subjetivo; área de bienestar material y por último el área de bienestar con la pareja.

Llegando a los constructos de orden local, se encuentran investigaciones como la desarrollada por Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo (2010), denominada *Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos*, por medio de la cual se buscó identificar la prevalencia y factores asociados a sobrecarga en el cuidador primario de ancianos; mediante un estudio descriptivo transversal, con entrevistas telefónicas a 310 cuidadores principales de adultos mayores de 65 años y más de edad, seleccionados por muestreo aleatorio simple. Como resultados más significativos se encontró que la prevalencia de sobrecarga del cuidador en la ciudad de Medellín, fue de 12,17%, IC 95% [8,39-15,96] y sí se encontraron

diferencias significativas en el número de horas diarias dedicadas al cuidado, entre los que presentaron síndrome y los que no.

Por su parte Rojas (2014), en estudio denominado *La percepción que tiene los adultos mayores del cuidado que reciben en dos centros de promoción y protección social de la persona mayor de Manizales*, mediante la cual se pretendió describir la percepción que tienen los adultos mayores del cuidado que reciben, en centros de Promoción y Protección Social de la Persona Mayor en Manizales; mediante un Estudio Mixto, con una población de 69 pacientes adultos mayores, utilizándose formato tipo PAE con los dominios respectivos de enfermería, los test de Yesavage, Hamilton y de Barthel, se utilizaron estrategias pedagógicas, como collage y juego de palabras. Como resultados más significativos se evidenció que la percepción del cuidado que reciben los adultos mayores en general es significativa y muestran cómo los adultos mayores perciben la mayor parte de prácticas de cuidado, como adecuadas; y algunas prácticas como inadecuadas.

Cabe citar igualmente el estudio adelantado por Salazar, Murcia y Solano (2016), denominado *Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014*, buscaron proporcionar una descripción de los resultados referidos en publicaciones sobre el cuidador informal de personas mayores;; para lo cual realizaron un estudio descriptivo, de revisión de artículos publicados entre 1997-2014, en diferentes bases de datos, incluyéndose revisiones sistemáticas, estudios descriptivos y correlacionales; lográndose identificar 158 estudios de los cuales se seleccionaron 91, denotándose evidencia determinante sobre la relación entre la

afectación de la salud física y psicológica con el oficio de cuidado; como estrategias de intervención más recomendadas se presentan las combinadas, aunque las más utilizadas son las no farmacológicas.

Una vez realizada la búsqueda de los constructos investigativos que pueden arrojar luces al pretendido estudio, resulta evidente que en el orden internacional, se encuentran una gran cantidad de líneas investigativas similares y en los órdenes nacionales y locales, se ven disminuidos; valiendo aclarar que en lo que respecta al interés investigativo que circunda en los factores de riesgos psicosociales intralaborales presentes en cuidadores de adultos mayores, resultan incipientes las indagaciones de las cuales se puede echar mano, con fines de orientar la investigación que se viene desarrollando.

## **5.2. Marco conceptual.**

Las palabras clave en torno a las cuales girará la presente investigación, las cuales fueron validadas en el tesoro MESH, serán:

Adulto mayor (Elderly): En el descriptor edad (Age), está definido como una persona de 65 a 79 años (A person 65 through 79 years of age).

Cuidador (Caregiver): En este descriptor está definido como las personas que presten atención a aquellos que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución. A pesar de que los cuidadores incluyen su propio personal médico, de enfermería y otro personal de salud, el



concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros miembros de la familia, amigos, miembros del clero, maestros, trabajadores sociales, compañeros pacientes (Persons who provide care to those who need supervision or assistance in illness or disability. They may provide the care in the home, in a hospital, or in an institution. Although caregivers include trained medical, nursing, and other health personnel, the concept also refers to parents, spouses, or other family members, friends, members of the clergy, teachers, social workers, fellow patients).

Síndrome del cuidador: Se encuentra al respecto el descriptor Burnout profesional, definido como una reacción de estrés excesiva a su entorno profesional o profesional. Se manifiesta por los sentimientos de agotamiento emocional y físico, junto con una sensación de frustración y fracaso (An excessive stress reaction to one's occupational or professional environment. It is manifested by feelings of emotional and physical exhaustion coupled with a sense of frustration and failure).

Riesgo psicosocial (psicosocial risk): En este descriptor, se encuentran los conceptos riesgo (risk), definido como la probabilidad de que ocurra un evento. Abarca una variedad de medidas de la probabilidad de un resultado generalmente desfavorable (The probability that an event will occur. It encompasses a variety of measures of the probability of a generally unfavorable outcome); y el concepto factores de riesgo (Risk Factors), definido como un aspecto del comportamiento o estilo de vida personal, exposición ambiental, característica innata o heredada, que, sobre la base de evidencia epidemiológica, se sabe que está asociado con una condición relacionada con la salud que se considera importante prevenir (An aspect of personal behavior or lifestyle, environmental exposure, inborn or inherited characteristic, which, on the basis of

epidemiological evidence, is known to be associated with a health-related condition considered important to prevent).

Centro de protección social para el adulto mayor (Homes for the Aged): En este descriptor, se define como instalaciones geriátricas de atención a largo plazo que brindan supervisión y asistencia en actividades de la vida diaria con servicios médicos y de enfermería cuando sea necesario (Geriatric long-term care facilities which provide supervision and assistance in activities of daily living with medical and nursing services when required).

### **5.2.1. Adulto mayor.**

Cabe citar para iniciar esta conceptualización, a Quintanar (2010), quien con respecto a esta etapa del desarrollo humano refiere que “el envejecer es un proceso de declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas” (p. 17), refiriendo que aunque las características de la minusvalía presente en los adultos mayores son una constante en ellos, no se evidencia igual en todos aquellos que arriban a la senectud; aunque lo que también deja claro la autora con respecto a esta franja poblacional es su alta necesidad de cuidados especiales, ante el estado de vulnerabilidad que el desgaste ocasionado por el tiempo, genera en ellos.

En este mismo orden y dirección cabe citar lo planteado por Rodríguez (2011), quien refiriéndose al ciclo vital trae a comento lo expuesto por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, explicando que éste es un “concepto que explica el tránsito de la vida como un continuo y que propone que el crecimiento y el desarrollo social es producto de la sucesión de

experiencias en los órdenes biológico, psicológico y social” (p. 6-7), aclarando la autora que desde el mismo momento del nacimiento se inicia el referido proceso que se extiende a lo largo de toda la vida y que las circunstancias positivas y/o negativas de una fase, inciden directamente en la siguiente. Concluyéndose desde esta óptica, que la vejez termina siendo el resultado de las diversas etapas recorridas por la persona a lo largo de su vida, teniéndose en cuenta en esta incidencia, aspectos tales como el “individual, social, desde su historia de salud y de los determinantes de esta” (p. 7). Cabe al respecto citar lo planteado por Lazarus (Citado por Alvarado y Salazar (2014), definiendo el envejecimiento:

Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos. (p. 35)

Finalmente para la comprensión desde el componente normativo colombiano, cabe la Ley 1276 de (2009), a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida, que son el “conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar” (Art. 7, Inc. A); cuya normativa define adulto mayor de la siguiente manera:

Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y

mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen. (Art. 7, Inc. b)

### **5.2.2. Cuidador.**

Para iniciar la definición de éste concepto que resulta preponderante en la presente investigación, cabe referenciar a Rivas y Ostiguín (2010), quienes al respecto expresan que “El cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos” “(p. 50), entendiendo con lo planteado, el alto compromiso depositado en estas personas, quienes en el marco de éste estudio, ostentan la carga de ser garantes de la integridad de una franja poblacional que de por sí y como se dilucidará más adelante, exigen de unos cuidados extremos y permanentes, ante sus disminuciones físicas y mentales.

Dando continuidad a los planteamientos de los autores que se vienen referenciando, establecen que el cuidar, que es la tarea que subyace en la actividad del cuidador, se encuentra en función de cuidado, asistencia, tareas de apoyo, componente físico y emocional, y prestar atención a las necesidades físicas del atendido; explicando con respecto al primer componente que “suele tener una connotación de precaución, de esmero en la acción” (p. 52), donde generalmente quien asiste se ve vulnerado en su emoción.

En lo atinente al segundo de los elementos referenciados por los autores, plantean que “se asocia a términos como ayuda, socorro y amparo, en el cual el pensamiento invita a tener en mente que es necesario contar con otro actor que se presume en desamparo y vulnerabilidad” (p. 52), denotándose ante estas condiciones especiales del cuidado, el alto nivel de compromiso que

se desprende de su labor, donde subyacen las tareas de apoyo a una población que así lo requiere, derivándose los resquebrajamiento físicos y emocionales del cuidador, que son precisamente el interés investigativo que ocupa el documento que se viene desarrollando.

### **5.2.3. Síndrome del cuidador.**

Se considera importante la conceptualización de éste factor, por cuanto es precisamente esta patología la que se pretende prevenir con insumos como los que generan investigaciones que se preocupan por indagar en un entorno laboral mediado por circunstancias especiales, tal como las vivenciadas por los cuidadores de adultos mayores.

Para efectos de lograr la conceptualización del componente tratado en éste ítem, cabe citar a Pavón (2014), quien con respecto a éste síndrome manifiesta que “es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico” (p. 22), aclarando que la causa principal es el estrés continuado, que termina por agotar los recursos del cuidador, generándole primordialmente los siguientes síntomas:

- Agotamiento físico y mental.
- Labilidad emocional: cambios de humor repentinos.
- Depresión y Ansiedad.
- Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol.
- Trastorno del sueño.
- Alteraciones del apetito y del peso.
- Aislamiento social.

- Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención.
- Problemas laborales. (Pavón, 2014, p. 22)

Desde cuyos aspectos, expone la referida autora, se pueden generar trastornos psicológicos, caracterizados por condiciones como agresividad, tensión descargada contra sus compañeros de labores, aislamiento progresivo y ensimismamiento, depresión, cansancio, ansiedad, y requerimiento de asistencia médica para recibir tratamiento adecuado a nivel físico y mental.

#### **5.2.4. Riesgo psicosocial intralaboral.**

Para la definición de éste componente, se considera pertinente abordar la Resolución 2646 (2008), contemplándose en el artículo 2, referente al ámbito de aplicación, en su literal d, al definir las condiciones de trabajo, establece que son “Todos los aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos”, denotándose que el factor que se viene conceptualizando, es uno de los componentes esenciales del entorno laboral.

En el mismo artículo que se viene comentando, el literal g define el estrés como la “Respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales”, encontrándose nuevamente el referido componente intralaboral y determinándose como uno de los detonantes, en el proceso de adaptación, de los factores estresores.

En ese mismo orden y dirección, dando continuidad a los planteamientos de la Resolución 2646 (2008), se encuentra en el artículo 5, la definición de factores psicosociales, los cuales

“Comprenden los aspectos intralaborales, los extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas”, reiterándose la incidencia de los referidos elementos, en el bienestar de los trabajadores.

Seguidamente en su artículo 6, la Resolución que se viene referenciando, define los factores psicosociales intralaborales que deben ser evaluados en las empresas: Gestión organizacional, características de la organización del trabajo, características del grupo social de trabajo, condiciones de la tarea, carga física, condiciones del medioambiente de trabajo, interfase persona–tarea, jornada de trabajo, número de trabajadores por tipo de contrato, tipo de beneficios recibidos a través de los programas de bienestar de la empresa y programas de capacitación y formación permanente de los trabajadores; lo cuales se observaran con mayor detalle más adelante.

#### **5.2.5. Centro de protección social para el adulto mayor.**

Para la definición de éstas instituciones, se debe recurrir a la Ley 1315 (2008), encontrándose en su artículo 2, inciso 2, lo concerniente a los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor, conceptualizándose como “Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores”.

### **5.3. Marco referencial.**

En primera medida en esta investigación se hace necesario definir diversos conceptos que aluden al tema de interés, en este orden de ideas se iniciará por aportar diversas acepciones con respecto a la etapa vital que forma parte esencial del presente estudio, la senectud.

#### **5.3.1. La vejez.**

La vejez se inicia a partir de los sesenta años de acuerdo al criterio de Naciones Unidas, asunto que ha ido variando en los últimos años, en tanto la definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural, en el cual cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada. Huenchuan (2004) al respecto, postula que la transición entre la adultez y la vejez puede ser considerada una verdadera frontera, por cuanto es el momento en el que se evidencian de mayor manera los cambios fisiológicos que caracterizan la senectud; y al respecto se denota en todas las sociedades, que la edad establecida tiene relación con pérdida de capacidades instrumentales y funcionales, que paulatinamente tienden a presentar dificultades para mantener la autonomía e independencia de la persona.

Resulta importante, retomando la autora que se viene referenciando, traer a comento que “La vejez puede ser una etapa de pérdidas como también de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales al que están expuestos” (p. 26), en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad; encontrándose en este punto y desde la óptica de sociedad, grandes diferencias que condicionan el disfrute de recursos u oportunidades, incluyéndose además del componente edad que se viene conceptualizando, aspectos como el género, la clase social o la etnicidad.



En este orden y dirección cabe citar lo postulado por Mansilla (2000), quien abordando los diferentes conceptos con respecto a las etapas del desarrollo humano, quien al abordar las conceptualizaciones del adulto mayor, plantea que a partir de los 65 años de edad se encuentran los jubilados, refiriéndose a la etapa en la cual las personas cesan su actividad laboral, para pasar al merecido retiro, donde podrá descansar, planteando la autora que esta etapa vital debiera caracterizarse por ser “el periodo de vida en que el ser humano recibe (o debiera recibir) "alegremente" los beneficios acumulados durante su etapa laboral: pensión, rentas, familia extendida que le puede prestar soporte afectivo, etc., lo cual aún no es una realidad” (p. 113), entendiéndose desde esta simple definición, muy especialmente en países como Colombia, las dificultades económicas a las cuales se ven sometidos muchos de los adultos mayores.

Clasifica la autora que se viene comentando a los jubilados, en dos subcategorías, la primera de ellas son los senectos, que son aquella franja poblacional entre los 65 y 74, caracterizándose porque haber perdido “en la mayoría de los casos a su pareja y, en los países en desarrollo con débiles programas de jubilación, pasa a ser dependiente de sus descendientes” (p. 113); la segunda subcategoría son los gerontes, con edades superiores a los 75 años y para quienes la autora referenciada establece que desde una óptica más social que real, se ha establecido como un momento caracterizado por el “deterioro físico en que caen algunos ancianos y temor a la muerte” (p. 113), ante lo cual son vistos con cierto nivel de desprecio ante la carga que representan.

Desde este punto de vista, se hace importante cuestionar los aspectos prácticos del cuidado diario del adulto mayor, que obligan a reflexionar sobre el sentido de una teoría de la

humanización en donde varios autores han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados a esta franja poblacional, para lo cual cabe referenciar lo planteado por Watson (Citado por Rojas, 2014), quien reconoce “que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca” (p. 15), siendo un llamado desde el otro, como la base fundadora del cuidado, el cual es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del adulto mayor, con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud.

Resulta pertinente en la temática que se viene desarrollando, mencionar los planteamientos dados por Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009), quienes al igual que la autora anteriormente relacionada, refieren que la vejez tiene implicaciones desde los órdenes biológico, psicológico y social, sin embargo exponen que “la vejez no puede ser “reducida” a esta caracterización, es decir, aunque parece incluyente, no lo es” (p. 54), en el entendido que aunque parezca imponerse alguna de las tres acepciones, como la biológica, resulta importante comprender que en esta etapa del desarrollo, al igual que las que le preceden, las personas deben ser consideradas desde una óptica integradora, una óptica biopsicosocial.

En el orden de las ideas anteriores cabe continuar referenciando los autores en comento, quienes plantean que “La vejez es una situación, que implica procesos y productos, no necesariamente desde una visión funcional (o sistémica), sino cultural” (p. 54), deduciéndose desde esta afirmación que la esfera biológica no puede ser contemplada sin tener en cuenta las variables atinentes a la “cultura y al lenguaje de la misma” (p. 54), incidiendo en esta confluencia

además, el componente histórico, que deriva de la herencia transmitida de generación en generación y que voluntaria o involuntariamente marca cada sociedad en aspectos amplísimos, y la manera de afrontar la vejez no es la excepción, en el entendido que cada conglomerado afronta de manera diferente a sus senectos y su senectud.

En el marco de las observaciones anteriores y alineándose con los pretendidos de la presente investigación, cabe referenciar a Marín (2003), quien en lo relacionado con el tema, realiza una serie de conceptualizaciones en lo atinente al envejecimiento físico, aclarando que “El envejecimiento es un proceso con una gran variabilidad individual y, por tanto, no debemos esperar encontrar en nuestros mayores las mismas características en todos” (p. 28), en el entendido que no se puede esperar sincronidad en este proceso entre un individuo y otro, inclusive en una misma persona no se puede esperar el mismo ritmo de deterioro entre un órgano y otro.

Continuando con los planteamientos dados por el autor en comentario, cabe mencionar algunas de las modificaciones orgánicas más significativas y que a la larga, configuran las sentidas dificultades en la propia persona y en quienes recae la responsabilidad del cuidado. El primer componente abordado es la marcha, la cual “se modifica debido a cambios en el sistema nervioso y muscular (pérdidas neuronales diversas, disminución de reflejos posturales, incoordinación de movimientos)” (p. 29), explicando el autor que al respecto se encuentran condiciones tales como inclinación hacia adelante, caminata lenta, pérdida de coordinación en balanceo de marcha, entre otros, que como mayor riesgo ofrece la tendencia a sufrir caídas con facilidad.

En lo referente a los órganos de los sentidos, el autor expone disminución en todos ellos, especificando que la vista resulta ser “uno de los sentidos más afectados por el envejecimiento y que más puede influir en la autonomía del mayor” (p. 29), por cuanto se pueden evidenciar alteraciones especialmente en la retina, humor vítreo y cristalino, generándose la presbicia, cataratas y glaucoma. En lo que atañe al oído, refiere el autor que “Disminuye la función de las células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de la audición, especialmente para los ruidos más agudos o de alta frecuencia)” (p. 29), apareciendo por ende pérdidas del equilibrio.

Otro de los componentes tratados por Marín (2003), que influye significativamente en el deterioro del adulto mayor, son los padecimientos del sistema nervioso central, encontrándose “una pérdida neuronal variable, disminuyen el riego sanguíneo cerebral, el número de conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos” (p. 29), denotándose mermas significativas en mecanismos de control con respecto a la temperatura o la regulación autonómica; volviendo a la persona susceptible especialmente a padecimientos mentales y otras circunstancias que tienen comorbilidad con las falencias nerviosas.

En este mismo orden y dirección el autor que se viene referenciando expone las alteraciones del aparato genitourinario, donde itera que la alteración más recurrente se da por la disminución en “el peso y volumen de los riñones, reduciéndose, así mismo, el número de unidades funcionales (nefronas)” (p. 30), reduciéndose por ende la capacidad de reserva funcional del riñón, lo cual resulta significativamente dañino en el entendido que este órgano se encarga de eliminar sustancias nocivas para el organismo, ante cuya circunstancia la calidad de vida del

adulto mayor se ve afectada ante condiciones como diálisis en el peor de los casos o incontinencias de diverso nivel, las cuales redundan en cuidados especiales para quienes se ven sometidos a estas circunstancias.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se pueden evidenciar algunas de las condiciones adversas, que hacen del cuidado de esta franja poblacional, altamente compleja, cabiendo citar al respecto lo postulado por Watson (Citado por Rojas, 2014) quien considera esencial “la creación de un entorno protector, que se convierte en un ambiente de cuidado en todos los niveles. (Físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia)” (p. 15), refiriéndose en cuanto al ambiente a la seguridad, confort y abrigo, que llevan a la autorrealización y la comunicación. Considerándose que estas son variables en las cuales surgen las necesidades o requerimientos de una persona de ser satisfecha, para aliviar o disminuir su dolor, o mejorar su sentido de adecuación y bienestar.

### **5.3.2. Riesgos laborales.**

Dando continuidad a los conceptos que se han visto desarrollando, resulta comprensible en la diversa literatura y constructos investigativos, que las personas en cualquiera de los escenarios posibles de la cotidianidad, se encuentran expuestas a riesgos de amplísima índole y el contexto laboral no es la excepción, entendiéndose que en este ámbito, aquellas condiciones que van en detrimento de un ambiente sano, son los riesgos laborales, resultando pertinente en este punto citar lo que al respecto postula el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (1995), en su Ley 31:

Se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo. (Art. 4, Inc. 2)

Resulta importante para la ampliación del concepto que se viene dilucidando, observar las acepciones que con respecto a los riesgos laborales itera el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), iniciando por entorno saludable, entendiendo que al propenderse por la instauración de éste, se coadyuva por la disminución de los riesgos que se vienen tratando; planteando el citado autor que se refiere a un “espacio en el que el Estado, los empleadores y trabajadores (formales e informales) colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud y la seguridad de los trabajadores” (p. 8), denotándose en la definición aportada, el compromiso existente por parte de los actores intervinientes directa e indirectamente.

En este mismo orden y dirección, se considera importante traer a comentario lo que con respecto a accidente de trabajo trae el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), relacionando que para que se configure como tal debe en primera medida ser un “suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y, que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte” (p. 9), relacionando renglón seguido que también lo son aquellos derivados de órdenes de superiores, sin importar horario o lugar; en el transcurso de traslado del trabajador entre la casa y la empresa, en vehículos de la empresa; también cumple la condición “el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical, siempre que el accidente se produzca en

cumplimiento de dicha función” (p. 9); o en actividades recreativas y/o deportivas organizadas por la empresa.

Resulta igualmente importante referenciar lo planteado por el autor que se viene comentando, lo atinente a enfermedad laboral, con respecto a lo cual se establece que “es aquella contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar” (p. 9). Resultando importante su conceptualización, al igual que la de párrafo anterior, por cuanto los riesgos laborales son los directos responsables de la presencia de los accidentes y enfermedades de origen laboral.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, se evidencia desde el interés suscitado por los conocimientos adquiridos en seguridad y salud en el trabajo, la importancia de indagar este aspecto del ambiente laboral, teniendo en cuenta que tal como lo plantea el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), el entorno de trabajo:

Es el espacio en el cual transcurre la vida diaria laboral de los individuos, en el que se presenta la mayor exposición a factores de riesgo para la salud, por lo tanto es en donde se deben transformar esos riesgos en factores protectores para la salud. (p. 8)

Debe entenderse en la comprensión de los riesgos laborales, que éstos no deben ser tenidos en cuenta de manera exclusiva como aquellos derivados de unas malas condiciones de orden físico, dígame unos puestos de trabajo inadecuados, poca iluminación, ruidos excesivos, entre otros; sino que además se deben contemplar aquellos derivados de condiciones psicológicas o emocionales, tales como los estilos de liderazgo, las recompensas, las demandas de carga mental del trabajo,

capacitación, entre otros, que precisamente son algunos de los factores psicosociales intralaborales que se pueden configurar como riesgos laborales.

Con respecto a las diversas condiciones que caracterizan los entornos de trabajo, que se han dilucidado y las cuales de acuerdo a la orientación negativa o positiva que se les den, se configuran como factores de riesgo o protectores, cabe referenciar lo planteado por Collado (2008), quien manifiesta que un buen ambiente laboral está supeditado a “los requisitos materiales y ambientales que deben reunir los centros de trabajo, las máquinas los instrumentos y el medio ambiente laboral para evitar que resulten peligrosos y lesivos para el trabajador” (p. 92-93); resultando importante para terminar de comprender la línea entre riesgos laborales y factores de riesgo psicosociales, citar lo normado en la Resolución 2646 (2008), definiendo precisamente los referidos factores:

Comprenden los aspectos intralaborales, los extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas.  
(Art. 5)

Ante cuya confluencia se hace necesario abordar los factores psicosociales, los cuales son el objetivo primordial para la indagación en una población trabajadora, que se considera sometida a condiciones intralaborales complejas, ante la franja poblacional cuidada, que como se ha expuesto anteriormente, se caracteriza por alteraciones físicas y mentales que configuran un entorno de trabajo riesgoso.



### **5.3.3. Factores psicosociales intralaborales.**

Dadas las condiciones que anteceden, en un ambiente laboral en el que convergen cuidadores y adultos mayores, se generan factores de riesgo psicosocial producto del trabajo, al cual hace referencia Blanco (2012) exponiendo que estas condiciones están:

Presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. (p. 8)

Determinándose estas condiciones psicosociales como desfavorables, dando origen a la aparición de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo, como consecuencias perjudiciales en la salud y bienestar de los miembros de la empresa. Frente a estas circunstancias los diversos autores plantean la aparición de factores estresores, que son los que agudizan o complejizan los factores que cotidianamente se presentan en los entornos laborales, en la interacción entre personas y procesos; al respecto Cano (Citado por Vasco, 2014), señala que "hablamos de estrés cuando se produce una discrepancia entre las demandas del ambiente, y los recursos de la persona para hacerles frente" (p. 33), entendiéndose el estrés, para el caso particular de esta investigación, como una respuesta adaptativa por parte del cuidador, que en un primer momento le permite actuar de manera rápida y eficaz a diversas situaciones.

Precisando de una vez las conclusiones obtenidas por Vasco (2014) con respecto a la aparición del estrés como una respuesta adaptativa de las personas, plantea que "El problema es que nuestro cuerpo tiene unos recursos limitados y aparece el agotamiento" (p. 34), en cuyo

punto se pueden encontrar aspectos tales como “exceso de trabajo, metas no realizadas, la ansiedad, problemas personales o familiares, exigencias académicas” (p. 34), que como es el caso hipotético de los cuidadores de adultos mayores, se evidencian los factores psicosociales como generadores de riesgos intralaborales. Al respecto cabe citar a Hernández y Ehrenzweig (2008), quienes consideran que:

Entre los estresores más importantes en estos prestadores de servicios al adulto mayor, se presenta: 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. (p. 130)

Dando continuidad a la conceptualización de como los factores psicosociales intralaborales que cotidianamente viven aquellas personas encargadas institucionalmente de cuidar a los adultos mayores, pueden configurarse como estresantes, cabe referenciar los planteamientos que al respecto emite Espín (2008), al manifestar que “La afectación que experimenta el cuidador y el sentimiento de que su vida ha cambiado desfavorablemente a partir del cuidado del anciano, es resumida en el concepto de *carga*” (p. 395), aclarando la autora que es precisamente el componente de la percepción de carga en la cual se debe trabajar, “para lo que es imprescindible identificar los factores de riesgo que inciden en su aparición” (p. 395), entendiéndose que las causas de aparición de ésta pueden ser múltiples.

De los anteriores planteamientos se deduce que las personas que dedican sus esfuerzos al interior de instituciones dedicadas al cuidado de personas adultas mayores, no están ajenas a las

complejas dinámicas que enmarcan las organizaciones actuales, lo cual redundará en muchas ocasiones de manera negativa en la gestión del talento humano; ante lo cual resulta importante profundizar en el análisis de los riesgos laborales, como un insumo vital para la construcción de ambientes laborales saludables, fomentándose condiciones de trabajo que permitan el desarrollo físico y mental de sus empleados.

En el marco de las ideas anteriores, resulta importante traer a comentario lo que con respecto a los factores que se están tratando, plantean Moreno y Báez (2010), refiriendo que “Cuando los factores organizacionales y psicosociales de las empresas y organizaciones son disfuncionales, es decir, provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés” (p. 8), desde cuyo enfoque refieren los autores que se configuran como generadores de efectos nocivos para la salud.

En ese mismo sentido cabe citar lo expuesto por Pérez y Nogareda (2012), quienes haciendo referencia a la manera de actuar o reaccionar frente a éstos factores, establece que teniendo en cuenta que cada individuo cuenta con unos recursos particulares, las referidas actitudes deben ser observadas por cada persona, previo entendimiento de las condiciones individuales que le caracterizan, lográndose de esta manera la determinación de “la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias” (p. 1) y teniendo en cuenta el criterio que se viene dilucidando con respecto al componente emocional que ejercen estas condiciones en particular, los referidos autores postulan que éstos “pueden afectar a la motivación y a la satisfacción en el trabajo y generar estrés dependiendo de la percepción que el trabajador tenga de ellos y de sus capacidades para hacerles frente o darles respuesta” (p. 1), entendiendo en esta afirmación, tal

como lo plantea la Resolución 2646 (2008), anteriormente referenciada, que los factores de riesgo psicosocial están mediadas por percepciones y experiencias.

Según se ha citado, se considera importante en la ampliación de la conceptualización que se viene desarrollando, retomar la Resolución 2646 (2008), por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional, se expone que los factores psicosociales “Comprenden los aspectos intralaborales, los extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador” (Art. 5), denotándose tres componentes influyentes: Los propios del entorno laboral, los externos a éste y las características particulares de cada trabajador.

Haciendo referencia a la normatividad anteriormente referenciada, el Ministerio de la Protección Social (2010), en la construcción de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* y centrando la conceptualización al tema específico que se trabajará en la presente investigación, refiere que son “aquellas características del trabajo y de su organización que influyen en la salud y bienestar del individuo” (p. 20), encontrándose en ésta esfera en la Resolución 2646 (2008), como obligación del empleador, el identificar como mínimo:

- a. Gestión organizacional: Se refiere a los aspectos propios de la administración del recurso humano, que incluyen el estilo de mando, las modalidades de pago y de contratación, la participación, el acceso a actividades de inducción y capacitación, los servicios de bienestar social, los mecanismos

de evaluación del desempeño y las estrategias para el manejo de los cambios que afecten a las personas, entre otros.

- b. Características de la organización del trabajo: Contempla las formas de comunicación, la tecnología, la modalidad de organización del trabajo y las demandas cualitativas y cuantitativas de la labor.
- c. Características del grupo social de trabajo: Comprende el clima de relaciones, la cohesión y la calidad de las interacciones, así como el trabajo en equipo.
- d. Condiciones de la tarea: Incluyen las demandas de carga mental (velocidad, complejidad, atención, minuciosidad, variedad y apremio de tiempo); el contenido mismo de la tarea que se define a través del nivel de responsabilidad directo (por bienes, por la seguridad de otros, por información confidencial, por vida y salud de otros, por dirección y por resultados); las demandas emocionales (por atención de clientes); especificación de los sistemas de control y definición de roles.
- e. Carga física: Comprende el esfuerzo fisiológico que demanda la ocupación, generalmente en términos de postura corporal, fuerza, movimiento y traslado de cargas e implica el uso de los componentes del sistema osteomuscular, cardiovascular y metabólico, conforme a la definición correspondiente consignada en el artículo 3° de la presente resolución.
- f. Condiciones del medioambiente de trabajo: Aspectos físicos (temperatura, ruido, iluminación, ventilación, vibración); químicos; biológicos; de diseño del puesto y de saneamiento, como agravantes o coadyuvantes de factores psicosociales.

- g. Interfase persona–tarea: Evaluar la pertinencia del conocimiento y habilidades que tiene la persona en relación con las demandas de la tarea, los niveles de iniciativa y autonomía que le son permitidos y el reconocimiento, así como la identificación de la persona con la tarea y con la organización.
- h. Jornada de trabajo: Contar con información detallada por áreas y cargos de la empresa sobre duración de la jornada laboral; existencia o ausencia de pausas durante la jornada, diferentes al tiempo para las comidas; trabajo nocturno; tipo y frecuencia de rotación de los turnos; número y frecuencia de las horas extras mensuales y duración y frecuencia de los descansos semanales.
- i. Número de trabajadores por tipo de contrato.
- j. Tipo de beneficios recibidos a través de los programas de bienestar de la empresa: Programas de vivienda, educación, recreación, deporte, etc.
- k. Programas de capacitación y formación permanente de los trabajadores. (Art. 6)

#### **5.4. Marco legal e histórico.**

Con relación a los riesgos psicosociales y su relación en el ámbito de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se adjunta la siguiente tabla, en la cual se relaciona el compendio de normas y jurisprudencia atinentes a la seguridad y salud en el trabajo y factores de riesgo psicosocial intralaboral.

Tabla No. 1: Compendio de normas y jurisprudencia atinentes a la seguridad y salud en el trabajo y factores de riesgo psicosocial intralaboral parte I

Norma o ley	Se refiere a:
La ley 9 de 1979	<p>Normas para preservar, conservar y conservar la salud de los individuos en sus actividades laborales.</p> <p>Reglamenta las actividades y competencias de Salud Pública asegurando el bienestar de la población. La salud de los habitantes de una población y la calidad de vida se desarrolla en esta ley determinando las reglas más importantes para el funcionamiento de diversas entidades, producto o situaciones que se manifiestan las diferentes actividades realizadas por los trabajadores buscando la protección adecuada previniendo accidentes laborales y enfermedades relacionadas con el trabajo.</p>
Resolución 2400 de 1979	<p>El Título III, desarrolla el tema en salud ocupacional, dando a conocer los deberes y derechos de los empleadores y trabajadores, así como las precauciones que se deben tener en las industrias a nivel de higiene y seguridad industrial.</p> <p>Disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.</p> <p>Los temas desarrollados sobre vivienda, higiene y seguridad reglamentadas en la presente Resolución, se aplican a todos los establecimientos de trabajo, sin perjuicio de las reglamentaciones especiales que se dicten para cada centro de trabajo en particular, con el fin de preservar y mantener la salud física y mental, prevenir accidentes y enfermedades profesionales, para lograr las mejores condiciones de higiene y bienestar de los trabajadores en sus diferentes actividades.</p>

Fuente: Construcción propia de los autores

Tabla No. 2: Compendio de normas y jurisprudencia atinentes a la seguridad y salud en el trabajo y factores de riesgo psicosocial intralaboral parte II

Norma o ley	Se refiere a:
Decreto 614 de 1984	<p>Bases para la organización y administración del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo en el país. De este Decreto se destacan algunos artículos elementales para el funcionamiento del programa de Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, de ellos se mencionan algunas responsabilidades, los cuales son:</p>
Resolución 2013 de 1986	<p>Las actividades de Salud Ocupacional que realicen todas las entidades tanto públicas como privadas deberán ser contempladas dentro del Plan Nacional del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>Reglamento para la organización, funcionamiento de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial en los lugares de trabajo.</p> <p>Se complementa con el Decreto 1295 de 1994 en cuanto al nombre COPASST y funciones.</p> <p>Hay cambios sobre su inscripción con la Ley 1429 de 2010, párrafo 2 Artículo 65. Todas las empresas e instituciones, públicas o privadas, que tengan a su servicio diez o más trabajadores, están obligadas a conformar un Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial, cuya organización y funcionamiento estará de acuerdo con las normas del decreto que se reglamentan y con la presente resolución.</p>
Resolución 1016 de 1989	<p>Reglamento de la organización, funcionamiento y forma de los programas de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>Todos los empleadores públicos, oficiales, privados, contratista y subcontratista, están obligados a organizar y garantizar programas de Salud Ocupacional, que aborden: la planeación, la organización, la ejecución y evaluación de actividades de subprogramas: Medicina del Trabajo, Higiene Industrial y Seguridad Industrial. Para preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones en sus sitios de trabajo.</p>
Resolución 6398 de 1991 Art: 1-2-3	<p>Por lo cual se establecen procedimientos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</p> <p>Es obligación las entidades de previsión y seguridad social, tales como Instituto de Seguros Sociales y Cajas de Previsión Social en el orden nacional, departamental, municipal y especial, garantizar el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales que correspondan a sus afiliados y que se ocasionen como consecuencia de accidentes y enfermedades laborales y generales.</p>

Fuente: Construcción propia de los autores



Tabla No. 3: Compendio de normas y jurisprudencia atinentes a la seguridad y salud en el trabajo y factores de riesgo psicosocial intralaboral parte III

Norma o ley	Se refiere a:
Ley 1010 de 2006	<p>Por la cual se disponen medidas preventivas y correctivas para el Acoso Laboral.</p> <p>La ley de acoso laboral, como comúnmente se le conoce fue expedida por el Congreso de la Republica con el objeto de todas las formas de agresión contra los trabajadores, creando un marco conceptual y procedimental en la materia. Bien sabido es que el trabajo es un valor fundante del Estado social de derecho y este lo debe proteger en todas sus formas contra todo tipo de situación que menoscabe la integridad y la dignidad humana de las personas dentro de las relaciones laborales ya sean públicas o privadas.</p>
Resolución 2646 de 2008	<p>Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés laboral.</p> <p>El objeto de la presente resolución es establecer disposiciones y definir las responsabilidades de los diferentes actores sociales en cuanto a la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, así como el estudio y determinación de origen de patologías presuntamente causadas por estrés laboral.</p>
Ley 1562 de 2012.	<p>Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.</p> <p>Se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definida como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.</p>
Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015.	<p>Libro II, parte II, Título IV, Capítulo VI, del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>El presente capítulo tiene por objeto definir las directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que deben ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, las empresas de servicios temporales y tener cobertura sobre los trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión.</p>

Fuente: Construcción propia de los autores

En consideración con el adulto mayor, se encontró:

En la Sentencia C-503/14. En efecto, con la Ley 29 de 1975 el Congreso de la República otorgó facultades extraordinarias al Gobierno Nacional para establecer la protección a la ancianidad y creó el Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida, que se formaba por diversos tipos de apropiaciones, pero que no podía financiarse “en ningún caso mediante la creación de nuevos gravámenes directos o indirectos”. Igualmente, se condicionaba la prestación de los servicios garantizados por esta ley a la admisión de la persona dentro del ancianato.

Con el Decreto Ley 2011 de 1976, se desarrollan las facultades extraordinarias conferidas al Gobierno Nacional. A través del mismo, se creó un Consejo Nacional de Protección al Anciano y establecieron otras regulaciones pertinentes a la atención de los adultos mayores. Igualmente, se ordenó denominar a los hogares y ancianatos como Centros de Bienestar del Anciano (CBA).

Posteriormente, se promulgó la Ley 48 de 1986, por la cual se autorizó a las asambleas departamentales, concejos intendenciales, comisariales y del Distrito Capital, para la emisión de una estampilla pro-construcción, dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del anciano. Es clave destacar el artículo 7 de la Ley 48, norma que garantiza ciertos derechos y servicios para los ancianos que no pasaran la noche en estos lugares. Dicho artículo establece:

Artículo 7°. En los centros de bienestar del anciano se dispondrá de servicios mínimos de terapia ocupacional y recreativa que permitan la atención de aquellos ancianos indigentes que no pernocten necesariamente en los centros, pero que reciban atención médica y alimenticia, puedan ejercitar allí sus facultades creativas en los campos de la pintura, artesanía, jardinería, confecciones, etc., todo de

acuerdo con la reglamentación que sobre el particular establezca el Consejo Nacional de Protección al Anciano. Estos últimos serían centros abiertos de bienestar del anciano.

Más tarde, con la expedición del Decreto 77 de 1987 (Estatuto de Descentralización), los Centros de Bienestar del Anciano quedan a cargo de los municipios y distritos.

Luego, a través de la Ley 687 de 2001 se reformó la antigua Ley 48. En la Ley 687 se comienza a hablar de los Centros de Vida y se autoriza a las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales para señalar el empleo, la tarifa discriminatoria y demás asuntos inherentes al uso de la estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, centros de la vida para la tercera edad en todas las operaciones que se realicen en sus entidades territoriales. Igualmente, para aquellos centros en los que los ancianos indigentes no pernocten, se impone la obligación de garantizar “el soporte nutricional, actividades educativas, recreativas, culturales y ocupacionales”.

Es importante referir la Ley 1251 de 2008, cuyo objeto es “proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez”.

Esta norma define algunos conceptos importantes en materia de protección y garantía de derechos de personas de la tercera edad (art. 3), plantea una serie de principios rectores para su aplicación (art.4), y enuncia los derechos de los ancianos y los deberes de la sociedad para con

ellos (art. 5 y 6). En su Título II define los lineamientos principales para trazar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. En su Título III, los requisitos para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral al adulto mayor. Para terminar, el Título IV se refiere al Consejo Nacional del Adulto Mayor.

En concreto, para el análisis de la cuestión cuya constitucionalidad se debate, es pertinente citar las definiciones de Centros de Protección Social para el Adulto Mayor, Centros de Día para adulto mayor e Instituciones de atención, consignadas en el artículo 3 de la Ley 1251 de 2008, cuyo concepto ha expresado el legislador así:

(...) Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores.

**Centros de día para adulto mayor.** Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas.

**Instituciones de atención.** Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructuras físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.

La Ley 1276 de 2009 bajo estudio, modificó la Ley 687 de 2001. Esta ley pone el acento en la protección de los derechos de los adultos mayores a través de los Centros Vida “como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida”.

Esta norma establece por primera vez, con claridad la definición de Centro Vida, entendiendo por tal “al conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar” (p. 37). Son beneficiarios de estos centros, por disposición del legislador los adultos mayores de niveles I y II de SISBÉN “o quienes según evaluación socioeconómica, realizada por el profesional experto, requieran de este servicio para mitigar condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social”.

Igualmente, el artículo 11 de la Ley 1276 obliga a los Centros Vida a brindar una canasta mínima de servicios, conformada por alimentación, orientación psicosocial, atención primaria en salud, aseguramiento en salud, capacitación en actividades productivas, deporte, cultura, recreación, entre otros.

Finalmente, en lo relativo a la financiación, el artículo 3 de la Ley 1276 determina los porcentajes del producto del recaudo de la estampilla que se destinarán a los Centros Vida y a los Centros de Bienestar del Anciano. El sostenimiento económico de estas instituciones quedó distribuido por el legislador así:

“Artículo 3. Autorízase a las Asambleas departamentales y a los concejos distritales y municipales para emitir una estampilla, la cual se llamará Estampilla para el bienestar del Adulto Mayor, como recurso de obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano y Centros de Vida para la Tercera Edad, en cada una de sus respectivas entidades territoriales.

El producto de dichos recursos se destinará, como mínimo, en un 70% para la financiación de los Centros Vida, de acuerdo con las definiciones de la presente ley; y el 30% restante, a la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan gestionarse a través del sector privado y la cooperación internacional.

Por último, la Ley 1315 de 2009 pretende establecer “las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención”. Esta ley conserva las definiciones dadas por la ley 1251 de 2008, pero impone algunos requisitos formales para el funcionamiento de los centros de día y de protección social.

Algunos de los requerimientos impuestos a estas instituciones se refieren a permiso de funcionamiento, instalaciones, personal idóneo (incluyendo el personal médico), entre otros. Dispone además la norma la vigilancia y el control que se ejerce sobre estas entidades. Igualmente, les impide recibir recursos del Estado si no cumplen con todas las previsiones dispuestas por la Ley 1315.

Finalmente, cabe señalar que el Gobierno Nacional adoptó por disposición de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, la política nacional de envejecimiento y vejez en diciembre

de 2007. De acuerdo con el Ministerio de Protección Social, esta política recoge la participación de múltiples grupos de interés como: la academia, las asociaciones de personas mayores, las instituciones prestadoras de servicios sociales y de salud para las personas mayores, ministerios, institutos descentralizados y entidades territoriales. Toma en cuenta, además, lo propuesto en distintos escenarios internacionales en materia de envejecimiento, como las recomendaciones de las diferentes Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), así como algunos instrumentos internacionales que reconocen derechos a los adultos mayores.

Esta “Política Nacional de Envejecimiento y Vejez” se encuentra dirigida a toda la población colombiana, especialmente a los mayores de 60 años, enfatizando a su vez en aquella que se encuentra en condiciones de extrema pobreza, dependencia y vulnerabilidad social, económica, de género y étnica. “Tiene como reto el envejecimiento demográfico, el envejecimiento femenino, la enfermedad, la discapacidad, la dependencia, la calidad de vida de las personas mayores, la exclusión social, el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y la vejez, la erradicación del hambre y de la pobreza extrema en la población mayor en condiciones de vulnerabilidad”.

Esta política pública se encuentra además planteada con un enfoque diferencial que prioriza en la atención de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales permanentes, mujeres en condición de pobreza extrema, personas indígenas, afrocolombianas o en situación de desplazamiento forzado. De igual manera, se han planteado una serie de líneas estratégicas así como unas metas nacionales. Así las cosas, se señalan los siguientes ejes: (i) protección de los

Derechos Humanos de las personas mayores, **(ii)** protección social integral, **(iii)** envejecimiento activo y **(iv)** formación del Talento Humano e Investigación.

Del anterior recuento normativo, se observa que tanto la legislación como la política gubernamental, se orienta a la superación de la visión asistencialista del cuidado de la ancianidad, para pasar a entender y desarrollar las obligaciones del Estado frente a las personas de la tercera edad, con el fin de promover una verdadera integración a la vida activa y comunitaria, tal y como lo consagra el artículo 46 Superior.

### **5.5. Marco bioético.**

En la actualidad se encuentra una problemática común en torno a los centros de protección social del adulto mayor, basada en aspectos de sobrecarga laboral, aspectos de tipo económico, estrés, burnout y algunos factores de riesgo psicosocial; que aunados pueden llegar a generar algún tipo de cansancio en el cuidador institucional de adultos mayores, tal como lo anotan Hernández y Ehrenzweig (2014): “La sobrecarga del cuidador está ligada estrechamente a la presencia de burnout en un mismo trabajador, y son idénticas variables las que influyen en este síndrome y en el nivel de sobrecarga percibida” (p. 35).

Generalmente, se evidencia en estos casos una empresa de tipo mecanicista, que de acuerdo a las culturas empresariales, descritas por Conen (2012), son organizaciones en las que prevalece la generación de resultados y los procesos operativos, sin tener en cuenta el bienestar psicosocial del personal asistencial. Esto se ve reflejado en varios aspectos descritos por Hernández y Ehrenzweig (2014): “Trabajar más de ocho horas diarias, no descansar ningún día a la semana o



solamente uno, tener menos de quince años de antigüedad en el puesto, (...) no tener pareja pero sí hijos” (p. 137).

Los horarios laborales en los centros de protección social, pueden llegar a superar en algunas ocasiones las 48 horas semanales estipuladas en el artículo 161 del código sustantivo del trabajo, esto último, debido a la falta de auxiliares de enfermería para cubrir el número de pacientes, y permitir una distribución equitativa de la carga laboral (además puede ser un evento que genera incomodidad y mal ambiente laboral, al tener que repartir las horas de trabajo entre todo el personal). Dicho aspecto conlleva a que las actividades profesionales, desplacen la calidad del tiempo para compartir en otros círculos sociales, como en la familia.

Es importante abrir un paréntesis aquí y nombrar que esta problemática en la mayoría de los casos posee una causa raíz, y es la falta de recursos económicos de las instituciones, lo cual limita las posibilidades de contratar mayor personal y exista un retraso en los pagos; cuya circunstancia se configura en una problemática constante; lo cual trasciende en la moral y el estrés del trabajador, el cual permanece allí tras la ausencia de ofertas laborales en otros ambientes.

En este punto se encuentran unas organizaciones “nivel D” en materia de culturas familiarmente responsables, como lo define Conen (2012), evidenciando una pobre integración familia – trabajo, y donde los empleados están siendo tratados como “individuos”, es decir, como seres estables, inmutables y sin relaciones, bajo un esquema de “premios y castigos”.

Se deben asumir compromisos desde la administración, para trascender hacia una empresa que busque el bienestar psicológico del trabajador, tal como lo expone Kant (Citado por Rosas, 2003) al plantear que toda persona tiene un proyecto de vida que también afecta a sus personas cercanas, y por ende este debe ser protegido; en el entendido desde el ámbito empresarial, que laborar en malas condiciones, repercute directamente sobre los vínculos familiares, las enfermedades laborales, y un bajo sentido de pertenencia por la institución. Estos compromisos deben tener presente otros aspectos que se relacionan con la salud mental, la vulneración de los derechos y los servicios de salud que se ven afectados por los aspectos ya mencionados.

El cansancio del cuidador del que se ha hablado con anticipación, puede llegar a repercutir sobre la calidad del trato brindado a los pacientes, llegando a producirse en ocasiones algún tipo de maltrato en el adulto mayor, tal como lo cita Vasco (2014) al señalar que:

El desequilibrio en las distintas áreas del personal que cuida a los adultos mayores disminuye la tolerancia y capacidad de resolución de conflictos de manera adecuada, por lo que se produce el maltrato como liberación de ira y frustración del personal. (p. 109)

Por lo anterior es necesario ahondar en este apartado y repensar si en el país se tienen profesionales idóneos en la materia y si el entorno laboral de los mismos, favorece o no el desarrollo ético y profesional del cuidador formal de adultos mayores.

La Hogg Foundation for Mental Health (2013) señala al respecto que: "Las dolencias mentales y clínicas están estrechamente interconectadas. Por lo tanto, para mejorar la atención que reciben las

personas con trastornos mentales es preciso concentrarse detalladamente en el interfaz de la salud mental y la atención médica general” (p. 2).

Por otro lado, según Soto y Pineda (2005): "El principio bioético de no-maleficencia supone que no se puede hacer mal (daño) a otro, aunque lo pida, y obliga a tratar a las personas con igual consideración y respeto” (p. 3), por ello la discriminación en razón de la edad podría considerarse como una violación a los derechos humanos, los estereotipos negativos y la denigración por la falta de preocupación social por estas personas, el riesgo de marginación y la privación de la igualdad de acceso a oportunidades, recursos y derechos.

Son los adultos mayores en este caso los que padecen enfermedades mentales y físicas, en un sector muy vulnerable por su mayor grado de dependencia, soledad, escaso conocimiento de los recursos sociales disponibles y escasez de información; estando estos pacientes a la merced del trato y los cuidados que el sistema de salud les pueda ofrecer, considerando los bajos presupuestos, los escasos profesionales especializados y los limitados insumos para la atención, que exponen al paciente al trato y la capacidad profesional de quien los atiende y de las condiciones precarias de atención.

Finalmente, es necesario resaltar la importancia de dirigir la atención hacia la formación de los diversos profesionales en el campo de la salud; a partir de los conceptos de la salud física y mental, de los derechos humanos y de la ética profesional; convirtiéndose estos en las mayores competencias de un profesional de la salud, que no puede dejar de lado que su trabajo es generar bienestar y brindar calidad de vida a otras personas; en cuya confluencia cabe destacar lo planteado por el Ministerio de la Protección Social (2005) al exponer el principio de

“Participación de los pacientes, las familias y las comunidades”, tratado en: los lineamientos de política de salud mental para Colombia, que plantea:

**Participación de los pacientes, las familias y las comunidades:** en el contexto de la política se promoverá que las personas con problemas mentales, sus familias y las comunidades sean involucradas en el manejo de dicho problema; reconociendo también, el papel crucial del cuidador en el manejo de la persona con trastorno mental y las necesidades de los cuidadores para que cumplan de manera adecuada su papel. (p.17).

## 6. Metodología

### 6.1. Tipo de investigación y diseño.

Para investigar los factores psicosociales intralaborales de cuidadores institucionales de adultos mayores, se realizará una investigación de tipo descriptiva, para cuyo entendimiento cabe referenciar a Hernández, Fernández y Baptista, (2010), quienes plantean que este tipo de investigaciones:

Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989). Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (valga la redundancia) describir lo que se investiga. (p. 102)

En lo que respecta al diseño, se encasilla en el tipo no experimental-transversal, el cual desde los planteamientos aportados por los autores anteriormente referenciados, se refiere a aquella investigación desarrollada “sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (p. 149), denotándose desde esta definición que el procedimiento a realizar es la exclusiva observación, efectuando posteriormente un análisis, medición y descripción de lo indagado. Hernández, Fernández y Baptista, (2010) plantean además que:

La investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural. (p. 150)

En lo referente al tipo transversal, hace referencia a que la medida se realiza una sola vez; en palabras de Hernández, Fernández y Baptista, (2010) “Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p. 151).

## **6.2. Población**

En este estudio participaron diez (10) personas que corresponden al 100% de los cuidadores del centro de protección social del adulto mayor donde se realizó la aplicación de instrumentos, donde la mayoría son mujeres (8), con un promedio de edad de 30 años, la mayoría con antigüedad entre 1 y 5 años, la mayoría residen en sectores estrato 3 (5 personas) y en su mayoría son técnicos o tecnólogos (7 personas).

## **6.3. Instrumento.**

Para la medición de los riesgos psicosociales en el ambiente de trabajo, se utilizará el Cuestionario CoPsoQ PSQCAT (versión 2): Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión corta), el cual fue validado en Colombia, tal como lo plantea la Red Universitaria Iberoamericana de Investigación y Promoción de la Seguridad y Salud Laboral (2012), se inició con un

acercamiento entre la Universidad Nacional de Colombia y la Escuela Nacional Sindical con el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS)” (pr. 1), de cuya coordinación surgió:

La propuesta de efectuar el proceso de adaptación para Colombia de este cuestionario de evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo, lo cual se concretó bajo la orientación de Salvador Moncada y Rafael Torrente por parte de ISTAS y la coordinación de Jairo Ernesto Luna y Mireya Gutiérrez de la Universidad Nacional de Colombia. (pr. 3)

Para la descripción específica del instrumento en cuestión cabe recurrir a lo expuesto por Red Universitaria Iberoamericana de Investigación y Promoción de la Seguridad y Salud Laboral (2012), en su anexo *Manual del método CoPsoQ PSQCAT (versión 2) - Versión corta para empresas de menos de 25 trabajadores/as*: “La versión corta, con el objetivo de simplificar el cuestionario y la gestión del riesgo psicosocial en las pequeñas empresas, evalúa las 15 dimensiones que los estudios poblacionales que sustentan el método, muestran que son las más prevalentes”. (p. 8)

Las 15 dimensiones de riesgos psicosociales que identifica y valora la versión corta del método CoPsoQ PSQCAT son:

- Exigencias psicológicas cuantitativas: Preguntas 1 y 2.
- Ritmo de trabajo: Preguntas 6 y 10.
- Exigencias psicológicas emocionales: Preguntas 5 y 9.
- Doble presencia: Preguntas 3 y 4.
- Influencia: Preguntas 7 y 8.

- Posibilidades de desarrollo: Preguntas 11 y 12.
- Sentido del trabajo: Preguntas 13 y 14.
- Calidad de liderazgo: Preguntas 29 y 30.
- Previsibilidad: Preguntas 19 y 20.
- Claridad de rol: Preguntas 15 y 16.
- Conflicto de rol: Preguntas 17 y 18.
- Inseguridad sobre el empleo: Preguntas 29 y 30.
- Justicia: Preguntas 27 y 28.
- Inseguridad sobre las condiciones del trabajo: Preguntas 23 y 24.
- Confianza vertical: Preguntas 25 y 26.

#### **6.4. Unidad de análisis.**

Resulta conveniente en este apartado, traer a comento lo que al respecto plantean Hernández, Fernández y Baptista (2006), quienes se refieren a estas como casos o elementos, iterando que “Aquí el interés se centra en "que o quiénes", es decir, en los sujetos, objetos, sucesos o comunidades de estudio (las unidades de análisis), lo cual depende del planteamiento de la investigación” (p. 236); se relacionan a continuación las fuentes primarias y secundarias a abordar:

##### **6.4.1. Fuentes primarias.**

Las fuentes primarias se refieren a cada uno de los cuidadores, a quienes mediante la aplicación del Cuestionario CoPsoQ PSQCAT (versión 2): Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión



corta), se obtuvo la información sobre riesgos psicosociales intralaborales necesarios para el presente estudio.

#### **6.4.2. Fuentes secundarias.**

Se abordaran los siguientes documentos, buscando la ampliación de información con respecto a los riesgos psicosociales intralaborales en cuidadores institucionales de adultos mayores:

Análisis del concepto de envejecimiento: Alvarado y Salazar (2014).

Bienestar Psicológico De Los Cuidadores De Adultos Mayores En La Asociación Casa Del Otoño Municipio De Yopal Casanare: Barrera (2014).

Relación entre factores de riesgo psicosocial y burnout y su prevalencia en auxiliares de residencias de mayores: Blanco (2012).

Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos: Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo (2010).

Prevención de riesgos laborales: Principios y marco normativo: Collado (2008).

Ecología humana: Conen (2012).

Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México: Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez (2011).

Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales: Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera (2006).

Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia: Espín (2008).

Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una Empresa Chilena del Área de la Minería: Gómez, Hernández y Doris (2013).

Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social: González (2014).

Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado: Hernández y Ehrenzweig (2008).

Factores de riesgo del cansancio del cuidador: Herrero (2012).

Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental: Hogg Foundation for Mental Health (2013).

Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina: Huenchuan (2004).

Ley 31 de Prevención de Riesgos Laborales: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (1995).

Ley 1276, A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida: Colombia

Ley 1315, Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención: Colombia.

Etapas Del Desarrollo Humano: Mansilla (2000).

Envejecimiento: Marín (2003).

Evaluación de factores ergonómicos y estrés laboral en trabajadoras de una residencia geriátrica: Mayor (2016).

Lineamientos de política de salud mental para Colombia: Ministerio de la Protección Social (2005).

Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial: Ministerio de la Protección Social (2010).

Aseguramiento En Riesgos Laborales: Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas: Moreno y Báez (2010).

Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes: Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Lobo y García (2007).

Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo: Factores psicosociales y de organización: OIT (2012).

Factores de Riesgo Asociados al Estrés Del Cuidador del Paciente Adulto Mayor: Parodi, Montoya, Rojas y Morante (2011).

Cuidados para el cuidador: Pavón (2014).

Factores psicosociales: metodología de evaluación: Pérez y Nogareda (2012).

Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF. Hidalgo, México: Quintanar, A., (2010).

Aportes para una conceptualización de la vejez: Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009).

Resolución 2646, Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional: Ministerio de la Protección Social (2008).

Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? México. Universidad Nacional Autónoma de México: Rivas y Ostiguín (2010).

Vejez y envejecimiento: Rodríguez (2011).

La percepción que tiene los adultos mayores del cuidado que reciben en dos centros de promoción y protección social de la persona mayor de Manizales: Rojas (2014).

Bioética y gerencia de la salud ocupacional. Bogotá, Colombia: Rosas (2003).

Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014: Salazar, Murcia y Solano (2016).

Aspectos éticos del cuidado de los ancianos: Soto y Pineda (2005).

Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009: Steele (2010).

Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria): Torres (2008).

Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá: Vanegas, Vargas, Abella, Alayón, Bonza, Chaparro, Espinosa, Forero y Gutiérrez (2009).

El estrés laboral de los cuidadores y el maltrato que sufren los adultos mayores del centro geriátrico “hogar del anciano” del hospital provincial Ambato en la provincia de Tungurahua: Vasco (2014).

Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín: Vélez, Berbesí, Cardona, Segura y Ordóñez (2011).

Sobrecarga e impacto en el sueño de las cuidadoras de ancianos con pluripatología: Villarejo (2016).

## **6.5. Procedimiento.**

A. *Definición del instrumento:* Se estableció que el instrumento más pertinente para esta investigación es el Cuestionario CoPsoQ PSQCAT (versión 2) Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión corta), el cual fue validado en Colombia ante acercamiento entre la Universidad Nacional de Colombia y la Escuela Nacional Sindical con el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS).

Anexo 1: Cuestionario CoPsoQ PSQCAT (versión 2) Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión corta)

Con el objetivo de tener acceso a los datos sociodemográficos de la población estudiada, se estructuró una planilla a manera de asistencia, en la cual sin establecer datos personales (Nombre y documento de identidad), se logró obtener información como estado civil, edad, género, escolaridad, antigüedad en la empresa y estrato socioeconómico; llevando en ésta control numérico de acuerdo a cuestionario diligenciado por cada trabajador.

Anexo 2: Planilla de datos sociodemográficos.

B. *Obtención del aval institucional:* Mediante requerimiento escrito se solicitó a la dirección del Centro de protección social para el adulto mayor, la autorización para realizar el estudio objeto de la presente investigación; explicándoseles además el instrumento a aplicar, la intención

buscada con la indagación a realizar y la utilidad que los datos pueden representar para estructuración de estrategias que optimizarían el entorno laboral estudiado; una vez avalado, se realizaron las programaciones pertinentes para la aplicación de los cuestionarios.

**NOTA:** Las directivas del hogar geriátrico están de acuerdo con la medición de los factores psicosociales intralaborales en la institución, pero solicitan total confidencialidad con respecto a su razón social.

En cumplimiento de la resolución 8430 (1993) emitida por el Ministerio de Salud, adoptada por COLCIENCIAS, la presente investigación en su abordaje a la población objeto dio cumplimiento a las siguientes premisas:

Prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar; se ajustó a los principios científicos y éticos justificables; prevaleció la seguridad de los beneficiarios y expresándoseles claramente los riesgos (mínimos); se contó con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación; se realizó por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano; se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización: del representante legal institución donde se realizó la investigación; se protegió la privacidad de los individuos, sujeto de investigación.

*C. Recolección de la información:* Una vez se les informa a cada una de las personas participantes en la presente investigación, las intencionalidades y la naturaleza de anonimato (nadie puede ser identificado a través del cuestionario), la confidencialidad (responder es un acto

secreto) y la voluntariedad (cada persona decide si lo contesta o no), obteniéndose la firma del consentimiento informado, procediendo a la aplicación de los cuestionarios, en los horarios que éstos se encontraban en labores.

Anexo 3: Consentimiento informado.

D. *Análisis de la información y presentación de resultados*: Una vez recopilados los datos, se realizó el análisis estadístico de cada una de las variables contenidas en el instrumento. Con los datos obtenidos se estructuró una propuesta de mejora que se entregará a la institución.

E. *Socialización de la información*: Con miras a beneficiar la población estudiada, que incluye la misma institución donde se permitió la medición de los factores psicosociales, se socializaron los resultados obtenidos y la propuesta de mejora que se estructuró con base en los factores de riesgo identificados.

## **7. Presentación y análisis de resultados**

A continuación se presentan los resultados evidenciados en la investigación, dando respuesta a cada uno de los objetivos específicos que se plantearon, mediante los cuales se apunta al cumplimiento del objetivo general.

### **7.1. Caracterización sociodemográfica de los cuidadores estudiados.**

En ese orden y dirección, el primer objetivo establecido fue realizar una descripción sociodemográfica de la población de cuidadores del centro de protección social del adulto mayor estudiado, para cuyo fin se estructuró una planilla en la cual se recolectaron los siguientes datos:

- Género.
- Estado civil.
- Edad.
- Escolaridad.
- Antigüedad en la empresa.
- Estrato socioeconómico.

Determinándose con ésta información, los datos requeridos para la realización de la descripción sociodemográfica de la población de cuidadores de la institución abordada, encontrándose lo siguiente:



Tabla 4. Descripción sociodemográfica de cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017.

VARIABLE	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado civil	Soltero	3	30%
	Casado	4	40%
	Unión libre	1	10%
	Divorciado	2	20%
Género	Femenino	8	80%
	Masculino	2	20%
Edad	20 a 29 años	5	50%
	30 a 39 años	3	30%
	40 a 49 años	2	20%
Escolaridad	Técnicos o tecnólogos	7	70%
	Profesionales	2	20%
	Posgrado	1	10%
Antigüedad en la empresa	Menos de 1 año	4	40%
	1 a 5 años	5	50%
	Más de 6 años	1	10%
Estrato socioeconómico	2	4	40%
	3	5	50%
	4	1	10%

Fuente: Construcción propia de los autores

Para tener mayor claridad de cada uno de los ítems que componen la descripción que se viene desarrollando, a continuación se observan las gráficas correspondientes a cada característica de la población abordada.

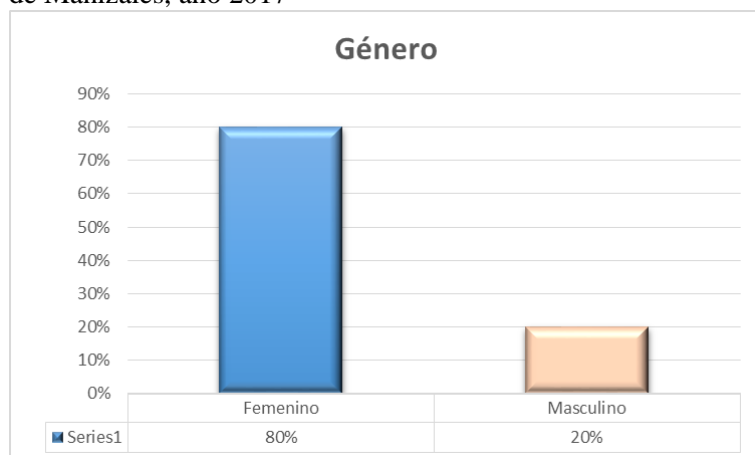
Gráfica 1. Estado civil de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017



Fuente: Construcción propia de los autores

Observándose que de la población abordada, 3 personas (30%) son solteras, 4 personas (40%) son casadas, 1 persona (10%) convive en unión libre y 2 personas (20%) son divorciadas.

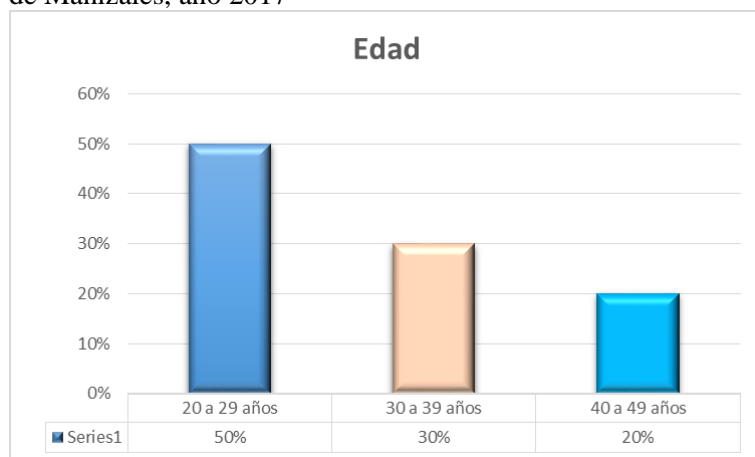
Gráfica 2. Género de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017



Fuente: Construcción propia de los autores

Observándose que de la población abordada, 8 personas (80%) son mujeres y 2 personas (20%) son hombres.

Gráfica 3. Edad de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017



Fuente: Construcción propia de los autores

Observándose que de la población abordada, 5 personas (50%) tienen edades entre 20 y 29 años, 3 personas (30%) entre 30 y 39 años y 2 personas (20%) entre 40 y 49 años.

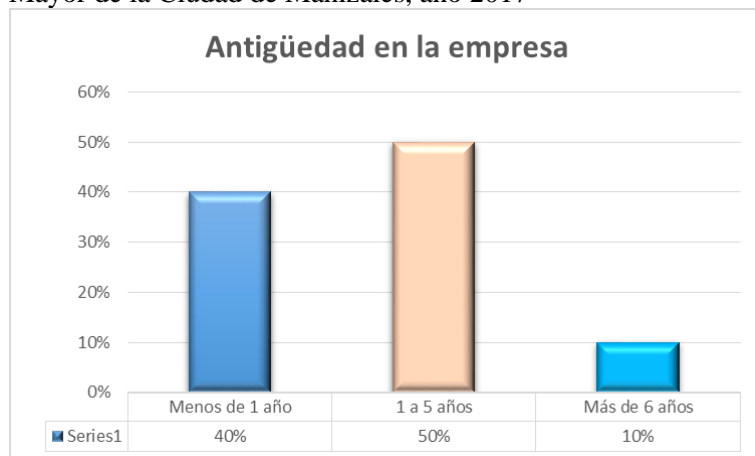
Gráfica 4. Escolaridad de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017



Fuente: Construcción propia de los autores

Observándose que de la población abordada, 7 personas (70%) son técnicos o tecnólogos, 2 personas (20%) son profesionales y 1 persona (10%) con posgrado.

Gráfica 5. Antigüedad en la empresa de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017



Fuente: Construcción propia de los autores

Observándose que de la población abordada, 4 personas (40%) llevan menos de 1 año en la empresa, 5 personas (50%) entre 1 y 5 años y 1 persona (10%) más de 6 años.

Gráfica 6. Estrato socioeconómico de los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017



Fuente: Construcción propia de los autores

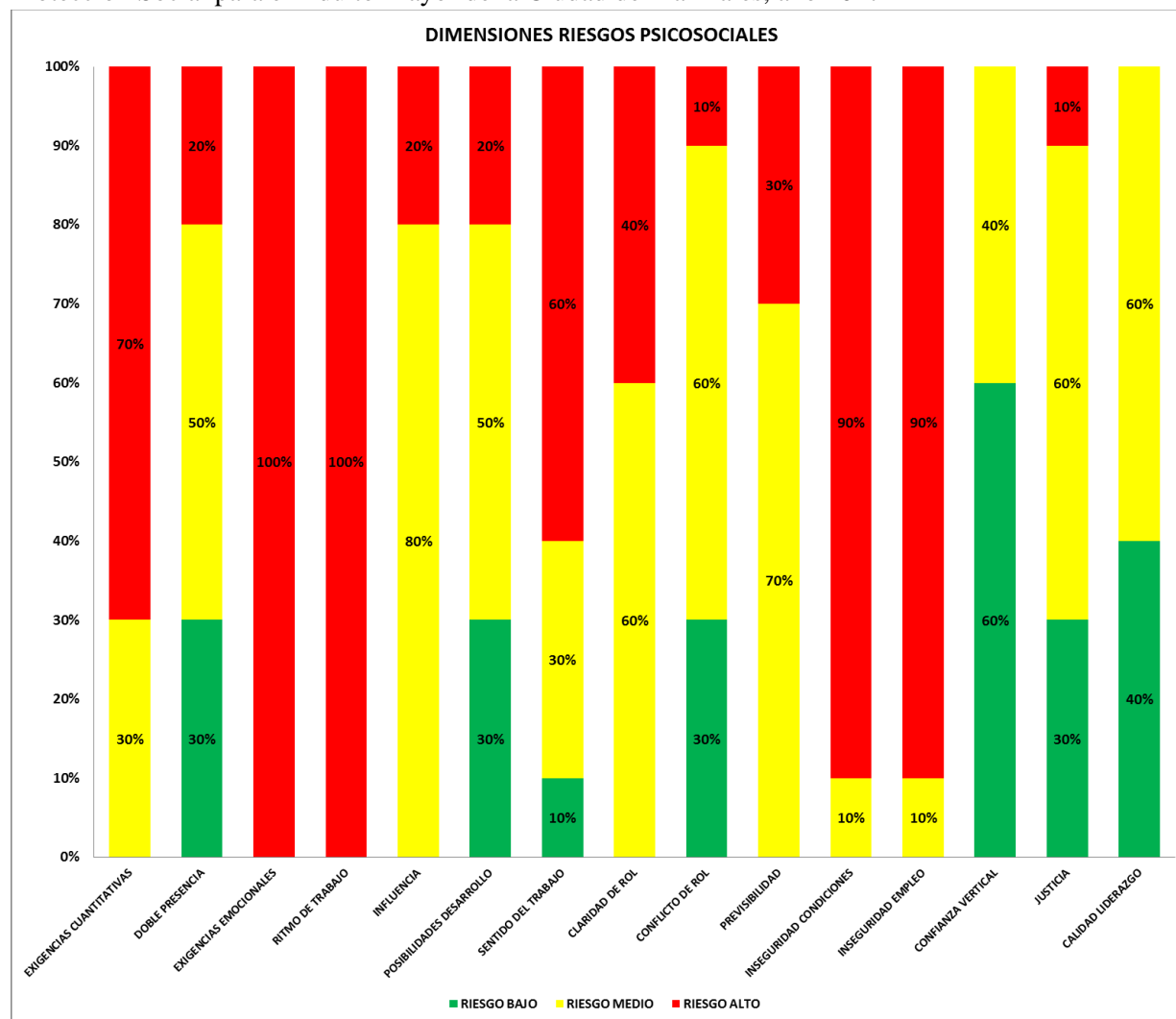
Observándose que de la población abordada, 4 personas (40%) viven en sector de estrato 2, 5 personas (50%) en estrato 3 y 1 persona (10%) estrato 4.

## 7.2. Factores psicosociales intralaborales identificados en los cuidadores.

En lo que corresponde al segundo objetivo planteado, que fue detallar los factores psicosociales intralaborales identificados mediante el Cuestionario CoPsoQ PSQCAT versión corta, en los empleados de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, se encontraron los siguientes datos:

A continuación en la gráfica No. 7, se presenta la información referida a las dimensiones psicosociales en el trabajo, con su correspondiente semaforización concerniente a las puntuaciones de referencia para la salud; De acuerdo a las 15 dimensiones evaluadas por el cuestionario CoPsoQ PSQCAT, que de acuerdo a los estudios poblacionales que sustentan el método, muestran que son las más prevalentes.

Gráfica No. 7: Dimensiones riesgos psicosociales identificados en los cuidadores de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la Ciudad de Manizales, año 2017



Fuente: Construcción propia de los autores

Al analizar las condiciones psicosociales intralaborales para este grupo de personas, se puede evidenciar según la información presentada en la gráfica anterior, que las dimensiones percibidas como situaciones más desfavorables (semáforo rojo), fueron exigencias emocionales y ritmo de trabajo, donde el 100% de las personas determinaron con sus respuestas, que estas dimensiones se configuran como factores de riesgo; mientras que se encuentran como factores protectores la confianza vertical, donde se evidencian al 40% de las personas en riesgo medio y el 60% en

riesgo bajo, y calidad de liderazgo donde se encuentran el 60% de las personas en riesgo medio y el 40% en riesgo bajo.

Para profundizar en la información expresada en el gráfico y párrafo anterior, se efectuó el análisis de cada uno de las dimensiones que conforman las condiciones psicosociales intralaborales.

En la dimensión Exigencias psicológicas cuantitativas, que se refiere a las exigencias psicológicas derivadas de la cantidad de trabajo; siendo altas cuando se tiene más trabajo del que puede realizar en el tiempo asignado, se observa que el 70% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto, también se evidencia que el 30% lo perciben con un nivel de riesgo medio; pudiéndose establecer que la cantidad de personal (cuidadores), con respecto a los adultos mayores a atender, no es suficiente y que las altas exigencias cuantitativas pueden suponer unas jornadas laborales agotadoras.

En la dimensión Ritmo de trabajo, que se refiere a la exigencia psicológica referida específicamente a la intensidad del trabajo, que se relaciona con la cantidad y el tiempo, se observa que el 100% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto; pudiéndose establecer la estrecha relación con las exigencias cuantitativas, reiterándose que la cantidad de personal (cuidadores), con respecto a los adultos mayores a atender, no es suficiente y que las altas exigencias cuantitativas pueden suponer unas jornadas laborales agotadoras.

En la dimensión Exigencias psicológicas emocionales, que se refiere a las exigencias para no involucrarse o gestionar la transferencia de sentimientos en la situación emocional derivada de las relaciones interpersonales que implica el trabajo, especialmente en aquellas ocupaciones en las que se prestan servicios a las personas y que pueden comportar la transferencia de sentimientos y emociones con éstas, se observa que el 100% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto; pudiéndose establecer que las jornadas excesivas que cumplen los cuidares (as), implican una exposición mayor y producen una mayor fatiga emocional.

En la dimensión Doble presencia, que se refiere a las exigencias sincrónicas, simultáneas, del ámbito laboral y del ámbito doméstico - familiar, se observa que el 20% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto, el 50% como riesgo medio y el 30% como riesgo bajo; pudiéndose establecer que los trabajadores perciben en un término medio, que las exigencias laborales interfieren con las familiares.

En la dimensión Influencia, que se refiere al margen de autonomía en el día a día del trabajo en general, particularmente en relación a las tareas a realizar y su cantidad (el qué), en el orden de realización de las mismas y en los métodos a emplear (el cómo), se observa que el 20% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto y el 80% como riesgo medio; pudiéndose establecer que los trabajadores perciben en un término medio su participación en las decisiones sobre aspectos fundamentales de su trabajo cotidiano, es decir, con los métodos de trabajo empleados y si éstos son participativos o no y permiten o limitan la autonomía.

En la dimensión Posibilidades de desarrollo, que se refiere a las oportunidades que ofrece la realización del trabajo para poner en práctica los conocimientos, habilidades y experiencia de los trabajadores y adquirir nuevos, se observa que el 20% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto, el 50% como riesgo medio y el 30% como riesgo bajo; pudiéndose establecer que los niveles de complejidad y de variedad de las tareas, siendo el trabajo estandarizado y repetitivo, el paradigma de la exposición no resulta nocivo.

En la dimensión Sentido del trabajo, que se refiere a la relación establecida entre el trabajo y otros valores (utilidad, importancia social, aprendizaje, etc.), lo que ayuda a afrontar de una forma más positiva a sus exigencias, se observa que el 60% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto, el 30% como riesgo medio y el 10% como riesgo bajo; pudiéndose establecer riesgo significativo en aspectos como el contenido del trabajo, el significado de las tareas por sí mismas, y la visualización de su contribución al producto o servicio final.

En la dimensión Calidad de liderazgo, que se refiere a la gestión de equipos humanos que realizan los mandos inmediatos, relacionada con la el apoyo social de superiores, se observa que el 60% de las personas del grupo lo valoran como riesgo medio y el 40% como riesgo bajo; pudiéndose establecer que los principios y procedimientos de gestión de personal y la capacitación de los mandos para aplicarlos, son adecuados.

En la dimensión Previsibilidad, que se refiere a la disposición de una información adecuada, suficiente y a tiempo para poder realizar de forma correcta el trabajo y para adaptarse a los cambios, se observa que el 30% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto y el 70%



como riesgo medio; pudiéndose establecer tendencia a la transparencia, evidenciado ante una información o prácticas de gestión de la información y de la comunicación centradas en cuestiones relevantes del trabajo.

En la dimensión Claridad de rol, que se refiere al conocimiento concreto sobre la definición de las tareas a realizar, objetivos, recursos a emplear y margen de autonomía en el trabajo, se observa que el 40% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto y el 60% como riesgo medio; pudiéndose establecer un adecuado conocimiento de los puestos de trabajo.

En la dimensión Conflicto de rol, que se refiere a las exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo y las que puedan suponer conflictos de carácter profesional o ético, se observa que el 10% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto, el 60% como riesgo medio y el 30% como riesgo bajo; pudiéndose establecer que los cuidadores en la realización de tareas, no están en desacuerdo o les suponen conflictos éticos y no deben elegir entre órdenes contradictorias.

En la dimensión Inseguridad sobre el empleo, que se refiere a la preocupación por el futuro en relación a la ocupación, y tiene que ver con la estabilidad del empleo y las posibilidades de empleabilidad en el mercado laboral local, se observa que el 90% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto y el 10% como riesgo medio; pudiéndose establecer inseguridad para encontrar otro empleo equivalente al actual en el caso de perder éste.

En la dimensión Inseguridad sobre las condiciones de trabajo, que se refiere a la preocupación por el futuro en relación a los cambios no deseados de condiciones de trabajo fundamentales (como, por ejemplo, el puesto de trabajo, tareas, horario, salario, etc), se observa que el 90% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto y el 10% como riesgo medio; pudiéndose establecer, relacionado con el punto anterior, la presencia de una percepción de escasas condiciones de trabajo en el contexto externo a la empresa.

En la dimensión Justicia, que se refiere a la medida en que las personas trabajadoras son tratadas con equidad en su trabajo, se observa que el 10% de las personas del grupo lo valoran como riesgo alto, el 60% en riesgo medio y el 30% como riesgo bajo; pudiéndose establecer que las prácticas empresariales de gestión laboral son adecuadas, evidenciado en procedimientos de trabajo, con escasa arbitrariedad en las decisiones relacionadas con la solución de conflictos, con la distribución de las tareas o la promoción.

En la dimensión Confianza vertical, que se refiere a la seguridad que se tiene de que la Dirección y trabajadores actuaran de manera adecuada o competente, se observa que el 40% de las personas del grupo lo valoran como riesgo medio y el 60% como riesgo bajo; pudiéndose establecer que un alto nivel de fiabilidad de la información que fluye desde la Dirección a los trabajadores, y alto nivel en que éstos puedan expresar su opinión.

### **7.3. Propuesta de mejora.**

En lo que respecta al tercer objetivo específico, referente a aportar una propuesta de mejora basada en los resultados obtenidos, queda claro en los datos anteriormente iterados, que la

referida propuesta debe girar en torno a las dimensiones exigencias emocionales y ritmo de trabajo, las cuales están relacionadas con exigencias cuantitativas, la cual al igual que las dos primeras mencionadas, puntuaron con riesgo alto; ante lo cual se propone implementar actividad tendientes al fortalecimiento de la inteligencia emocional.

Anexo 4: Propuesta de mejora

## 8. Discusión

El objetivo preliminar de esta investigación se centró en describir los factores psicosociales intralaborales percibidos por los empleados de un Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, en el año 2017 y aportar una propuesta de mejora. Encontrándose que las dimensiones específicas que están afectando a los trabajadores de la institución estudiada, son Exigencias psicológicas emocionales, Ritmo de trabajo y Exigencias psicológicas cuantitativas; realizando un recorrido por los antecedentes investigativos, se encontraron las siguientes coincidencias y diferencias, con respecto a resultados.

Los resultados obtenidos por Torres (2008), donde se detectaron asociaciones de la carga emocional, por una parte positivas con la salud general y, por otra parte, asociaciones negativas para con la salud autopercebida, resultando en los datos obtenidos en el Centro de Protección Social para el Adulto Mayor, una coincidencia importante, al tener en cuenta el riesgo alto encontrado con respecto a exigencias psicológicas emocionales. En lo que respecta con el estudio realizado por Steele (2010), se observa igualmente coincidencia al evidenciarse resultados que apuntan a que un 57% de los sujetos estudiados presentan síndrome de sobrecarga del cuidador, contra un 43% que no lo manifiestan, evidenciándose que más del doble de cuidadores presentan sobrecarga intensa; dato que se encuentra relacionado con los hallados en la presente investigación, al encontrarse riesgo alto en exigencias psicológicas cuantitativas y Ritmo de trabajo.

Cabe resaltar, ante los resultados similares hallados en la institución indagada, el estudio de Parodi et al. (2011), quienes determinaron que los factores de riesgo dependientes del cuidador fueron: No recibir ayuda ( $p < 0.001$ ), cuidar por más de 12 horas/día ( $p < 0.004$ ) y bajo nivel del cuidador ( $p < 0.022$ ); resultando similar a los hallazgos del estudio que ocupa este documento, específicamente al determinarse el ritmo de trabajo como riesgo alto.

Por su parte los resultados obtenidos por Blanco (2012), se diferencian de los de la presente investigación, al tener en cuenta que en la referida se pudo comprobar como las variables definición de rol, carga mental y relaciones personales predicen un 43,3% de la varianza total de agotamiento, siendo la variable definición de rol la que mayor capacidad predictiva presenta, un 26,7%; en el entendido que las que allí apuntan como las de mayor incidencia, definición de rol, en ésta no se configura como un factor de riesgo relevante. Herrero (2012), por el contrario arrojó resultados similares, al encontrar que un 68% de los cuidadores reflejan algún tipo de sobrecarga, lo cual se alinea con las dimensiones que puntuaron como riesgos altos, en los cuidadores de Manizales.

La investigación de Vasco (2014), en la cual se estableció que el 73 % de la población estudiada presentaba estrés laboral, resulta similar a los datos referentes a altos riesgos derivados de exigencias psicológicas emocionales, ritmo de trabajo y exigencias psicológicas cuantitativas; los cuales se configuran como estresores en el entorno laboral. Por el contrario Mayo (2016) evidencia resultados que apuntan a que con respecto al estrés laboral, no se muestra psicopatología en la población estudiada.

El estudio realizado por Villarejo (2016) evidencia resultados similares, al observarse como resultado más importante que la sobrecarga subjetiva de las cuidadoras medida con el IEC obtuvo una media de  $6,58 \pm 1,21$ , de ellas un 48,9% presentaron un nivel de esfuerzo elevado. Con resultados que evidencian igualmente factores de riesgo generados en el entorno laboral, se encuentra el estudio de Dueñas et al. (2006), donde se establece que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad; y que los resultados de esta investigación identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas.

Por su parte el estudio adelantado por Vanegas et al. (2009), que tuvo como objetivo describir, mediante un enfoque cualitativo, los roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá, determinó que las participantes tienen claridad acerca de los roles propios de enfermería en el cuidado al adulto mayor, que es similar con lo encontrado en el Centro de Protección Social del Adulto Mayor investigado. Con similares resultados se puede mencionar el estudio adelantado por González (2014), quien determinó que es “perceptible la angustia de las trabajadoras, la incertidumbre del día a día, el incumplimiento en los pagos de los salarios, (...) devaluación social del cuidado no solo como trabajo sino también como negocio” (p. 74), resultando perceptible en el riesgo alto encontrado en las dimensiones Inseguridad sobre el empleo e Inseguridad sobre las condiciones de trabajo, de la presente investigación.

En este mismo orden y dirección se encuentran otros estudios con resultados que aunque no se indagaron desde las mismas ópticas, se pueden considerar como similares, tal como el adelantado

por Barrera (2014), en el cual se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico EBP de Sánchez Cánovas; instrumento de 65 ítems que evalúan el bienestar psicológico subjetivo, el bienestar material, el bienestar laboral, y el de las relaciones con la pareja; encontrándose que el área en la que logran mayor bienestar es el área laboral, le sigue el área de bienestar psicológico subjetivo; área de bienestar material y por último el área de bienestar con la pareja; pudiéndose establecer relación con el estudio desarrollado con los cuidadores de adultos mayores de Manizales, en el sentido de evidenciarse dimensiones que arrojaron resultados protectores, relacionados directamente con el entorno laboral, tal como Influencia, Posibilidad de desarrollo, Conflicto de rol, Confianza vertical, Justicia y Calidad de liderazgo.

En lo que respecta a la investigación adelantada por Segura, Berbesí y Agudelo (2010), se puede establecer que los resultados están alineados con los encontrados en la presente investigación, al leerse por ejemplo que la prevalencia de sobrecarga del cuidador en la ciudad de Medellín, fue de 12,17%, IC 95% [8,39-15,96] y sí se encontraron diferencias significativas en el número de horas diarias dedicadas al cuidado, entre los que presentaron síndrome y los que no. E igualmente se puede mencionar los resultados encontrados por Salazar, Murcia y Solano (2016), quienes después de revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014, buscaron proporcionar una descripción de los resultados referidos en publicaciones sobre el cuidador; refiriendo evidencia determinante sobre la relación entre la afectación de la salud física y psicológica con el oficio de cuidado.

## 9. Conclusiones

Se encontraron como riesgo alto en los factores psicosociales de los cuidadores del Centro de Protección Social para el Adulto Mayor, las exigencias psicológicas cuantitativas, ritmo de trabajo, exigencias psicológicas emocionales, inseguridad sobre el empleo e inseguridad sobre las condiciones de trabajo; y como protectores doble presencia, influencia, posibilidad de desarrollo, calidad de liderazgo, previsibilidad, claridad de rol, conflicto de rol, confianza vertical y justicia.

Resulta de vital importancia en el marco de las múltiples normatividades que en la actualidad se vienen emitiendo e implementando con respecto a la seguridad y salud en el trabajo, que busca humanizar la administración y coadyuvar por unos entornos laborales sanos, realizar estudios juiciosos para identificar los riesgos a los que se encuentran expuestos los trabajadores, teniendo en cuenta que estas condiciones contraproducentes afectan la salud física y mental de los integrantes de la organización y por ende la productividad de la misma.

En la observancia de los factores que afecta la presencia de unos entornos laborales sanos, se debe tener constantemente presente el hecho que las dinámicas laborales que caracterizan la modernidad empresarial, se encuentran en el marco de apresurados procesos que en muchas ocasiones redundan en el agotamiento de los recursos que poseen las personas para afrontar los estresores y por ende las propuestas de mejora deben estar orientadas a la disminución de las condiciones que se tornan nocivas y al aporte o fortalecimiento de los recursos individuales.



Los diversos antecedentes investigativos encontrados permiten evidenciar que trabajos de alta complejidad, en los cuales las personas se ven sometidas a extenuantes jornadas laborales e involucración de componente emocional, tal como el caso de los cuidadores de adultos mayores, denotan la necesidad de abordarlos con mayor profundidad, en búsqueda de determinar con mayor detalle las condiciones adversas a la que se ve sometida esta franja laboral y que incide en muchas ocasiones a servicios inadecuados prestados a población vulnerable.

En lo que corresponde a las limitaciones, el único componente fue la reticencia por parte de un par de cuidadores, quienes en un comienzo manifestaron su apatía por participar en el estudio, pero luego de observar la aplicación de cuestionarios a sus compañeros e indagar a éstos sobre las intenciones del estudio, recapacitaron sobre su participación; lográndose de esta manera la intervención del 100% de las personas que laboran en el Centro de Protección Social para el Adulto Mayor donde se realizó el estudio.

Resulta importante la indagación de factores presentes en el entorno laboral, que se pueden configurar como generadores de ambientes no sanos, entendiéndose que los insumos arrojados por líneas investigativas como la presente, ofrece la oportunidad de entender éstas condiciones negativas, arrojando luces para la estructuración de acciones tendientes a menguar los factores adversos.

Con miras a ampliar el espectro investigativo, se recomienda abordar Centros de Protección Social para el Adulto mayor, con mayor población de cuidadores institucionales, buscado además validar los resultados de la presente investigación en Manizales.

## 11. Referencias bibliográficas

- Alvarado, A., y Salazar, A., (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Barcelona, España. Revista Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002)
- Barrera, I., (2014). Bienestar Psicológico De Los Cuidadores De Adultos Mayores En La Asociación Casa Del Otoño Municipio De Yopal Casanare. Yopal, Casanare. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Recuperado de <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/2637>
- Blanco, J., (2012). Relación entre factores de riesgo psicosocial y burnout y su prevalencia en auxiliares de residencias de mayores. Logroño- España. Recuperado de <https://www.prevencionintegral.com/en/canal-orp/papers/orp-2012/relacion-entre-factores-riesgo-psicosocial-burnout-su-prevalencia-en-auxiliares-residencias-mayores>
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D., y Agudelo, M., (2010). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Medellín, Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a04.pdf>
- Collado, S., (2008). Prevención de riesgos laborales: Principios y marco normativo. Bizkaia, España. Revista de Dirección y Administración de Empresas. Número 15, diciembre

2008 págs. 91-117. Recuperado de  
[https://www.ehu.es/documents/2069587/2113963/15\\_7.pdf](https://www.ehu.es/documents/2069587/2113963/15_7.pdf)

Conen, C. (2012). *Ecología humana*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Dunken.

Domínguez, G., Zavala, M., De la Cruz, D., y Ramírez, M., (2011). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. Tabasco, México. Recuperado de  
<http://www.medicasuis.org/anteriores/volumen23.1/doc5.pdf>

Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A., y Herrera, J., (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Cali, Colombia. *Rev. Colombia Médica* Vol. 37 N° 2 (Supl 1). Recuperado de  
<http://www.redalyc.org/pdf/283/28337906.pdf>

Espín, A., (2008). *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. La Habana, Cuba. Recuperado de  
<http://www.redalyc.org/pdf/214/21434302.pdf>

Goleman, D., (2008). *Inteligencia emocional*. Barcelona, España: Ed. Kairós, S.A. 70 edición.

Gómez, P., Hernández, J., y Doris, M., (2013). *Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una Empresa Chilena del Área de la Minería (Tesis de maestría)*. Talca,

Santiago de Chile. Universidad de Talca. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-24492014000100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492014000100003)

González, L., (2014). Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social. Bogotá, Colombia. Universidad de los Andes. Recuperado de [http://cider.uniandes.edu.co/Documents/Trabajos%20de%20grado/CuidadoVejez\\_final\\_29.pdf](http://cider.uniandes.edu.co/Documents/Trabajos%20de%20grado/CuidadoVejez_final_29.pdf)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M., (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill 5ta. Edición.

Hernández, Z., y Ehrenzweig, Y., (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. Xalapa, México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213110.pdf>

Herrero, M., (2012). Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Ávila, España. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/87/65>

Hogg Foundation for Mental Health., (2013). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Recuperado de <http://wfmh.com/>

Huenchuan, S., (2004). Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Santiago de Chile. Proyecto “Implementation of the Madrid Plan of Action on Ageing and the Regional Conference on Ageing”(UNFPA). Recuperado de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7193/S044281\\_es.pdf;jsessionid=C4B0EB8A112C7A88369BA89EED43150D?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7193/S044281_es.pdf;jsessionid=C4B0EB8A112C7A88369BA89EED43150D?sequence=1)

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (1995). Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269 10-11-1995. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/TextosLegales/LeyPrevencion/PDFs/leydeprevencionderiesgoslaborales.pdf>

Ley 1276. A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. Publicada en Diario Oficial 47.223 de enero 5 de 2009. Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34495>

Ley 1315. Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención. Publicada en Diario Oficial 47.409 de julio 13 de 2009. Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36834>

- Mansilla, M., (2000). Etapas Del Desarrollo Humano. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Revista de Investigación en Psicología, Vol.3 No.2. Recuperado de [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2035/1/revista\\_de\\_investigacion\\_en\\_psicolog%C3%ADa08v3n2\\_2000.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2035/1/revista_de_investigacion_en_psicolog%C3%ADa08v3n2_2000.pdf)
- Marín, J., (2003). Envejecimiento. Madrid, España. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Revista Salud Pública Educ Salud 2003; 3 (1): 28-33. Recuperado de <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
- Mayor, L., (2016). Evaluación de factores ergonómicos y estrés laboral en trabajadoras de una residencia geriátrica. Propuestas de medidas de prevención. Pamplona, España. Recuperado de <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7044>
- Ministerio de la Protección Social (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/>
- Ministerio de la Protección Social (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Estudios/Bateria-riesgo-psicosocial-1.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Aseguramiento En Riesgos Laborales. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/Aseguramiento%20en%20riesgos%20laborales.pdf>

Moreno, B., y Báez, C., (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid, España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>

Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J., Loba, L., y García, C., (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Cali, Colombia. Recuperado de <http://www.bioline.org.br/pdf?rc07007>

OIT (2012). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo: Factores psicosociales y de organización. Naciones Unidas. Recuperado de [http://www.ilo.org/safework/cis/WCMS\\_162039/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/safework/cis/WCMS_162039/lang--es/index.htm)

Parodi, G., (s/f). Mi vida, mi pasión. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia

Parodi, J., Montoya, J., Rojas, D., y Morante, R., (2011). Factores de Riesgo Asociados al Estrés Del Cuidador del Paciente Adulto Mayor. Lima, Perú. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/271767706\\_Factores\\_de\\_Riesgo\\_Asociados\\_al\\_Estres\\_Del\\_Cuidador\\_Del\\_Paciente\\_Adulto\\_Mayor](https://www.researchgate.net/publication/271767706_Factores_de_Riesgo_Asociados_al_Estres_Del_Cuidador_Del_Paciente_Adulto_Mayor)

Pavón, L., (2014). Cuidados para el cuidador. México D.F. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/212%20cuidados.pdf>

Pérez, J., y Nogareda, C., (2012). Factores psicosociales: metodología de evaluación. España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/926a937/926w.pdf>

Quintanar, A., (2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF. Hidalgo, México. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de [https://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)

Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., Hernández, M., (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. Guadalajara, México. Revista de Educación y Desarrollo, 11. Octubre-diciembre de 2009. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/11/011\\_Ramos.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf)



Red Universitaria Iberoamericana de Investigación y Promoción de la Seguridad y Salud Laboral

(2012). El método CoPsoQ ISTAS 21 es adaptado en Colombia. Bogotá, Colombia.

Recuperado de [http://www.iberpsoc.org/ampliacion.asp?art\\_id=10](http://www.iberpsoc.org/ampliacion.asp?art_id=10)

Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para

la investigación en salud. Diario Oficial. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia;

1993. Colombia. Recuperado de

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCI](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF)

[ON-8430-DE-1993.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF)

Resolución 2646. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la

identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la

exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del

origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. Publicada en Diario Oficial

47059 de julio 23 de 2008. Colombia. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>

Rivas, J., y Ostiguín, R., (2010). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? México.

Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-

UNAM • Vol 8. • Año. 8 • No. 1 Recuperado de

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>

Rodríguez, K., (2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá, Colombia: Ed. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf)

Rojas, W., (2014). *La percepción que tiene los adultos mayores del cuidado que reciben en dos centros de promoción y protección social de la persona mayor de Manizales*. Manizales, Colombia. Universidad Católica de Manizales. Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1015>

Rosas, N., (2003). *Bioética y gerencia de la salud ocupacional*. Bogotá, Colombia. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Recuperado de <http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/EMB/article/view/876/893>

Salazar, A., Murcia, L., y Solano, J., (2016). *Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014*. Manizales, Colombia. Universidad de Manizales. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/813/18>

11

Soto, M., y Pineda, M., (2005). *Aspectos éticos del cuidado de los ancianos*. Madrid, España. Recuperado de

[https://www.uam.es/personal\\_pdi/elapaz/mmmartin/4\\_colaboraciones/etica/ancianos.htm](https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/4_colaboraciones/etica/ancianos.htm)  
l

Steele, H., (2010). Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf>

Torres, J., (2008). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria). Huelva, España. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/2645>

Vanegas, B., Vargas, E., Abella, L., Alayón, M., Bonza, L., Chaparro, E., Espinosa, J., Forero, L., y Gutiérrez, A., (2009). Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. Bogotá, Colombia. Universidad el Bosque. Recuperado de [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen5/roles\\_desempenan\\_profesionales\\_enfermeria\\_instituciones\\_geriaticas\\_bogota.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen5/roles_desempenan_profesionales_enfermeria_instituciones_geriaticas_bogota.pdf)

Vasco, M., (2014). El estrés laboral de los cuidadores y el maltrato que sufren los adultos mayores del centro geriátrico “hogar del anciano” del hospital provincial Ambato en la

provincia de Tungurahua. Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7044>

Vélez, J., Berbesí, D., Cardona, D., Segura, A., y Ordóñez, J., (2011). Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. Medellín, Colombia. Recuperado de [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004434](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004434)

Villarejo, L., (2016). Sobrecarga e impacto en el sueño de las cuidadoras de ancianos con pluripatología. Jaén, España. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-sobrecarga-e-impacto-el-sueno-S0212538211702436?referer=buscador>

## 12. Anexos

### Anexo 1

**Cuestionario CoPsoQ PSQCAT (versión 2) Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión corta)**



# Anexo I. Cuestionario para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo

Versión corta para empresas  
de menos de 25 trabajadores y trabajadoras

Adaptación del Cuestionario Psicosocial  
de Copenhague (COPSOQ)  
para su uso en el estado español  
Versión 2, 2014

**Empresa:** \_\_\_\_\_

**Fecha de respuesta:** \_\_\_\_\_



INSTRUMENTO DE DOMINIO PÚBLICO EN LOS TERMINOS ESPECIFICADOS EN LA LICENCIA DE USO DEL MÉTODO ([www.gencat.cat/empresaiocupacio/copsoq](http://www.gencat.cat/empresaiocupacio/copsoq)). PROHIBIDO SU USO COMERCIAL Y CUALQUIER MODIFICACIÓN NO AUTORIZADA.

## Introducción

La respuesta del cuestionario que tienes en tus manos servirá para realizar la evaluación de riesgos psicosociales. Su objetivo es identificar y medir todas aquellas condiciones de trabajo relacionadas con la organización del trabajo que pueden representar un riesgo para la salud. Los resultados, tratados de forma colectiva, se usarán para conocer los riesgos psicosociales en la empresa y posteriormente implementar medidas preventivas, es decir, cambios en las condiciones de trabajo para eliminarlos o reducirlos. Por eso es necesario que contestes **TODAS** las preguntas.

Se trata de un cuestionario **ANÓNIMO**, de respuesta **VOLUNTARIA**. Toda la información se utilizará exclusivamente para los objetivos descritos. Ni en la respuesta, ni en la forma de distribución y de recogida, ni en el informe de resultados podrá ser identificada ninguna persona de forma individualizada.

La respuesta es **INDIVIDUAL**. Por eso te pedimos que respondas sinceramente cada una de las preguntas, sin debatir con nadie, y sigas las instrucciones de cada una de ellas.

Las preguntas tienen diversas opciones de respuesta y tienes que señalar con una "X" la respuesta que consideres que describe mejor tu situación. Si tienes más de un trabajo te pedimos que respondas sólo en relación a la empresa en la cual se está haciendo la evaluación de riesgos psicosociales.

Esta introducción del cuestionario supone una garantía legal que el personal técnico que trabajará en esta evaluación de riesgos asume y cumple los preceptos legales y éticos de protección de la intimidad y de los datos e informaciones personales. Los cuestionarios se destruirán una vez se planifiquen las medidas preventivas.

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

**Las siguientes preguntas tratan sobre las exigencias y contenidos de tu trabajo.**

Escoge **1 SOLA RESPUESTA** para cada una de las siguientes preguntas

¿Con qué frecuencia...?	Siempre	Muchas veces	A veces	Solo alguna vez	Nunca
1. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	4	3	2	1	0
2. ¿Tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?	0	1	2	3	4
3. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez?	4	3	2	1	0
4. ¿Sientes que tu trabajo te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas doméstico-familiares?	4	3	2	1	0
5. ¿En el trabajo tienes que ocuparte de los problemas personales de otras personas?	4	3	2	1	0
6. ¿Tienes que trabajar muy rápido?	4	3	2	1	0
7. ¿Tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo?	4	3	2	1	0
8. ¿Tienes influencia sobre CÓMO realizas tu trabajo?	4	3	2	1	0

**Siguiendo con los contenidos de tu trabajo, escoge 1 sola RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas.**

¿En qué medida...?	En gran medida	En buena medida	En cierta medida	En alguna medida	En ningún caso
9. ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	4	3	2	1	0
10. ¿El ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?	4	3	2	1	0
11. ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	4	3	2	1	0
12. ¿Tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?	4	3	2	1	0
13. ¿Tus tareas tienen sentido?	4	3	2	1	0
14. ¿Las tareas que haces te parecen importantes?	4	3	2	1	0

**Estas preguntas hacen referencia al grado de definición de tus tareas.**

 Escoge **1 SOLA RESPUESTA** para cada una de las siguientes preguntas

¿En qué medida...?	En gran medida	En buena medida	En cierta medida	En alguna medida	En ningún caso
15. ¿Tu trabajo tiene objetivos claros?	4	3	2	1	0
16. ¿Sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?	4	3	2	1	0
17. ¿Se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?	4	3	2	1	0
18. ¿Tienes que hacer tareas que tú crees que deberían hacerse de otra manera?	4	3	2	1	0
19. ¿En tu empresa se te informa con suficiente antelación de decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro?	4	3	2	1	0
20. ¿Recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?	4	3	2	1	0

**Estas preguntas hacen referencia a las preocupaciones sobre posibles cambios en tus condiciones de trabajo.**

 Escoge **1 SOLA RESPUESTA** para cada una de las siguientes preguntas

En estos momentos, estás preocupado o preocupada por ... :	En gran medida	En buena medida	En cierta medida	En alguna medida	En ningún caso
21. ... si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?	4	3	2	1	0
22. ... si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especies, etc.)?	4	3	2	1	0
23. ... si te despiden o no te renuevan el contrato?	4	3	2	1	0
24. ... lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedaras en paro?	4	3	2	1	0



Las siguientes preguntas hacen referencia al reconocimiento, la confianza y la justicia en tu lugar de trabajo.

Escoge **1 SOLA RESPUESTA** para cada una de las siguientes preguntas

¿En qué medida...?	En gran medida	En buena medida	En cierta medida	En alguna medida	En ningún caso
25. ¿Confía la Dirección en que los trabajadores hagan un buen trabajo?	4	3	2	1	0
26. ¿Te puedes fiar de la información procedente de la Dirección?	4	3	2	1	0
27. ¿Se solucionan los conflictos de una manera justa?	4	3	2	1	0
28. ¿Se distribuyen las tareas de una forma justa?	4	3	2	1	0
29. ¿Se puede afirmar que tu jefe inmediato planifica bien el trabajo?	4	3	2	1	0
30. ¿Se puede afirmar que tu jefe inmediato resuelve bien los conflictos?	4	3	2	1	0

## Anexo 2

## Planilla de datos sociodemográficos

No. control	Género		Estado civil				Edad			Escolaridad			Antigüedad			Estrato		
	M	F	Solt.	Cas.	UL.	Div.	20 a 29	30 a 39	40 a 49	Tec.	Prof	Pos	<1	1 A 5	>6	1	2	3
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

## Convenciones:

- **Género:**  
M: Masculino – F: Femenino.
- **Estado civil:**  
Sol: Soltero - Cas: Casado – UL: Unión libre – Div: Divorciado
- **Edad:**  
20 a 29 años – 30 a 39 años – 40 a 49 años
- **Escolaridad:**  
Tec: Técnico o tecnólogo – Prof: Profesional – Pos: Posgrado
- **Antigüedad en la empresa:**  
<1: Menos de 1 años – 1 a 5 años - >6: Más de 6 años
- **Estrato socioeconómico:**  
Estrato 2 – Estrato 3 – Estrato 4

**Anexo 3****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ con cedula de ciudadanía No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, autorizo para que se me aplique el Cuestionario CoPsoQ PSQCAT  
(versión 2) Para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en las empresas de  
menos de 25 trabajadores y trabajadoras (versión corta), como parte de un proyecto de  
investigación adelantado por Beatriz Helena Castaños Grisales, Juan Esteban Soto Castro, Luis  
Ángel Henao García, Jesús María Arenas Botero y Ángela Lorena Cardona Bermúdez,  
estudiantes de Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad Católica de  
Manizales. Certifico que se me explico la finalidad de este estudio.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas de los  
instrumentos en mención. Esto tomará aproximadamente **30 minutos de Su Tiempo**.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será  
confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus  
respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.  
Una vez utilizada la información, los cuestionarios serán destruidas.

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Participante

**Psicólogo Jesús María Arenas Botero**

Quien aplica el cuestionario

#### **Anexo 4**

### **Propuesta de mejora**

A partir de los hallazgos evidenciados en la presente investigación, realizando especial énfasis en las dimensiones exigencias psicológicas emocionales y ritmo de trabajo, las cuales se puntuaron como riesgo alto para los cuidadores del Centro de Protección Social para el Adulto Mayor de la ciudad de Manizales, donde se realizó la indagación, se propone implementar actividad tendiente al fortalecimiento de la inteligencia emocional, compuesta por una serie de acciones que garantizaran el mencionado pretendido; para lo cual se acudió a lineamientos planteados por Parodi (s/f), para trabajar esta inteligencia en particular.

#### **Objetivo General.**

Fortalecer en los participantes los tipos de inteligencia intrapersonal e interpersonal, con el fin de aportar recursos que les permitan un afrontamiento asertivo de las exigencias psicológicas emocionales y el ritmo de trabajo.

#### **Objetivos Específicos.**

Realizar acciones tendientes a aportar entendimiento de la diferencia entre inteligencia intrapersonal e interpersonal.

Realizar acciones tendientes a aportar entendimiento de cómo se perciben las emociones y la diferencia entre éstas y los sentimientos, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal.

Realizar acciones tendientes a aportar comprensión y proceso de interiorización de la autorregulación, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal.

Realizar acciones tendientes a aportar comprensión y proceso de interiorización de la automotivación, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal.

Realizar acciones tendientes a aportar comprensión y proceso de interiorización de la empatía, como componente esencial de la inteligencia interpersonal.

Realizar acciones tendientes a aportar comprensión y proceso de interiorización de la asertividad, como componente esencial de la inteligencia interpersonal.

### **Fases de Ejecución.**

Para el desarrollo de la estrategia planteada, una vez se tienen identificadas las falencias, se consideran necesarias las siguientes fases o momentos:

1. Brindar las herramientas necesarias para lograr que los participantes capten la diferencia entre inteligencia intrapersonal e interpersonal.
2. Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren el entendimiento e interiorización de la manera cómo se perciben las emociones y la diferencia entre éstas y los sentimientos, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal.

3. Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la autorregulación, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal.
4. Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la automotivación, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal.
5. Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la empatía, como componente esencial de la inteligencia interpersonal.
6. Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la asertividad, como componente esencial de la inteligencia interpersonal.

### **Postulados conceptuales.**

Resulta importante tener en cuenta que el Ministerio de la Protección Social (2010) define las exigencias psicológicas emocionales, como Demandas emocionales, planteándolas como las “Situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador” (p. 22), aclarando que al respecto el trabajador debe adquirir competencias para: “a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor” (p. 22), estableciéndose que se configura como factor de riesgo cuando:

- El individuo se expone a los sentimientos, emociones o trato negativo de otras personas en el ejercicio de su trabajo. Esta exposición incrementa la probabilidad de transferencia (hacia el trabajador) de los estados emocionales negativos de usuarios o público.
- El individuo se expone en su trabajo a situaciones emocionalmente devastadoras (pobreza extrema, violencia, desastres, amenaza a su integridad o a la integridad de otros, contacto directo con heridos o muertos, etc.).
- El individuo debe ocultar sus verdaderas emociones o sentimientos durante la ejecución de su labor. (p. 22)

En lo que respecta a la dimensión del ritmo de trabajo, el Ministerio de la Protección Social (2010) lo establece como demandas cuantitativas, definiéndolo como “las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar, en relación con el tiempo disponible para hacerlo” (p. 22), configurándose como fuente de riesgo cuando:

- El tiempo del que se dispone para ejecutar el trabajo es insuficiente para atender el volumen de tareas asignadas, por lo tanto se requiere trabajar a un ritmo muy rápido (bajo presión de tiempo), limitar en número y duración de las pausas o trabajar tiempo adicional a la jornada para cumplir con los resultados esperados. (p. 22)

En lo que concierne a la inteligencia emocional, cabe citar lo postulado por Goleman (2008) quien refiere la inteligencia emocional, haciendo alusión a una dicotomía en el cerebro (mentes), al postular que “en un sentido muy real, todos nosotros tenemos dos mentes, una mente que piensa y otra mente que siente, y estas dos formas fundamentales de conocimiento interactúan para construir nuestra vida mental” (p. 43), explicando el autor que una hace referencia a la parte

reflexiva (racional) y la otra de tipo impulsivo (emocional); con referencia a la interrelación entre estos dos componentes, el autor plantea:

La mayor parte del tiempo, estas dos mentes – La mente emocional y la mente racional – operan en estrecha colaboración, entrelazando sus distintas formas de conocimiento para guiarnos adecuadamente a través del mundo. Habitualmente existe un equilibrio entre la mente emocional y la mente racional, un equilibrio en el que la emoción alimenta y da forma a las operaciones de la mente racional y la mente racional ajusta y a veces censura las entradas procedentes de las emociones. (p. 44)

Aclarando al respecto el autor la necesidad de generar un equilibrio con estas dos esferas, ya que el sentimiento es necesario para estructurar adecuadamente al pensamiento y éste a su vez se requiere para dar sentido al componente emocional. En lo que respecta al direccionamiento del componente emocional hacia un aporte positivo de la vida de la persona, lo que se configura como inteligencia emocional, Goleman (2008) expone que:

En un sentido amplio, canalizar las emociones hacia un fin más productivo constituye una verdadera aptitud maestra. Ya se trata de controlar los impulsos, de demorar la gratificación, de regular nuestros estados de ánimo para facilitar – y no dificultar – el pensamiento, de motivarnos a nosotros mismos a perseverar y hacer frente a los contratiempos o de encontrar formas de entrar en “flujo” y así actuar más eficazmente, todo ello parece demostrar el gran poder que poseen las emociones para guiar más eficazmente nuestros esfuerzos (p. 166)



### Puesta en marcha.

Para el desarrollo de cada una de las Fases se plantearon las siguientes actividades y acciones:

<b>FASE</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE LOGRO</b>
Fase 1. Brindar las herramientas necesarias para lograr que los participantes capten la diferencia entre inteligencia intrapersonal e interpersonal	Realización de sondeo teórico para conceptualizar las diferencias entre la inteligencia intrapersonal e interpersonal.	Identificar las diferencias teóricas postuladas para éstas inteligencias, que componen la inteligencia emocional.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Información recolectada al respecto.
	Preparación de documento con los datos recolectados	Preparar documento en modalidad de guía, en la cual se plasman las diferencias entre los componentes a explicar.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Elaboración de guía orientadora.
	Realización de taller con los cuidadores, conceptualizando y llevando a la interiorización de la inteligencia intrapersonal e interpersonal.  Duración: 1 hora.	Brindar las herramientas necesarias para que los participantes capten las diferencias entre los componentes explicados.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Realización del taller explicativo.
	Verificación de conocimientos adquiridos y retroalimentación de aspectos falentes.	Realizar sondeo de conocimientos adquiridos y refuerzo de aspectos identificados como no adquiridos.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Conocimientos adquiridos e interiorizados.

FASE	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	OBJETIVO	RESPONSABLE	INDICADORES DE LOGRO
<p>Fase 2.</p> <p>Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren el entendimiento e interiorización de la manera cómo se perciben las emociones y la diferencia entre éstas y los sentimientos, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal</p>	<p>Realización de sondeo teórico para conceptualizar las emociones, y las diferencias entre éstas y los sentimientos.</p>	<p>Identificar las conceptualizaciones sobre emociones y sentimientos.</p>	<p>Psic. Jesús María Arenas Botero</p>	<p>Información recolectada al respecto.</p>
	<p>Preparación de documento con los datos recolectados</p>	<p>Preparar documento en modalidad de guía, en la cual se plasman las conceptualizaciones pertinentes.</p>	<p>Psic. Jesús María Arenas Botero</p>	<p>Elaboración de guía orientadora.</p>
	<p>Realización de taller con los cuidadores, conceptualizando y llevando a la interiorización de las emociones y sentimientos.</p> <p>Ejercicio expresiones faciales (Adjunto 1)</p> <p>Ejercicio descripción situaciones de vida con sentimientos y emociones asociadas (Adjunto 2)</p> <p>Ejercicio de determinación de las causas generadoras de emociones y elecciones de actuar (Adjunto 3)</p>	<p>Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren el entendimiento e interiorización de la manera cómo se perciben las emociones y la diferencia entre éstas y los sentimientos.</p>	<p>Psic. Jesús María Arenas Botero</p>	<p>Realización del taller explicativo y ejercicios propuestos.</p>
	<p>Verificación de conocimientos adquiridos y retroalimentación de aspectos falentes.</p>	<p>Realizar sondeo de conocimientos adquiridos y refuerzo de aspectos identificados como no adquiridos.</p>	<p>Psic. Jesús María Arenas Botero</p>	<p>Conocimientos adquiridos e interiorizados.</p>

<b>FASE</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE LOGRO</b>
<p>Fase 3.</p> <p>Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la autorregulación, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal.</p>	Realización de sondeo teórico para conceptualizar la autorregulación.	Identificar las conceptualizaciones sobre autorregulación.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Información recolectada al respecto.
	Preparación de documento con los datos recolectados	Preparar documento en modalidad de guía, en la cual se plasman las conceptualizaciones pertinentes.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Elaboración de guía orientadora.
	Realización de taller con los cuidadores, conceptualizando y llevando a la interiorización de la autorregulación.  Ejercicio asociación emoción con suceso desencadenante (Adjunto 4)	Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren el entendimiento e interiorización de la autorregulación.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Realización del taller explicativo y ejercicio propuesto.
	Verificación de conocimientos adquiridos y retroalimentación de aspectos falentes.	Realizar sondeo de conocimientos adquiridos y refuerzo de aspectos identificados como no adquiridos.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Conocimientos adquiridos e interiorizados.

<b>FASE</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE LOGRO</b>
<p>Fase 4.</p> <p>Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la automotivación, como componente esencial de la inteligencia intrapersonal</p>	Realización de sondeo teórico para conceptualizar la automotivación.	Identificar las conceptualizaciones sobre automotivación.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Información recolectada al respecto.
	Preparación de documento con los datos recolectados	Preparar documento en modalidad de guía, en la cual se plasman las conceptualizaciones pertinentes.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Elaboración de guía orientadora.
	Realización de taller con los cuidadores, conceptualizando y llevando a la interiorización de la automotivación.  Ejercicio principios para fijar metas (Adjunto 5)	Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren el entendimiento e interiorización de la automotivación.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Realización del taller explicativo y ejercicio propuesto.
	Verificación de conocimientos adquiridos y retroalimentación de aspectos falentes.	Realizar sondeo de conocimientos adquiridos y refuerzo de aspectos identificados como no adquiridos.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Conocimientos adquiridos e interiorizados.

<b>FASE</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE LOGRO</b>
<p>Fase 5.</p> <p>Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la empatía, como componente esencial de la inteligencia interpersonal</p>	Realización de sondeo teórico para conceptualizar la empatía.	Identificar las conceptualizaciones sobre empatía.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Información recolectada al respecto.
	Preparación de documento con los datos recolectados	Preparar documento en modalidad de guía, en la cual se plasman las conceptualizaciones pertinentes.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Elaboración de guía orientadora.
	Realización de taller con los cuidadores, conceptualizando y llevando a la interiorización de la empatía.	Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren el entendimiento e interiorización de la empatía.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Realización del taller explicativo.
	Verificación de conocimientos adquiridos y retroalimentación de aspectos falentes.	Realizar sondeo de conocimientos adquiridos y refuerzo de aspectos identificados como no adquiridos.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Conocimientos adquiridos e interiorizados.


<b>FASE</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>INDICADORES DE LOGRO</b>
<p>Fase 6.</p> <p>Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren la comprensión e interiorización de la asertividad, como componente esencial de la inteligencia interpersonal</p>	Realización de sondeo teórico para conceptualizar la asertividad.	Identificar las conceptualizaciones sobre asertividad.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Información recolectada al respecto.
	Preparación de documento con los datos recolectados	Preparar documento en modalidad de guía, en la cual se plasman las conceptualizaciones pertinentes.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Elaboración de guía orientadora.
	<p>Realización de taller con los cuidadores, conceptualizando y llevando a la interiorización de la asertividad.</p> <p>Ejercicio descripción tipos de conductas (Adjunto 6)</p> <p>Ejercicio conductas a seguir para comunicación asertiva (Adjunto 7)</p>	Realizar las acciones necesarias para que los participantes logren el entendimiento e interiorización de la asertividad.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Realización del taller explicativo.
	Verificación de conocimientos adquiridos y retroalimentación de aspectos falentes.	Realizar sondeo de conocimientos adquiridos y refuerzo de aspectos identificados como no adquiridos.	Psic. Jesús María Arenas Botero	Conocimientos adquiridos e interiorizados.

Adjunto No. 1: Ejercicio expresiones faciales.


A partir de estas expresiones faciales, escribe qué emociones asocias.

**Ejercicio No. 1**

**1** **2** **3**



**4** **5** **6**



1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_

**Las emociones son diferentes a los sentimientos**

**Ejemplos**

Emociones	Emociones	Sentimientos
■ Ira	■ Temor	■ Abandono
■ Miedo	■ Disgusto	■ Culpa
■ Asco	■ Esperanza	■ Soledad
■ Tristeza		■ Frustración
■ Alegría		■ Inseguridad
■ Sorpresa		■ Optimismo
		■ Logro

Adjunto No. 2: Ejercicio descripción situaciones de vida con sentimientos y emociones asociadas.

### **Ejercicio No. 2**

Describe una situación de tu vida cotidiana, y dentro del cuadro anota el sentimiento y emoción que identifiques y qué reacción tuviste en ese momento.

Descripción de la situación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qué sentimiento has tenido	Qué emoción identificaste en ese momento	Qué hiciste ante este sentimiento

En este momento reflexiona si tu actuar fue beneficioso para ti y quienes te rodeaban y ¿por qué? Después coméntalo con el grupo.

\_\_\_\_\_

Fuente: Parodi (s/f)



Adjunto No. 3: Ejercicio de determinación de las causas generadoras de emociones y elecciones de actuar.

**Ejercicio No. 3.**

**De la frase**

*Puedo determinar las causas por las cuales tengo una emoción y además puedo elegir la manera de actuar.*

¿Qué opinión tienes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No solo basta reconocer las emociones, también es importante manejarlas a través de tres pasos:

1. Autorregulación o control de sí mismo:

Determino la causa de mi emoción


Fuente: Parodi (s/f)

Adjunto No. 4: Ejercicio asociación emoción con suceso desencadenante.

**Ejercicio No. 4**  
Recuerda tres sucesos en los que expresaste la emoción que se describe en el círculo y determina qué motivó la emoción. Ej. Tristeza por abandono; ira por miedo.

**1**


**Emoción**  
Tristeza



¿Qué motivó la emoción?

**2**


**Emoción**  
Alegria



¿Qué motivó la emoción?

**3**

**Emoción**  
Ira



¿Qué motivó la emoción?

Comprender la causa hace que puedas tomar decisiones con alternativas de solución.

**Recuerda**  
No tomes decisiones cuando haya una emoción exacerbada, cálmate y reflexiona.

**1** Automotivación:  
Capacidad de automotivarse, conseguir los sueños.

**Solo existe una manera de no encontrar monotonía y hastío en la vida, y consiste en el hábito de fijarnos metas. Con ellas nos levantamos cada día con un sentido y con un propósito.**

**Las metas son un punto de mira en el cual enfocamos nuestra atención y energía. Las metas tienen el poder, si perseveramos en ellas, de convertir nuestros sueños en realidad.**

Adjunto No. 5: Ejercicio principios para fijar metas I.

**Ejercicio No. 5**  
Primero hay que tener en cuenta unos principios para fijar metas:

1. Conocer fortalezas y debilidades.
2. Trazar metas reales y alcanzables.
3. Fijar metas en todas las dimensiones del ser.
4. Dividir las grandes metas en pequeñas metas fáciles de alcanzar.
5. Hacer un listado de dificultades que se tienen para alcanzar la meta.
6. Diseñar un programa claro y cuantificable por cada dificultad con una o más estrategias para lograr la solución.
7. Visualizar y escribir qué ganancias obtendremos en nuestra vida al alcanzar esa meta.
8. Especificar un premio por el cumplimiento de la meta.
9. Firmar el contrato.

No. Meta	Recursos	Limitaciones	Comportamientos, conductas y acciones específicas para realizar la meta

Metas económicas. Esta será ampliado en un solo módulo

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Metas familiares

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

No. Meta	Recursos	Limitaciones	Comportamientos, conductas y acciones específicas para realizar la meta

Fuente: Parodi (s/f)

Adjunto No. 5: Ejercicio principios para fijar metas II.

Metas físicas y de salud				
1.				
2.				
3.				
No. Meta	Recursos	Limitaciones	Comportamientos, conductas y acciones específicas para realizar la meta	

Metas espirituales				
1.				
2.				
3.				
No. Meta	Recursos	Limitaciones	Comportamientos, conductas y acciones específicas para realizar la meta	

Metas profesionales y laborales				
1.				
2.				
3.				
No. Meta	Recursos	Limitaciones	Comportamientos, conductas y acciones específicas para realizar la meta	

Metas sociales				
1.				
2.				
3.				
No. Meta	Recursos	Limitaciones	Comportamientos, conductas y acciones específicas para realizar la meta	

Fuente: Parodi (s/f)

### Adjunto No. 5: Ejercicio principios para fijar metas III.

Me comprometo a cumplir con los comportamientos y conductas especificadas en cada nivel para adquirir calidad de vida.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Inteligencia interpersonal

Cómo nos relacionamos con los demás.

**Empatía:** De acuerdo con lo realizado en el taller escribe qué significa.

**Habilidades sociales o asertividad:** De acuerdo con lo realizado en el taller; escribe qué significa.

Recuerda que en la conducta pasiva, la persona deja de lado sus propios derechos y antepone los de los demás.

*"Tus opiniones, sentimientos o pensamientos son más importantes que los míos, valen más"; "Lo que tú quieras lo ocato"; "Importa más lo tuyo que lo mío".*

La conducta agresiva, contrariamente a la anterior, la persona antepone y defiende sus derechos de una manera ofensiva, deshonesto, manipuladora y/o inapropiada, pasando por encima de los derechos de los demás.

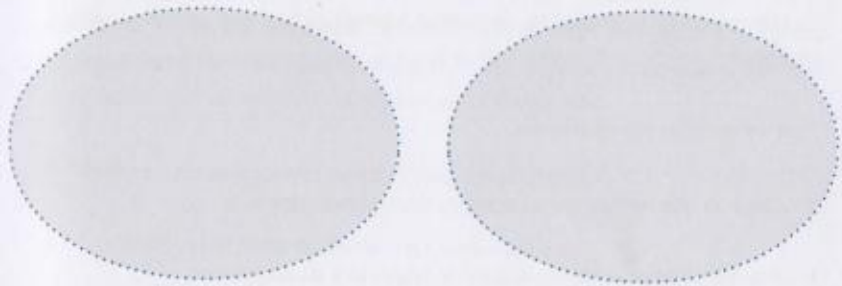
El mensaje que se comunica es:

*"Mis opiniones, sentimientos, pensamientos cuentan más que los tuyos".  
"Es más importante lo mío que lo tuyo"; "soy superior a ti".*

Fuente: Parodi (s/f)

Adjunto No. 6: Ejercicio descripción tipos de conductas.

**Ejercicio No. 6**  
Describe una situación en la que otra persona y tú presentaron estos tipos de conducta.

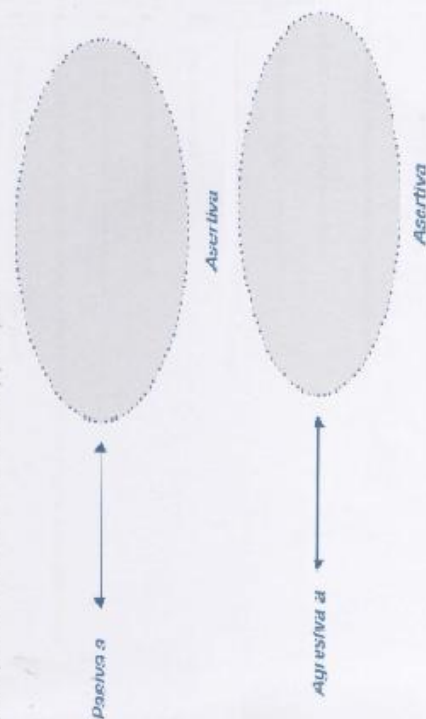


*Conducta pasiva*                      *Conducta Agresiva*

Fuente: Parodi (s/f)

Adjunto No. 7: Ejercicio conductas a seguir para comunicación asertiva.

**Ejercicio No. 7**  
 Fíjate en el ítem a las descripciones anteriores, ¿qué conductas se deben seguir para que la comunicación sea asertiva y por qué?



Comenta con tu facilitador las respuestas identificando si son asertivas o no y ¿por qué?

Para ser asertivo es importante:

- Decir lo que sientes, dar tu opinión, ideas, pensamientos.
- Manifestar tu posición y/u oposición respecto a las situaciones.
- Hacer las peticiones que se requieran.
- Dar el reconocimiento cuando sea necesario.
- Hablar sin herir ni humillar.
- Comunicarse con firmeza y claridad.

Es más clara la comunicación cuando se es específico y sin prejuicios

- Tener una buena autoestima.
- Planificar los mensajes.
- Ser educado.
- Guardar las disculpas para cuando sean necesarias.
- No arrinconar a los demás
- No recurrir a las amenazas
- Aceptar la derrota cuando sea necesario

**Conducta "no verbal" adecuada:** Demostrar con un juego de roles la importancia de la coherencia entre lo que se dice con lo que se hace y además acentuar que para ser asertivo es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Postura: cabeza y cuerpo derecho, distancia prudente.
- Contacto visual: mirar de frente a la otra persona
- Gestos del cuerpo: relajado y moderado
- Expresión facial: de acuerdo con lo que siente y expresa (seriedad, alegría, etc).
- Tono y volumen de la voz: pausado y firme, de acuerdo a lo que quiere comunicar.

Fuente: Parodi (s/f)