



Trabajo Fin de Grado

Análisis del *burnout*
en la Residencia de Ancianos Rey Ardid de Belchite

Autora

Patricia Gil Ortín

Directora

Elena Fernández del Río

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos

Zaragoza, junio de 2016

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias en primer lugar a la profesora Elena Fernández del Río, por su ayuda constante, su apoyo, consejo y dedicación durante todo el proceso de investigación y elaboración del presente trabajo.

Debo agradecer también la colaboración desinteresada de todos los trabajadores de la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite y, en especial, a María Vázquez y M^a José Ortín, que fueron de gran ayuda en la explicación y reparto de los cuestionarios utilizados en el estudio.

Por último, es necesario dar las gracias al profesorado, a los trabajadores de la facultad y a mis compañeros por todo lo que me han enseñado a nivel académico, profesional y humano durante estos años.

Gracias,

Patricia Gil Ortín

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. CONTEXTUALIZACIÓN | 9 |
| 2.1 Factores psicosociales | 9 |
| 2.1.1. <i>Factores psicosociales de riesgo</i> | 11 |
| 2.2. Riesgos laborales | 13 |
| 2.2.1. <i>Riesgos psicosociales</i> | 14 |
| 2.2.1.1. <i>Estrés laboral</i> | 14 |
| 2.2.1.2. <i>Burnout</i> | 21 |
| 2.2.2. <i>Marco jurídico de los riesgos psicosociales</i> | 25 |
| 2.2.3. <i>Perspectiva de futuro de los riesgos psicosociales</i> | 26 |
| 3. BURNOUT EN CUIDADORES PROFESIONALES | 27 |
| 3.1. Estudios sobre burnout en el ámbito sanitario | 30 |
| 4. MÉTODO..... | 35 |
| 4.1. Participantes | 35 |
| 4.2. Instrumentos de evaluación | 35 |
| 4.3. Procedimiento..... | 37 |
| 4.4. Análisis de datos..... | 38 |
| 5. RESULTADOS | 38 |
| 5.1. Análisis descriptivo | 38 |
| 5.1.1. <i>Características demográficas</i> | 38 |
| 5.1.2. <i>Características laborales</i> | 39 |
| 5. 2. Análisis de la información obtenida con el MBI..... | 40 |
| 5.2.1. <i>Análisis de las tres dimensiones de burnout</i> | 41 |
| 5.2.1.1. <i>Agotamiento Emocional</i> | 41 |
| 5.2.1.2. <i>Despersonalización</i> | 42 |
| 5.2.1.3. <i>Realización Personal en el Trabajo</i> | 43 |
| 5.3. Clasificación de la muestra por niveles para las tres dimensiones del MBI | 44 |
| 5.4. Comparación por grupos en función de variables demográficas y laborales..... | 47 |
| 6. DISCUSIÓN | 48 |
| 7. CONCLUSIONES | 51 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| 9. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS | 57 |
| 10. ANEXOS | 58 |

1. INTRODUCCIÓN

Históricamente, el predominio de la actividad laboral en los sectores primario y secundario producía riesgos fundamentalmente físicos para la salud de los trabajadores, pero el aumento del peso del sector servicios en la economía, ha hecho que la preocupación por los riesgos laborales tome otra perspectiva. Conforme este sector ha ganado importancia, han aumentado los riesgos psicosociales y de carácter organizacional (Moreno y Garrosa, 2013). En los últimos años, no solo se han producido cambios en el ámbito de la economía, también han tenido lugar cambios en los mercados, en la legislación, cambios tecnológicos, sociales o demográficos que han repercutido significativamente en el sector servicios y, en consecuencia, en los riesgos psicosociales que afectan a sus trabajadores. A todo ello hay que sumarle la complicada situación económica que viven las sociedades occidentales y el mercado laboral en los últimos tiempos.

En este contexto, la presencia de riesgos de carácter psicosocial es constante en todos los trabajos, independientemente del sector de actividad, siendo el estrés laboral el más importante. El estrés se considera la gran enfermedad laboral del siglo XXI, pudiendo afectar tanto a la salud y bienestar personal del trabajador, como a su satisfacción laboral y a la propia calidad del trabajo. Algunos autores como Sánchez (2014), hacen referencia a él como “el malestar de nuestra civilización” (p. 6).

Cuando una persona sufre estrés de manera prolongada en su puesto de trabajo, puede desarrollar determinados sentimientos de agotamiento emocional, conductas impersonales hacia las personas con las que trabaja y a las que ofrece servicios y creencias negativas respecto a su capacidad laboral. Es decir, el estrés laboral crónico puede dar lugar a la aparición del denominado síndrome de *burnout* o síndrome de estar quemado por el trabajo.

Fue el psiquiatra norteamericano Freudenberg quien, en 1974, abordó por primera vez la definición de este síndrome. En 1976 Maslach, una de las autoras más importantes en el estudio del *burnout*, consideró que el síndrome solamente podía desarrollarse en las denominadas “profesiones de ayuda”. Es decir, surgiría de forma exclusiva en aquellos trabajadores y trabajadoras que pasan su jornada en contacto con pacientes. Hoy en día, sabemos que el síndrome de estar quemado puede ser desarrollado por trabajadores de cualquier sector. No obstante, el personal sanitario sigue siendo especialmente vulnerable, debido a las características propias de su trabajo.

Este Trabajo Fin de Grado está centrado en el estudio del síndrome de *burnout* en un colectivo determinado perteneciente al sector sanitario: los profesionales de atención geriátrica. Concretamente, el objetivo del presente trabajo es evaluar el síndrome de *burnout* en una muestra de trabajadores de la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite (Zaragoza). Para fundamentar el

estudio, se ha analizado la bibliografía existente sobre *burnout* en el sector sanitario y en el sector de la geriatría y se ha realizado una encuesta a los trabajadores del citado centro de trabajo.

Los profesionales sanitarios de atención geriátrica que prestan sus servicios en residencias de ancianos y en otros centros dedicados al cuidado de las personas mayores, desarrollan una labor difícil tanto a nivel físico, como a nivel emocional. En muchas ocasiones, los ancianos a los que prestan servicio, ven deterioradas sus facultades físicas y mentales, desarrollando dependencia plena hacia el profesional, que tiene que ayudarlos incluso en la satisfacción de las necesidades más primarias, como comer o asearse. Estos trabajadores deben enfrentarse con frecuencia al dolor y a la muerte de estos pacientes y a numerosas situaciones duras y complicadas.

Otro de los factores a tener en cuenta en el estudio del síndrome de *burnout* en este colectivo, es la tendencia al envejecimiento de la población de los últimos años. Según los datos más recientes publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en octubre de 2014 un 18,2% de la población española tenía 65 años o más. De mantenerse esta tendencia demográfica, se prevé que en 2019 ese porcentaje sea del 24,9% y del 38,7% en 2064. Estos cambios se traducirán, inevitablemente, en un mayor volumen de trabajo para los cuidadores profesionales.

La sobrecarga de trabajo, la falta de recursos y medios destinados a evitar el cansancio físico, la gran implicación emocional que genera el cuidado a los ancianos, los problemas de comunicación que se producen algunas veces con los familiares, los trastornos de conducta que pueden desarrollar los ancianos y la falta de formación del personal son, según Mélida (2014), los principales factores generadores de malestar en el colectivo objeto de estudio. La crisis económica de los últimos años ha producido también situaciones que pueden ayudar a sentirse quemado por el trabajo. La falta de recursos económicos implica falta de recursos materiales y de recursos humanos. Sin embargo, el número de residentes, es cada vez mayor. En definitiva, esto implica no solo una gran sobrecarga de trabajo, sino también una pérdida en la calidad del servicio prestado.

Ante esta problemática emergente, se consideró importante profundizar en el estudio del *burnout* en el personal de geriatría. Si bien existen estudios previos en esta línea, el presente Trabajo Fin de Grado aporta como novedad, el análisis del síndrome en un grupo de profesionales que prestan sus servicios en un entorno rural, pudiendo tener características propias y distintas a los trabajadores de otras residencias de ancianos.

Este Trabajo Fin de Grado se ha estructurado en diez puntos básicos, comenzando con la introducción, donde se realiza un primer acercamiento a la realidad de los cuidadores profesionales, para presentar a continuación, una revisión bibliográfica de los factores y riesgos psicosociales, su marco jurídico y sus perspectivas de futuro, con el objetivo de comprender el desarrollo del síndrome de *burnout* en los cuidadores, incluyendo estudios previos en el sector sanitario y

geriátrico. Contextualizada la problemática, se describe el objetivo del estudio realizado en la residencia de ancianos de Belchite, junto a la descripción y análisis de los resultados obtenidos en la encuesta realizada a sus trabajadores. Finalmente, se presenta la discusión sobre los hallazgos y una posible intervención aplicable a la residencia objeto de estudio, así como las conclusiones generales de este Trabajo Fin de Grado.

2. CONTEXTUALIZACIÓN

2.1 Factores psicosociales

El interés por el estudio de la relación entre salud laboral y diversos aspectos organizacionales y psicosociales siempre ha existido. Pero es a partir de la década de los 70, según Moreno y Báez (2010), cuando aumenta la preocupación por el tema. En el estudio de estas relaciones, es importante diferenciar entre los términos: factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales.

Tal como establecen Moreno y Báez (2010), fue la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1984, la primera institución en publicar un documento que hacía referencia a la problemática que generan los factores psicosociales en el trabajo. Conscientes de la complejidad del asunto, la OIT propuso la siguiente definición:

“Consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo” (OIT, 1986, p. 3).

La OIT propuso también una lista de posibles factores psicosociales, detallada a continuación, que se mantienen en la actualidad:

- Mala utilización de las habilidades.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de control.
- Conflicto de autoridad.
- Desigualdad en el salario.
- Falta de seguridad en el trabajo.
- Problemas de las relaciones laborales.

- Trabajo por turnos.
- Peligro físico.

A partir de la década de los 80, se publican nuevos estudios sobre factores psicosociales y aparecen nuevas definiciones, tal como la propuesta por Carayon, Haims y Yang (2001) que los definen como “características del ambiente de trabajo que tienen una connotación emocional para los trabajadores y gestores”; o la que ofrecen Daza y Pérez (1997): “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral, 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 y a la salud del trabajador como al desarrollo de su trabajo” (citados en Moreno y Báez, 2010, p. 6).

En 2008, Roozeboom, Houtman y Van den Bosshe (citados en Moreno y Báez, 2010) proponen una lista de factores psicosociales haciendo una distinción entre factores organizacionales y factores laborales:

1. Factores organizacionales:

- Política y Filosofía de la Organización: relación trabajo-familia, gestión de los recursos humanos, política de seguridad y salud, responsabilidad social corporativa, estrategia empresarial.
- Cultura de la Organización: política de relaciones laborales, información, comunicación y justicia organizacionales, supervisión y liderazgo.
- Relaciones Industriales: clima laboral, representación sindical, convenios colectivos.

2. Factores laborales:

- Condiciones de Empleo: tipo de contrato, salario, diseño de carreras.
- Diseño del Puesto: rotación de puestos, trabajo grupal.
- Calidad en el trabajo: uso de habilidades personales, demandas laborales, autonomía y capacidad de control, seguridad física en el trabajo, apoyo social, horas de trabajo, teletrabajo.

Tal y como afirman Moreno y Báez (2010), todos estos factores son condiciones que pueden afectar a la salud de los trabajadores, no sólo de forma negativa, sino también de manera positiva. Es decir, pueden facilitar el trabajo, potenciar el desarrollo de competencias, así como aumentar la satisfacción y motivación de los trabajadores y alcanzar, como consecuencia, una mayor productividad empresarial.

2.1.1. Factores psicosociales de riesgo

Cuando los factores psicosociales afectan de forma negativa a la salud psicológica o física del trabajador, se convierten en factores psicosociales de riesgo.

Álvarez (2006; citado en Rodríguez, 2009) propuso la siguiente definición:

“Aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, que afectan al bienestar o la salud (física, psíquica y social) del trabajador y al desarrollo del trabajo”.

Mansilla y Favieres (s.f.), proponen la clasificación de los factores psicosociales de riesgo que se detalla a continuación.

1. Factores relacionados con el entorno de trabajo:

- Condiciones ambientales: Agentes físicos, químicos y biológicos.
- Diseño del puesto de trabajo. Factores relacionados con la ergonomía: equipo de trabajo, posición de trabajo, mobiliario, espacio de trabajo, presentación de la información, planos y alcance.

2. Factores relacionados con las tareas y las funciones:

- Ritmo de trabajo. Tiempo que se requiere para realizar el trabajo. Algunos factores pueden ser: presión de tiempo, cantidad de trabajo, trabajar con plazos muy ajustados.
- Monotonía y repetitividad.
- Iniciativa y autonomía. Posibilidad de organizar el trabajo por el propio trabajador, tanto en el orden de las tareas como en el modo de ejecutarlas.
- Carga de trabajo. Conjunto de requerimientos psicofísicos que se exigen al trabajador. Puede ser física o mental. La carga física aparece con tareas que implican trabajos musculares, mientras que la mental se produce cuando la capacidad de respuesta del trabajador no se ajusta a las exigencias cognitivas del puesto. Dentro de la carga mental, se pueden dar dos situaciones: puede producirse una sobrecarga de trabajo, ya sea por tener un volumen excesivo de trabajo o porque las tareas a realizar son demasiado complejas; o puede haber una subcarga de trabajo, es decir, que el trabajador no tenga trabajo suficiente o su trabajo sea demasiado sencillo.

- Nivel de responsabilidad. Debe estar acorde con las capacidades y recursos del trabajador.
- Desempeño de rol. Comportamiento que se espera de la persona que ocupa un puesto determinado. Se pueden dar dos situaciones: ambigüedad de rol, si las tareas no están bien definidas o falta información sobre el puesto; o conflicto de rol, cuando las demandas exigidas son incompatibles con el trabajo.

3. Factores relacionados con la organización del tiempo de trabajo:

- Jornada laboral: jornada partida, a turnos, horas extras, etc.
- Pausas de trabajo: descansos en la jornada, descansos semanales, vacaciones, etc.
- Características de horario: rígido, flexible, etc.
- Trabajo nocturno o a turnos. Estos factores pueden tener consecuencias para el trabajador a nivel fisiológico, psicológico y emocional.

4. Factores relacionados con la estructura de la organización del trabajo:

- Estilo de mando. Puede ser autocrático, si el jefe únicamente da órdenes; *laissez faire*, cuando los grupos de trabajo se auto controlan; paternalista, si el jefe es incapaz de delegar y confiar en los trabajadores, situación que produce inseguridad y falta de iniciativa del equipo; o democrático, el jefe valora el trabajo, las iniciativas por parte de los trabajadores y se centra en coordinar y cohesionar a su equipo. El estilo democrático es el más adecuado para conseguir la satisfacción de los trabajadores.
- Participación en la toma de decisiones. A menor participación, mayor ansiedad y estrés se produce en los trabajadores, al tener éstos una menor capacidad de controlar su trabajo. Por ello, hay que tener en cuenta los posibles medios de participación, la política de incentivos y motivación y la estabilidad e inseguridad en el empleo.
- Comunicación en el trabajo. Puede ser formal, si la genera la propia organización; o informal, si surge del contacto entre compañeros.
- Relaciones interpersonales en el trabajo. Si las relaciones entre los trabajadores se basan en el respeto, la comprensión, la cooperación y la cortesía, el clima laboral es más positivo y se genera menor estrés.
- Condiciones de empleo: Severidad y probabilidad de sufrir accidentes, movilidad geográfica, situaciones temporales, accesibilidad al lugar de trabajo, tipos de contrato, posibilidad de elegir las vacaciones, salario y desarrollo de la carrera profesional.

Los factores psicosociales de riesgo tienen una serie de características (Moreno y Báez, 2010):

1. Se extienden en el espacio y el tiempo. Son muy difíciles de concretar, ya que forman parte del conjunto de la organización.
2. Dificultad de objetivación. Son complicados de medir al basarse en percepciones y experiencias de los trabajadores, tal como establece la OIT (1986).
3. Afectan a otros riesgos. Un aumento de los factores psicosociales de riesgo supone un aumento de otros riesgos como la seguridad o la higiene. Lo mismo ocurre al contrario, la presencia de otros riesgos influye sobre los riesgos psicosociales.
4. Tienen escasa cobertura legal. La dificultad de medir estos factores, implica dificultades para acotar qué está permitido y dónde deben estar los límites.
5. Están moderados por otros factores. Al basarse en experiencias y percepciones, dependen de variables personales de cada trabajador. Es decir, los factores psicosociales de riesgo no afectan de la misma forma a distintas personas.
6. Dificultad de intervención. A diferencia de otros factores, intervenir técnicamente para paliar los factores psicosociales resulta muy complicado porque ni las situaciones ni sus efectos son claros.

2.2. Riesgos laborales

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su Artículo 4.2, define el riesgo laboral como “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”.

Tal como proponen Vallejo y Lafuente (2013), los riesgos laborales pueden clasificarse de la siguiente forma:

- Mecánicos: producidos por los artefactos que interaccionan con la actividad de los trabajadores. La consecuencia principal de estos riesgos son problemas músculo-esqueléticos, que son la primera causa de bajas laborales.
- Físicos o ambientales. Relacionados con temperaturas, ruidos, electricidad, radiaciones, vibraciones, etc.
- Químicos o biológicos: producidos por minerales, polvos, gases, vapores, humos, bacterias, virus u hongos. Pueden producir enfermedades respiratorias, cánceres y otras dolencias.
- Relacionales o psicosociales. Aquellos relacionados con la estructura organizativa, el clima laboral, el estrés, el acoso laboral, el síndrome de *burnout*, la fatiga física y mental y la incidencia de las drogodependencias.

2.2.1. Riesgos psicosociales

Recurriendo de nuevo a Moreno y Báez (2010), es importante destacar la diferencia entre factor y riesgo psicosocial. Los riesgos psicosociales no son condiciones organizacionales sino “hechos, situaciones o estados del organismo con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores de forma importante” (p. 17).

Además de proponer la definición anterior, establecen una serie de características propias de los riesgos psicosociales:

1. Afectan a los derechos fundamentales del trabajador, tales como la integridad física, la dignidad o la intimidad.
2. Tienen efectos globales sobre la salud del trabajador.
3. Afectan a la salud mental de los trabajadores, pudiendo producir ansiedad, depresión y otros trastornos mentales.
4. Tienen formas de cobertura legal.

Vallejo (2005), proporciona la clasificación de riesgos psicosociales realizada por Llaneza (2002):

- Estrés.
- Acoso moral o psicológico en el trabajo.
- *Burnout* o síndrome del quemado.
- Acoso sexual.
- Violencia física en el lugar de trabajo.
- Adicción al trabajo.

2.2.1.1. Estrés laboral

Definidos los diferentes factores y riesgos psicosociales, nos centramos a continuación en el estrés laboral, considerado el riesgo psicosocial más importante. La Organización Mundial de la Salud (2004) definió el estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”.

Durán (2010) propone otra definición de estrés laboral, refiriéndose a este como “un desequilibrio percibido entre las demandas laborales y la capacidad de control, aspiraciones de la persona y la realidad de sus condiciones de trabajo, que generan una reacción individual congruente con la percepción de estresores laborales” (p. 76). Basándonos en Bresó (2008) y Dolan et al.

(2005) (citados en Durán, 2010), existen tres factores que intervienen en el proceso de estrés laboral:

1. Recursos personales: son las características propias del trabajador como son sus habilidades, aspiraciones, necesidades, creencias, valores, entre otras.
2. Recursos laborales: características del trabajo que reducen las demandas y sus costes y/o fomentan el crecimiento personal, la consecución de metas, etc.
3. Demandas laborales: características del trabajo que requieren esfuerzo físico y/o emocional y que suponen, por tanto, un coste físico y psicológico.

Alcover de la Hera, Martínez, Rodríguez y Bilbao (2004) explican el estrés como “una reacción del organismo ante las demandas del ambiente” (p. 460). Cuando una persona detecta una discrepancia entre las demandas y los recursos, experimenta estrés. A partir de esta valoración primaria, se ponen en marcha mecanismos de afrontamiento del estrés para hacerlo desaparecer o reducirlo.

En este proceso de restablecimiento del equilibrio, el primer elemento que interviene es la estimación de los recursos de los que dispone la persona. Esto es, según Alcover de la Hera et al. (2004), la valoración secundaria. En función de esta valoración, el individuo concluirá si la experiencia estresante es positiva o negativa. Esta valoración de la persona de su capacidad de afrontamiento, dependerá de características individuales como la fortaleza psicológica, la autoestima, el locus de control o la autoconfianza. Pero, además de las características individuales, también intervienen características propias del contexto de la organización, como la predictibilidad de los estresores, su comprensión y la existencia de apoyo social. Realizada la evaluación de las demandas y los recursos, la persona seleccionará una determinada estrategia de afrontamiento. Tal como afirman Alcover de la Hera et al. (2004), en función de la estrategia se producirán una serie de consecuencias, positivas o negativas, tanto para el individuo como para la organización.

Del Hoyo, para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997), apunta que hay que tener en cuenta que no todas las respuestas que un trabajador genera para hacer frente a las demandas que le exige su trabajo, tienen carácter negativo. Es decir, el estrés no siempre es perjudicial para la salud. En muchas ocasiones la necesidad de responder a las demandas puede mejorar tanto la salud como el rendimiento de un trabajador. Por eso es necesario distinguir entre:

- Eustress: Es el estrés positivo, necesario en nuestra vida ya que ejerce la función de protección del organismo. Se produce cuando los recursos con los que cuenta el individuo son suficientes.

- Distress: o estrés negativo. Se genera cuando la reacción del individuo es excesiva debido a que las demandas son muy intensas o muy prolongadas en el tiempo (recursos insuficientes). Este estrés negativo es el que provoca daños para la salud del trabajador.

El modelo más aceptado y conocido en la investigación de estrés laboral, que explica la influencia de las características del trabajo sobre la salud y el bienestar de los empleados, es el modelo *Demandas-Control* propuesto por Karasek (1979) (citado en López-Araújo y Osca, 2011). Según este modelo, los niveles de estrés laboral dependen de las demandas psicológicas de la tarea y de las posibilidades del trabajador de controlar esas demandas y tomar decisiones, entendiendo las demandas como todas aquellas situaciones que son fuente de estrés (detalladas más adelante) y el control como la posibilidad del trabajador de ejercer influencia sobre sus tareas (Gil-Monte, 2010). La intensidad de las demandas o estresores aumenta si el trabajador percibe que excede sus recursos o capacidad de control. Por tanto, el control frena los efectos de los estresores (López-Araújo y Osca, 2011). Karasek (1979; citado en Peiró, 2001) distingue cuatro posibles situaciones laborales combinando los niveles de demandas y control:

- Nivel de demandas alto y nivel de control bajo: el trabajo sería estresante ya que el trabajador no es capaz de responder a las demandas, por falta de control.
- Nivel alto tanto en demandas como en control: se trataría de un trabajo activo que no tiene por qué ser estresante.
- Si el nivel de demandas y el de control es bajo, será un trabajo muy pasivo.
- Los trabajos con un alto nivel de control pero bajas demandas presentan niveles bajos de estrés.

Posteriormente el modelo pasó a denominarse *Demandas-Control-Apoyo* al introducir Johnson y Hall (1988; citados en Gil-Monte, 2010) una nueva variable, el apoyo social, que amortigua el efecto del estrés laboral sobre la salud. De este modo, los puestos de trabajo con altas demandas, bajo control y bajo apoyo social serían los que tienen más probabilidades de ocasionar problemas para la salud (Gil-Monte, 2010).

Tal como explica Peiró (2001), las experiencias de estrés se producen por una serie de situaciones o estímulos denominados fuentes de estrés o estresores. Como consecuencia, las personas generan una serie de procesos con el objetivo de hacerles frente. Los resultados que la experiencia de estrés provoque sobre cada individuo, dependerán de las capacidades de afrontamiento y control con las que cuenten. Durán (2010) define el estresor como “el agente interno o externo (estímulo) que, producto de factores cognitivos y perceptuales, la persona evalúa y

conceptualiza en términos de las relaciones propias con los eventos, y provoca una respuesta de estrés” (p. 77).

Peiró (1999) (citado en Peiró, 2001) propone una lista de estresores:

- Estresores del ambiente físico: ruido, vibración, iluminación, temperatura, etc.
- Demandas del trabajo: turnos, sobrecarga, exposición a riesgos, etc.
- Contenido del trabajo y características de las tareas: posibilidad de controlar el trabajo, feedback recibido tras la ejecución de las tareas, complejidad del trabajo, etc.
- Desempeño de roles: conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol.
- Relaciones interpersonales y grupales: relaciones con superiores, compañeros, clientes, etc.
- Desarrollo de carrera: inseguridad laboral, cambios en el desempeño de roles, promociones demasiado rápidas, etc.
- Nuevas tecnologías: problemas de diseño, implantación y gestión de las mismas, entre otros.
- Estructura y clima organizacional: poco apoyo social, estructura muy burocrática, excesiva centralización, etc.
- Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida: compatibilidad con la vida familiar, demandas conflictivas entre el trabajo y los roles familiares, etc.

Una forma distinta de clasificar los estresores es la propuesta por Ivancevich y Matteson (1992) y Dolan et al., (2005) (citados por Durán (2010)):

1. Estresores individuales: aspectos personales que influyen en la interpretación y la respuesta al estrés.
 - Cognitivo/afectivo: creencias y valores propios, aspiraciones, personalidad, autoestima, necesidades, etc.
 - Conductuales: habilidades, asertividad, etc.
 - Demográficos: edad, género, educación o estado de salud, entre otros.
2. Estresores del entorno o extraorganizativos: factores políticos, económicos, sociales y familiares que pueden influir en la persona, como la pobreza, el clima, la salud o las crisis económicas.
3. Estresores organizativos:
 - Del ambiente físico: como luz, ruido excesivo, vibraciones, humedad.
 - De nivel individual: tipo de trabajo, sobrecarga de trabajo, responsabilidades.

- De nivel grupal: conflictos y presiones dentro del grupo, reconocimiento del trabajo, apoyo social, relaciones con los compañeros, acoso, etc.
- Supervisión: participación en la toma de decisiones, feedback, exigencias poco claras, cercanía de los supervisores, etc.
- Organizativos: condiciones relativas a la empresa, aspectos temporales de la jornada laboral y del propio trabajo, contenido del trabajo y otros.

Además de estas clasificaciones, Robbins y Judge (2009) proponen la diferenciación entre estresores desafío y estresores de estorbo, considerando los primeros como menos dañinos al producir una tensión menor. Los estresores desafío serían aquellos asociados con la carga de trabajo, la presión para terminar las tareas y la urgencia del tiempo, mientras que los estresores estorbo serían algunos como la confusión en las responsabilidades del trabajo.

Como ya se ha indicado, cuando una persona se encuentra ante una situación estresante pone en marcha diferentes estrategias de afrontamiento, es decir, “un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, para controlar o reducir las demandas internas o externas creadas por una situación estresante” (Peiró, 2001, p. 34). Peiró (2001), propone la siguiente clasificación de dichas estrategias de afrontamiento:

- Las dirigidas a eliminar o controlar los estresores.
- Las dirigidas a modificar la apreciación de los estresores.
- Las que intentan que dichos estresores no incidan negativamente en las respuestas del organismo.

La elección de las estrategias, como se ha indicado con anterioridad, dependerá de la experiencia previa de la persona. Es decir, dependerá del éxito que la aplicación de esas estrategias haya tenido en otras situaciones estresantes.

Alcover de la Hera et al. (2004) hacen referencia a “estrategias de control” y las clasifican según la fase del proceso de estrés a la que están orientadas. De este modo habría tres tipos:

- Dirigidas al control de estresores. Su objetivo es reducir las demandas, aumentar los recursos o equilibrar ambos.
- Orientadas a los procesos de evaluación: que los individuos evalúen la relación demandas/recursos de forma que no se produzca distress, a través del aumento de la autoestima o la reducción del miedo al fracaso, entre otras medidas.

- Centradas en las estrategias de afrontamiento. El objetivo es conseguir que los individuos manejen las consecuencias del estrés negativo.

Cuando las experiencias estresantes no se afrontan con éxito, pueden dar lugar a consecuencias a nivel individual y a nivel organizacional (Durán, 2010):

1. En el ámbito personal:

- Salud física: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, musculares, sudoración, insomnio, alergias, entre otras.
- Salud mental (emocional y cognitiva): frustración, ansiedad, baja autoestima, incapacidad para concentrarse o tomar decisiones, depresión.
- Aspectos conductuales: irritabilidad, mal humor, agresividad, apatía.
- Dimensión social: distanciamiento y dificultades en las relaciones de pareja, con amigos, familiares o compañeros de trabajo.

2. En el ámbito organizativo:

- Disminución de la producción, falta de cooperación entre compañeros, cambios de puesto, aumento de las quejas y los conflictos, mayor absentismo, más accidentes, más errores, bajo rendimiento, mal ambiente de trabajo, menor dedicación, aumento de los costes, entre otras.
- Otros riesgos psicosociales como el acoso moral y la violencia en el trabajo o el síndrome de *burnout*, cuando el estrés se prolonga en el tiempo.

Como se ha visto, el estrés produce consecuencias a nivel individual y a nivel organizacional. Por tanto, para prevenirlas hay que tomar medidas en ambos niveles. Mansilla y Favieres (s.f.) proponen las siguientes:

1. Medidas sobre la organización.

- Modificar la organización del trabajo: Ampliación de tareas, rotación de puestos, proporcionar mayor autonomía, delegar responsabilidades, etc.
- Mejorar el medio ambiente de trabajo: mayor control de los riesgos, mejoras en el ambiente físico (iluminación, temperatura, ruidos, etc.).
- Modificar el espacio: por ejemplo, medidas encaminadas a evitar el aislamiento o hacinamiento.
- Racionalizar el tiempo de trabajo: establecimiento de pausas y descansos acorde con el puesto, horarios flexibles, etc.

- Suministrar información sobre los procesos de trabajo: informar y formar con antelación respecto a los posibles cambios.
- Posibilitar la comunicación formal e informal de los trabajadores.
- Favorecer la participación de los trabajadores en las medidas organizativas, la toma de decisiones o los métodos y procesos de trabajo.

2. Medidas sobre el trabajador.

- Técnicas generales: seguimiento de una dieta adecuada, apoyo social, fomento de la distracción mediante el desarrollo de otras actividades y fomento del buen humor, entre otras.
- Técnicas cognitivas: como la detención de pensamiento.
- Técnicas fisiológicas: relajación muscular o control de la respiración.
- Técnicas conductuales: entrenamiento asertivo y de habilidades sociales, resolución de problemas y técnicas de autocontrol.

Quick (1999; citado en Gil-Monte, 2010), propone un tercer nivel de intervención para la prevención del estrés, centrado en los problemas derivados de la relación entre la familia y el trabajo.

La OMS (Durán, 2010), clasifica las medidas preventivas en tres niveles:

- Prevención primaria: aquella dirigida a aspectos organizacionales y de gestión, aspectos ergonómicos, de diseño ambiental o de la descripción de puestos.
- Prevención secundaria: medidas centradas en la formación y capacitación de los trabajadores a nivel individual y organizacional, como el desarrollo de estrategias para la resolución de problemas o para el manejo de las emociones.
- Prevención terciaria: dirigida a reducir el estrés, desarrollando sistemas de gestión más sensibles, con mayor capacidad de respuesta ante riesgos de carácter psicosocial, así como el aumento de la preocupación y la prestación de servicios de salud en el trabajo.

Estas medidas de intervención de la prevención se aplican en diferentes momentos, desde la inexistencia hasta la presencia de riesgos que afectan a la salud del trabajador. Así, la prevención primaria está orientada al diseño del trabajo y al fomento del apoyo social, la secundaria a la formación para el manejo de situaciones conflictivas, y la terciaria a la rehabilitación y tratamiento de los trabajadores que ya han desarrollado síntomas como consecuencia del estrés (Moreno y Báez, 2010).

Por otra parte, tal como indica Del Hoyo para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) (1997), para realizar una evaluación del estrés, es necesario tener en cuenta los estresores de la organización (condiciones de trabajo), las características individuales que hacen que esos estresores se perciban como amenazas (percepción de los estresores), y los efectos del propio estrés (respuestas y consecuencias). Dada la complejidad del proceso y de los factores que intervienen en el estrés, no se puede utilizar un único instrumento de evaluación. Son necesarios diferentes métodos para evaluar los distintos factores. Algunos de los métodos que se utilizan son:

- Listas de chequeo, para la identificación de los posibles estresores.
- Cuestionarios y escalas sobre el estrés en el lugar de trabajo. Obtiene datos sobre cómo perciben los trabajadores sus condiciones de trabajo.
- Inventarios de características personales. Evalúan estrategias de afrontamiento de estrés.
- Indicadores bioquímicos.
- Indicadores electrofisiológicos.
- Cuestionarios sobre problemas de salud.

2.2.1.2. *Burnout*

Cuando la exposición a niveles altos de distress o estrés negativo se prolonga en el tiempo, una de las posibles consecuencias es la aparición del síndrome de estar quemado o *burnout*. Así lo afirman Alcover de la Hera et al. (2004), que lo definen como “una respuesta prolongada ante la presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales asociados al puesto de trabajo” (p. 466).

A pesar de ser una respuesta al estrés laboral crónico, el burnout no es estrés. Es necesario señalar que existen diferencias importantes entre ambos riesgos psicosociales. Algunas de las características que presentan los trabajadores que sufren estrés laboral son una sobreimplicación en los problemas organizacionales, hiperactividad emocional, consecuencias fisiológicas o agotamiento físico. Además, el eustress puede generar efectos positivos cuando la exposición a los estresores es moderada. Sin embargo, los trabajadores que desarrollan síndrome de *burnout* presentan falta de implicación en la organización, agotamiento emocional, consecuencias no fisiológicas sino de carácter psíquico o falta de motivación y de energía emocional y no agotamiento físico. Por último, el síndrome de estar quemado por el trabajo nunca produce consecuencias positivas, solo tiene efectos negativos (INSHT, 2005).

Según Hernández y Ehrenzweig (2008), la definición más consensuada de *burnout* es considerarlo como “una respuesta al estrés laboral crónico cuando el individuo carece de las

estrategias funcionales de afrontamiento normalmente utilizadas” (p. 129). Freudenberger, en 1974, fue el primer autor que habló del término *burnout*, definiéndolo como “la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral” que surge sobre todo en aquellas personas que se dedican a prestar servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo, tal como recoge Gil-Monte (1991; citado por Ortega y López, 2004) (p.139).

Maslach y Jackson (1986) lo definieron como “una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que lleva a un aislamiento o deshumanización” (citado por Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004; p.506). Estas autoras idearon el instrumento de medida más utilizado en la investigación sobre este síndrome, el denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Las dimensiones principales del *burnout* son las siguientes (Alcover de la Hera et al., 2004):

- Agotamiento emocional: distanciamiento emocional y cognitivo respecto del puesto. El trabajador percibe su incapacidad de dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo.
- Despersonalización: se trata de evitar el trato personalizado de las personas con las que se interactúa en el puesto. Se desarrollan sentimientos y actitudes negativas hacia las personas receptoras del servicio, como es el caso de los pacientes. Es una reacción que trata de reducir la carga de trabajo. En niveles moderados, la despersonalización es una respuesta adaptativa de los profesionales pero, en niveles altos, es cuando se desarrollan esos sentimientos negativos hacia los otros (Albaladejo et al., 2004).
- Falta de realización personal en el trabajo: las personas sienten incapacidad para realizar sus tareas de forma correcta o para observar el posible impacto positivo de su trabajo. Tendencia a valorarse de forma negativa respecto a las habilidades profesionales.

Gil-Monte (2005; citado en Rodríguez, 2012) considera que los sentimientos de culpa son una variable necesaria para explicar la relación entre el *burnout* y algunas de sus consecuencias, detalladas más adelante. La culpa aparece cuando el individuo percibe que incumple una norma moral y es considerada por algunos autores como uno de los síntomas que con más frecuencia genera *burnout* (Gil-Monte y Neveu, 2013).

Las tres dimensiones o síntomas del síndrome de estar quemado en el trabajo, no implican necesariamente la presencia de dicho síndrome. Es necesario atender también al contexto y al proceso de desarrollo de tales síntomas (Rodríguez, 2012).

Edelwich y Brodsky (1980; citados en Mélida, 2014) identifican seis etapas en el desarrollo del síndrome de *burnout*. Existe una etapa inicial de entusiasmo en la que el trabajador se encuentra

estimulado por su profesión y percibe los conflictos como retos a resolver. En segunda instancia, el trabajador pasa una etapa de estancamiento o bloqueo, al darse cuenta de que sus expectativas iniciales no se cumplen, al mismo tiempo que percibe los conflictos como dificultades y no tanto como retos. La tercera etapa es la de frustración, en la que el trabajador se encuentra desilusionado. En este nivel empiezan a surgir síntomas emocionales, físicos y conductuales. La apatía es la cuarta etapa, en la que el trabajador acepta que los conflictos y situaciones no se pueden cambiar, aunque todavía conserva algo de motivación por su trabajo. La quinta etapa es la de distanciamiento. Las dificultades mantenidas en el tiempo, producen un sentimiento de frustración en el trabajador, el cual pierde el interés y la motivación por su trabajo, desarrollando apatía y falta de involucración. La sexta y última es la etapa de *burnout* en la que el trabajador desarrolla los síntomas que componen el síndrome, pudiendo además desarrollar planteamientos de abandonar su puesto de trabajo (Mélida, 2014).

En la literatura existen distintos modelos que explican este proceso de desarrollo y la relación entre los antecedentes y consecuencias de los tres indicadores del *burnout*. Los modelos puedes clasificarse en tres grupos en función del marco en el que se desarrollan (Gil-Monte y Peiró, 1999):

- Teoría sociocognitiva del yo. Estos modelos consideran, por un lado, que las cogniciones de los individuos influyen en sus percepciones y en sus acciones. A su vez, sus acciones y las consecuencias de estas, modifican las cogniciones. Por otro lado, afirman también que la seguridad que los individuos tengan sobre sus capacidades, determina el empeño que estos ponen en la consecución de sus objetivos, así como algunas reacciones emocionales que acompañan a las acciones, como la depresión o el estrés.
- Teorías del intercambio social. Estos modelos proponen que el síndrome de *burnout* surge por la falta de equidad percibida por los individuos, como resultado de un proceso de comparación social de las relaciones interpersonales. Es decir, cuando el sujeto percibe de forma continua que aporta más de lo que recibe a cambio de su implicación personal y su esfuerzo.
- Teoría organizacional. Los antecedentes que proponen estos modelos son las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima. Dan importancia a los estresores organizacionales y a las estrategias de afrontamiento empleadas ante la percepción de estar quemado. Incluyen el síndrome como una respuesta al estrés laboral.

Alcover de la Hera et al. (2004) proponen diferentes variables relacionadas con la aparición del *burnout*:

- Características del puesto: sobrecarga, presiones temporales, falta de control, falta de apoyo social, ausencia de feedback, etc.
- Características ocupacionales.
- Características de la organización.
- Características individuales: baja experiencia laboral, locus de control externo, entre otras.

Gil-Monte y Neveu (2013) explican la aparición del síndrome del quemado a través de tres grupos de antecedentes: los individuales, los profesionales y los organizacionales. Como antecedentes individuales, hay estudios que demuestran que existe relación entre el *burnout* y la falta de resiliencia o entre el agotamiento profesional y algunas dimensiones de la personalidad. Los antecedentes profesionales serían, por ejemplo, problemas de rol (conflicto, ambigüedad y sobrecarga), la presión, la falta de tiempo, la carga emocional, etc. Los antecedentes organizacionales están referidos a características generales de la organización como el contexto social, económico y cultura o el clima organizacional.

Hernández y Ehrenzweig (2008) exponen la perspectiva de los modelos actuales que explican el *burnout*, que consideran el entorno laboral como desencadenante, y las características personales como variables moduladoras. En esta línea, uno de los factores institucionales que evitaría su aparición sería el apoyo social, mientras que otros, como dar servicio a personas difíciles o las malas relaciones con el equipo, favorecerían la aparición de este síndrome (Albaladejo et al., 2004).

Alcover de la Hera et al. (2004), proponen una serie de consecuencias derivadas del *burnout*:

- Consecuencias físicas y emocionales: fatiga, insomnio, depresión, ansiedad, etc.
- Consecuencias para las relaciones interpersonales: a nivel extra organizacional, deterioro de las relaciones sociales y familiares. Dentro de la organización, deterioro de las relaciones con compañeros y clientes.
- Consecuencias actitudinales: por ejemplo, actitudes negativas hacia clientes, hacia el trabajo, hacia la organización o hacia ellos mismos.
- Consecuencias conductuales: abandono de la organización, absentismo, rotación, caída del rendimiento o el consumo de drogas.

Gil-Monte y Neveu (2013) clasifican las consecuencias de forma diferente, existiendo consecuencias individuales, interpersonales y organizacionales. Algunas de las posibles consecuencias individuales son depresión, ansiedad, sentimiento de culpabilidad o baja autoestima, patologías físicas como problemas cardiovasculares, de sueño, musculo-esqueléticos o fatiga, y también alcoholismo, consumo excesivo de café o de estupefacientes. A nivel interpersonal, se puede producir disfunción social, comportamientos antisociales e incluso agresiones y comportamientos violentos con compañeros o clientes. Consecuencias que pueden desarrollarse a nivel profesional y en el ámbito personal y familiar. Las consecuencias del *burnout* para la organización pueden ser pérdida de competitividad, disminución del rendimiento (por absentismo, intenciones de abandono o rotación del personal) o pérdida en la calidad de los servicios, entre otras.

2.2.2. Marco jurídico de los riesgos psicosociales

Molina (2013), en Moreno-Jiménez y Garrosa (2013), establece un esquema del reconocimiento de los riesgos psicosociales en el derecho español.

En primer lugar, y tal como se ha indicado con anterioridad, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), en su Artículo 4.2 define el riesgo laboral como “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”, entendiendo por daño derivado del trabajo (apartado 3 del mismo artículo) “las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

La LPRL, añade una tercera definición importante en el Artículo 4.7, refiriéndose a condición de trabajo como “cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador (...) incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador”.

Además, el Artículo 14.2 de la citada LPRL establece que “el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo” y añade en el Artículo 15.1.g) que el empresario también debe “planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo”.

Aunque estos preceptos no hacen referencia expresa a los riesgos psicosociales, debe entenderse que tales riesgos también están incluidos en la obligación de prevención del empresario, ya que en ningún momento la ley concreta o delimita los tipos de riesgos que deben ser cubiertos.

Por otra parte, el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención, sí recoge en su Anexo VI una especialidad preventiva: la ergonomía y la psicosociología aplicada.

En el Derecho Comunitario Europeo, la referencia normativa es la Directiva Marco 89/391/CEE de 12 de junio de 1989, sobre Salud y Seguridad en el Trabajo. Esta Directiva, tal como establece en su Artículo 1, tiene por objeto “la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo”, estableciendo unos principios generales y líneas de actuación generales, para la aplicación de dichos principios. La citada LPRL, es la trasposición al derecho español de esta Directiva europea.

Respecto al marco legal específico del estrés laboral, la referencia normativa es el Acuerdo Marco Europeo sobre Estrés Laboral de 2004. Los objetivos principales de este acuerdo son:

- Incrementar la sensibilización de empleadores, trabajadores y representantes de los trabajadores acerca del estrés relacionado con el trabajo y poner el foco en los indicadores del problema.
- Proporcionar un marco a empleadores y trabajadores para identificar, prevenir y manejar los problemas del estrés laboral.

Tal como comenta Molina (2013; citado en Moreno-Jiménez y Garrosa (2013), este acuerdo no es una normativa jurídicamente vinculante, sino que se elabora para facilitar la aplicación de la normas ya existentes sobre prevención de riesgos laborales, en la vida cotidiana de las empresas.

2.2.3. Perspectiva de futuro de los riesgos psicosociales

A lo largo de los últimos años se han producido una serie de cambios que han influido en los procesos laborales, originando nuevos riesgos psicosociales que afectan negativamente a la salud de los trabajadores, al aumentar sus niveles de estrés (Gil-Monte, 2010). Son factores externos que las organizaciones deben considerar:

- Cambios económicos, como la globalización de la economía.
- Cambios en los mercados y en las políticas económicas, como la liberalización de mercados.
- Cambios en la legislación: regulación internacional en materia de prevención de riesgos laborales, etc.
- Cambios tecnológicos: innovaciones en las tecnologías de la información y las comunicaciones, procesos de trabajo más informatizados, etc.
- Cambios sociales, como el incremento de la diversidad cultural.

- Cambios demográficos, especialmente el envejecimiento de la población.

En 2007, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, publicó un informe sobre estrés laboral y riesgos psicosociales en el trabajo en el que hacía referencia a estos “riesgos emergentes” producidos por todos los cambios mencionados (Gil-Monte, 2010). Estos nuevos riesgos se agrupan en cinco áreas:

- Nuevas formas de contratación laboral: contratos precarios, subcontratación, inseguridad en el puesto, temporalidad, etc.
- Envejecimiento de la población activa, que supone una mayor vulnerabilidad a la carga mental y emocional que puede producir el trabajo.
- Intensificación del trabajo: manejo de más información bajo una presión mayor.
- Mayores exigencias emocionales en el trabajo e incremento del acoso psicológico y de la violencia, especialmente en el sector de asistencia sanitaria y en los servicios en general.
- Desequilibrio y conflicto entre la vida familiar y laboral, dada la inexistencia de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación y la vida personal.

Todos estos cambios y la existencia de riesgos psicosociales emergentes, producen consecuencias importantes para las organizaciones, que se están viendo obligadas a restructurarse y cambiar los diseños de los procesos, del clima laboral, de los puestos y tareas, de las relaciones internas a la organización, de los roles laborales y de otros muchos aspectos.

Pero esto no sólo afecta a las organizaciones. Es también un reto para las instituciones, al surgir la necesidad de nuevas normativas que regulen todos estos riesgos emergentes que pueden tener consecuencias negativas para la salud de los trabajadores. Por otro lado, estos riesgos deben ser tenidos en cuenta por la Psicología de la Salud Ocupacional que, además de evaluar y estudiar el estrés laboral y sus consecuencias, debe adoptar un papel más proactivo en la producción y fomento de entornos de trabajo más saludables (Gil-Monte, 2010).

3. BURNOUT EN CUIDADORES PROFESIONALES

Uno de los cambios producidos en los últimos años, como ya se ha indicado, es el envejecimiento de la población. Desde el siglo XX, el número de ancianos se ha ido incrementando de manera notoria en España. Según las últimas cifras de población publicadas, a fecha 28 de octubre de 2014, por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 18,2% de la población española tiene 65 años o más. Según el INE, este porcentaje será del 24,9% dentro de quince años (en 2029)

y del 38,7% dentro de cincuenta años (en 2064). De mantenerse esta evolución demográfica, la tasa de dependencia (entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría más de siete puntos, desde el 52,1% actual hasta el 59,2% en 2029. Y en 2064 alcanzaría el 95,6% (INE, 2014). Ante esta situación, lo lógico sería que aumentase del mismo modo el número de profesionales que se dedican al cuidado de este colectivo. Sin embargo, esto no está sucediendo, lo que genera consecuencias muy negativas en la calidad de los servicios de dependencia (Blanco, 2014).

Los trabajadores dedicados al cuidado profesional son el colectivo objeto de estudio del presente trabajo. Se denomina cuidador a “aquella persona que asiste o cuida a otra, afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales” (Flórez y Andeva, 1997; citados en Blanco, 2014; p. 53).

El cuidado puede ser formal o informal. El informal es aquel cuidado proporcionado por familiares o amigos, personas con algún tipo de vinculación afectiva con la persona que recibe el cuidado, que no tienen capacitación profesional, ni reciben una remuneración por sus servicios (Blanco, 2014). El cuidador formal o profesional es definido por Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro (2011) como “aquella persona que, mediante una relación laboral con una institución, asiste a otra persona que necesita ayuda” (p. 62). Blanco (2014), completa la definición estableciendo que son aquellas personas que mantienen un tipo de relación profesional con el anciano, percibiendo por ello una remuneración. En ocasiones, reciben una formación para la atención, como en el caso de terapeutas ocupacionales y personal de enfermería; y en otras no la reciben o si la reciben es de corta duración, tal es el caso de auxiliares y gerocultores, colectivo objeto de estudio del presente trabajo.

Los cuidadores profesionales o formales de personas dependientes, por sus condiciones de trabajo y funciones específicas, son un colectivo muy propenso a presentar estrés (Méndez et al., 2011) y otras dolencias, como síndrome de *burnout*. Los beneficiarios de la ayuda proporcionada por el cuidador tienen necesidades muy diversas, pudiendo padecer cáncer, demencia, lesiones cerebrales, parálisis y otras muchas enfermedades y sintomatologías. Estas personas necesitan al cuidador para realizar tareas cotidianas y básicas como vestirse, comer, asearse e incluso moverse, pero las funciones del cuidador van más allá, deben suponer un punto de apoyo social. Hernández y Ehrenzweig (2008) especifican algunas de las tareas de los cuidadores como bañar a los residentes, asearlos, rasurarlos, vestirlos, cortarles el pelo, trasladarlos, llevarles la comida e incluso darles de comer.

La formación e información proporcionada a los cuidadores suele ser escasa e insuficiente, lo que limita los recursos que tienen para afrontar el estrés. La mayoría empieza a trabajar sin cualificación profesional reglada (Blanco, 2014). Estas condiciones y características específicas de trabajo pueden resultar estresantes para el cuidador debido a la tensión emocional y física que suponen. Algunos de los síntomas derivados del estrés del cuidador pueden ser: sentirse abrumado, cambios en los ciclos de sueño, cansancio, irritabilidad, tristeza, abuso de sustancias como el alcohol o los fármacos, etc. Oliveira, Cruz, Alves y Sayuri (2010; citados en Méndez et al., 2011) afirman que si los altos niveles de estrés se mantienen en el tiempo, el estrés se cronifica, pudiendo provocar la aparición de trastornos físicos y mentales, ya comentados con anterioridad en este trabajo. Es destacable la probabilidad del cuidador, de tener síntomas de depresión o ansiedad.

En un principio, dadas las funciones del cuidador, y aunque su trabajo sea una tarea complicada, se dan sentimientos de satisfacción al contribuir al bienestar de otra persona y al sentirse valioso y necesitado. Incluso es común que se estrechen los lazos afectivos entre ambos. Sin embargo, posteriormente los sentimientos de impotencia de no poder hacer más, la preocupación y la tristeza, pueden pesar más que la propia satisfacción que genera ayudar a las personas (Vieiro y Gómez, 2010; citados en Méndez et al., 2011). En este sentido, Hernández y Ehrenzweig (2008) proponen una serie de estresores específicos de los cuidadores, tales como la sobrecarga percibida de trabajo, tratamiento en condiciones críticas de enfermedad, casos complicados y sin esperanza, falta de tiempo, subutilización de habilidades, ambigüedad por el futuro, falta de autonomía, escasez de recursos humanos y materiales, bajos salarios, etc. Además, hay que añadir la necesidad de este colectivo de atender emocionalmente a las personas a las que cuidan. Son la sobrecarga de trabajo y la escasez de personal, los factores que producen mayores niveles de estrés (Fornés, 1994; citado en Torres, 2010).

Ortega y López (2004), también proponen un listado de estresores específicos de los profesionales que prestan sus servicios en el sector de salud, con notables consecuencias emocionales y laborales:

- Exceso de estimulación aversiva. Deben enfrentarse constantemente al sufrimiento y a la muerte de los pacientes y al dolor por la pérdida de un ser querido que sufren los familiares de los fallecidos.
- Contacto continuado con enfermos, que exige un alto grado de implicación. La falta de control del vínculo que se crea, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (evitación), genera problemas tanto para el cuidador como para el paciente.
- Frustración de no poder curar.

- Proporción muy alta de enfermos a los que atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de emociones propias y de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo muy irregular, debido a la realización de turnos.
- Conflicto y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar (cuidadores, enfermeros, terapeutas, etc.).

En ocasiones, estos estresores y las características personales y del contexto laboral del cuidador, unido a la ausencia de mecanismos de contraste de las situaciones complicadas, pueden generar en éste sentimientos, pensamientos y creencias negativas respecto a sus habilidades y capacidades, respecto a la valoración de la tarea, la consideración de los usuarios, etc. Si ante estos sentimientos, el profesional genera estrategias de evitación de los mismos, se pueden producir conductas totalmente contrarias a su laboral asistencial (Ortega y López, 2004):

- Menor implicación en el trabajo.
- Falta de empatía con el usuario.
- No estar disponible ante las necesidades del usuario.
- Reducir el contacto físico con el usuario.
- Dejar de preocuparse por la vida del paciente.
- Dejar de escuchar al anciano y sus familiares.
- Absentismo y baja laboral.

En definitiva, disminuye la calidad del servicio que presta el cuidador (Gil-Monte y Peiró, 1996; citado en Olivares, Vera y Juárez, 2009).

Además de todo lo anterior, es importante añadir que la mayoría de cuidadores profesionales son mujeres (Blanco, 2014) y las consecuencias producidas por un nivel excesivo de estrés son mayores en el caso de las cuidadoras, que presentan una mayor vulnerabilidad al estrés que los hombres (Barreto, Augusta, Decesaro, Pagliarini y Silva, 2011).

3.1. Estudios sobre burnout en el ámbito sanitario

En los últimos años, el interés de parte de la comunidad científica se ha centrado en analizar los riesgos psicosociales en trabajadores dedicados al cuidado profesional de personas en situación de dependencia. Dado el incremento de personas mayores que necesitan cuidados profesionales y la necesidad, como hemos comentado, de tener en cuenta la posible existencia de *burnout* en los

trabajadores que se encargan de ellos, se han llevado a cabo diferentes estudios dentro y fuera de nuestro país. A continuación, se resumen algunos de los más recientes.

Boada i Grau, de Diego y Agulló (2004) trataron de analizar, por un lado, si determinadas características del puesto (variables del Modelo de las Características del Puesto) podían predecir los niveles de *burnout* y de síntomas psicosomáticos en el trabajo, y por otro, si el clima organizacional era un predictor significativo de esos niveles. Para ello, utilizaron una muestra de 137 individuos de diferentes sectores: trabajadores sociales, profesores no universitarios, policías locales y de gestión de la administración. Tras el estudio, estos autores confirmaron que no existía relación entre el síndrome de *burnout* y la edad, y tampoco con la antigüedad en el trabajo. Concluyeron que, efectivamente, las características del puesto predecían la existencia del síndrome y de algunos síntomas psicosomáticos, siendo la retroalimentación social, la variedad de destrezas, la autonomía y la importancia de las tareas, las que más influían. Así, un exceso de retroalimentación social (información que el trabajador recibe de los compañeros y supervisores) generaba agotamiento, deshumanización y síntomas como tensión, debilitamiento o dolores generales. La percepción de agotamiento también era mayor cuando el puesto exigía una utilización excesiva de habilidades y destrezas. Por el contrario, la autonomía generaría altos niveles de realización personal y, por tanto, dificultaría la aparición del *burnout*. La importancia de las tareas (impacto del trabajo en la vida de los demás) también favorecería la realización personal, del mismo modo que la retroalimentación en el puesto. Por otro lado, estos autores concluyeron que el clima organizacional se asociaba con el *burnout*, en ocasiones de forma positiva y en otras de forma negativa.

También en 2004, Albaladejo et al., publicaron un estudio sobre el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería en el Hospital Clínico Universitario de San Carlos de Madrid, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome en este sector. La muestra estuvo compuesta por 622 profesionales, enfermeros y auxiliares/técnicos, siendo predominante el número de mujeres (89,1%). Analizando los resultados, estos autores encontraron que las mujeres tenían niveles más altos de *burnout* que los hombres. Ocurría lo mismo con los individuos casados y con los profesionales que trabajaban en turno de tarde o con turnos rotatorios. Cuando los trabajadores percibían que su labor no estaba suficientemente reconocida, también obtenían mayores niveles del síndrome de estar quemado.

Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador (2006) en un estudio realizado con una muestra de 265 cuidadores de diferentes residencias geriátricas de las comunidades de Extremadura y Castilla y León, concluyeron que existen características positivas de las personas que permiten resistir el estrés laboral y el *burnout*. Estas características son la

capacidad de acción, la percepción de apoyo organizacional, el orgullo en los logros y la competencia personal (Howard y Johnson, 2004; citados en Menezes de Lucena et al., 2006). En una línea similar, los trabajadores con altos niveles de resiliencia presentarían menor vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo como el síndrome de estar quemado, entendiendo resiliencia como “la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave” (Groberg, 1995; citado en Menezes de Lucena et al., 2006). Es decir, ante una adversidad en el trabajo, los cuidadores más resilientes tendrían la capacidad de sobreponerse, adaptarse y desarrollar emociones positivas presentar mayor compromiso laboral (*engagement*), mientras que los menos resilientes serían más propensos a experimentar emociones negativas y a percibir los riesgos con mayor gravedad (Menezes de Lucena et al., 2006). El *engagement* es “un estado positivo que se caracteriza por energía, implicación y eficacia” (Leiter y Maslach, 1997; citado en Avendaño y Castañeda, 2013) (p.12). Este estado se compone de tres dimensiones: vigor, dedicación y absorción, que generarían consecuencias positivas para el trabajador, tales como satisfacción laboral y personal, compromiso con la organización y enriquecimiento personal.

Hernández y Ehrenzweig (2008) realizaron un estudio con una muestra de 56 trabajadores de una residencia de ancianos de México, con el objetivo de detectar si la carga de trabajo que percibían los cuidadores de ancianos institucionalizados estaba relacionada con la presencia del síndrome de *burnout*, así como detectar las variables que influyen tanto en la sobrecarga como en el *burnout*. Para su realización, utilizaron un cuestionario general para el estudio de variables sociodemográficas y laborales, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y la *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit*. De todos los trabajadores encuestados, el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería fueron los que presentaron mayores niveles de *burnout*. El resto de trabajadores, como médicos y trabajadores sociales, presentaron niveles de *burnout* bajos o nulos y sin sobrecarga del cuidador, probablemente debido a que las relaciones que mantenían con los ancianos eran menos estrechas que en el caso de enfermeros y auxiliares. Por otra parte, concluyeron que sí existía una relación entre la sobrecarga percibida y el nivel de *burnout*. En concreto, las personas con sobrecarga leve sufrían *burnout* elevado.

Méndez et al. (2011) realizaron un estudio comparativo de *burnout* en cuidadores profesionales de ancianos institucionalizados con el objetivo de analizar la situación del *burnout* en este colectivo y conocer la relación entre distintas variables sociofamiliares y el desarrollo de síndrome de estar quemado. La muestra estuvo constituida por 45 cuidadores profesionales de dos residencias de ancianos distintas, una de Barcelona y otra de Murcia, a la que se le aplicó además de

una encuesta diseñada para este colectivo, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Tras el estudio, concluyeron que los cuidadores podrían poner en riesgo su bienestar físico, psicológico y social.

Ríos, Godoy y Sánchez-Meca (2011) publicaron una investigación cuyo objetivo era analizar las variables individuales en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo en una muestra compuesta por 97 profesionales de enfermería, teniendo en cuenta el concepto de “personalidad resistente”, propuesto por Kobasa (1979; citado en Ríos et al., 2011). Se refiere a aquellas personas que no desarrollan ningún trastorno de salud a pesar de estar sometidas a altos niveles de estrés. Así, la “resistencia” sería una protección frente a los estresores, estando constituida por tres dimensiones: compromiso, control y reto. Estos autores concluyeron que existía una relación negativa entre la personalidad resistente y las subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización en el trabajo, según el MBI. También concluyeron que existía una relación positiva y significativa entre el *burnout* y el malestar psicológico, así como una relación negativa entre la personalidad resistente y la frecuencia de síntomas de malestar psíquico.

Existen otros estudios que han analizado el *burnout* en relación a otros aspectos laborales, como la satisfacción en el trabajo. Locke (1976) define la satisfacción laboral como “un estado emocional agradable y positivo resultante de la valoración del trabajo personal o de las experiencias laborales” (citado en Figueiredo, Grau, Gil-Monte y García, 2012) (p. 272). Figueiredo et al. (2012), analizaron la relación entre *burnout* y satisfacción laboral en una muestra de 316 profesionales de enfermería pertenecientes a trece hospitales de la Comunidad de Madrid. Concluyeron que, efectivamente, existía una relación significativa, negativa y bidireccional entre el *burnout* y la satisfacción. El agotamiento emocional y la despersonalización, constituían antecedentes de la satisfacción laboral, mientras que ésta únicamente era un antecedente de la despersonalización. Es decir, existía un proceso cíclico entre ambas variables. En este proceso, la despersonalización funcionaría como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional y la falta de realización personal en el trabajo, generando actitudes negativas del trabajador hacia el paciente, lo que generaría a su vez insatisfacción laboral. Teniendo en cuenta que la satisfacción laboral está relacionada con menores niveles de absentismo, mayor motivación, mayor participación y mayor compromiso con la organización, este estudio demostró que el desarrollo de programas de prevención del *burnout* mejoraría la satisfacción de los trabajadores y, en consecuencia, su calidad de vida laboral y de los propios servicios hospitalarios.

Avendaño y Castañeda (2013) realizaron un estudio en el que analizaron la relación entre *burnout* y *engagement* desde el modelo de Demandas-Recursos, con el objetivo de comprobar si la incongruencia entre demandas y recursos tenía relación con la presencia de *burnout*, y si existía una correlación negativa entre el *engagement* y el *burnout*. El instrumento utilizado para la medición del

síndrome fue el MBI, que se pasó a una muestra de 23 auxiliares de enfermería del área de urgencias del Hospital Universitario Mayor Méderi de Bogotá. El 68% de la muestra tenía un nivel medio de burnout, mientras que el 32% restante se situaba en un nivel bajo. Más concretamente, el nivel medio de burnout predominaba en los turnos de tarde y noche, mientras que en los turnos de mañana predominaba más el nivel bajo. Analizados los datos, las autoras concluyen que no existe una correlación relevante entre *engagement* y *burnout*.

Sánchez (2014) llevó a cabo un estudio con el objetivo de comprobar la prevalencia del síndrome de *burnout* en una muestra compuesta por 86 profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén. El 50% de la muestra presentaron síndrome de *burnout*, si bien se encontró una mayor prevalencia de *burnout* en niveles bajos. Respecto a las variables estudiadas, las únicas que mostraron una relación significativa con el síndrome fueron la edad y la antigüedad en el puesto. Los profesionales más jóvenes tenían más riesgo de padecer *burnout*, siendo un factor protector tener más de 45 años. Autores como Simón (2005; citado en Sánchez, 2014) consideran que esto se debe a que mayor edad y mayor antigüedad en el puesto permiten al profesional tener mayor seguridad en sí mismo y crear mecanismos para regular el estrés. Sánchez (2014) concluye que una antigüedad en el puesto inferior a 8 años está asociada a una mayor prevalencia del síndrome. En relación al resto de variables estudiadas, aunque no tuvieron relación significativa con la presencia del síndrome, encontró que las mujeres presentaban niveles más altos de despersonalización y cansancio emocional, probablemente debido a tener que compatibilizar doble carga de trabajo: vida familiar y vida profesional. Lo mismo sucedía en el caso de los trabajadores casados. Por último, aunque no se alcanzó la significación estadística, se observó que los individuos con contrato fijo, presentaban también mayor despersonalización y cansancio emocional que el resto. Según Carmona (2002; citado en Sánchez, 2014) esto podría deberse a la acumulación del desgaste a lo largo del tiempo.

Así pues, tal y como apunta la literatura previa, los cuidadores profesionales de personas en situación de dependencia, se considerarían un colectivo de riesgo para el desarrollo del *burnout*, debido principalmente a las características de su entorno laboral, a las características de la población a la que van dirigidos sus servicios, a los requerimientos de su actividad etc. Se plantea, por tanto, la necesidad de profundizar en el estudio de este colectivo profesional, y, en este sentido, se plantea el presente Trabajo Fin de Grado.

El objetivo de este estudio es analizar el fenómeno del *burnout* en los trabajadores de la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

La población objeto de estudio fueron los 35 trabajadores de la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite (Zaragoza). Belchite es una población rural situada en la provincia de Zaragoza que, a 1 de enero de 2015, contaba con 1.562 habitantes, según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el 17 de diciembre de 2015. La residencia, propiedad del Ayuntamiento de Belchite, está gestionada desde su apertura en febrero de 2008, por la Fundación Rey Ardid y la empresa Vida a los Años. Dispone de 104 plazas, tanto de carácter privado, como plazas concertadas con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). En la actualidad, el centro cuenta con 70 residentes, en su mayoría, personas con un alto grado de dependencia. Aunque la procedencia de los ancianos es diversa, muchos de ellos son de Belchite y de sus alrededores.¹

Del total de cuestionarios distribuidos, contestaron al mismo 30 personas (tasa de respuesta = 85,75%). De ellas, 29 eran mujeres y 1 hombre. Respecto a la edad, 11 tenían entre 30 y 40 años, 15 entre 41 y 50 años, y 3 más de 50 (1 persona no indicó su edad). En relación al puesto de trabajo, hay 22 auxiliares de geriatría, una enfermera, una terapeuta ocupacional, un cocinero, una pinche de cocina, tres limpiadoras y una persona que no era auxiliar de geriatría pero no especificó su ocupación.

El único criterio de inclusión para participar en el presente estudio fue ser trabajador o trabajadora de la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite en el momento de realización del estudio.

4.2. Instrumentos de evaluación

Todos los trabajadores cumplimentaron un cuestionario diseñado especialmente para la realización de este estudio. Dicho cuestionario incluía preguntas relativas a variables demográficas y variables relacionadas con la situación laboral, además de preguntas específicas para la evaluación del burnout (ver anexos 1 y 2).

En concreto, el instrumento utilizado para evaluar la presencia de síndrome de estar quemado en el trabajo o *burnout* fue el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) elaborado por Maslach y Jackson (1986), y adaptado para muestras españolas (Gil-Monte y Peiró, 1999). Es el cuestionario más utilizado en la evaluación del burnout y permite distinguir una estructura tridimensional del constructo: agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal. Tiene un formato de respuesta tipo Likert, según el cual el individuo indica la frecuencia con la que ha

¹ Memoria de actividades 2012 Residencia de Mayores de Belchite

experimentando el sentimiento que describe cada ítem (0 = Nunca hasta 6 = Todos los días). Este cuestionario consta de 22 ítems, distribuidos en las tres dimensiones antes mencionadas:

- Agotamiento emocional (AE): incluye los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Esta dimensión se corresponde con un sentimiento de hundimiento emocional, la persona se siente vacía e incapaz de asumir emocionalmente cualquier requerimiento de su actividad profesional. La puntuación máxima que se puede alcanzar en esta dimensión es 54 (a mayor puntuación, mayor agotamiento emocional).
- Despersonalización (DP): incluye los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Se refiere a una actitud negativa por parte del trabajador, que lleva pareja un comportamiento poco amistoso, de dureza, intransigencia, frialdad, insensibilidad e incluso crueldad ante los problemas de los demás. La puntuación máxima que se puede alcanzar en esta subescala es 30 (a mayor puntuación, mayor despersonalización).
- Realización Personal en el Trabajo (RP): incluye los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Se refiere a que la persona siente que no puede conseguir nada, que no tiene otra opción que el fracaso. La persona se percibe como alguien totalmente ineficaz en su trabajo e incapaz de mejorar. La puntuación máxima que se puede alcanzar es 49 (a menor puntuación, mayor falta de realización personal).

Bajas puntuaciones en Realización Personal en el trabajo unido a altas puntuaciones en Agotamiento Emocional y Despersonalización indican presencia del síndrome de estar quemado por el trabajo.

La descripción de las variables demográficas y profesionales incluidas en el cuestionario aparece recogida en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de las variables demográficas y laborales incluidas en el cuestionario.

| Variable | Tipo de variable (categoría) | Descripción |
|-------------------------|---|---|
| Edad | Cuantitativa discreta | Edad del individuo |
| Sexo | Cualitativa (Hombre, Mujer) | Sexo del individuo |
| Estado Civil | Cualitativa (Soltero/a, Con pareja, Divorciado/a, Viudo/a) | Estado civil del individuo |
| Nacionalidad | Cualitativa (Española, No española) | Nacionalidad del individuo |
| Nacionalidad Cuál | Cualitativa | País de origen en el caso de no españoles |
| Estudios | Cualitativa (Sin estudios, Graduado escolar, bachillerato, FP I, FP II, Título universitario) | Nivel de estudios del individuo |
| Puesto Actual | Cualitativa (Auxiliar de geriatría, Otro) | Puesto de trabajo del individuo |
| Puesto Concreto | Cualitativa | Puesto de trabajo del individuo en caso de ser distinto a auxiliar de geriatría |
| Antigüedad en el Puesto | Cuantitativa discreta | Antigüedad en el puesto, en años |
| Reducción de Jornada | Cualitativa (Sí, No) | Reducción de jornada |
| Tipo de Contrato | Cualitativa(Indefinido, Temporal) | Tipo de contrato del individuo |

Fuente: elaboración propia

4.3. Procedimiento

El acceso a la muestra se realizó a través de la directora de la residencia Rey Ardid de Belchite, a la que se explicó el objetivo del estudio y se le facilitaron los cuestionarios. Ella misma se encargó de entregarlos a todos los trabajadores y trabajadoras del centro, los cuales participaron en el estudio de forma anónima y voluntaria. Dichos cuestionarios iban acompañados de un texto en el que se presentaba el estudio, se explicaba su objetivo y se solicitaba la participación en el mismo, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos y su utilización únicamente con fines académicos (ver anexo 3).

4.4. Análisis de datos

Para la elaboración de la base de datos y el análisis de los resultados, se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el cuestionario, demográficas y laborales, así como el análisis de las tres dimensiones que componen el MBI (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Posteriormente, se clasificó la muestra en niveles para cada una de las dimensiones, con el objetivo de analizar la presencia del síndrome de burnout. En último lugar, para averiguar la posible existencia de diferencias entre trabajadores, se realizaron comparaciones en base a las variables demográficas (edad, estado civil, estudios y nacionalidad) y a las variables laborales (puesto actual, antigüedad, reducción de jornada y tipo de contrato). Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado, considerando un nivel de significación de $p \leq ,05$.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo

5.1.1. Características demográficas

Las características demográficas de la muestra aparecen descritas en la Tabla 2. Del total de encuestados, el 96,7% son mujeres y el 3,3% hombres. Respecto a la edad, el 58,6% tiene menos de 45 años (media de edad = 42,55 años; D.T. = 6,87). En relación al estado civil, el 10,3% está soltero, el 86,2% casado y el 3,4% divorciado. En cuanto a la nacionalidad, la mayor parte de la muestra, el 83,3%, son españoles, el 13,3% rumanos y el 3,3% dominicanos. En lo referido al nivel de estudios, el 48,3% tienen el graduado escolar, el 27,6% bachillerato, el 10,3% FPI, el 6,9% FP II y el 6,9% restante posee algún título universitario.

Tabla 2. Características demográficas de la muestra.

| | | n | % |
|-------------------|-----------------------|----|------|
| Sexo | Hombre | 1 | 3,3 |
| | Mujer | 29 | 96,7 |
| Edad | <45 años | 18 | 58,6 |
| | ≥ 45 años | 12 | 41,4 |
| Estado civil | Soltero/a | 3 | 10,3 |
| | Casado/a | 25 | 86,2 |
| | Divorciado/divorciada | 1 | 3,4 |
| | Viudo/a | 0 | 0,0 |
| Nacionalidad | España | 25 | 83,3 |
| | Rumanía | 4 | 13,3 |
| | República Dominicana | 1 | 3,3 |
| Nivel de estudios | Sin estudios | 0 | 0,0 |
| | Graduado escolar | 14 | 48,3 |
| | Bachillerato | 8 | 27,6 |
| | FP I | 3 | 10,3 |
| | FP II | 2 | 6,9 |
| | Título universitario | 2 | 6,9 |

Fuente: elaboración propia

5.1.2. Características laborales

En la Tabla 3 se describen las características laborales de los participantes. La mayor parte de los individuos encuestados (73,3%) ocupan el puesto de auxiliar de geriatría, seguidos del 10% que forman parte del personal de limpieza. La frecuencia de otros puestos de trabajo es menor. La mitad de la muestra (50%), tiene una antigüedad de 8 años en el puesto, el 3,6% de 4 años, el 14,3% de 6 años y el 32,1% restante tiene una antigüedad de 7 años, siendo la media obtenida de 7,25 años (D.T. = 0,97). En relación a la duración de la jornada laboral, el 26,7% afirma que tiene reducción de jornada, mientras que el 73,3% trabajada a jornada completa. Por último, respecto al tipo de contrato, el 90% de la muestra tiene un contrato de carácter indefinido y el 10% restante, está contratado de forma temporal.

Tabla 3. Características laborales de la muestra

| | | n | % |
|-------------------------|-----------------------|----|------|
| Puesto de trabajo | Auxiliar de geriatría | 22 | 73,3 |
| | Cocinero | 1 | 3,3 |
| | Enfermera | 1 | 3,3 |
| | Personal de limpieza | 3 | 10 |
| | Pinche de cocina | 1 | 3,3 |
| | Terapeuta ocupacional | 1 | 3,3 |
| | Otro | 1 | 3,3 |
| Antigüedad en el puesto | 4 años | 1 | 3,6 |
| | 6 años | 4 | 14,3 |
| | 7 años | 9 | 32,1 |
| | 8 años | 14 | 50 |
| Reducción de jornada | Sí | 8 | 26,7 |
| | No | 22 | 73,3 |
| Tipo de contrato | Indefinido | 27 | 90 |
| | Temporal | 3 | 10 |

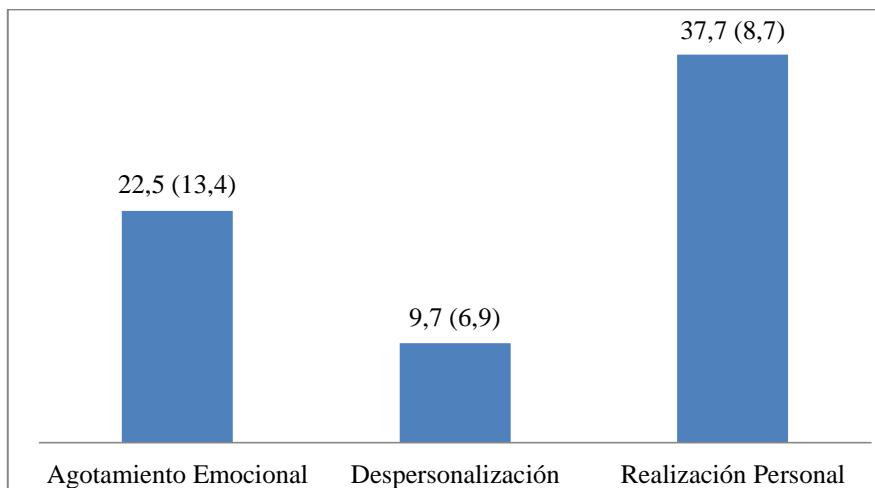
Fuente: elaboración propia

5. 2. Análisis de la información obtenida con el MBI

Analizando los resultados obtenidos con el MBI, observamos que la puntuación media total de los cuestionarios es de 69,2 (D.T. = 16,08).

Como se ha explicado con anterioridad, el MBI permite obtener, para cada individuo que ha participado en el estudio, una puntuación en cada una de las tres dimensiones del *burnout*: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo, cuyas puntuaciones medias pueden observarse en la Figura 1.

Figura 1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) en las tres dimensiones del MBI.



Fuente: elaboración propia

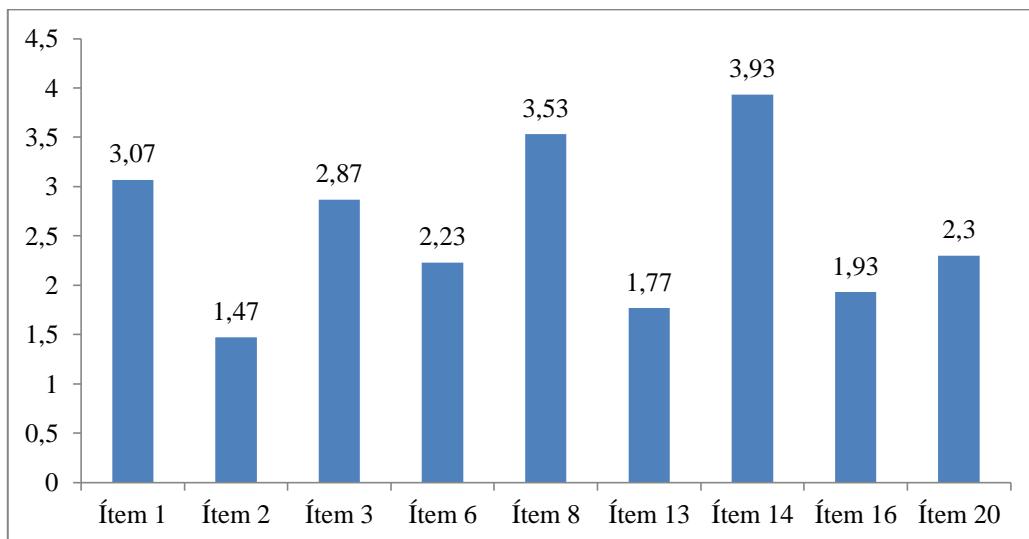
5.2.1. Análisis de las tres dimensiones de burnout

5.2.1.1. Agotamiento Emocional

La dimensión Agotamiento Emocional está compuesta por nueve ítems (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del cuestionario) relacionados con la percepción que el individuo tiene de ser incapaz de dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, en su puesto de trabajo. La puntuación media de esta dimensión (Figura 1) fue de 22,53 (D.T. = 13,37) en un posible rango de 0 a 54. Cuanto mayor es la puntuación, más posibilidades tiene el individuo de sufrir *burnout*.

Analizando cada uno de los ítems que conforman esta dimensión del síndrome del quemado (Figura 2), el más destacado es el referido al sentimiento de que trabajan demasiado (ítem 14). La afirmación con menor puntuación media es la referida al sentimiento de vacío al terminar la jornada de trabajo (ítem 2).

Figura 2. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems correspondientes a la dimensión Agotamiento Emocional.



Fuente: elaboración propia

0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos; 2 = Una vez al año o menos; 3 = Unas pocas veces al mes; 4 = Una vez a la semana; 5 = Pocas veces a la semana; 6 = Todos los días

Ítem 1: “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”

Ítem 2: “Me siento vacío al final de la jornada de trabajo”

Ítem 3: “Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo”

Ítem 6: “Siento que trabajar todo el día con gente me cansa”

Ítem 8: “Siento que mi trabajo me está desgastando”

Ítem 13: “Me siento frustrado en mi trabajo”

Ítem 14: “Creo que estoy trabajando demasiado”

Ítem 16: “Trabajar directamente con personas me produce estrés”

Ítem 20: “Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades”

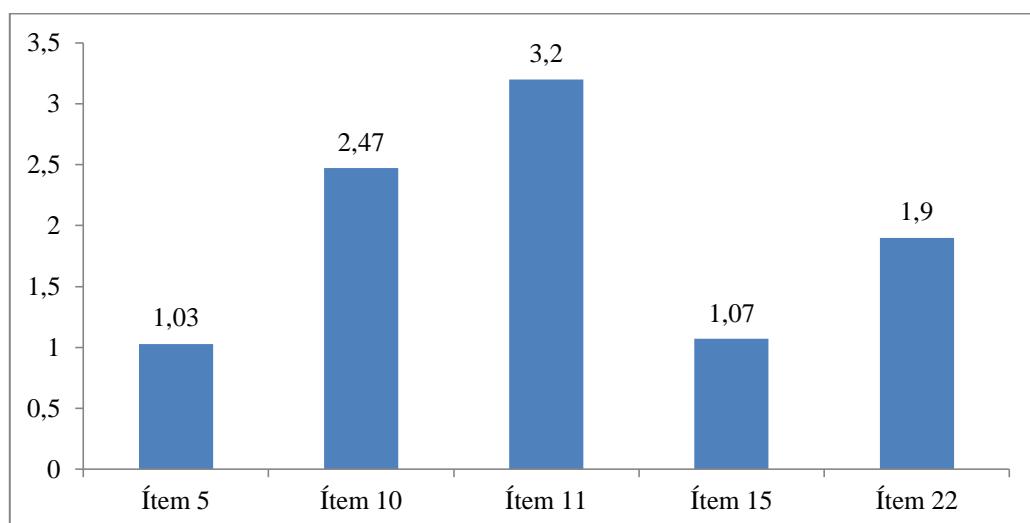
5.2.1.2. Despersonalización

Los ítems que componen la dimensión Despersonalización son cinco (ítems 5, 10, 11, 15 y 22) y hacen referencia a los sentimientos negativos que puede desarrollar un trabajador con *burnout* hacia las personas receptoras del servicio prestado y a la conducta de evitación del trato personalizado y cercano. La puntuación media en esta dimensión (gráfico 1) fue de 9,66 (D.T. = 6,91), en un rango de 0 a 30. Del mismo modo que en la dimensión Agotamiento Emocional, cuanto mayor es la puntuación de despersonalización, más desfavorable es la situación para el trabajador.

Cuando se analizan los ítems de esta dimensión de forma aislada (Figura 3), se observa que el más destacado hace referencia a sentir que el trabajo está endureciendo al individuo emocionalmente (ítem 11). Mientras, los ítems con menor puntuación media son el referido a tratar

a los ancianos como si fueran objetos (ítem 5) y el de falta de preocupación por lo que les pueda ocurrir a los ancianos (ítem 15).

Figura 3. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems correspondientes a la dimensión Despersonalización.



Fuente: elaboración propia

0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos; 2 = Una vez al año o menos; 3 = Unas pocas veces al mes; 4 = Una vez a la semana; 5 = Pocas veces a la semana; 6 = Todos los días

Ítem 5: “Creo que trato a algunos ancianos como si fuese objetos impersonales”

Ítem 10: “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión”

Ítem 11: “Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente”

Ítem 15: “Siento que realmente no me preocupa lo que les ocurra a algunos ancianos”

Ítem 22: “Creo que los ancianos que trato me culpan de algunos de sus problemas”

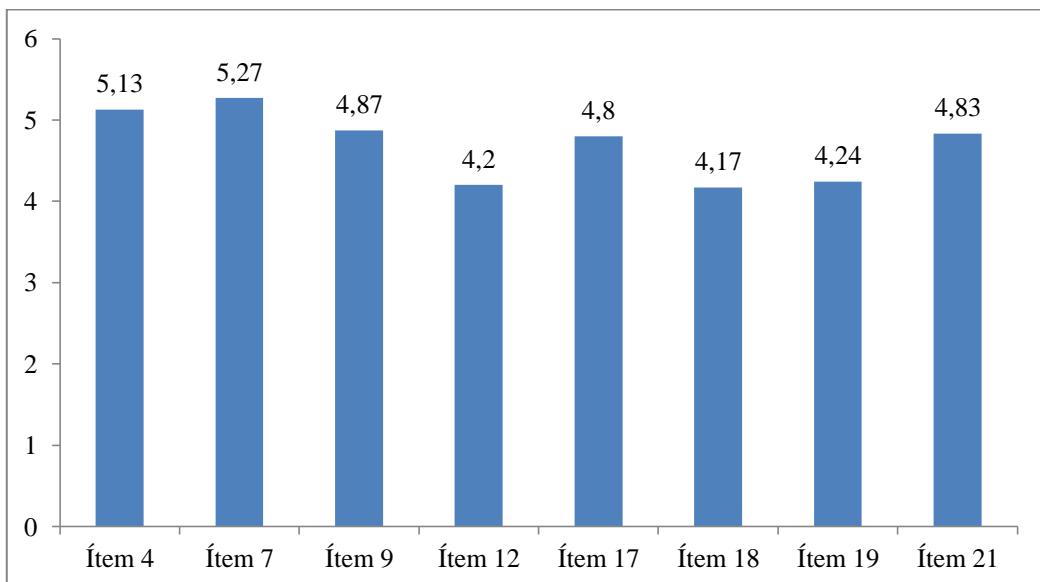
5.2.1.3. Realización Personal en el Trabajo

Por último, la tercera dimensión que mide el MBI es la Realización Personal compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Estos ítems, formulados en sentido positivo en el cuestionario, hacen referencia a la capacidad de desarrollar el trabajo de forma correcta y de producir un impacto positivo en las personas receptoras del servicio proporcionado, en este caso los ancianos. La puntuación media obtenida en esta dimensión fue de 37,66 (D.T. = 8,67) (gráfico 1), en un rango de 0 a 48. Es necesario señalar que a diferencia de las otras dos dimensiones del síndrome, mayores puntuaciones en Realización Personal suponen una situación más favorable para el individuo, es decir, menor probabilidad de sufrir *burnout*.

Analizando separadamente los ítems que componen esta dimensión (Figura 4), no se observa gran diferencia entre las puntuaciones medias de cada uno de ellos, que son generalmente altas. El

ítem más destacado sería el 7, referido a la afirmación positiva de la capacidad de tratar de forma eficaz los problemas de los ancianos.

Figura 4. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems correspondientes a la dimensión Realización personal.



Fuente: elaboración propia

0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos; 2 = Una vez al año o menos; 3 = Unas pocas veces al mes; 4 = Una vez a la semana; 5 = Pocas veces a la semana; 6 = Todos los días

Ítem 4: “Siento que comprendo fácilmente cómo se sienten los ancianos”

Ítem 7: “Trato muy eficazmente los problemas de los ancianos”

Ítem 9: “Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas”

Ítem 12: “Me siento con mucha energía en mi trabajo”

Ítem 17: “Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con los ancianos”

Ítem 18: “Me siento estimulado después de trabajar en contacto con los ancianos”

Ítem 19: “He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión”

Ítem 21: “En mi trabajo, trato los problemas emocionales de forma adecuada”

5.3. Clasificación de la muestra por niveles para las tres dimensiones del MBI

Un segundo paso en el análisis de los datos obtenidos con el MBI fue clasificar la muestra por niveles para las tres dimensiones del síndrome. Cada una de ellas se categorizó en tres niveles: bajo, medio y alto, siguiendo el criterio de puntuaciones establecido (Tabla 4), acorde a la clasificación en muestras originales españolas (TEA ediciones, citado en Solano, Hernández, Vizcaya y Reig, 2002).

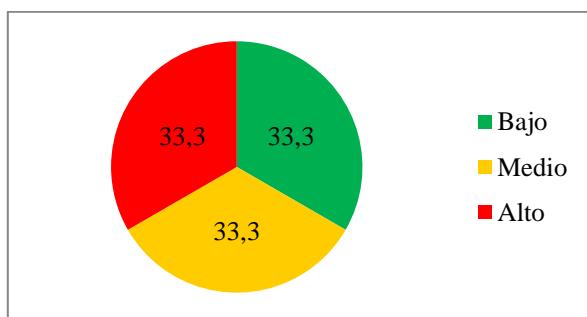
Tabla 4. Categorización de las tres dimensiones del MBI en niveles según puntuaciones obtenidas.

| | Bajo | Medio | Alto |
|------------------------------|------|-------|------|
| Agotamiento Emocional | < 15 | 15-24 | >24 |
| Despersonalización | <4 | 4-9 | >9 |
| Realización Personal | <33 | 33-39 | >39 |

Fuente: elaboración propia a partir de Solano et al. (2002).

En relación con la dimensión Agotamiento Emocional, tras la categorización se observa que la proporción de individuos de la muestra es idéntica para los tres niveles. Es decir, uno de cada tres trabajadores de la residencia obtuvo puntuaciones medias o altas en Agotamiento Emocional (Figura 5).

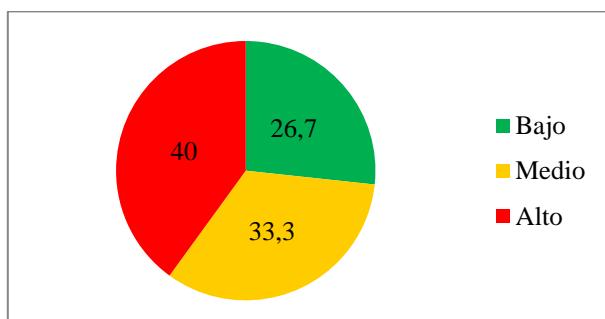
Figura 5. Categorización por niveles de la dimensión Agotamiento Emocional (%).



Fuente: elaboración propia

Al analizar la dimensión Despersonalización, se observa que más del 70% de los individuos obtienen puntuaciones medias o altas en esta dimensión (Figura 6).

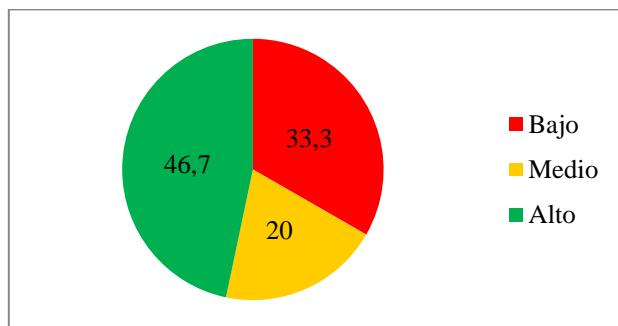
Figura 6. Categorización por niveles de la dimensión Despersonalización (%).



Fuente: elaboración propia

Por último, los resultados obtenidos en la dimensión Realización Personal muestran que una parte importante de la muestra se sitúa en el nivel alto en esta dimensión (46,7%). Este dato es positivo ya que como se ha explicado con anterioridad, cuanto mayor es la puntuación obtenida en esta dimensión, menor es la posibilidad de padecer *burnout* (Figura 7).

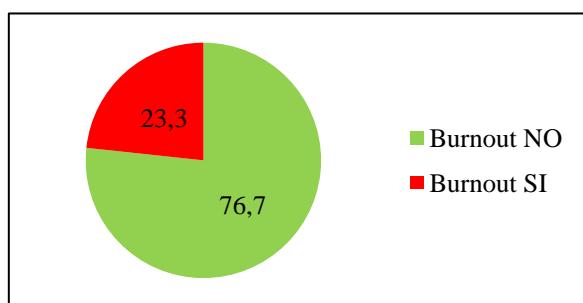
Figura 7. Categorización por niveles de la dimensión Realización Personal (%).



Fuente: elaboración propia

Según el MBI, y tal como se ha comentado con anterioridad, se considera que un individuo ha desarrollado *burnout* cuando presenta altas puntuaciones en las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización y baja puntuación en la dimensión Realización Personal en el Trabajo. Tras la categorización por niveles de las tres dimensiones del MBI, se observa que el 33,3% de la muestra presenta puntuaciones altas en Agotamiento Emocional; un 40%, puntuaciones altas en Despersonalización; y un 33,3% de la muestra puntuó bajo en Realización Personal. Si tenemos en cuenta estos datos de manera absoluta, 7 individuos de 30 encuestados puntuaron alto en Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajo en Realización Personal. Es decir, un 23,3% de la muestra presentaría *burnout* según el MBI (Figura 8).

Figura 8. Distribución de la muestra según presenten o no *burnout* (%).



Fuente: elaboración propia.

5.4. Comparación por grupos en función de variables demográficas y laborales

El último paso en el análisis de los datos fue comparar a los trabajadores de la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite con y sin *burnout*, en función de las variables demográficas (edad, estado civil, estudios, nacionalidad) y las variables laborales (puesto actual, antigüedad, reducción de jornada, tipo de contrato) que se utilizaron en este estudio (Tablas 5 y 6). La variable demográfica sexo, no se utilizó en las comparaciones al haber únicamente un hombre en el total de la muestra.

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables, ni demográficas ni laborales ($p > ,05$). No obstante, en la variable estudios, se rozó la significación estadística ($p = ,07$), encontrándose con que la mayoría de los trabajadores con *burnout* tienen estudios básicos.

Tabla 5. Comparación de la muestra según tengan o no *burnout*, respecto a variables demográficas.

| | Burnout SI n (%) | Burnout NO n (%) | χ^2 | p |
|--------------|---------------------|---------------------|----------|-------|
| Edad | | | 0,01 | 0,927 |
| < 45 años | 4 (57,1) | 13 (59,1) | | |
| ≥ 45 años | 3 (42,9) | 9 (40,9) | | |
| Estado Civil | | | 0,46 | 0,796 |
| Soltero | 1 (14,3) | 2 (9,1) | | |
| Con Pareja | 6 (85,7) | 19 (86,4) | | |
| Divorciado | 0 (0,0) | 1 (4,5) | | |
| Estudios | | | 5,31 | 0,07 |
| Básicos | 6 (85,7) | 8 (36,4) | | |
| Medios | 1 (14,3) | 10 (45,5) | | |
| Superiores | 0 (0,0) | 4 (18,2) | | |
| Nacionalidad | | | 1,83 | 0,177 |
| Española | 7 (100) | 18 (78,3) | | |
| No española | 0 (0,0) | 5 (21,7) | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Comparación de la muestra según tengan o no *burnout*, respecto a variables laborales.

| | <i>Burnout</i> SI n (%) | <i>Burnout</i> NO n (%) | χ^2 | p |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|-------|
| Puesto Actual | | | 0,02 | 0,896 |
| Auxiliar de Geriatría | 5 (71,4) | 17 (73,9) | | |
| Otro | 2 (28,6) | 6 (26,1) | | |
| Antigüedad | | | 0,4 | 0,526 |
| < 8 años | 3 (42,9) | 13 (56,5) | | |
| ≥ 8 años | 4 (57,1) | 10 (43,5) | | |
| Reducción de Jornada | | | 0,02 | 0,896 |
| Sí | 2 (28,6) | 6 (26,1) | | |
| No | 5 (71,4) | 17 (73,9) | | |
| Tipo de Contrato | | | 0,19 | 0,666 |
| Indefinido | 6 (85,7) | 21 (91,3) | | |
| Temporal | 1 (14,3) | 2 (8,7) | | |

Fuente: elaboración propia

6. DISCUSIÓN

Este Trabajo Fin de Grado tenía como objetivo analizar el *burnout* en la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite (Zaragoza). Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo en el que participaron la mayor parte de los trabajadores de este centro (85,75%).

El estudio arroja un dato importante: el 23,3% de la muestra, presenta síndrome de estar quemado por el trabajo. Concretamente 7 de los 30 encuestados han desarrollado *burnout*. Al analizar los resultados obtenidos a través del MBI, la puntuación media de la dimensión Agotamiento Emocional se aproxima a un nivel alto, según la clasificación de Solano et al. (2002). Si se observa ítem a ítem, el sentimiento más común entre las trabajadoras es la creencia de que trabajan demasiado. Otros ítems que también tienen puntuaciones altas son, sentir que el trabajo les desgasta, sentir agotamiento emocional y sentir fatiga al pensar en tener que afrontar otro día de

trabajo. Sin embargo, otros ítems como el sentimiento de vacío o la frustración en el trabajo, no son destacables.

Respecto a los resultados obtenidos para la dimensión Realización Personal en el trabajo, también con una puntuación media-alta, se observa que generalmente los encuestados sienten que comprenden con facilidad y tratan de manera eficaz los problemas de los ancianos y sus sentimientos, y creen que su trabajo influye positivamente en la vida de los residentes.

Por último, los datos obtenidos en la dimensión Despersonalización son más negativos, situándose la media en niveles altos. Los individuos sienten preocupación porque el trabajo les esté endureciendo emocionalmente y consideran que son más insensibles con las personas desde que ocupan ese puesto de trabajo. Sin embargo, generalmente no consideran que traten a los ancianos de forma impersonal, ni que estén despreocupados por lo que les pueda ocurrir a los residentes. Para autores como Golembiewsky (1986; citado en Vinaccia y Alvaran, 2004) el síndrome comienza con la aparición de síntomas de despersonalización y, como consecuencia, comienzan a aparecer sentimientos de baja realización personal, llegando a producirse agotamiento emocional en el trabajo. Por tanto, dado los altos niveles de despersonalización que se detectaron, es posible que en un futuro, haya más individuos que desarrollen *burnout*.

Tras este análisis se observa que en general, no se presentan problemas de incapacidad emocional para asumir determinados requerimientos propios de su actividad, como puede ser la muerte de algún anciano o tener que lidiar con las dolencias de los residentes. Además, la mayoría de individuos de la muestra se sienten realizados por la labor que llevan a cabo día a día y afirman que su trabajo tiene un impacto positivo en la vida de otras personas. Los altos niveles de despersonalización detectados en esta muestra, probablemente hayan surgido como una estrategia para hacer frente a los estresores inherentes al puesto y a la intensidad del trabajo. Por ello, podríamos pensar que el agotamiento que manifiestan algunas trabajadoras podría deberse más al aspecto físico, debido al cansancio u otras dolencias como hernias, sobrecarga muscular, etc. Determinados aspectos propios de esta residencia, pueden estar provocando estrés y cansancio físico que dan lugar a que algunas personas se sientan quemadas. Es decir, el *burnout* habría aparecido como respuesta al agotamiento físico.

Tal y como se ha comentado con anterioridad, algunos de los estresores específicos de los cuidadores profesionales son la falta de personal o la sobrecarga percibida de trabajo. Este centro residencial no es una excepción. En determinadas ocasiones, la cantidad de trabajadores es insuficiente en relación al número de ancianos, pudiendo darse ocasionalmente una ratio de 65 ancianos o más, frente a 5 o 6 cuidadoras. La gran variedad de tareas asociadas al puesto del cuidador y la falta de recursos humanos y de recursos técnicos, hace que los trabajadores puedan

sentirse desbordados y sobrecargados de trabajo con frecuencia. Algunas de las consecuencias de esta situación de sobrecarga y agotamiento pueden ser el aumento del número de bajas laborales, sobre todo por problemas músculo-esqueléticos, menor implicación en el trabajo o falta de empatía con los ancianos, entre otras. En definitiva, pérdida en la calidad del servicio prestado.

Ante esta situación, con el objetivo de hacer frente a los casos de *burnout* que ya existen y de prevenir el desarrollo de otros nuevos, sería de gran utilidad contar con más personal. Una opción podría ser la existencia de un profesional de apoyo, sin tareas fijas asignadas, que ayudase a las cuidadoras en aquellos momentos críticos del día y con mayor carga de trabajo, como en el momento de levantar, asear, vestir y dar de desayunar a todos los ancianos. Adicionalmente, se podría dotar al centro residencial de unos recursos técnicos adecuados, como grúas u otras herramientas, que permitan a los cuidadores desarrollar, de una forma más sencilla y menos perjudicial para su salud, las tareas más duras y complicadas a nivel físico, como levantar y acostar a los ancianos, o ayudarlos durante el aseo. Además, podría ser también de utilidad conocer las nociones clave sobre ergonomía e higiene postural, dados los requerimientos físicos del puesto. Así mismo, para reducir los niveles de despersonalización, sería positivo, tal y como proponen Hernández y Ehrenzweig (2008), formar e informar a los trabajadores sobre lo que supone el envejecimiento desde el punto de vista biológico y psicológico, es decir, dotarles de herramientas y conocimientos sobre las particularidades clínicas y patológicas de la salud física y el comportamiento de los ancianos.

Algunas trabajadoras, ante el desarrollo de las mismas tareas y funciones, cuentan con recursos individuales que les facilitan afrontar los estresores implícitos en sus tareas. Menezes de Lucena et al. (2006) afirman que existen características positivas de las personas que pueden protegerlas contra situaciones estresantes, como son la capacidad de acción o la percepción de apoyo organizacional. En esta línea, es posible que estas trabajadoras perciban un gran apoyo del entorno, por las características y localización del centro de trabajo. La mayor parte de las trabajadoras y de los ancianos proceden de Belchite, el pequeño municipio donde se localiza la residencia, por lo que las relaciones que existen entre compañeras y con los ancianos y sus familias, suelen ser muy cercanas. En ocasiones, incluso les unen lazos familiares y de amistad. Esta circunstancia hace que las personas del entorno muestren un gran reconocimiento por la labor que realizan. Además de la percepción de apoyo, podrían existir otros factores que protegerían a las trabajadoras frente al desarrollo del *burnout*. La mayoría de ellas tiene un contrato indefinido y lleva trabajando en la residencia desde su apertura en 2008, con una antigüedad en el puesto de entre 7 y 8 años. Esta estabilidad y especialmente, la antigüedad, son aspectos que permiten que el

profesional pueda crear mecanismos para la regulación del estrés (Simón, 2005; citado en Sánchez, 2014).

Aunque no se alcanzó la significación estadística requerida, los datos parecen apuntar que el nivel de estudios se relacionaría con el burnout, siendo las personas con un mayor nivel educativo las que menos burnout presentarían. En esta línea, otro dato destacable es que todas las personas que han desarrollado el síndrome tienen nacionalidad española.

En cualquier caso, el presente trabajo no está exento de limitaciones. La primera y más importante es el tipo y el tamaño de la muestra, procedente de un núcleo rural, lo que restringe significativamente la generalización de los resultados a otro tipo de profesionales que desarrollan su labor en residencias urbanas. No obstante, es necesario señalar la elevada participación de los trabajadores. El tamaño muestral ha podido repercutir de manera importante en que no se hayan encontrado diferencias significativas en función de variables demográficas y laborales. Por último, la propia naturaleza transversal del estudio impide conocer la evolución del *burnout* en estos trabajadores. En este sentido, sería interesante poder llevar a cabo una nueva medición del *burnout* en un momento temporal posterior para analizar la situación de los trabajadores que ya han desarrollado el síndrome y para comprobar si aquellos que, en el momento de realización de este estudio, estaban en riesgo de desarrollarlo han visto empeorar su situación. Así mismo, habría sido interesante haber podido administrar algún cuestionario adicional para evaluar aspectos antecedentes del *burnout* como el exceso de demandas y la falta de recursos, la ambigüedad y el conflicto de rol o la personalidad. Sin embargo, las dificultades para acceder a la muestra y la administración del cuestionario, han impedido una evaluación mucho más exhaustiva de este fenómeno y sus antecedentes y consecuentes.

7. CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente Trabajo Fin de Grado era evaluar el *burnout* en la residencia de ancianos Rey Ardid de Belchite. Tras la realización del estudio, cabe afirmar que existe un número notable de personas que ha desarrollado el síndrome del quemado, teniendo en cuenta el tamaño de la plantilla. A pesar de no haber detectado con claridad las causas de esta situación, el estudio arroja la necesidad de mejoras técnicas y organizativas, que limiten la carga física de trabajo y que permitan no solo hacer desaparecer los casos de burnout existentes, sino también prevenir el desarrollo de otros nuevos. Aun con sus limitaciones, este trabajo podría ser un punto de partida de un estudio más profundo que permitiese implantar mejoras en este centro residencial.

Finalmente, si consideramos los resultados obtenidos y la revisión de la literatura previa, vemos que los cambios producidos en los últimos años a nivel económico, social, laboral y especialmente, en la organización del trabajo, están teniendo consecuencias negativas tanto en la salud de los trabajadores como en la calidad de los servicios prestados por las organizaciones. Ante esta situación, se ha incrementado la preocupación por los riesgos psicosociales y, en consecuencia, ha aumentado también la investigación en este ámbito, en una constante búsqueda de las causas y consecuencias que estos riesgos pueden provocar. Se trata de un reto para las organizaciones, en las que surge la necesidad de hacer restructuraciones, cambios en el diseño de los procesos o de las relaciones interpersonales dentro de la organización, pero también un reto para las instituciones, cuya implicación en esta problemática es fundamental. Son necesarias normativas que regulen e incluyan los riesgos psicosociales como un elemento más de la prevención, con la misma importancia que el resto de riesgos laborales. Esta necesidad es todavía mayor en algunos sectores con mayor vulnerabilidad a los riesgos psicosociales, como es el caso del sector sanitario, objeto de estudio de este trabajo. En este caso, el esfuerzo debe centrarse en una línea de investigación que busque, no solo evaluar las causas y consecuencias del estrés o el *burnout*, sino también ser proactivos en la producción de entornos de trabajo más saludables, que eviten el desarrollo de estos riesgos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Alcover de la Hera, C. M., Martínez, D., Rodríguez, F. y Bilbao, D. (2004). *Introducción a la psicología del trabajo*. España: Editorial Mc Graw Hill.
- Avendaño, D. M. y Castañeda, J. P. (2013). *Síndrome Burnout y Engagement, desde el Modelo Demandas-Recursos, en auxiliares de enfermería del área de Urgencias, del Hospital Universitario Méderi-Barrios Unidos*. Universidad del Rosario: Trabajo de grado. Recuperado de
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4463/10184374332013.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Barreto, J., Augusta, M., Decesaro, M., Pagliarini, M. A. y Silva, S. (2011). Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario. *Salud Mental*, 34, 129-138.
- Blanco, J. (2014). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en gerocultoras y docentes: Evaluación, prevalencia y proceso de desarrollo*. Universidad de Valencia: Tesis Doctoral. Recuperado de
<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/36210/TESIS%20SQT%20Jos%C3%A9A9%20Blanco%20Ezquerro.pdf?sequence=1>
- Boada i Grau, J., de Diego, R. y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.
- Del Hoyo, M. A. (1997). *Estrés laboral. Documentos divulgativos*. Recuperado de
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Fichero%20pdf/Estres%20laboral.pdf>
- Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Diario oficial de las Comunidades Europeas, 29 de junio de 1989.
- Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1, 71-84.

- Figueiredo, H., Grau, E., Gil-Monte, P. y García, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24, 271-276.
- Gil-Monte, P. R. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Información Psicológica*, 100, 68-83.
- Gil-Monte, P. y Neveu, J.P. (2013). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). En B. Moreno y H. Garrosa, *Salud laboral: Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 155-175). Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15, 261-268.
- Grupo Rey Ardid (2012). *Memoria de actividades 2012, residencia de mayores de Belchite*. Grupo Rey Ardid.
- Hernández, Z. E. y Ehrenzweig, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 127-142.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Proyección de la Población de España 2014–2064 (Notas de Prensa)*. Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Detalle municipal*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2907>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2005). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención* (Nota Técnica de Prevención 705). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín oficial del Estado, Madrid, España, 10 de noviembre de 1995.
- López-Araújo, B. y Osca, A. (2011). El papel del modelo Demandas-control-Apoyo en la salud de trabajadores de la construcción. *Psicothema*, 23, 119-125.
- Mansilla, F., y Favieres, A. (s. f.). *Factores de riesgo psicosocial en el trabajo*. Recuperado de <http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/RiesgosPSICOSOCIALES.pdf>
- Mélida, L. (2014). *El síndrome de burnout en el personal de enfermería de residencias de ancianos*. Universidad de Zaragoza: Trabajo Fin de Máster. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/18154/files/TAZ-TFM-2014-956.pdf>

- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. P. y Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1, 61-70.
- Menezes de Lucena, V.A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.
- Molina, C. (2013). La legislación sobre riesgos psicosociales: una perspectiva española y europea. En B. Moreno y H. Garrosa, *Salud laboral: Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 279-292). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Universidad Autónoma de Madrid.
- Moreno, B. y Garrosa, H. (2013). *Salud laboral: Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, V. E., Vera, A. y Juárez, A. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 11, 63-71.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales*. Serie Protección de la salud de los trabajadores nº 3. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Peiró, J. M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Investigación Administrativa*, 30, 31-40.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención. Boletín oficial del Estado, Madrid, España, 31 de enero de 1997.
- Ríos, M. I., Godoy, C. y Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*, 27, 71-79.

- Robbins, S. P. y Jugde, T. A. (2009). *Comportamiento organizacional* (13^a ed.) México: Pearson, Prentice Hall.
- Rodríguez, M. (2009). Factores Psicosociales de Riesgo Laboral: ¿Nuevos tiempos, nuevos riesgos? *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, 2, 127-141.
- Rodríguez, D. (2012). *Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos*. Universidad de Coruña: Trabajo Fin de Master. Recuperado de
http://ruc.udc.es/bitstream/2183/9972/2/RodriguezVeiga_David_TFM_2012.pdf
- Sánchez, S. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén. *Enfermería del Trabajo*, 4, 115-125.
- Solano, M.C., Hernández, P, Vizcaya, M.F. y Reig, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13, 9-16.
- Torres, J. (2010). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria)*. Universidad de Huelva: Tesis Doctoral. Recuperado de
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2645/b15236699.pdf?sequen%20ce=1>
- Vallejo, R. (2005). *Riesgos Psico-Sociales: Prevención, Reparación y Tutela Sancionadora*. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi.
- Vallejo, R., y Lafuente, V. P. (2013). *Marco jurídico de la seguridad y salud en el trabajo* (2^a ed.). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Vinaccia, S. y Alvaran, L. (2004). El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: Un estudio exploratorio. *Terapia Psicológica*, 22, 9-16.

9. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Descripción de las variables demográficas y laborales incluidas en el cuestionario | 37 |
| Tabla 2. Características demográficas de la muestra | 39 |
| Tabla 3. Características laborales de la muestra | 40 |
| Tabla 4. Categorización de las tres dimensiones del MBI en niveles según puntuaciones obtenidas | 45 |
| Tabla 5. Comparación de la muestra según tengan o no <i>burnout</i> , respecto a variables demográficas | 47 |
| Tabla 6. Comparación de la muestra según tengan o no <i>burnout</i> , respecto a variables laborales ... | 48 |

FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) en la tres dimensiones del MBI | 41 |
| Figura 2. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems correspondientes a la dimensión Agotamiento Emocional | 42 |
| Figura 3. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems correspondientes a la dimensión Despersonalización | 43 |
| Figura 4. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems correspondientes a la dimensión Realización personal | 44 |
| Figura 5. Categorización por niveles de la dimensión Agotamiento Emocional (%) | 45 |
| Figura 6. Categorización por niveles de la dimensión Despersonalización (%) | 45 |
| Figura 7. Categorización por niveles de la dimensión Realización Personal (%) | 46 |
| Figura 8. Distribución de la muestra según presenten o no <i>burnout</i> (%) | 46 |

10. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que ha experimentado ese sentimiento:

0= Nunca

1= Pocas veces al año o menos

2= Una vez al mes o menos

3= Unas pocas veces al mes

4= Una vez a la semana

5= Pocas veces a la semana

6= Todos los días

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo | |
| 2 | Me siento vacío al final de la jornada de trabajo | |
| 3 | Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo | |
| 4 | Siento que comprendo fácilmente cómo se sienten los ancianos | |
| 5 | Creo que trato a algunos ancianos como si fuese objetos impersonales | |
| 6 | Siento que trabajar todo el día con gente me cansa | |
| 7 | Trato muy eficazmente los problemas de los ancianos | |
| 8 | Siento que mi trabajo me está desgastando | |
| 9 | Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas | |
| 10 | Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión | |
| 11 | Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente | |
| 12 | Me siento con mucha energía en mi trabajo | |
| 13 | Me siento frustrado en mi trabajo | |
| 14 | Creo que estoy trabajando demasiado | |
| 15 | Siento que realmente no me preocupa lo que les ocurra a algunos ancianos | |
| 16 | Trabajar directamente con personas me produce estrés | |
| 17 | Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con los ancianos | |
| 18 | Me siento estimulado después de trabajar en contacto con los ancianos | |
| 19 | He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión | |
| 20 | Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades | |
| 21 | En mi trabajo, trato los problemas emocionales de forma adecuada | |
| 22 | Creo que los ancianos que trato me culpan de algunos de sus problemas | |

Anexo 2. Cuestionario de variables personales y laborales

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| Edad: | | | | |
| Sexo: | | | | |
| Estado Civil: | <input type="checkbox"/> soltero/a | <input type="checkbox"/> con pareja | <input type="checkbox"/> divorciado/a | <input type="checkbox"/> viudo/a |
| Nacionalidad: | | | | |
| Nivel de estudios: | <input type="checkbox"/> sin estudios | <input type="checkbox"/> graduado escolar | <input type="checkbox"/> bachillerato | <input type="checkbox"/> FP I |
| | <input type="checkbox"/> FP II | <input type="checkbox"/> título universitario | | |

| CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|--|
| Puesto actual: | <input type="checkbox"/> auxiliar de geriatría | | <input type="checkbox"/> otro (especificar) | |
| Antigüedad en el puesto (años): | | | | |
| Reducción de jornada: | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | | |
| Tipo de contrato: | <input type="checkbox"/> indefinido | <input type="checkbox"/> temporal | | |

Anexo 3. Carta de presentación para los encuestados

Estimados trabajadores,

En el marco de una investigación académica de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, les pedimos su colaboración. El objeto de estudio de la citada investigación es evaluar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo o “Burnout”, en cuidadores profesionales de personas dependientes. Este síndrome se trata de una respuesta al estrés laboral crónico.

Una parte importante de este Trabajo Fin de Grado es la recogida de datos que permitirá un posterior estudio y análisis de los resultados, así como la elaboración de conclusiones sobre los mismos. Es en esta parte donde necesitamos su tiempo y colaboración.

A continuación se presentan varias cuestiones breves relacionadas con su puesto de trabajo actual. La información que nos proporcione se utilizará únicamente con fines académicos.

Gracias por su colaboración,

Patricia Gil.

Universidad de Zaragoza

