



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Sobrecarga emocional en los diferentes profesionales del Centro Residencial Orpea ante las demandas de los familiares de los residentes.

Emotional overload in the different professionals of the Orpea Residential Center in response to the demands of the relatives of the residents

Autor/es

Marta Vallejo Sesma

Director/es

José Manuel Granada López

Facultad de Ciencias de la Salud-Universidad de Zaragoza
Máster de Gerontología Social
Curso Académico 2018/2019

Índice

RESUMEN	6
INTRODUCCION	7
JUSTIFICACION	9
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	10
3.1. SINDROME DE BURNOUT	10
3.2. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	12
3.3. CENTROS DE ATENCION RESIDENCIAL	14
3.4. BURNOUT EN PERSONAL DE ATENCION AL ANCIANO	17
3.5. LA FAMILIA DEL RESIDENTE Y LA INTERACCIÓN CON LOS PROFESIONALES.....	20
4. HIPÓTESIS / PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
5. OBJETIVOS.....	24
5.1. OBJETIVOS GENERALES	24
5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
6. MATERIAL Y MÉTODOS	24
6.1. TIPO DE ESTUDIO	24
6.2. ENTIDAD DE REFERENCIA EN LA INVESTIGACIÓN (Anexo II) ..	26
6.3. POBLACIÓN (MUESTRA): CRITERIOS DE INCLUSIÓN E CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
6.3.1. Ámbito de aplicación	26
6.3.2. Ámbito geográfico y temporal	26
6.3.3. Criterios de inclusión y exclusión	26
6.4. MÉTODO, VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	26
7. RESULTADOS	28
7.1. DATOS CUANTITATIVOS	28
7.2. DATOS CUALITATIVOS.....	48
8. DISCUSIÓN	58
9. CONCLUSIONES	61
10. BIBLIOGRAFÍA	63

- 11. ANEXOS**;Error! Marcador no definido.
- 11.1. ANEXO I: ÁREAS FUNCIONALES DE LAS RESIDENCIAS**;Error! Marcador no definido.
- 11.2. ANEXO II: ENTIDAD DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN**;Error! Marcador no definido.
- 11.3. ANEXOIII: ITEMS SUBESCALAS DE MASLACH BURNOUT INVENTORY**;Error! Marcador no definido.
- 11.4. ANEXO IV: INSTRUMENTOS INVESTIGACIÓN**;Error! Marcador no definido.
- 11.5. ANEXO V: ESCALA DE ESTRESORES HOSPITALARIOS DE RICHART, CABRERO Y REIG (1993)**;Error! Marcador no definido.
- 11.6. ANEXO VI: ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (1986) SEGÚN EL AUTOR JAVIER MIRAVALLES (S.F.)**;Error! Marcador no definido.
- 11.7. ANEXO VII: ENTREVISTAS**;Error! Marcador no definido.
- 11.8. ANEXO VIII: DOCUMENTO CERTIFICADO POR EL CEICA DE ARAGÓN**.....;Error! Marcador no definido.
- 11.9. ANEXO IX: TABLAS FRECUENCIAS**;Error! Marcador no definido.
- 11.10. ANEXO X: GRÁFICOS Y RESULTADOS CUANTITATIVOS**;Error! Marcador no definido.

Índice de gráficos

GRÁFICO 1: EVALUACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR. ESPAÑA, 1900-2066	8
GRÁFICO 2: PIRÁMIDES DE POBLACIÓN EN ESPAÑA	8
GRÁFICO 3:POBLACIÓN TOTAL PARTICIPANTE SEGÚN SEXO	30
GRÁFICO 4:CANSANCIO EMOCIONAL GRÁFICO 5:REALIZACIÓN PERSONAL	32
GRÁFICO 6: DESPERSONALIZACIÓN	32
GRÁFICO 7: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO	33
GRÁFICO 8: FALTA PERSONAL PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS RESIDENTES Y DEL CENTRO EN GENERAL	33
GRÁFICO 9: CON FRECUENCIA ME SIENTO PRESIONADO POR LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	34
GRÁFICO 10: SIENTO DESVALORIZACIÓN HACIA MI PROFESIÓN POR PARTE DE LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	35

GRÁFICO 11: CON FRECUENCIA ME SIENTO AFECTADO/A POR LAS ELEVADAS EXIGENCIAS DE LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	36
GRÁFICO 12: CREO QUE EXISTE POCA FLUIDEZ EN LAS COMUNICACIONES PERSONAL-FAMILIAR DEL RESIDENTE	37
GRÁFICO 13: ME SUELO SENTIR AGOTADO/A EMOCIONALMENTE AL TENER QUE MANTENER UN TRATO DIRECTO CON LAS FAMILIAS	38
GRÁFICO 14: EN OCASIONES RECIBO AGRESIONES DE TIPO VERBAL POR LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	39

Índice de tablas

TABLA 1: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	28
TABLA 2: PRUEBA T DE STUDENT PARA MEDIAS RESPECTO AL SEXO Y LAS VARIABLES CUANTITATIVAS	29
TABLA 3: ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA SEGÚN PUNTUACIONES DE LAS SUBESCALAS DE MASLACH.....	30
TABLA 4: ESTADÍSTICOS SEGÚN LAS VARIABLES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	31
TABLA 5: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO	32
TABLA 6: FALTA PERSONAL PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS RESIDENTES Y CENTRO EN GENERAL	33
TABLA 7: CON FRECUENCIA ME SIENTO PRESIONADO POR LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	34
TABLA 10: SIENTO DESVALORIZACIÓN HACIA MI PROFESIÓN POR PARTE DE LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES.	35
TABLA 11: CON FRECUENCIA ME SIENTO AFECTADO/A POR LAS ELEVADAS EXIGENCIAS DE LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	36
TABLA 13: CREO QUE EXISTE POCA FLUIDEZ EN LAS COMUNICACIONES PERSONAL-FAMILIAR DEL RESIDENTE	37
TABLA 17: ME SUELO SENTIR AGOTADO/A EMOCIONALMENTE AL TENER QUE MANTENER UN TRATO DIRECTO CON LAS FAMILIAS.....	38
TABLA 18: EN OCASIONES RECIBO AGRESIONES DE TIPO VERBAL POR LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	39
TABLA 21: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO * FALTA DE PERSONAL	40

TABLA 27: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO * SIENTO DESVALORIZACIÓN HACIA MI PROFESIÓN POR LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES	42
TABLA 28: PRUEBA CHI-CUADRADO DE "SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO" * "SIENTO DESVALORIZACIÓN HACIA MI PROFESIÓN POR LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES"	42
TABLA 29: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO * ME SIENTO AFECTADO POR LAS ELEVADAS EXIGENCIAS DE LOS FAMILIARES	43
TABLA 30: PRUEBA CHI-CUADRADO DE "SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO" * "ME SIENTO AFECTADO POR LAS ELEVADAS EXIGENCIAS DE LOS FAMILIARES"	43
TABLA 31: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO * Poca fluidez de comunicación entre personal-familiar	44
TABLA 32: PRUEBA CHI-CUADRADO DE "SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO" * "Poca fluidez de comunicación entre personal-familiar"	44
TABLA 35: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO * Me suelo sentir agotado/a al tener que mantener un trato directo con las familias.	45
TABLA 36: PRUEBA CHI-CUADRADO DE "SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO" * "Me suelo sentir agotado/a emocionalmente al tener que mantener un trato directo con las familias"	45
TABLA 37: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO * Recibo agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes	46
TABLA 38: PRUEBA CHI-CUADRADO DE "SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO" * "Recibo agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes"	46
TABLA 49: SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO * Sexo	47
TABLA 50: PRUEBA CHI-CUADRADO DE "SIENTO SOBRECARGA O SATURACIÓN EN EL TRABAJO" * "Sexo"	48

RESUMEN

El envejecimiento de la población aumenta la demanda de cuidados asistenciales, lo que trae consigo una mayor necesidad de Servicios Gerontológicos, es decir, Centros Residenciales, provocando un aumento de carga tanto laboral como emocional en la gran mayoría de los profesionales que componen dichos centros. Asimismo, se añade el constante trato directo con los residentes en cuanto a los cuidados diarios prestados, como el contacto permanente con las familias de estos y las constantes demandas que manifiestan. Con lo cual, esto conlleva a los profesionales a un aumento del riesgo de aparición del Síndrome de Burnout o Síndrome de estar quemado en el trabajo (SQT).

El objetivo de este trabajo es demostrar la influencia del factor familia como variable relacionada con la aparición de dicho síndrome a través del uso de diferentes técnicas de recopilación de datos en función de los profesionales del Centro Residencial Orpea Zaragoza.

Palabras clave: centros residenciales, síndrome de burnout, agotamiento emocional, familias.

ABSTRACT

The aging of the population increases the demand for care, which brings with it a greater need for Gerontological Services, that is, Residential Centers, causing an increase in both work and emotional burden in the vast majority of professionals who make up these centers. In addition, there is constant direct contact with residents regarding the daily care provided, such as permanent contact with their families and the constant demands that they manifest. With this, this leads professionals to an increased risk of the onset of Burnout Syndrome or Burned-in-the-Work (SQT) Syndrome. The objective of this paper is to demonstrate the influence of the family factor as a variable related to the appearance of this syndrome through the use of different data collection techniques according to the professionals of the Orpea Zaragoza Residential Center.

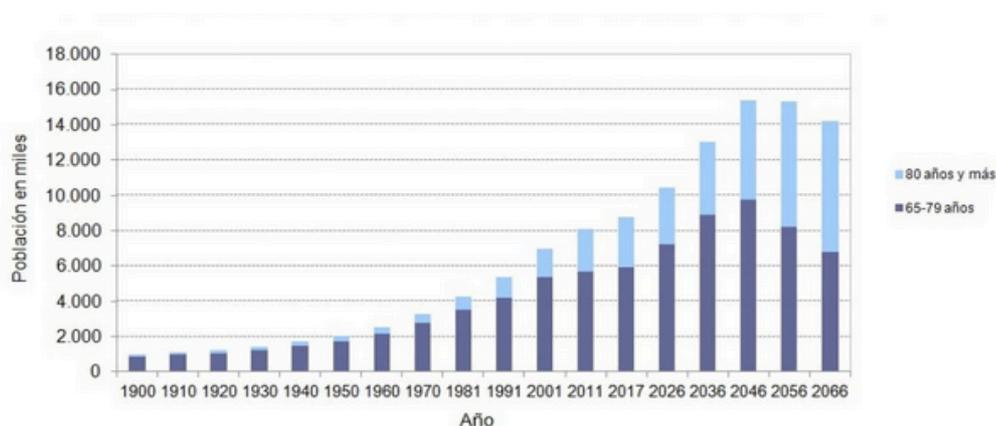
Key words: residential centers, burnout syndrome, emotional exhaustion, families.

INTRODUCCION

El incremento de la esperanza de vida en nuestro país y por consiguiente la baja tasa de natalidad, está dando lugar a un crecimiento bastante acelerado del porcentaje de personas mayores en nuestra sociedad, así como un mayor esfuerzo de todos los servicios sanitarios y sociales necesarios para poder cubrir todas las demandas y necesidades que se dan en este grupo de población. Ya que a este sobreenvjecimeinto que se está percibiendo, cabe añadirle también la situación de vulnerabilidad y dependencia en la que se encuentran dichas personas, ya sea por razones de enfermedad, discapacidad o por cualquier limitación, lo que a la par de incrementar el número de población mayor también supondrá un mayor incremento en el número de cuidados especializados para dicha población.

De esta manera, cuando hablamos de los profesionales que se dedican al cuidado de nuestra población más mayor, cabe destacar previamente cuales son los cambios demográficos o mejor dicho sociodemográficos experimentados en nuestro país actualmente, para poder entender lo que hoy en día está sucediendo. Ya que, en cierto modo, entre otras, esta es una de las causas por las cuales se ha impulsado a realizar dicha investigación. Con lo cual, con el aumento de este tipo de población, mayor necesidad de recursos gerontológicos y profesionales especializados en estos serán necesarios conforme pasen los años.

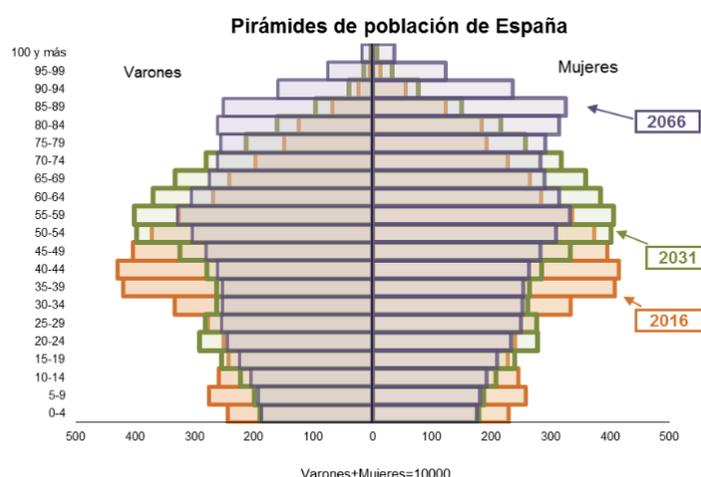
Gráfico 1: Evaluación de la población mayor. España, 1900-2066



Fuente: Abellán, Ayala y Pérez (2018). Una panorámica de la población mayor, 2018. Datos de base INE.

Según el Gráfico 1, se observa claramente la evolución de la población mayor desde el año 1900 hasta la previsión del año 2066. En la década de 1900 puede verse un porcentaje muy bajo de población entre los 65-79 años, del mismo modo, el porcentaje de población de 80 años o más es casi inexistente. Pero con el paso de los años puede verse como aumenta, llegando a preverse que en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, es decir, un 34,6% del total de la población que alcanzará los 41.068.643 habitantes, según proyecciones establecidas por el INE (Abellán, Ayala y Pérez, 2018).

Gráfico 2: Pirámides de población en España



Fuente: INE (2016). Proyecciones de población española 2016-2066.

Además, con estos cambios demográficos y según las proyecciones establecidas, ya se ha podido ver un claro proceso de transformación en la pirámide poblacional. En está

simulación realizada (Gráfico 2) puede verse claramente el proceso de envejecimiento de la población que reside en España. Se observa un descenso de la natalidad que provocaría en 2031 la existencia de unos 1.210.000 menores de 10 años menos que en la actualidad y 1,7 millones menos en 50 años. Aunque, por el contrario, la población se incrementaría en la mitad superior de la pirámide de población como puede apreciarse. Ya que todos los grupos de edad a partir de los 70 años experimentarían un claro aumento. Con lo cual poco a poco conforme pasen los años se producirá la inversión de la pirámide poblacional, es decir, tendremos una pirámide invertida, con más población en el vértice (población mayor de 65 años) y menos en la base (menos nacimientos).

Por otra parte, tal y como se ha comentado anteriormente, esto conducirá en unos años, aunque hoy en día ya se está empezando a experimentar, a necesitar nuevos recursos o más carácter sanitario, pero sobretodo gerontológicos, más concretamente, Centros Residenciales y se generará la necesidad de contar con más profesionales especializados en dichos cuidados para este tipo de población. Con lo cual, habrá que centrarse más en la salud de nuestros profesionales que trabajan día a día con dicha población, para que puedan ofrecer una mayor calidad de servicio a nuestros más mayores, llegando a evitar o paliar de la mejor manera posible los problemas de salud o sobrecarga laboral más propensos a experimentar (trastornos músculo-esqueléticos, estrés laboral, ansiedad, trastornos del sueño y otro tipo de alteraciones psicosomáticas), dado el contacto físico y emocional que establecen con los residentes, pero también con las familias de estos, durante un largo y continuo periodo de tiempo.

JUSTIFICACION

El Burnout hoy en día cada vez tiene más relevancia e importancia en relación al ámbito laboral, pero especialmente entre los profesionales que se dedican al sector de la salud y se empieza a considerar como problema de salud pública, es decir hasta hace bien poco el “burnout” va a pasar a formar parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una tipología de problemática asociada al empleo o al desempleo, ya que dicho trastorno se empezó a vincular con el tema del padecimiento de un estrés de carácter crónico en el trabajo hace ya unos años. (Mouzo, 2019)

Pero hay que tener en cuenta que, aunque es cierto que los profesionales de la salud trabajan en un ámbito donde la demanda de atención y proporción de cuidados es bastante alta e intensa, también se debería de considerar, según las previsiones establecidas en función al sobreenvejecimiento de nuestra población, el darle una mayor importancia a aquellos profesionales que trabajan diariamente en Centros Residenciales. Y es que es cierto que son escasos los estudios realizados sobre el *Burnout* o Síndrome de estar Quemado en este colectivo de trabajadores. A pesar de que, se trata de trabajadores cuyo objetivo de su labor es dedicar un cuidado diario, constante y continuado a este tipo de población, donde la gran mayoría de usuarios o pacientes son de carácter permanente o indefinidos, de esta manera también están sometidos de forma más continuada a un alto nivel de atención, cuidados y demandas tanto por parte de los residentes como de los familiares de estos. Por el contrario, de esta manera, sí que pueden apreciarse gran cantidad de estudios sobre trabajadores del sector sanitario (hospitales y centros de salud). De esta manera, el objetivo de esta investigación es demostrar si existe o no la influencia del factor familia como posible variable relacionada con la aparición del Síndrome de *Burnout* entre otras variables ya estudiadas, como consecuencia de las constantes demandas a las que se exponen por parte de estos en su día a día laboral. Además de conocer el nivel de sobrecarga laboral y emocional existente en el Centro Residencial Orpea de Zaragoza.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

3.1. SINDROME DE BURNOUT

El *Burnout* o “Síndrome de estar quemado por el trabajo” constituye hoy en día uno de los mayores daños laborales de carácter psicosocial más importantes en nuestra sociedad. (Salanova y Llorens, 2008). Y es que la preocupación por los riesgos laborales actualmente se ha centrado más en considerar aquellos que se caracterizan como psicosociales (situaciones laborales con una alta probabilidad de perjudicar la salud de los trabajadores tanto a nivel físico, social o mental) dado su incremento, en comparación con los riesgos de carácter físico y ambiental (Riquelme, 2016). De esta manera, la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo, el incremento de la seguridad laboral y sobretodo la importancia de velar y proteger la salud de miles de trabajadores, es una de las mayores inquietudes manifestadas por diversos organismos públicos. Ya que se ha podido comprobar que la salud tanto física como psicológica de estos también repercute de manera considerable en números aspectos ligados a este ámbito

(absentismo, falta de productividad, insatisfacción, costes económicos, accidentes...etc.). (Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-Madrid, 2003).

Dicho síndrome apareció por primera vez definido en 1974 por el psicólogo americano Herbert J. Freudenberger, quién conceptualizó dicha patología como *“una pérdida progresiva de idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación por el trabajo”* (Saborío y Hidalgo, 2015, pp.1-2).

En 1976 la psicóloga Cristina Maslach denominó al “Burnout” como la *“pérdida de responsabilidad profesional”* (Maslach,1976, pp.16-22). Para ella, las excesivas demandas emocionales tanto externas como internas a la persona imposibles de satisfacer, eran las que generaban esa vivencia de fracaso personal, con una carga emocional excesiva en el lugar de trabajo. Asimismo, añadía que este síndrome solamente era característico en profesionales de ayuda como sanitarios y educadores (Fidalgo, 2000). Posteriormente, en 1986, Maslach y Jackson definieron este síndrome como *“un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”* (Fidalgo, 2000, p.2). Según dichos autores, el agotamiento emocional hace referencia a la situación en la que la fuerza emocional del trabajador se va consumiendo, hasta el punto de sentir como su capacidad de entrega a los demás disminuye tanto a nivel personal como psicológico. La baja realización personal en el ámbito de trabajo, la denominan como tendencia del trabajador a evaluarse negativamente (descontentos consigo mismos, insatisfacción...), afectando seriamente la realización del trabajo y la relación con las personas a las que prestan un servicio. Por último, la despersonalización hace referencia a la indiferencia y la aparición de actitudes distantes respecto a los objetivos y utilidad del trabajo que desempeña el afectado, pero también hacia las personas con y para las que se trabaja (Borao, 2013).

En el año 2009, Maslach añadió que el burnout era *“el resultado de una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo”* (Díaz y Gómez, 2016, p.115) y que dicho síndrome no se consideraba como una posible dificultad en la persona, sino que es el ambiente social en el cual se trabaja, así como la estructura y funcionamiento del lugar, el que genera esa delimitación en la forma de interactuar de la persona y en la realización correcta de su trabajo. De esta manera, cuando se presentan una serie de condiciones laborales en las cuales no se tiene en cuenta el lado humano o

personal que tiene el trabajo, se genera un enfrentamiento entre la naturaleza del mismo y la de las personas, dando lugar a un incremento de riesgo del desarrollo del Síndrome de *Burnout* (Díaz y Gómez, 2016).

Otros autores como Pines y Aronson, en 1988 propusieron la ampliación de la definición de síndrome como “*el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales*” (Fidalgo 2000, pp.2-3) o Faber, que en el año 2000 describe 4 variables imprescindibles para explicar la aparición y el desarrollo del *burnout*: “1) *la presión de satisfacer las demandas de otros*, 2) *intensa competitividad*, 3) *deseo de obtener dinero* y 4) *sensación de ser desprovisto de algo que se merece*” (Martínez, 2010, p.4).

Todas estas definiciones intentan explicar que esta situación generada se traduce en una serie de consecuencias importantes, tanto para la propia persona (agotamiento, cansancio, estrés, depresión, dudas respecto a la capacidad de desempeñar su trabajo, conflictos familiares, incremento del uso de sustancias tóxicas...) como para el entorno en el que se trabaja (incremento de la tasa de absentismo laboral, falta de calidad del servicio que se presta, conflictos entre compañeros y con clientes...) (Salanova y Llorens, 2008).

Asimismo, recientemente, el estudio del *Burnout* no solo se considera característico de las profesiones sanitarias o educadoras, sino que se ha ido ampliando a todo tipo de profesiones o grupos ocupacionales (operarios de producción, comerciantes, estudiantes universitarios...). Aunque bien es cierto que hoy en día existen gran cantidad de estudios que únicamente se centran en el “*burnout*” en el ámbito sanitario (enfermeros, médicos, celadores...). Esto puede observarse tanto a nivel de investigaciones que se han ido llevando a cabo, como con la lectura de la VII Escala Nacional de Condiciones de Trabajo de 2011, en la que, según los resultados obtenidos, el Sector Servicios (73,4%) y, dentro del mismo, el Personal Sanitario (87,3%) destacan como las profesiones que más deben de tratar directamente con personas que no están empleadas en su lugar de trabajo, lo cual puede ser vivido como una fuente de conflictos emocionales de carácter muy estresante (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011).

3.2. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Teniendo en cuenta lo referido sobre los profesionales que se dedican a la atención directa de pacientes, es cierto que cada vez cuentan con un número mayor de usuarios, que deben

de atender tanto desde atención primaria como desde atención especializada; esto se debe al aumento de población anciana, tema de gran impacto en la actualidad en toda Europa, ya que con el incremento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad, se ha producido un crecimiento acelerado del porcentaje de las personas mayores en nuestra sociedad, debido tanto a la mejora en la calidad de vida como fundamentalmente a los avances en la medicina producidos en las últimas décadas (mayor promoción de la prevención, progresos en las técnicas de diagnóstico y quirúrgicas y mejora en la terapéutica de las enfermedades de carácter crónico) (Fernández, Parapar y Ruíz, 2010).

Tomando en consideración los datos demográficos de nuestro país, puede verse cómo la población mayor de 65 años y más, representaba ya en 2008 un 17% de la población total, es decir, más de 7 millones de personas, de las cuales aproximadamente un 25% eran octogenarias (INE, 2008). Con ello, según las proyecciones dadas por el INE (2008) España en el año 2050 contará con una población mayor de 65 años que representará un porcentaje por encima del 30% de la población (casi 13 millones) y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que conllevará a un 30% de la población total (Fernández, Parapar y Ruíz, 2010). Asimismo, en consideración con el INE (2017) a 1 de enero de 2017, había en España 8.764.204 personas mayores de 65 años y más, lo cual supone un 18,8% sobre el total de la población (46.572,132) (Abellán, Ayala y Pérez, 2018). Las proyecciones del mismo para el año 2066 son que habrá más de 14 millones de personas mayores, es decir, un 34,6% del total de la población, que alcanzará los 41.068.643 de habitantes (Abellán, Ayala y Pérez, 2018). Con todo lo expuesto, estas cifras además de suponer una mayor sobrecarga de trabajo para los profesionales del ámbito sanitario, dadas las demandas de este tipo de población, traerán consigo otras consecuencias que se deben de considerar cuanto antes.

Con este incremento de la población mayor ya se está empezando a ver no solo un mayor colapso de las instituciones sanitarias, sino que también se está empezando a incrementar el uso de servicios, como es el caso de la Atención Residencial. Del mismo modo, a esta circunstancia se le añade, la situación actual de recesión económica vivida en nuestro país desde el año 2009 y los recortes presupuestarios, los cuales conllevan a una reducción del poder adquisitivo de las personas mayores y las subvenciones dedicadas a estos (Mélida, 2014), así como una considerable disminución de los recursos humanos existentes en los centros residenciales, tanto de carácter público como de carácter privado, siendo estos

últimos los más afectados debido a la elevada tasa de demanda de ocupación (Del Valle, 2016).

3.3. CENTROS DE ATENCION RESIDENCIAL

En los últimos años, como se ha comentado con anterioridad, se ha podido observar un mayor colapso e interés por los denominados Servicios o Recursos Gerontológicos (ayuda en domicilio, servicio de estancias diurnas. Tele-asistencia, apartamentos tutelados, residencias y estancias temporales sociosanitarias...estas últimas, es decir, los Centros Residenciales tanto de carácter público como privado, son hoy en día los más solicitados, dado el incremento de demandas y las nuevas necesidades existentes en nuestra sociedad. El aumento de la población anciana ha generado un mayor sobreenviejamiento de esta, lo que ha traído consigo un aumento de necesidades sanitarias bastante considerable, y como respuesta a esta situación lo que se ha llevado a cabo ha sido la llamada “sanitarización” de los centros residenciales para personas mayores, con el fin de evitar en la medida de lo posible, un mayor colapso de las instituciones sanitarias disminuyendo así las hospitalizaciones innecesarias (Santos, 2017, p.8).

Estos centros, cuentan con un perfil de población residencial característico que corresponde a personas mayores con altos niveles de dependencia, con diversas pluripatologías, y polimedicadas, con una estancia media de doce meses o más dependiendo del grado de dependencia de la persona. Todo ello, ha supuesto un importante incremento de carga sanitaria para los profesionales que trabajan en dichos centros (incremento de necesidades y cuidados especiales), ya que como objetivo principal de todo centro residencial es la atención de carácter sanitaria que deben recibir los residentes, respondiendo siempre al principio de equidad y ser una atención centrada en la persona, integrada y continuada, fomentando en todo momento la autonomía personal y funcionalidad del residente (Mélida, 2014). Así que, en cuanto al ámbito de atención a las personas con discapacidad y personas de edad avanzada, conviene hacer hincapié de nuevo en el concepto de Atención Centrada en la Persona (ACP), está se entiende como:

Aquella que promueve todo tipo de condiciones en ámbitos de calidad de vida y mejora del bienestar de la propia persona, partiendo siempre desde el respeto a la dignidad de los derechos, los intereses, preferencias y contando en todo momento con la participación efectiva de las personas; tratando de ver minimizada su situación de

fragilidad, discapacidad o dependencia, y al tiempo poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir llevando a cabo y controlando su propio proyecto de vida. (Rodríguez, 2013, p.40).

Con este modelo de atención, lo que se enfatiza es que a pesar de que estas personas necesitan cuidados por parte de otras debido a la problemática que manifiestan, siguen teniendo la condición de ciudadanos o ciudadanas, por lo que el principio de autonomía constituye el pilar fundamental de este modelo junto con todo el equipo de profesionales que componen el centro, que son los que se encargan de hacer lo más efectiva posible dicha asistencia día a día, mediante una buena práctica profesional (Berjano, 2018).

Por otro lado, tomando en consideración de nuevo este incremento de las necesidades sanitarias debido al problema del envejecimiento, el cual se relaciona con la pérdida progresiva de la autonomía en edades avanzadas por la aparición de enfermedades degenerativas o por las condiciones en salud en general, cabe destacar que hoy en día también se añaden las necesidades de carácter social y económicas tanto de la persona mayor como del entorno que lo rodea. Ya que la situación de dependencia de este tipo de población tiene *“una mayor incidencia cuando, al debilitamiento de la salud, se le suman condiciones socio-económicas que no permiten a la persona mayor contar con recursos propios (familiares, sociales, y/o económicos)”* (Cury y Arias, 2018, p.109) , de esta manera las personas mayores son quienes padecen con más frecuencia situaciones que requieren de una asistencia formal por parte de instituciones públicas, como es el caso de los centros residenciales o centros de día. Así que, esta necesidad de cuidados de larga duración, el rápido y constante incremento de población de más de 80 años y el aumento de necesidades de carácter social otorga especial importancia a la existencia de dichos centros (Cury y Arias, 2018).

En cuanto a la funcionalidad y tipo de organización de los Centros Residenciales para mayores, en general estas se suelen estructurar en cuatro áreas funcionales: dirección y administración; atención social y psicosocial; atención a la salud y servicios generales (Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha, s.f.).

En la primera, se integran los asuntos de dirección y gestión, administración, planificación, organización, coordinación y evaluación de todos los servicios que presta y ofrece el centro. Además, todas estas funciones se encuentran en manos de un director/a,

máximo responsable de todo el centro, aunque en función de las características de este y su capacidad también podrá disponer de un Departamento de Administración (gestión económico-administrativa), un Departamento de Consejería, Recepción y Departamento de Mantenimiento o Servicios. En segundo lugar, continuando con el área social y psicosocial, aquí se integran todas actividades de acción social, acompañamiento emocional (residentes y familias) e interés cognitivo y animación sociocultural para estimular y fomentar la participación de las personas usuarias y sus familias. La persona que suele coordinar esta área suele ser un/a trabajador/a social o psicólogo/a. La tercera área, atención a la salud, incluye la atención médica, la atención de enfermería, rehabilitación (fisioterapia o terapia ocupacional). El profesional que gestiona esta área lo determinan desde Dirección pero suele ser un/a médico/a.

Por último, el área de servicios generales, tiene que ver más con el tema de servicios de alojamiento del mayor, restauración, y sobre todo con lavandería, limpieza, cafetería, transporte (taxis y ambulancias), etc. Y lo mismo que en el área anterior, aquí el encargado se designa según Dirección pero suele encargarse un/a gobernante/a. Además, cada centro residencial cuenta con su propio organigrama funcional establecido según las características que tenga cada centro y sus profesionales (Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha, s.f.) (Anexo I).

Continuando con el tema de la importancia que tiene en los centros residenciales el ofrecer una atención centrada en el mayor, cabe destacar la intervención multidisciplinar que se lleva a cabo para el abordaje de los problemas y las necesidades que se plantean en el residente. Como herramienta imprescindible destaca el equipo interdisciplinar de profesionales (trabajador/a social, médico/a, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo/a, coordinador/a de enfermería, enfermeros/as, gerocultores/as, Coordinador/a de auxiliares de enfermería, auxiliares de enfermería...) que actúan de forma conjunta en todo momento a lo largo de la estancia del mayor, ya sea de estancia temporal o permanente, para la consecución de manera satisfactoria de los objetivos propuestos y establecidos. (Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha, s.f.). Las ventajas que tiene dicho trabajo en equipo en estos centros son la mayor eficiencia en integración y coordinación de servicios para el paciente, la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades tanto por parte de los compañeros como de cada necesidad o problemática en

el residente, una buena comunicación y soporte entre los profesionales que hace que se obtenga una mejor calidad de servicio y ambiente en el centro...etc. Cabe añadir que el equipo interdisciplinar debe fijar una periodicidad para las reuniones en equipo y así poder comprobar conjuntamente la evolución del residente o redefinir objetivos y plan de tratamiento si es necesario (Gutiérrez, Jiménez y Corregidor, 2006).

Finalmente, con el paso de los años los centros residenciales han experimentado una rápida evolución a lo largo de las últimas décadas en nuestro país, se empieza a tener un nuevo concepto de ellos. Se consideran como centros abiertos al desarrollo de personal de los más mayores, con una atención de carácter socio-sanitario y multidisciplinar, además de contar con diversos servicios de atención al mayor pero también a su entorno familiar. Y según la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2018) las residencias para ancianos hoy en día constituyen uno de los recursos más importantes e imprescindibles para la población mayor que no cuenta con un grado de autonomía que le permita permanecer en su domicilio familiar (como se cita en Cury y Arias, 2018). Del mismo modo, y según las previsiones, cada vez existirán más centros de este tipo, se necesitarán más profesionales especializados en la gerontología social y geriatría, pero también se demandarán nuevas políticas tanto sociales como económicas para una evolución y mejora de la calidad y cobertura que ofrecen los centros residenciales de atención al mayor (Cury y Arias, 2018).

3.4. BURNOUT EN PERSONAL DE ATENCION AL ANCIANO

Según los datos recogidos puede verse cómo en el año 2013 España contaba con 5.482 centros residenciales, lo que suponía un total de 371.064 plazas (IMSERSO, 2014). Pero en el año 2015 en España el número de plazas ascendió a 372.306 distribuidas en 5.387 centros residenciales (IMSERSO, 2016). De este modo, los cuidadores profesionales de residencias son un colectivo o grupo de riesgo para sufrir el Síndrome de *Burnout* debido no solo a este incremento de población mayor, que con los años se prevé que irá a más, sino también a las características de sus funciones desempeñadas en el centro residencial, presentando altos niveles de estrés y altas puntuaciones en las dimensiones que conforman el Síndrome de *Burnout* o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) (Martínez, Méndez y García, 2015). Ya que al tratarse de una actividad profesional que implica una relación directa con otras personas día tras día (cuidador profesional-usuario centro-familia), buscando siempre su bienestar y desarrollo dada su situación, está genera

un considerable desgaste personal; puede ser compensador o reforzante, pero el profesional corre el riesgo de que, en numerosas ocasiones al moverse por una implicación personal y dejarse llevar por la carga emocional que les puede generar el trabajar con personas mayores que sufren enfermedades o situaciones difíciles, cayendo en procesos de deterioro de carácter personal y de sus relaciones interpersonales (familia, compañeros...).

De esta manera, según Torrijos, Manzano, Conejero, Martín y Hernández, (2014) las constantes demandas a las que se exponen en su día a día durante un periodo de tiempo prolongado, pueden llevar al profesional a tener determinados sentimientos de malestar o estrés (como se cita en Soler, Aparicio, Escolano y Rodríguez, 2016), influyendo de forma muy nociva en su salud y bienestar (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006).

Así que tomando en consideración a Crespo y Rivas (2015) citado en Martínez et al., (2015), éste afirmó que *“analizando muestras formadas por profesionales del ámbito sanitario geriátrico como son los médicos, enfermeras, auxiliares y celadores, se ha concluido que cuidar a pacientes mayores produce inequívocamente la aparición del Burnout”* (Del Valle, 2016, p.28). De esta manera, según dichas palabras, podemos decir que estamos hablando de *“un grupo de profesionales que está expuesto a una gran carga la cual puede provenir de variables muy diversas, pero cuyo origen se encuentra en la actualidad en proceso de análisis”* (Crespo y Rivas, 2015 citado en Martínez et al., 2015, p. 327) dada la escasez de estudios al respecto. Así que en relación a lo expuesto y también a esta prevalencia de aumento de trastornos mentales y deterioros cognitivos en nuestra sociedad, conlleva a apoyar la necesidad de prestar una mayor atención e importancia hacia este colectivo profesional (Gázquez, Pérez, Lucas y Yuste, 2008 citado en Martínez et al., 2015).

Llegados a este punto se hace evidente la necesidad de trabajar específicamente en este colectivo profesional, sobre todo en cuáles son las variables a tener en cuenta para paliar esa sobrecarga emocional o de trabajo a la que se exponen. Algunos estudios que se han llevado a cabo sobre centros residenciales, únicamente se han basado en la existencia de puntuaciones elevadas o no de *burnout* teniendo en cuenta factores o variables como edad, sexo, estado civil, años trabajados, situación laboral, turnicidad...etc. (Sarabia, Díez, Millán, Salado y Clemente, 2016) y (Gil, 2016). Otros estudios han medido qué relación

existe entre los aspectos positivos de la resiliencia con el *Engagement* y *Burnout* teniendo en cuenta las variables de edad y tiempo en la profesión (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006) o los que estudian el *Burnout* con las variables centro de trabajo, categoría profesional, sexo, tipo de contrato, turno... (Del Valle, 2016).

La mayoría son estudios o investigaciones que se centran únicamente en variables más de tipo organizacional, a pesar de que anteriormente se centraban más en la importancia de las diferencias individuales (personalidad) (Díaz y Gómez, 2016), dejando a un lado las variables de carácter social, a pesar de hablar de una profesión en la que es permanente el contacto con las personas (usuarios del centro, pero sobretodo también las familias de estos).

Revisando ahora las diversas variables que pueden generar el *Burnout* en este colectivo profesional, puede verse cómo los factores sociales (familias) apenas se tienen en consideración en los estudios. A pesar de que las familias, es decir, los familiares de los residentes, deben de considerarse como un colectivo o grupo de población clave a lo largo del cuidado del usuario en el centro residencial. Los familiares *“deben de ser objeto de atención e intervención por parte del personal, que se interesa por evaluar y dar respuesta a sus distintas necesidades, así como por facilitar en la medida de lo posible su participación en la vida del centro”* (Márquez, Losada, Pillemer, Romero, López y Martínez, 2010, p.95); las familias son una figura que va a estar en constante contacto con los profesionales y demás personal del centro.

Por otra parte, teniendo en cuenta que las familias, cuando llega el momento de la institucionalización de su familiar, llegan al centro con una mezcla de sentimientos tanto de tristeza como de culpa, por el hecho de haber llegado a tomar esta decisión, la cual, la mayoría de las veces es por “fuerza mayor” o porque “ya no pueden más”; seguido de un cumulo de estereotipos, creencias y prejuicios hacia estos tipos de instituciones, termina llegando a convertirse esta situación en un suceso altamente estresante para estos (Márquez et al., 2010). Del mismo modo, prestando atención ahora a los profesionales del centro residencial, su labor les hace estar expuestos a grandes cargas tanto emocionales, físicas como personales; si a esto se le suma esa actitud vigilante y de supervisión constante de algunos familiares que se guían por las creencias o estereotipos,

la falta de comunicación fluida entre ambas partes y las constantes excesivas demandas, esto acaba contribuyendo en cierta medida al estrés de los profesionales (Márquez et al., 2010).

Según lo dicho y tras la revisión bibliográfica teniendo en cuenta la variable familia, apenas hay estudios que la contemplen, pero bien es cierto que algunos más actuales centrados en el personal sanitario (médicos y enfermeros), y no el personal de un centro residencial, sí que han tenido en cuenta este factor o está variable, aunque no de la manera en la que se debería de considerar.

Algunos estudios, hablan de la necesidad e importancia de disminuir tanto el sufrimiento de las familias como el de los profesionales e introducen en sus instrumentos de medición del *Burnout* la opción de respuesta “relación con pacientes y familiares” o “tener que mantener un trato directo con los familiares”, aunque dichos ítems aparecen como menos valorados a pesar de que el contacto con los familiares obtuvo una puntuación ligeramente mayor (Ballester, Gómez, Gil, Ferrándiz y Collado, 2016, p.132). Lo mismo ocurre en otro estudio, en el cual se pretende medir los determinantes de estrés laboral asistencial en el personal de enfermería de un Hospital, aquí se hace hincapié a los problemas que existen con la comunicación y atención de personas, destacando la atención familiar y el aumento de las exigencias emocionales demandas tanto por pacientes como las familias. Añaden que la tensión laboral que surge en dichos trabajos están condicionadas por diversos factores, como problemas con los familiares, pasar mucho tiempo con pacientes y sus familias y estar sometidos a elevadas demandas físicas y emocionales. En cuanto a los ítems utilizados puede verse cómo “discusiones con los familiares de pacientes” obtienen un 45,1% que afirman que los tienen “algunas veces” y un 30,2% que “nunca” (Gómez, 2013, pp.124-125).

3.5. LA FAMILIA DEL RESIDENTE Y LA INTERACCIÓN CON LOS PROFESIONALES

A lo largo de la vida, las relaciones familiares son uno de los pilares fundamentales para cualquier persona, pero bien es cierto que, para las personas mayores, son una de las principales fuentes de apoyo más necesarias (Leturia, Inza y Hernández, 2007).

Los cambios sociales que se han producido a lo largo de los años en nuestra sociedad, han influido considerablemente en el comportamiento de apoyo, pero sobretodo en el

cuidado que las familias proveen a nuestra población más mayor, llegando a modificar estilos de vida, pautas, habilidades y lo más importante, las condiciones en las que se da este tipo de apoyo (Leturia, Inza y Hernández, 2007). Como bien se conoce, estos cambios sociales tienen que ver con la incorporación de la mujer al mundo laboral, los avances en las tecnologías, el aumento de la esperanza de vida, cambios en las estructuras familiares...etc.

Volviendo de nuevo a las relaciones familiares o apoyo familiar, cabe destacar el concepto de apoyo social y emocional. Se entiende como apoyo social según autores como Lin, Dean y Ensel (1986) al “*conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza*”, asimismo añaden que estas provisiones suelen tener lugar ante situaciones cotidianas e incluso de crisis. Otra definición a tener en cuenta sería la de Frey (1989), quién habla de apoyo social como una serie de “*transacciones interpersonales que incluyen la expresión de efecto positivo de una persona hacia la otra, la afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vista expresados y la entrega de ayuda material o simbólica de otra*” (Aranda y Pando, 2013). En cuanto al concepto de apoyo emocional, este es considerado una tipología de apoyo social, ya que existe también el apoyo instrumental, el informativo y el evaluativo, aunque estos suelen ser menos utilizados. Por lo general, este se considera aquel que “*comprende de la empatía, el cuidado, el amor, la confianza*”, considerándose uno de los más importantes (Pérez y Martín, 1999). Asimismo, cuando hablamos de apoyo social, se hace imposible no hablar de aquel que es proporcionado por parte de la familia, entonces este se conoce con el nombre de apoyo informal, aunque bien es cierto que este también puede englobar a voluntarios, amigos, vecinos...Pero cuando este proviene de uno o varios profesionales que pertenecen a diversas disciplinas, entonces este recibe el nombre de apoyo formal (Leturia, Inza y Hernández, 2007).

Aunque bien es cierto que el apoyo informal o cuidado informal en domicilio a personas mayores por parte de la familia es una de las opciones preferidas, tanto por parte de la persona cuidada como por parte de su entorno familiar, se ha podido comprobar que cuidar de un familiar dependiente puede conllevar al cuidador principal y su entorno en general a padecer una serie de alteraciones o cambios, pero sobretudo el padecimiento de un estrés crónico a niveles muy importantes (Márquez et al., 2010). Con todo esto, la

familia termina por tomar la decisión de la institucionalización de la persona mayor.

En relación a lo citado con anterioridad, siempre se suele hablar de que cuando la familia decide la opción de centro residencial para la continuación de cuidados de los más mayores, es porque ya no quieren hacerse cargo de sus cuidados, que tienen intención de abandonar y olvidar al familiar, que tienen mala relación con el mismo... pero no es así, no existen razones para suponer que el cuidado familiar cesa con la institucionalización, por mucho que sea cierto que las relaciones y el tipo de cuidado aportado de ahora en adelante sea modificado. Esta decisión viene tomada por diversas circunstancias o situaciones en las que se encuentra cada una de las familias (problemas de salud en el cuidador principal, barreras en el domicilio, incremento de comportamiento problemáticos en el mayor como agresividad o deambulación...etc.), y es que cada familia es un mundo. Cuando finalmente llega el momento del ingreso del familiar en el centro residencial, la familia comienza a experimentar una mezcla de emociones y sensaciones, desde tristeza hasta remordimientos y sentimiento de culpa, con lo cual esto genera un gran impacto emocional y suele considerarse como un acontecimiento altamente estresante para la familia (Márquez et al., 2010). Por consiguiente, la gran mayoría de familiares suelen continuar en la implicación del cuidado de su familiar durante su estancia en el centro. De esta manera, cada vez que un nuevo residente ingresa en el centro acompañado de su familia, aunque esta no viva en la misma, se debe de tener en cuenta siempre la intervención con ella (Padierna, 1994).

Por otro lado, tomando en consideración a los profesionales de los centros residenciales, estos también experimentan o viven situaciones de gran impacto emocional, no solo por temas de su entorno o su vida personal en general, sino que a esto también se le suma la pérdidas de residentes anteriores o que llevan varios años en el centro, enfermedades sobrevenidas de algunos de ellos, ingresos hospitalarios... todo ello influye en el día a día del profesional, por lo que dicho sistema institucional resulta igualmente vulnerable, al fin y al cabo son humanos y el trabajar con personas nunca se ha considerado verdaderamente fácil.

Aunque es cierto que el trabajar con este tipo familias y que sus contribuciones en el cuidado de los residentes aportan grandes beneficios a estos, en numerosas ocasiones estas pueden resultar problemáticas y llevar al conflicto con el equipo asistencial (Padierna, 1994). Esto se debe a que, a lo largo de la estancia en el centro, se generan una

serie de obstáculos que impiden la integración de la familia en el centro, tanto por parte de los profesionales como por parte de la misma, lo cual repercute en cada una de las partes (García, 2016). En primer lugar, tomando en consideración a los profesionales, esto se debe en parte a las condiciones de trabajo que experimentan los trabajadores en los centros (sobrecarga de tareas, falta de tiempo, mecanización del trabajo...), la filosofía del centro, la escasa motivación por experiencias negativas con las familias, falta de habilidades para afrontar quejas o problemas que plantean los familiares (excesivas demandas), prejuicios hacia familias, dificultades de comunicación con estas (malos entendidos)...(Márquez et al., 2010). Por último, centrándonos ahora en las familias, destacarían los prejuicios y estereotipos hacia los profesionales, la ansiedad o estrés ante la situación del residente, problemas de comunicación con los profesionales, percepción de ser ignorados o no ser considerados importantes por el personal del centro, percepción de falta de control sobre el cuidado de su familiar...etc. (Márquez et al., 2010).

Finalmente, a pesar de todo este cúmulo de sentimientos generados en los familiares de los residentes, dadas las situaciones difíciles a las que se enfrentan en relación con el familiar institucionalizado, además de que están en todo su derecho de reclamar o demandar a los diferentes profesionales que componen dichos centros, ya que pagan una cantidad de dinero por la continuación de aquellos cuidados que ellos no pueden suplir, cabe destacar el que se tenga en cuenta un poco más que los cuidados de larga duración en los centros residenciales de personas mayores implican tareas muy duras e incluso a veces muy desagradables, ya que este tipo de trabajos requieren de una fuerte labor emocional por el hecho de ser un proceso de trabajo muy estandarizado, en el que los cuidados se fragmentan en tareas que se reparten por equipos, que se organizan según horarios (Moré, 2016). *“Se trabaja siempre siguiendo un ritmo marcado por un objetivos establecidos en función de horarios y procesos de trabajo que se caracterizan por la rigidez frente a la flexibilidad que requiere el contacto con personas, especialmente cuando son dependientes”* (Moré, 2016). De esta manera, la gran mayoría de trabajadores se quejan a menudo de la falta de personal, la falta de tiempo...poniendo en riesgo en numerosas ocasiones su salud y el buen trato hacia los residentes y sus familias, dando la sensación de estar ofreciendo una mala calidad de trabajo y sobretodo de servicios.

4. HIPÓTESIS / PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Los profesionales del Centro Residencial Orpea expresan y evidencian elevada sobrecarga emocional por las continuas exigencias o demandas de los familiares de los residentes.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVOS GENERALES

5.1.1. Demostrar la influencia del factor familia como variable relacionada con la aparición del Síndrome de *Burnout*.

5.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1. Conocer cuáles son las cargas percibidas por los profesionales del centro residencial.

5.2.2. Averiguar el estado actual de su sobrecarga en su ámbito de trabajo.

5.2.3. Indagar sobre la relación percibida entre dicha sobrecarga con la interacción con familiares de los residentes del centro.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO

En cuanto a la finalidad del estudio, podría decirse que es aplicada, ya que el objetivo de esta es identificar si el factor familia podría considerarse como una posible variable desencadenante del Síndrome de Burnout a través del uso de varios cuestionarios, que se entregaron a todo personal del centro residencial privado Orpea, mediante el uso de ítems relacionados con el tema “familia” en uno de ellos. Por otro lado, a través de este estudio también se pretende visualizar y dar una mayor importancia a este tipo de colectivo profesional que tantas horas dedica a el cuidado de nuestra población mayor. Según los objetivos referidos con anterioridad, la investigación sería exploratoria, ya que lo que se pretende es realizar un acercamiento a una realidad que ha sido poco estudiada, tal y como puede verse a través de la búsqueda de bibliografía necesaria tanto para la realización del marco teórico como la justificación y antecedentes de la investigación. Continuando con el alcance temporal, dado que este trabajo debe efectuarse para finales del curso

2019/2020 sería transversal ya que la recogida de información se limita en un periodo de tiempo establecido.

Por otro lado, en relación con las técnicas o métodos empleados a lo largo de esta investigación son tanto cuantitativos como cualitativos, ya que el principal instrumento sobre el cual gira la mayoría de la investigación es la encuesta, la cual se entiende como instrumento que permite recoger información de forma sistemática, para conocer las opiniones las diferentes trabajadores o profesionales que componen el centro residencial en función del tema objeto de estudio. Del mismo modo, esto servirá para poder contrastar la información que será recogida por otras fuentes. Otra de las fuentes utilizadas sería la entrevista, en este caso semi-estructurada, como técnica cualitativa fundamentada para obtener una información con mayor detalle. O como muy bien dice Martínez (2007) citado según Verdeja (2013) *“para recabar por si misma información sobre un tema dado, o bien para completar, contrastar o validar la información obtenida con otros procedimientos, encuesta o la observación”*.

Las encuestas realizadas a los profesionales del centro son la clave para obtener todo tipo de información y datos necesarios, estas se basan tomando como referencia, por un lado la *“Escala de Estresores Hospitalarios”* de Richart, Cabrero y Reig (1993) y la adaptación del mismo *“Cuestionario de Factores Estresantes-UCI”* según Ballester, Gómez, Gil, Ferrándiz y Collado (2016). Y, por otro lado, también se utiliza la *“Escala Maslach Burnout Inventory (1976)”*. Cabe añadir que los cuestionarios nombrados en primer lugar fueron adaptados en función a los objetivos planteados y que el cuestionario utilizado para recoger datos socio-demográficos y laborales es de elaboración propia.

Al realizar tanto encuestas como entrevistas a varios trabajadores del centro residencial, se podría decir que en esta investigación se da la triangulación, dado el uso de ambas técnicas para la recopilación de información sobre el tema, por lo tanto, se presenta esta como una estrategia metodológica que permitirá validar internamente dicha investigación y así enriquecer los resultados obtenidos en el estudio. Además, según las fuentes utilizadas, estas serían mixtas ya que no solo se pretende obtener información de primera mano, sino que también se va a utilizar información y datos de otras investigaciones.

6.2. ENTIDAD DE REFERENCIA EN LA INVESTIGACIÓN (Anexo II)

6.3. POBLACIÓN (MUESTRA): CRITERIOS DE INCLUSIÓN E CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

6.3.1. Ámbito de aplicación

Los profesionales del centro residencial Orpea que cumplan los siguientes criterios establecidos a continuación.

6.3.2. Ámbito geográfico y temporal

Se ha elegido el centro residencial de personas mayores Orpea de la ciudad de Zaragoza. La temporalidad abarca desde enero a junio de 2019.

6.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

6.3.3.1. Criterios de inclusión

- Llevar como mínimo trabajando en el centro más de dos meses.
- Al menos un participante de cada categoría profesional.
- Personal o profesionales que hayan firmado el consentimiento informado.

6.3.3.2. Criterios de exclusión

- Llevar poco tiempo, menos de 2 meses.
- Personal o profesionales que no deseen participar en el estudio.
- Personal o profesionales que no firmen el consentimiento informado.

6.4. MÉTODO, VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El acceso a la muestra, en este caso 40 trabajadores (de 76 que son en total), se ha efectuado gracias a la directora del centro residencial Orpea, quién previamente dio el permiso y consentimiento para la elaboración de la investigación en dicha institución. Asimismo, se le informo de la metodología de la misma y sobretodo de los objetivos a conseguir a lo largo de todo el proceso de investigación. De esta manera, se facilitó mi acceso al centro para así poder difundir entre todos los trabajadores los cuestionarios correspondientes. Con el fin darme a conocer entre el personal de la residencia y así pude

explicarles en todo momento el procedimiento de la misma, asegurándoles la máxima confidencialidad de los datos obtenidos, dejando claro que únicamente yo como investigadora tendré acceso a los datos que ellos me faciliten y recalando que la participación es totalmente voluntaria y anónima.

Las variables utilizadas fueron las siguientes:

VARIABLES	Sexo	Profesión	Edad	Años de antigüedad en el centro residencial	Horas de trabajo a la semana	3 ítems Escala Maslach Burnout Inventory	16 ítems Cuestionario Valoración del impacto emocional en el trabajo
Dependiente		X		X	X	X	X
Independiente	X		X				

En principio se pasaron tres cuestionarios (Anexo IV, V Y VI)), los cuales únicamente han ido dirigidos a los profesionales que compone el centro residencial, con el fin de recoger por un lado el nivel de sobrecarga emocional y de trabajo existente en el centro, por otro la información socio-demográfica y laboral de cada uno de los participantes, y por último, las posibles variables desencadenantes de este síndrome en la residencia a través de la valoración del impacto emocional percibido por los trabajadores en su puesto de trabajo, comprobando así la existencia o no de la influencia del factor familia como posible variable o no relacionada con la aparición del Síndrome de Burnout. Asimismo, estos cuestionarios se repartieron junto con una carta de presentación, en la cual se les facilitaba toda la información y procedimiento de la investigación y una hoja de consentimiento informando para su correspondiente efectuación, garantizando en todo momento la protección y confidencialidad de los datos y su utilización únicamente con fines académicos.

En cuanto a las entrevistas (Anexo VII), se realizaron finalmente a 10 trabajadores, los cuales participaron de manera voluntaria, para la captación de estos, lo que se hizo fue que una vez que se entregaban los cuestionarios correspondientes, al mismo tiempo se les proponía dicha participación en una pequeña conversación semi-estructurada, que del mismo modo que los cuestionarios se les pidió el consentimiento para poder ser grabados y así realizar la correspondiente transcripción de la información para un mejor análisis de los datos obtenidos, ya que se trata de una información más detallada y cercana con el trabajador .

Todos los datos recogidos tanto a través de los cuestionarios cómo en las entrevistas han sido analizados, por un lado los datos cuantitativos a través de un análisis descriptivo utilizando el programa estadístico SPSS, y por otro, los datos de carácter cualitativo en función de las transcripciones efectuadas.

Como instrumentos de medida, se han utilizado como puede verse con anterioridad, una adaptación utilizando finalmente 16 ítems en función de los objetivos planteados para la investigación y mediante el uso de dos cuestionarios, en primer lugar la “*Escala de Estresores Hospitalarios*” de Richart, Cabrero y Reig (1993), la cual mide el grado de malestar ocasionado mediante 38 estresores hospitalarios en pacientes y en los profesionales de enfermería y también la propia adaptación de este, el “*Cuestionario de Factores Estresantes-UCI*” realizada por otros autores como Ballester, Gómez, Gil, Ferrándiz y Collado (2016), utilizando 40 ítems referentes al estrés asociado y vivido en la UCI.

Y, por otro lado, también la “*Escala Maslach Burnout Inventory (1976)*”, a través de la cual se pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se padece el Síndrome de *Burnout*, a partir de 22 ítems, en función de las tres variables centrales que caracterizan dicho síndrome, como son el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. (Anexo III).

7. RESULTADOS

7.1. DATOS CUANTITATIVOS

7.1.1. Estadísticos Descriptivos

A continuación se expone un análisis descriptivo básico con el fin de conocer en general la población participante y comprobar si se cumple o no la hipótesis establecida. Asimismo, la muestra en este caso ha sido voluntaria, ya que ésta fue quién decidió participar o formar parte o no a lo largo de la investigación. Finalmente participaron 40 profesionales del Centro Residencial Orpea Zaragoza. (Anexo X).

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de variables socio-demográficas

Estadísticos descriptivos				
N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación

Edad	40	22	62	39,15	10,762
Años de antigüedad	40	,10	11,00	3,5250	2,70771
Horas trabajadas	40	20,00	60,00	39,5000	5,49475
N válido (por lista)	40				

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Según la Tabla 1 puede observarse, por un lado que la media de edad de los 40 trabajadores que participaron en las encuestas es de 39,15 años, siendo la edad mínima de 22 años y la máxima de 62 años. En cuanto a los años de antigüedad puede verse que el máximo es de 11 años, el mínimo es de 10 meses, pero que la media está en los 3,5 años de antigüedad. Por último, en cuanto al número de horas trabajadas, el mínimo está en 20 horas y el máximo en 60 horas, pero en este caso cabe hacer un inciso ya que es cierto que varios de los encuestados que respondieron jornadas laborales más altas era porque pertenecían a altos cargos dentro del centro, con una especial dedicación horaria.

Tabla 2: Prueba T de Student para medias respecto al sexo y las variables cuantitativas

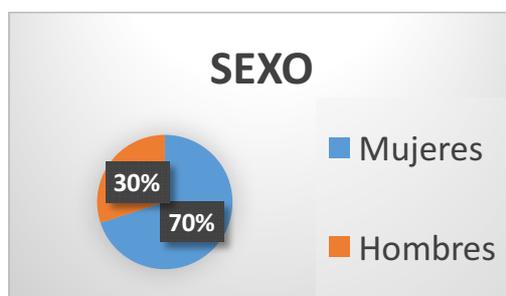
Estadísticas de grupo					
	Sexo	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Años de antigüedad	m	28	3,6429	2,81786	,53252
	h	12	3,2500	2,52713	,72952
Horas trabajadas	m	28	40,5357	3,92977	,74266
	h	12	37,0833	7,74841	2,23677
Cansancio emocional	m	28	29,21	13,130	2,481
	h	12	29,00	15,556	4,491
realización personal	m	28	38,21	6,517	1,232
	h	12	39,50	6,789	1,960

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

A continuación se llevó a cabo la prueba T de Student para comprobar la diferencia de medias entre los hombres y las mujeres participantes en relación con algunas de las variables o subescalas utilizadas en las encuestas, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ellas. De esta manera puede decirse que apenas existen diferencias entre los hombres y las mujeres encuestadas, ya que según la subescala años de antigüedad las mujeres tienen una media de 3,6 y los hombres de 3,2; horas

trabajadas: las mujeres tienen una media de 40,5 y los hombres de 37,1; cansancio emocional: las mujeres 29,2 y los hombres 29 y en realización personal: las mujeres 38,2 y los hombres 39,5.

Gráfico 3: Población total participante según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Asimismo, en relación al sexo (Gráfico 3) de la muestra hemos de destacar que la mayoría de las personas participantes han sido mujeres, el 70% frente a los hombres con un 30%.

Tabla 3: Estadística descriptiva según puntuaciones de las subescalas de Maslach

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Cansancio emocional	40	0	50	29,15	13,697
Realización personal	40	26	48	38,60	6,539
Despersonalización	40	0	23	11,68	6,297
N válido (por lista)	40				

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Analizando los datos obtenidos en función de las subescalas “cansancio emocional”, “realización personal” y “despersonalización” de la encuesta de la Escala de Maslach, según la tabla puede verse que la máxima puntuación de “cansancio emocional” obtenida por los participantes es de 50 puntos y la mínima de 0; en cuanto a la puntuación máxima de “realización personal” esta ha sido de 48 puntos y la mínima de 26. Y por último, la puntuación máxima de “despersonalización” ha sido de 23 puntos y la mínima de 0. De esta manera, puede verse que sí que hay participantes que manifiestan elevadas puntuaciones de cansancio emocional y despersonalización, pero sí que es cierto que

según la subescala “cansancio emocional” las respuestas obtenidas son muy dispares dada la puntuación obtenida en la desviación que es de 13,7 y la media que es de 29,15.

Tabla 4: Estadísticos según las variables del Síndrome de Burnout

		Estadísticos		
		Cansancio emocional	Realización personal	Despersonalización
N	Válido	40	40	40
	Perdidos	0	0	0
Media		29,15	38,60	11,68
Mediana		28,50	38,50	12,00
Desv. Desviación		13,697	6,539	6,297
Percentiles	25	16,75	33,25	6,00
	50	28,50	38,50	12,00
	75	42,00	44,00	19,00

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

En este caso, volviendo de nuevo a tomar en consideración las subescalas de la Escala de Maslach. Destacaríamos que el 75% de la muestra afirma sentir “cansancio emocional” con una puntuación de 42 puntos o menos, de esta manera el 25% de los participantes afirmarían sentir un “cansancio emocional” de 42 puntos o más; que tomando en consideración los valores de referencia de indicios de *Burnout* (27-54), estaría dentro de los valores más altos. Con lo cual, los participantes padecen indicios de *Burnout*, al igual que, tomando en este caso el 50% de los participantes destacaríamos una puntuación de 28,50 puntos o menos, entrando aun así dentro de los límites de indicios de padecimiento de *Burnout*. En el caso de la subescala de “realización personal” ocurre lo contrario, el 75% de la muestra destaca con una puntuación de 44 puntos o menos y el 25% de esta con 44 puntos o más, pero tomando de nuevo los valores de referencia de indicios de *Burnout* (0-33), en este caso los trabajadores a pesar de sentir un cansancio emocional bastante aparente según los datos, la puntuación de realización personal es mucho más alta y esto significa que los trabajadores a pesar de ello cuentan con unos sentimientos de autoeficiencia y realización personal muy buena. Y por último, según la subescala de “despersonalización”, el 75% de los participantes afirma o padece sentir despersonalización con una puntuación de 19 puntos o menos, en cambio el 25% de los participantes destacaríamos con una puntuación de 19 puntos o más; esto quiere decir que según los valores de referencia de indicios de *Burnout* (10-30) la mayoría de los

encuestados cuentan con indicio alto de padecimiento del síndrome. Del mismo modo, aun tomando en consideración la mitad de la muestra la puntuación es de 12 puntos con lo cual sigue estando dentro en el intervalo de altos indicios de *Burnout*. (Anexo IX).

Gráfico 4: Cansancio emocional

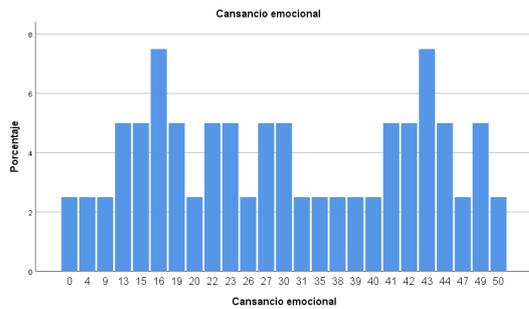
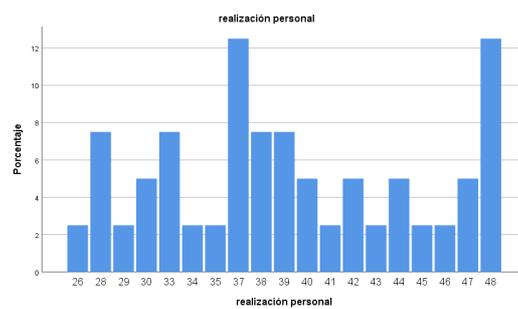
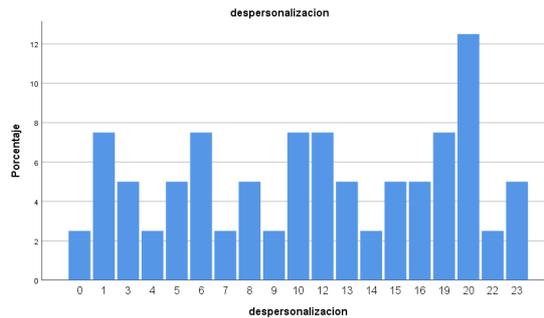


Gráfico 5: Realización personal



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 6: Despersonalización



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

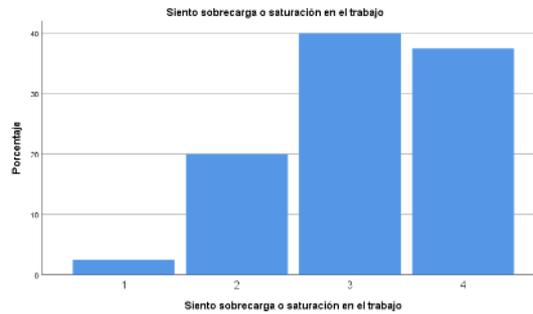
Tabla 5: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo

Siento sobrecarga o saturación en el trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	2,5	2,5	2,5
	2	8	20,0	20,0	22,5
	3	16	40,0	40,0	62,5
	4	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 7: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

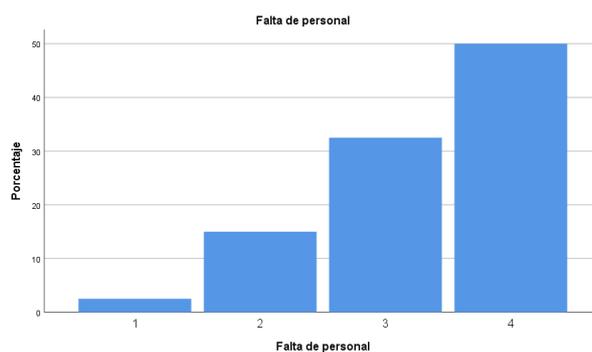
En términos generales según el gráfico de barras muestra que las respuestas están repartidas entre “totalmente de acuerdo” y “siempre”, lo que hace pensar que la mayoría de los encuestados sí que sienten sobrecarga o saturación en su trabajo, ya que según la tabla representarían el 77,5% de los participantes.

Tabla 6: Falta personal para cubrir las necesidades de los residentes y centro en general

		Falta de personal			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	2,5	2,5	2,5
	2	6	15,0	15,0	17,5
	3	13	32,5	32,5	50,0
	4	20	50,0	50,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 8: Falta personal para cubrir las necesidades de los residentes y del centro en general



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

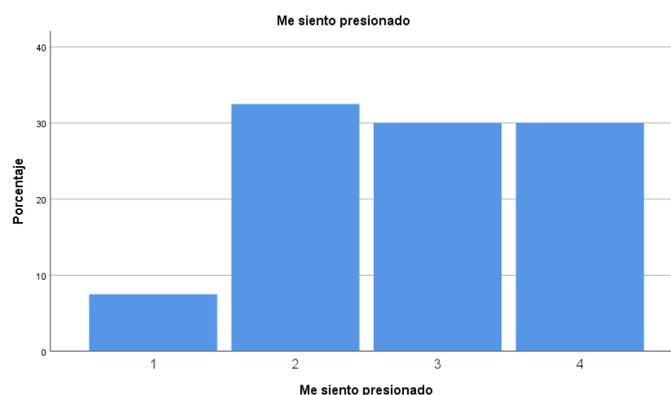
En cuanto al ítem de falta de personal, según el gráfico puede verse como “totalmente de acuerdo” y “siempre” han sido las respuestas mayoritarias de los participantes, seguidas de “algo de acuerdo”. Con lo cual, la mayoría de los encuestados, concretamente según la tabla el 82,5% de los encuestados afirma creer o sentir que falta personal para cubrir las necesidades de los residentes y del centro en general, frente al 17,5% que opina lo contrario.

Tabla 7: Con frecuencia me siento presionado por los familiares de los residentes

Me siento presionado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	7,5	7,5	7,5
	2	13	32,5	32,5	40,0
	3	12	30,0	30,0	70,0
	4	12	30,0	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 9: Con frecuencia me siento presionado por los familiares de los residentes



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Según la gráfica se observa que en cuanto a la pregunta de: “con qué frecuencia te sientes presionado/a por los familiares de los residentes en el trabajo que realizas diariamente”, la mayoría de las respuestas, es decir, el 60% de los participantes han elegido la opción de “siempre” y “totalmente de acuerdo”, a pesar de que el ítem más utilizado ha sido “algo de acuerdo” representando el 32,5% de los encuestado pero en general el 40% manifiestan no sentirse presionados.

Tabla 8 y Gráfico 10 (Anexo X: 11.10.1)

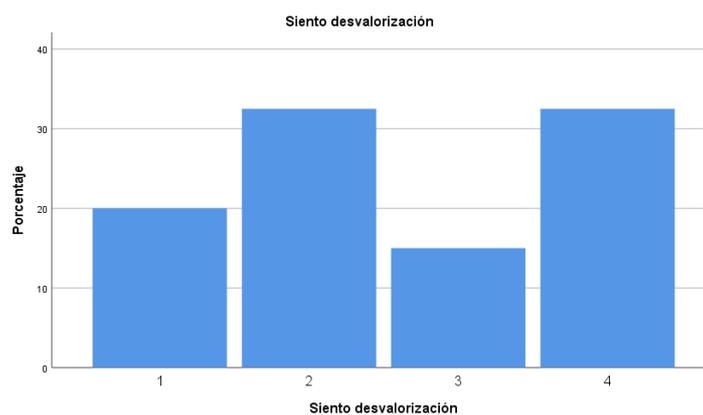
Tabla 9 y Gráfico 11 (Anexo X: 11.10.2)

Tabla 8: Siento desvalorización hacia mi profesión por parte de los familiares de los residentes.

Siento desvalorización					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	8	20,0	20,0	20,0
	2	13	32,5	32,5	52,5
	3	6	15,0	15,0	67,5
	4	13	32,5	32,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 12: Siento desvalorización hacia mi profesión por parte de los familiares de los residentes



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

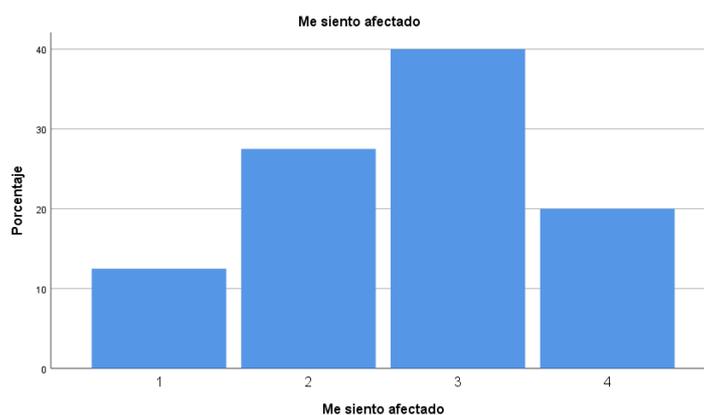
En cuanto al ítem: “siento desvalorización hacia mi profesión por parte de los familiares de los residentes”, puede verse cómo el 80% de los encuestados manifiesta sentir dicha desvalorización “siempre”, o está “totalmente de acuerdo” o “algo de acuerdo” en relación a esto, frente al 20% de los encuestados que refieren no sentir “nunca” ese sentimiento de desvalorización. Con lo cual, en general, sí que se percibe dicha desvalorización por parte de las familias en el centro.

Tabla 9: Con frecuencia me siento afectado/a por las elevadas exigencias de los familiares de los residentes

		Me siento afectado			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	12,5	12,5	12,5
	2	11	27,5	27,5	40,0
	3	16	40,0	40,0	80,0
	4	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 13: Con frecuencia me siento afectado/a por las elevadas exigencias de los familiares de los residentes



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Teniendo en cuenta el gráfico, a simple vista se observa claramente que la gran mayoría de los encuestados, el 40%, representa que están “totalmente de acuerdo” en cuanto a: “con frecuencia se sienten afectados por las elevadas exigencias de los familiares de los residentes del centro”. De esta manera, tomando en consideración en este caso el 20% de participantes que han respondido que “siempre” se sienten afectados, podríamos concluir con que el 60% confirman sentirse afectados por dicho motivo.

Tabla 12 y Gráfico 14 (Anexo X: 11.10.3)

Tabla 10: Creo que existe poca fluidez en las comunicaciones personal-familiar del residente

		Poca fluidez			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	1	3	7,5	7,5	7,5
	2	11	27,5	27,5	35,0
	3	16	40,0	40,0	75,0
	4	10	25,0	25,0	100,0
Total		40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 15: Creo que existe poca fluidez en las comunicaciones personal-familiar del residente



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

En términos generales destacaría “totalmente de acuerdo” con un 40%, de esta manera la gran mayoría de los encuestados creen que existe poca fluidez en las comunicaciones personal-familiar de los residentes. Asimismo, tomando en consideración el 25% de los participantes que manifiestan que creen que siempre existe poca fluidez, podría decirse que el 65% de la muestra refiere esa poca fluidez.

Tabla 14 y Gráfico 16 (Anexo X: 11.10.4)

Tabla 15 y Gráfico 17 (Anexo X: 11.10.5)

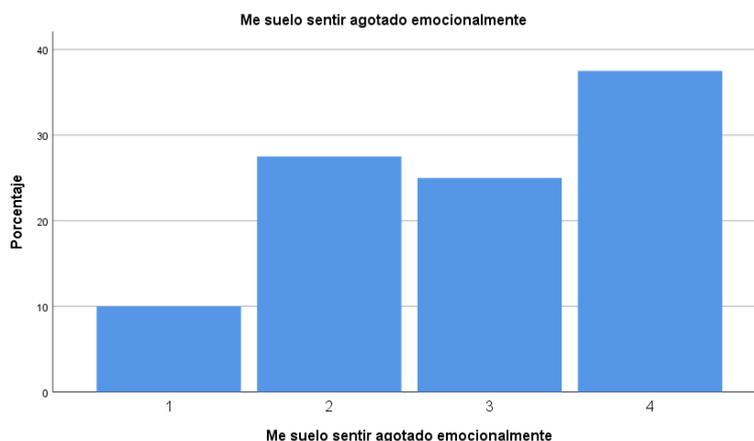
Tabla 16 y Gráfico 18 (Anexo X: 11.10.6)

Tabla 11: Me suelo sentir agotado/a emocionalmente al tener que mantener un trato directo con las familias

Me suelo sentir agotado emocionalmente					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	10,0	10,0	10,0
	2	11	27,5	27,5	37,5
	3	10	25,0	25,0	62,5
	4	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 19: Me suelo sentir agotado/a emocionalmente al tener que mantener un trato directo con las familias



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

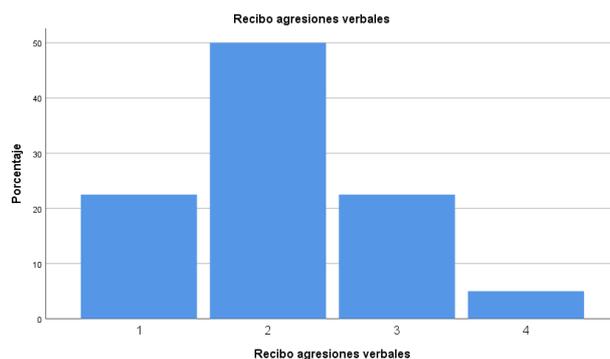
Según el gráfico y los datos recogidos en la tabla, se aprecia cómo “siempre” representa el 37,5% de los participantes en las encuestas. Asimismo, tomando en consideración también la respuesta “totalmente de acuerdo”, el 62,5% de los encuestados que afirman sentir o padecer agotamiento emocionalmente al tener que mantener un trato directo con las familias de los residentes.

Tabla 12: En ocasiones recibo agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes

		Recibo agresiones verbales			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	9	22,5	22,5	22,5
	2	20	50,0	50,0	72,5
	3	9	22,5	22,5	95,0
	4	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Gráfico 20: En ocasiones recibo agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes



Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

En este gráfico “algo de acuerdo” destaca como una de las respuestas más elegidas, ya que representa el 50% de los participantes. Además, llama la atención que tanto la respuesta “nunca” como “totalmente de acuerdo” coinciden en el número de participantes, ya que ambas representan un 22,5% cada una. En general puede decirse que la mitad de los encuestados afirma estar “algo de acuerdo” en que reciben agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes.

Tabla 19 y Gráfico 21 (Anexo X: 11.10. 7)

Tabla 20 y Gráfico 22 (Anexo X: 11.10.8)

Posteriormente, se procedió a la asociación de variables para comprobar la existencia de su relación o no, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 13: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * Falta de personal

Tabla cruzada

Recuento

		Falta de personal				Total
		1	2	3	4	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	0	0	1
	2	0	3	2	3	8
	3	0	2	6	8	16
	4	0	1	5	9	15
Total		1	6	13	20	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 22: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "Falta de personal"

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,251 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	13,001	9	,163
Asociación lineal por lineal	6,175	1	,013
N de casos válidos	40		

a. 13 casillas (81,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

En primer lugar se ha realizado una tabla de contingencia cruzando los resultados (Tabla 21) obtenidos en función de dos ítems elegidos con el fin de reconocer o no su asociación en función del test Chi-cuadrado. Por lo tanto, según el valor obtenido una vez realizado el test de Chi-cuadrado, dado que el valor de significación asintótica está por debajo de 0,05 (5%), podría decirse que sí que existe tal asociación entre el “siento sobrecarga o saturación en el trabajo” y “falta de personal”, de esta manera se considerarían variables dependientes.

Tabla 23: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * Me siento presionado/a por los familiares de los residentes

Tabla cruzada

Recuento

		Me siento presionado				
		1	2	3	4	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	0	0	1
	2	2	4	1	1	8
	3	0	7	7	2	16
	4	0	2	4	9	15
Total		3	13	12	12	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 24: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "Me siento presionado/a por los familiares de los residentes"

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,828 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	23,853	9	,005
Asociación lineal por lineal	14,725	1	,000
N de casos válidos	40		

a. 15 casillas (93,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Con el fin de reconocer o no su asociación en función del test Chi-cuadrado, se observa que dado que el valor de significación asintótica está por debajo de 0,05 (5%), podría afirmarse que sí que existe tal asociación entre ítem “Siento sobrecarga o saturación en el trabajo” y “me siento presionado”, de esta manera se considerarían variables dependientes. Esto quiere decir que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula, es decir, la de independencia de las variables sea cierta en nuestra población estudiada.

Tabla 25 y Tabla 26 (Anexo X: 11.10.8)

Tabla 14: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * Siento desvalorización hacia mi profesión por los familiares de los residentes

Tabla cruzada

Recuento

		Siento desvalorización				Total
		1	2	3	4	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	0	0	1
	2	3	3	0	2	8
	3	3	8	4	1	16
	4	1	2	2	10	15
Total		8	13	6	13	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 15: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "siento desvalorización hacia mi profesión por los familiares de los residentes"

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,049 ^a	9	,012
Razón de verosimilitud	22,231	9	,008
Asociación lineal por lineal	10,345	1	,001
N de casos válidos	40		

a. 14 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

En función de las variables “siento sobrecarga o saturación en el trabajo” y “siento desvalorización por parte de los familiares de los residentes”, se observa que el valor obtenido tras realizar el test es de $< 0,05$, con lo cual el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia de las variables y por lo tanto se confirma que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta entre nuestros participantes encuestados.

Tabla 16: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * me siento afectado por las elevadas exigencias de los familiares

Tabla cruzada

Recuento

		Me siento afectado				Total
		1	2	3	4	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	0	0	1
	2	2	4	2	0	8
	3	2	5	8	1	16
	4	0	2	6	7	15
Total		5	11	16	8	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 17: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "me siento afectado por las elevadas exigencias de los familiares"

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,820 ^a	9	,009
Razón de verosimilitud	21,323	9	,011
Asociación lineal por lineal	14,750	1	,000
N de casos válidos	40		

a. 14 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Se ha realizado una tabla de contingencia cruzando los resultados obtenidos en función de dos ítems elegidos con el fin de reconocer o no su asociación en función del test Chi-cuadrado. Por lo tanto, según el valor obtenido una vez realizado el test de Chi-cuadrado, dado que el valor de significación asintótica está por debajo de 0,05 (5%), podría decirse que sí que existe tal asociación entre ítem “siento sobrecarga o saturación en el trabajo” y “me siento afectado por las elevadas exigencias de los familiares de los residentes”, de esta manera se considerarían variables dependientes. Asimismo, esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula de independencia de las variables estudiadas sea cierta entre nuestros participantes encuestados.

Tabla 18: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * Poca fluidez de comunicación entre personal-familiar

Tabla cruzada

Recuento

		Poca fluidez				Total
		1	2	3	4	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	0	0	1
	2	1	5	2	0	8
	3	1	3	9	3	16
	4	0	3	5	7	15
Total		3	11	16	10	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 19: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "poca fluidez de comunicación entre personal-familiar"

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,814 ^a	9	,003
Razón de verosimilitud	19,284	9	,023
Asociación lineal por lineal	11,728	1	,001
N de casos válidos	40		

a. 14 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

En este caso, tomando en consideración las variables “siento sobrecarga o saturación en el trabajo” y “creo que existe poca fluidez en las comunicaciones personal-familiar del residente” puede verse que tras realizar el test, al obtener un valor de $0,003 < 0,05$, puede decirse que el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia de dichas variables y por lo tanto se confirma que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta entre los encuestados.

Tabla 33 y Tabla 34 (Anexo X: 11.10.9)

Tabla 20: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * Me suelo sentir agotado/a al tener que mantener un trato directo con las familias

Tabla cruzada

		Recuento				Total
		Me suelo sentir agotado emocionalmente				
		1	2	3	4	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	0	0	1
	2	2	4	1	1	8
	3	1	6	4	5	16
	4	0	1	5	9	15
Total		4	11	10	15	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 21: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "me suelo sentir agotado/a emocionalmente al tener que mantener un trato directo con las familias"

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,389 ^a	9	,011
Razón de verosimilitud	18,931	9	,026
Asociación lineal por lineal	13,516	1	,000
N de casos válidos	40		

a. 14 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Continuando ahora con la comparación de las variables “siento sobrecarga o saturación en el trabajo” y “me suelo sentir agotado/a emocionalmente al tener que mantener un trato directo con las familias de los residentes” para comprobar su asociación o no en función del test Chi-cuadrado. Por lo tanto, según el valor obtenido en cuanto a la significación asintótica este ha sido menor de 0,05 (5%), así que sí que existe tal asociación, por lo tanto de esta manera se considerarían variables dependientes.

Tabla 22: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * recibo agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes

Tabla cruzada

Recuento

		Recibo agresiones verbales				Total
		1	2	3	4	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	0	0	1
	2	3	5	0	0	8
	3	5	8	3	0	16
	4	0	7	6	2	15
Total		9	20	9	2	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 23: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "recibo agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes"

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,672 ^a	9	,074
Razón de verosimilitud	20,333	9	,016
Asociación lineal por lineal	12,144	1	,000
N de casos válidos	40		

a. 14 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Por el contrario, tras comprobar la posible asociación o no de las variables “siento sobrecarga o saturación en el trabajo” y “en ocasiones recibo agresiones de tipo verbal por los familiares de los residentes” se ha podido comprobar en función del test Chi-cuadrado que tras obtener el valor de significación asintótica con una cifra de 0,074, al ser esta mayor de 0,05 (5%), puede decirse que no existe tal asociación, por lo tanto de esta manera se considerarían variables independientes.

Tabla 39 y Tabla 40 (Anexo X: 11.10.10)

Tabla 41 y Tabla 42 (Anexo X: 11.10.11)

Tabla 43 y Tabla 44 (Anexo X: 11.10.12)

Tabla 45 y Tabla 46 (Anexo X: 11.10.13)

Tabla 47 y Tabla 48 (Anexo X: 11.10.14)

Tabla 24: Siento sobrecarga o saturación en el trabajo * Sexo

Tabla cruzada

Recuento		Sexo		Total
		0	1	
Siento sobrecarga o saturación en el trabajo	1	1	0	1
	2	3	5	8
	3	3	13	16
	4	5	10	15
Total		12	28	40

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tabla 25: Prueba Chi-cuadrado de "siento sobrecarga o saturación en el trabajo" * "sexo"

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,591 ^a	3	,309
Razón de verosimilitud	3,746	3	,290
Asociación lineal por lineal	,396	1	,529
N de casos válidos	40		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,30.

Fuente: Elaboración propia a partir de las respuestas a las encuestas.

Tras comprobar que valor de la prueba de Chi-cuadrado en función de las variables “sexo” y “me siento valorado en mi trabajo”, es mayor de 0,005, se observa que dichas variables son independientes.

7.2.DATOS CUALITATIVOS

Al igual que la realización de las encuestas destinadas a los trabajadores del Centro Residencial Orpea, finalmente también se realizaron varias entrevistas, más concretamente a 10 trabajadores que forman parte de todo el equipo que compone el centro, con la finalidad de poder confirmar de nuevo la hipótesis y conocer más en profundidad como perciben dichos trabajadores esa sobrecarga laboral o sobrecarga emocional a la hora de trabajar con las familias de los residentes en el centro residencial Orpea de Zaragoza. (Anexo VII).

Las entrevistas se realizaron de forma presencial, gracias a la directora del centro, quién fue la que facilitó mi acceso a la residencia con el fin darme a conocer entre el personal, de esta manera pude explicarles en todo momento el procedimiento de mi investigación, difundir los cuestionarios y a la vez ir reclutando a trabajadores que se presentaron totalmente voluntarios para la participación en las entrevistas. Finalmente, las entrevistas que se llevaron a cabo fueron:

-Entrevistado anónimo N°1
-Entrevistado anónimo N°2
-Entrevistado anónimo N°3
-Entrevistado anónimo N°4
-Entrevistado anónimo N°5

-Entrevistado anónimo N°6
-Entrevistado anónimo N°7
-Entrevistado anónimo N°8
-Entrevistado anónimo N°9
-Entrevistado anónimo N°10

A continuación, se va a realizar un análisis general de las entrevistas realizadas, destacando los temas tratados más importantes:

1. SOBRECARGA EMOCIONAL O SATURACION EN EL TRABAJO

En función de las respuestas obtenidas, puede verse como la mayoría de los entrevistados, afirman o confirman según sus testimonios sentir sobrecarga laboral y emocional a la hora de desempeñar su labor en el centro residencial. Como puede verse en claramente en todas las entrevistas realizadas, todos afirmaron lo siguiente: *“siento sobrecarga emocional... porque trabajar con personas es lo que tiene... y más aún cuando estamos hablando de trabajar con personas mayores.”* (Entrevistado anónimo n°1, comunicación personal, 12 de Abril de 2019), *“Sobrecarga emocional me atrevería de decir que si, trabajamos con personas mayores y familias que vienen al centro bastante desbordadas y como soy mucho de empatizar...a veces eso me cuesta lo mío. También es que estoy sometida a demasiado estrés en mi día a día [...]”* (Entrevistado n°7, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019), *“constantemente, por no decirte que siempre. Trabajar en residencias es muy duro...(resopla), ya que el trabajo que hay detrás no lo sabe nadie hasta que uno no lo vive en sus propias carnes...”*. (Entrevistado anónimo n°2, comunicación telefónica, 16 de Abril de 2019). Con lo cual, se entiende que esta sobrecarga emocional pero también laboral son percibidas según las situaciones dadas en el día a día de la residencia.

Finalmente, en el caso de los entrevistados N°4 y N°5, lo que más me llama la atención de sus respuestas dadas en función a esta primera pregunta, es que el entrevistado N°4 confirma padecer sobrecarga o saturación en el trabajo cuando comenta: *“[...] saturación en el trabajo sí, porque entre las quejas constantes, las entradas, salidas, la recepción de familias...pff (resopla) sí.”* (Entrevistado anónimo n°4, comunicación personal, 20 de Abril de 2019). Y el entrevistado N°5 cuando dice:

“Saturación de lo que son responsabilidades y cosas que hacer si, porque muchas veces tienes que hacer cosas que no son tus funciones y entonces [...] eso es lo que me sobrecarga. Y emocional, lo que más es cuando las chicas (las gerocultoras y auxiliares), están todo el día quejándose y me llaman para quejarse y quejarse y quejarse... pff (resopla) eso me mata.” (Entrevistado anónimo nº5, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019).

Con lo cual, puede verse que ambos entrevistados están de acuerdo en que esa sobrecarga que perciben es debida en gran parte a las quejas que se manifiestan a lo largo de su jornada laboral, aunque más concretamente, el entrevistado N°5 engloba tanto las quejas que vienen dadas por las familias de los residentes, como las quejas constantes de los demás compañeros de trabajo. Ya que refiere como ha podido verse con anterioridad que son los propios trabajadores quienes al final hacen que tú también estés más agobiado y saturado, si te están constantemente recordando y diciendo que están cansados, que no llegan o no pueden más.

2. SINTOMAS Y ALTERACIONES PSICOSOMATICAS

• **Síntomas a nivel emocional**

Otro aspecto a destacar es que la mayoría de los entrevistados padecen síntomas bastantes intensos en relación al trabajo que desempeñan a lo largo de su jornada laboral. Estos síntomas se relacionan con cambios de estado de ánimo como puede verse claramente en uno de los entrevistados, el cual me confiesa lo siguiente: *“estoy mucho más irritable [...] y yo me lo noto mucho, pero es que realmente no se gestionarlo, porque me viene la mala leche porque no llego a todo [...] y hay días que te los tomas pues un poco mejor, y si llevas varios días aguantando determinadas circunstancias pues ya no los llevas igual y claro te afectan más.”* (Entrevistado anónimo nº10, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019). Del mismo modo, también el entrevistado N°8, es consciente de estos cambios de humor ya que el mismo me dice: *“he pasado de ser amable con las personas a tener que hacer en plan, al primero que me entra por la puerta hacerle, espere unos segundos. Y te juro que yo eso no lo he tenido que hacer en mi vida”* (Entrevistado nº8, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019). De igual manera, aparece también la

indiferencia ante conflictos o determinadas situaciones de trabajo como muy bien comenta de nuevo el entrevistado N°8 cuando me dice: *“es llegar aquí y no parar [...], se me quitan las ganas de hablar [...] hay días que en el trabajo algún rato me ausento y me tengo que encerrar un rato en el despacho, para al menos sentir un poco paz [...] este trabajo es agobiante...(resopla)”* (Entrevistado anónimo n°8, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019).

Por otro lado, suele aparecer la desmotivación como consecuencia de las situaciones diarias a las que se tienen que enfrentar los trabajadores en residencias, ya que suelen sentir que determinadas situaciones o demandas superan sus capacidades o simplemente por el hecho de experimentar jornadas laborales bastante extensas e intensas...etc. Esto es confirmado por varios entrevistados, un claro ejemplo de ello puede verse cuando el entrevistado N°4 me dice: *“en numerosas ocasiones siento que al intentar ayudar a las familias, hay diferentes [...] demandas que no son competencia mía como tal, y entonces no puedo resolverlas o atenderlas como me gustaría...y esto a mí me frustra mucho y más ahí si esta la familia ahí papapa..sin parar...es muy agotador”* (Entrevistado anónimo n°4, comunicación personal, 20 de Abril de 2019).

O como muy bien expresa el entrevistado N°10 cuando me comenta que en su trabajo intenta dar lo mejor de sí mismo, pero no siente esa motivación o valoración por el trabajo que él está haciendo, y lo expresa así: *“ósea es que les da igual, es como si fueras una mierda ahí, les das igual...y no se dan cuenta, no valoran nada porque claro tu intentas que estén lo mejor atendidos y lo mejor posible y te desvives por ellos y chico que no lo valoran nada”* (Entrevistado anónimo n°10, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019). En relación con lo dicho también sobre la aparición de la desmotivación esta vez con el tipo de jornada laboral percibida, destacarían varios profesionales, los cuales me dice: *“el agobio al que nos sometemos...a veces es innecesario.”* (Entrevistado anónimo n°1, comunicación personal, 12 de Abril de 2019); el entrevistado N°2, quién refiere lo siguiente: *“percibo sobrecarga laboral y emocional a través de un trabajo bastante excesivo (suspira)..., agotador y muy demandante. Según mi puesto de trabajo, tengo demasiadas responsabilidades y unos objetivos establecidos a los que tengo que llegar si o si”* (Entrevistado anónimo n°2, comunicación personal, 16 de Abril de 2019) y sobretodo en entrevistado N°8 y N°10, ya que en ambos son los únicos que han hablado sobre el tema de las horas invertidas en sus puestos de trabajo, el entrevistado N°8 me

comenta entre risas: *“si es que a la semana hago más horas que un reloj (risas) te lo aseguro..no va en broma. Es llegar aquí y no parar.”* (Entrevistado anónimo nº8, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019). Y por último, el entrevistado N°10 me afirma: *“hago más de 14 horas al día y puedo estar trabajando [...] 14 días demedia al mes,, y luego descanso dos días al mes, entonces claro, pues cuando ya voy por el día 10 [...], pues obviamente mi irritabilidad es bastante amplia y no aguanto nada ni a nadie”* (Entrevistado anónimo nº10, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019).

Por último, otro de los temas importantes a tratar en relación a estos síntomas de carácter emocional, sería el agotamiento mental que supone o genera el trabajo en centros residenciales de personas mayores, pero sobretodo el desgaste de energía y el padecimiento de un menor rendimiento en el puesto de trabajo desempeñado. Un claro ejemplo de ellos es uno de los profesionales entrevistados el cual me comenta lo siguiente: *“no soy capaz de llegar a poder atender todas las demandas que tengo, tanto por mi gerocultoras, como por las familias. Y eso a nivel psicológico más que otra cosa, me sobrecarga”* (Entrevistado anónimo nº3, comunicación personal, 16 de Abril de 2019).

Finalmente, en cuanto al cansancio, pero más el relacionado con la falta de energía y la sensación de un menor rendimiento trabajando, destacarían aquí tres de los entrevistados anónimos . Uno de ellos percibe esto ya que me dice:

[...] pues mira tengo semanas de que mi día se resume en dormir, porque estoy tan sumamente cansada que es dormir, y claro eso me afecta, esto a nivel personal me afectada en todo, porque voy a ver mi familia y estoy cansada, es que me pesa todo, llego a mi casa y no tengo ganas de hablar con nadie, solo tengo ganas de dormir o simplemente de echarme en el sofá tranquila” (Entrevistado anónimo nº5, 2 de Mayo de 2019).

El entrevistado N°8, también percibe dicha falta de energía o rendimiento por el estrés al que está sometido y esto puede verse cuando me dice: *“siento estrés, mucho estrés. Ya que a nivel físico siento mucho cansancio, si es que a la semana hago más horas que un reloj (risas) te lo aseguro..no va en broma. Es llegar aquí y no parar, con lo cual luego llego a casa y solo tengo ganas de descansar”* (Entrevistado anónimo nº8, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019).

- **Síntomas a nivel físico**

Como muy bien se ha podido ver y tras la afirmación según el análisis de varios estudios el agotamiento laboral como tal es un tipo especial de estrés que implica un agotamiento físico y emocional generando así un cúmulo de síntomas y alteraciones que afectan a la propia salud física y mental de la persona. A continuación, nos centraremos más específicamente en aquellos síntomas que aparecen entre los profesionales del centro.

Principalmente, se ha podido ver que en general los trabajadores entrevistados padecen más alteraciones psicósomáticas, aunque bien es cierto que algunos de ellos manifiestan también el sentir algún que otro dolor muscular o articular. En primer lugar, en relación con las alteraciones psicósomáticas destaca el padecimiento de problemas gastrointestinales como muy bien afirman algunos de los entrevistados cuando dicen: *“estoy sometida a demasiado estrés y esto en numerosas ocasiones me juega malas pasadas, ansiedad, dolor de estómago...a veces llego a no tener tanta hambre”* (Entrevistado anónimo nº2, comunicación personal, 16 de Abril de 2019); *“suelo llegar a casa demasiado cansada [...] sin tener mucha hambre”* (Entrevistado anónimo nº3, comunicación personal, 16 de Abril de 2019); *“cuando estoy aquí trabajando solo tengo ganas de comer, siempre comiendo y creo que es de la ansiedad [...] aunque por ejemplo, lo que es sentarme en mi casa y lo que es comerme un plato de primero y segundo antes de venir al trabajo eso sí que me cuesta, como estoy nerviosa [...]”* (Entrevistado anónimo nº5, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019).

Otros de los síntomas característicos experimentados según los entrevistados son los dolores de cabeza o cefaleas, dolores musculares y trastornos del sueño, ya que a lo largo de las entrevistas varios entrevistados me comentaron lo siguiente: *“según mi puesto de trabajo [...] a veces llego a no tener tanta hambre, insomnio por las noches, me cuesta conciliar el sueño pensando en la de cosas pendientes que tengo por hacer”* (Entrevistado anónimo nº2, comunicación personal, 16 de Abril de 2019); *“muchas veces no puedo conciliar el sueño tampoco, y tengo que tomarme valerianas y cosas así, porque estoy todo el rato pensando. O estoy viendo la tele y de repente me vienen cosas del trabajo o sueños. No desconecto la verdad, y si lo intento es que no puedo”* (Entrevistado nº5, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019) o *“llego a casa destrozada...y con unos*

dolores de cabeza...”(Entrevistado anónimo nº7, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019).

Por último, añadir que las consecuencias que tiene dicho Síndrome se extienden incluso más allá de dichos síntomas en el propio trabajador llegando a afectar a familiares, amigos, relaciones de pareja...etc. Uno de los entrevistados, más concretamente el entrevistado N°10 es un claro ejemplo de ello, ya que me cuenta lo siguiente: *“antes estaba muy colgada al teléfono, y este me costaba muchas cosas, aparte de mi relación con mi expareja, la última vez que estuve en Bilbao con mis amigas me costó un mosqueo muy gordo que todavía no se les ha pasado[...]* (Entrevistado anónimo nº10, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019). Asimismo, el entrevistado N°2 ya que también me afirma: *“soy joven y muchas veces me doy cuenta de que no puedo dedicar el tiempo que me gustaría a mi familia y amigos, pero sobre todo a mí misma”* (Entrevistado anónimo nº2, comunicación anónima, 16 de Abril de 2019).

3. FAMILIARES DE LOS RESIDENTES

Los puestos de trabajo relacionados con la atención al público, clientes o usuarios suelen considerarse una de las diversas causas que pueden provocar dicho Síndrome de *Burnout*, sobre todo si se presentan en prolongados periodos de tiempo. Pero sí que es cierto, que tras el análisis bibliográfico a lo largo de todo mi trabajo, el factor familia o familiares de los residentes no se contempla o estudia como tal, es decir, como un posible factor desencadenante de dicha sobrecarga laboral o emocional del trabajador, sobre todo cuando se trata de trabajadores que desempeñan su labor en centros residenciales . Así que en relación a esto, y tras la realización de las entrevistas correspondientes, esto ha sido lo que se ha podido comprobar.

En primer lugar, la gran mayoría de los entrevistados en relación al trato que tiene con los familiares de los residentes y viceversa, refieren lo siguiente: *“buena en general ya que yo estoy en constante contacto con ellas, pero son muy demandantes. A veces es demasiado, aunque también depende, cada familia es un mundo. Pero si, a veces se dan situaciones tensas con ellas.”* (Entrevistado anónimo nº1, comunicación personal, 12 de Abril de 2019);

“si te soy sincera, la relación con ellos es muy ambivalente, depende mucho de cada tipo de familiar [...] Puede estar aquel que se dirige a ti bien [...] Pero luego está la típica familia demandante e exigente que se dirige a ti sin ningún tipo de reparo, te habla de malas maneras exigiéndote que el problema que sucede tiene que solucionarse ya de ya, y es que a estas alturas...has viste de todo un poco...familias que te amenazan, familias que se enfadan y cogen y dan de baja al residente sin hablar si quiera e intentar solucionar lo ocurrido...” (Entrevistado anónimo nº2, comunicación personal, 16 de Abril de 2019);

“ [...] hay momentos que estas tan pff (suspira), que te echas cuatro lloros [...] y ya está me desahogo pero a veces el que te hagan un comentario que no esperas, o te digan o hagan algún feo...o grito y dices pero bueno por qué...aun me tenso y me estreso más y claro eso me influye aún más y exploto” (Entrevistado anónimo nº9, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019) y por último otro de los entrevistados me expresa: *“ya perdonaras pero son una pesadez y un incordio tremendo...las familias aquí son muy especiales [...] tengo clientes fijos, que todos los puñeteros días están detrás de la puerta de enfermería para decirte una chorrada o dos. Siempre son los mismos, y siempre vienen por tonterías.”* (Entrevistado anónimo nº8, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019). De esta manera, según las respuestas dadas puede verse claramente como los entrevistados manifiestan por un lado lo cansados y afectados que se sienten ante las malas maneras o formas que tienen de dirigirse a ellos los familiares de sus residentes.

Por otro lado, también hay varios entrevistados que me comentan situaciones o ejemplos de circunstancias vividas con ellos, dejándome ver a qué tipo de situaciones se suelen enfrentar en su día a día, uno de ellos me cuenta lo siguiente:

Recuerdo, una vez una familia que ya bajaba cabreada de la planta se me puso un poco como decirlo...no violenta pero si muy alterada y levantándose un poco la voz a la par que dirigiéndose a mí de malas maneras exigiéndome hablar con algún superior si o si y ahora en ese mismo momento...la verdad que me puse muy nerviosa y no me sentí nada cómoda en ese momento.” (Entrevistado anónimo nº4, comunicación personal, 20 de Abril de 2019). Otro me dice: *“cuando se ponen en plan... de que no te escuchan por ejemplo o te escuchan lo que ellos quieren o sacan*

de lo que tú les has dicho lo que ellos quieren o no te dejan explicarles... pff (resopla). Pero ya cuando me gritan o empiezan hacer cualquier cosa, porque hay muchos que te agarran del brazo para no te vayas y les escuches si o si... cuando eso buff es lo peor. O cuando te dicen quiero esto ya y punto, sin impórtales si estas ocupada o no.” (Entrevistado anónimo nº5, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019). De igual manera, el entrevistado N°7 me comenta lo siguiente: “[...] *no tienen mucha paciencia si te pillan por algún pasillo te avasallan por cualquier tipo de problema que a lo mejor no es competencia mía y la pagan conmigo en el momento...* (Entrevistado anónimo nº7, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019).

Una de las respuestas más extensas y que más me gustaría destacar en relación a todo lo comentado anteriormente es la del entrevistado N°10, cuando me dice:

[...] cualquier cosa pequeña que pasa la familia lo vive como un mundo. Primero porque ellos tienen también una carga emocional por sentimiento de culpabilidad, abandono, entonces parece que cualquier cosa que para nosotros, a mí que pues no se a mí si se me estropea una camiseta me puede sentar mal, pero ellos aprovechan esa circunstancia para magnificar la situación. Entonces que mal esta todo y esto es un desastre, y no a ver se ha estropeado una camiseta en una lavadora industrial, entonces eso no significa que su madre este mal atendida, no se le de comer, no se le este dado una medicación... que es algo material por decirlo de alguna forma. Ya que me preocuparía mucho más que me dijeran pues no que mi tía lleva 5 días sin tomar la medicación, entonces pues sí que me preocupo obviamente, porque me parece una mala praxis. Pero es que ellos viven cualquier cosa como si fuera un mundo, y luego claro encima vienen te faltan al respeto, que eso es una de la cosas que yo me canso de decir [...] es algo que a mí me quema mucho, y cada día me quema más... esas faltas de respeto no solo a mí sino a mis compañeros también. Porque las tienen continuas... les dan igual. Ósea es que les da igual, es como si fueras una mierda ahí, les das igual... y no se dan cuenta, no valoran nada. (Entrevistas anónimo nº10, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019).

Asimismo me gustaría destacar una de las anécdotas vividas de nuevo por el anterior entrevistado, donde me deja ver hasta qué punto son las familias capaces de llegar, llegando a afectar emocionalmente a este trabajador, me cuenta lo siguiente:

Un ejemplo en relación a las situaciones que vivimos con las familias, esto me paso en la planta 0, no había agua caliente ese día pero sí que te podías duchar, no estaba a 40 grados ahí ardiendo a vapor humano, y claro la familia de la 019 es la única que se queja y monta un pollo. Y según entro yo voy a verla [...] y familia de la mujer: “porque todo esto es culpa tuya” y no se parece ser que a las 8 de la mañana porque si me dedico a cortar el agua, y me dice: “porque es culpa tuya” y yo bueno que aun pude ducharse que el agua no está cortada y no esta fría, y la residente salta: “ya pero es que yo la quiero ardiendo”, y yo en plan ya pero que con esta agua te puede duchar , y continua la familia y me dice: “no porque es que en esta residencia todo va mal” y me sacan el tema de los tomates un día de la comida, y me dicen “los tomates también culpa tuya” y yo pero es que si se rompen por la furgoneta de reparto no es mi culpa, y la residente de nuevo: “pues una solución tenías que haber buscado, porque que no hubiera tomates es denigrante, nos tratáis fatal” [...] y la residente erre que erre “porque ahora vamos a estar sin agua”, y yo claro haciéndole ver que por un día que no haya agua no quiere decir que todos los días no va a haber agua sabes, pues ella seguía “tu como los ministros, que si no vales a la calle”. Y claro si hay días que estas descansada y demás pues mira le dices pues oye bonita lo siento, pero si llevas 14 días seguidos sin parar, ahí dándolo todo y llegas el sábado por la mañana que el último día de los 14 que llevas y descansas uno y encima escuchas este pitote y te lo comes a las 10 de la mañana...pues mira obviamente salí de ahí y me eche a llorar, porque es que no me lo termine de creer...(Entrevistado anónimo nº10, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019).

Para terminar, se les pregunto a los entrevistados la cuestión de que les suponía el trabajar con familias en su día a día y estas fueron algunas de sus respuestas, la gran mayoría me dice: “yo diría que satisfacción pero a la vez agobio [...] (Entrevistado anónimo nº1, comunicación personal, 12 Abril de 2019); “mmm...estrés, diría que en bastante ocasiones ansiedad y también miedo. He vivido alguna circunstancia en la que sí puedo decirte que he pasado miedo.” (Entrevistado anónimo nº2, comunicación personal, 16 de Abril de 2019); “tener mucha paciencia (suspira), en ocasiones no son realistas con lo que les sucede, en la nueva situación que les toca vivir. [...] además se tiene un concepto bastante equivocado en relación a estos, bajo mi punto de vista.” (Entrevistado anónimo nº3, comunicación personal, 16 de Abril de 2019); “la verdad que tengo mucha mano

izquierda [...] pero aquí la gente te viene con un nivel de exigencias que no es ni medio normal...Son muy demandantes entonces a veces hay que decirles que las cosas son así por tal y cual y punto.” (Entrevistado anónimo nº8, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019) y *“horror, horror... me supone un desgaste emocional, físico, personal y un quebradero de cabeza y ya no puedo más (suspira). Estoy ya muy saturada.”* (Entrevistado anónimo nº10, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019). En general, podría decirse que los entrevistados relacionan el trabajar con familias con palabras como estrés, agobio, ansiedad, demandantes y en ocasiones con la palabra miedo u horror, según sus vivencias a lo largo de su vida laboral en el centro residencial.

8. DISCUSIÓN

El objetivo general de este trabajo ha sido demostrar la influencia del factor familia como posible variable relaciona con la aparición del Síndrome de Burnout en los profesionales del centro residencial Orpea de Zaragoza. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo en el que finalmente participaron 40 trabajadores del centro (siendo el 70% mujeres y el 30% hombres). Además de un análisis cualitativo mediante entrevistas, en este caso a 10 trabajadores del centro, quienes se presentaron de forma voluntaria, con el fin de obtener una información más enriquecida.

En comparación con el estudio llevado a cabo por el autor Gil (2016) en el centro Residencial de Belchite, puede apreciarse al igual que en esta investigación que existe un alto nivel de participación de mujeres frente a un valor bastante menor de hombres, lo que puede dar a entender que hay una mayor implicación de las mujeres en cuanto al cuidado de las personas mayores. Del mismo modo, tras el análisis de varias variables tanto socio-demográficas como de la Escala de Maslach podemos ver que al igual que el artículo publicado por Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro (2011) tampoco hemos

encontrado la existencia de diferencias significativas en cuanto a las respuestas dadas por los encuestados.

Asimismo, este estudio arroja una serie de datos bastante importantes: en primer lugar, destacar que el 77,5% de los encuestados sienten sobrecarga o saturación en su trabajo, el 60% afirma que se siente afectado por las elevadas exigencias de los familiares y el 52,5% sienten que su trabajo les está produciendo desgaste emocional.

A continuación, centrándonos ahora en las principales categorías del burnout como son “cansancio emocional”, “realización personal” y “despersonalización”, según los resultados podemos ver que los profesionales del centro residencial Orpea de Zaragoza presentan altos indicios de Burnout debido a las altas puntuaciones alcanzadas, ya que si nos fijamos en primer lugar en la variable de “cansancio emocional”, la media de puntuaciones obtenidas de todos los encuestados esta en 29,15 , siendo la máxima puntuación alcanzada de 50 puntos, así que teniendo en cuenta los valores de referencia hay un alto indicio de Burnout, según la clasificación de Solano et al. (2002). Lo mismo ocurre con la “despersonalización” ya que la media es de 11,68 siendo la puntuación máxima alcanzada de 23 puntos, con lo cual se siguen viendo valores bastante altos, lo que supone que nos encontremos ante una influencia bastante negativa por parte de los trabajadores a la hora de realizar su trabajo en la residencia. Aunque es cierto, que en la “realización personal” no ocurre lo mismo ya que la media está en 38,60 y la máxima puntuación es de 48, cuando esta debería ser menor (0-30).

En general, centrándonos ahora en la variable “familia” o “relación con la familia de los residentes”, punto principal de este estudio, se ha podido comprobar que, es cierto que los familiares de los residentes, deben de considerarse como un colectivo o grupo de población clave a lo largo del cuidado del usuario en el centro residencial, pero lo que también es verdad es que la gran mayoría de los trabajadores de la residencia asocian su malestar o sobrecarga de trabajo a las constantes demandas y elevadas exigencias de los familiares. Esto ha podido comprobar no solo a través de un análisis estadístico según cual se confirma la dependencia de dichas variables, sino que también dichos resultados se han reforzado a través de las entrevistas a varios profesionales que componen el centro. Y es que como muy bien se ha comentado con anterioridad, el 60% de los participantes se sienten afectados por dichas exigencias y según las entrevistas se manifiesta lo

siguiente: “[...] aquí la gente te viene con un nivel de exigencias que no es ni medio normal... Son muy demandantes entonces a veces hay que decirles que las cosas son así por tal y cual y punto.” (Entrevistado anónimo nº8, comunicación personal, 10 de Mayo de 2019) o “[...] luego está la típica familia demandante e exigente que se dirige a ti sin ningún tipo de reparo, te habla de malas maneras exigiéndote que el problema que sucede tiene que solucionarse ya de ya...” (Entrevistado anónimo nº2, comunicación personal, 16 de Abril de 2019).

Por otra parte, a pesar de la escasez de estudios sobre esta variable, siendo que se trata de un puesto de trabajo en el que día a día se está con familias, es cierto que destaca algún artículo o investigación, aunque se de en el ámbito sanitario, al fin y al cabo también es un puesto de trabajo que trata continuamente con familias, así que puede apreciarse una pequeña mención en función de dicha variable, más concretamente utilizando los ítems “relación con pacientes y familiares” o “tener que mantener un trato directo con los familiares”, no obstante estos aparecen como menos valorados en relación a otros, pero sí que es cierto que el contacto con los familiares obtuvo una puntuación ligeramente alta en relación al Síndrome de Burnout dada la investigación llevada a cabo por los autores Ballester, Gómez, Gil, Ferrándiz y Collado, 2016. Con lo cual, volviendo de nuevo a los resultados de nuestro estudio, esta relación también se ha podido comprobar en función a la información obtenida en las encuestas, ya que la gran mayoría, es decir, el 70% de los participantes han respondido estar “algo de acuerdo” en que la relación con los familiares es buena, sin embargo no se ha afirmado rotundamente que esta si lo sea. Del mismo modo, el 10% confirmó que “nunca” era buena, así que tras pasar la prueba del Chi-cuadrado finalmente se ha podido comprobar dicha dependencia o asociación con el sentimiento de sobrecarga o saturación en el trabajo de los participantes de la residencia. Al igual que con el ítem “me siento agotado emocionalmente al tener que mantener un trato directo con las familias” donde el 62,5% afirma sentirse así, ya que la sobrecarga laboral o mejor dicho los factores estresantes en dicha profesión no solo afectan al propio trabajador sino también puede generar consecuencias a nivel asistencial y como ha podido verse sobre todo a nivel relacional tanto con las familias, pacientes como con los propios compañeros (Ballester, Gómez, Gil, Ferrándiz y Collado, 2016).

Por último, otro autor a destacar es Gómez (2013), el cual llevo a cabo una investigación sobre “los *Determinantes del Estrés Laboral Asistencial del Personal de Enfermería en*

Enfermos Gerontológicos Terminales”, así que apoyándonos él, puede verse cómo este utilizo el ítem “discusiones con los familiares de pacientes” llegando a obtener un porcentaje del 45,1% representando la respuesta “algunas veces” y un 30,2% la respuesta “nunca”. De esta manera, tomando en consideración los resultados obtenidos sobre el ítem “creo que existe poca fluidez en la comunicación personal-familiar”, el 65% de los profesionales ha contestado estar totalmente de acuerdo de ahí la existencia de los malos entendidos y enfrentamientos. Con lo cual, en relación a los relatos de las entrevistas dicha respuesta se refuerza ya que varios de los entrevistados han referido lo siguiente: “*y es que a estas alturas...has viste de todo un poco...familias que te amenazan, familias que se enfadan y cogen y dan de baja al residente sin hablar si quiera e intentar solucionar lo ocurrido...*” (Entrevistado anónimo nº2, comunicación personal, 16 de Abril de 2019) o “*cuando se ponen en plan ..de que no te escuchan o te escuchan lo que ellos quieren o sacan de lo que tú les has dicho lo que ellos quieren o no te dejan explicarles...pff (resopla)*” (Entrevistado anónimo nº5, comunicación personal, 2 de Mayo de 2019).

9. CONCLUSIONES

Tras realizar dicha investigación a lo largo de estos meses y revisando la hipótesis planteada, se considera que se ha visto comprobada sobre todo a través de los resultados obtenidos mediante el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas como son las entrevistas semi-estructuradas llevas a cabo y los diferentes cuestionarios utilizados.

A la hora de la búsqueda de información sobre el tema sí que es cierto que se ha encontrado cierta dificultad de cara a indagar sobre otras investigaciones similares al respecto, artículos o material bibliográfico en general, ya que la gran mayoría de estudios encontrados sobre el *Burnout* hablan del ámbito sanitario (hospitales) y no de centros residenciales de personas mayores, siendo que se trata del mismo modo de una prestación de cuidados asistenciales, pero en este último caso de carácter más permanente. No obstante se encontraron algunos artículos de diferentes autores en los que basar este estudio que, en cualquier caso, esto fue también uno de los motivos de su iniciación dadas las pocas referencias e investigaciones previas sobre dicha temática.

Gracias a los cuestionarios, pero sobre todo a las entrevistas, las cuales han reforzado aún más los datos obtenidos en las encuestas, se ha podido confirmar la hipótesis planteada,

además de detectar y ver como la mayoría de los trabajadores manifiestan y afirman que dicho factor “familia” influye en su trabajo de forma bastante considerable, ya que más de la mitad de los profesionales han contestado sentirse afectados por las elevadas exigencias de los familiares de los residentes que componen el centro. Con lo cual se ha introducido en este trabajo una de las nuevas perspectivas o variable entre otras, desencadenante de sobrecarga emocional o saturación de trabajo, es decir, del Síndrome de Burnout, siendo esta una de las principales razones por la que los trabajadores expresan un mayor cansancio o agotamiento emocional, sentimientos negativos hacia su trabajo y relaciones, mayor presión o simplemente saturación.

Por otro lado, en cuanto al estado actual de la sobrecarga o *Burnout* en los profesionales del centro destacaría también la prevalecía de altos indicios en la población estudiada, ya que según los datos obtenidos la mitad de los encuestados manifiesta puntuaciones por encima de los valores considerados como altos (Gráfico 4, 5 y 6) y según percentiles el 75% de los profesionales establecieron puntuaciones entre 42 puntos o menos y el 25% de 42 puntos o más, en cuanto al cansancio emocional, de igual manera esto ocurre con despersonalización aunque no se puede decir lo mismo en cuanto a la realización personal (Tabla 4). Lo cual da a entender que estos trabajadores del centro residencial a pesar de la sobrecarga y saturación de trabajo que estos perciben y manifiestan cuentan con una serie de factores protectores dado los mayores sentimientos de autoeficiencia y realización personal.

Por último, en referencia a las cargas percibidas por los profesionales del centro según el análisis de la información cualitativa, aunque también en parte de los resultados obtenidos en las encuestas, se constata que la gran mayoría manifiesta la necesidad de contratación de más personal dado que no llegan a los objetivos establecidos en relación al trabajo diario en el centro, y es que cuentan con 152 residentes para 76 profesionales, con lo cual presentan una carga de trabajo bastante excesiva; una reducción de los horarios de visita de familiares a los residentes, ya que tienen un amplio margen y esto en ocasiones supone a los trabajadores aún más saturación tanto de trabajo como a nivel emocional, ya que los familiares están constantemente demandándoles o exigiéndoles cualquier tipo de cosa lo que hace que el trabajo de estos se retrase o se les acumule; alta carga emocional como se ha comentado con anterioridad, ya que en general los participantes manifiestan cierta sintomatología tanto a nivel psicológico como físico en su día a día y por último, un

mayor apoyo y motivación por parte de aquellos puestos jerárquicos o directivos del centro, debido a que los profesionales del centro exteriorizan que si a la carga de trabajo a la que se someten en su jornada laboral se le suma encima que desde arriba se les está supervisando o vigilando y que a la mínima se les llama la atención, esto hace que los trabajadores estén aún más tensos y más desanimados en su trabajo.

Finalmente, resulta de interés e importancia el profundizar sobre este asunto, dado el progresivo aumento de usuarios de recursos residenciales de este tipo, al igual que el dar una mayor visibilidad al colectivo profesional dedicado al cuidado de estas personas. Ya que, para cuidado de las personas mayores ofreciendo un servicio de calidad, es necesario “cuidar” también a los profesionales que se dedican a ello.

10.BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. y Pujol, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España 2018. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes Envejecimiento en red*, 17, 1-36.

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. y Pujol, R. (2018). Una panorámica de la población mayor, 2018. Fundación general CSIC: Envejecimiento en red. En línea. Recuperado de <http://envejecimientoenred.es/perfil-las-personas-mayores-espana-2018/>

Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*, 16(1), 233-245. En línea. Recuperado a 22 de Marzo de 2019 de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>

Asociación Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 59ª Asamblea General. Seúl, Corea.

Ballester, R., Gómez, S., Gil, B., Ferrándiz, M. y Collado, E. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de*

Psicopatología y Psicología Clínica, 21, 129-136. Recuperado de http://www.aepp.net/arc/05_2016_n2.pdf

Berjano, F. (2018). Hacia un cambio en el modelo de atención en el ámbito residencial: el modelo de atención centrada en la personas. Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. En línea a 10 de Marzo de 2019 de <https://www.isesinstituto.com/noticia/hacia-un-cambio-en-el-modelo-de-atencion-en-el-ambito-residencial-el-modelo-de-atencion>

Borao, J. (2013). Síndrome de Burnout en los profesionales de atención primaria en el sector de Calatayud. (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/13193/files/TAZ-TFM-2013-1244.pdf>

Conserjería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha. (s.f.). Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores. Recuperado de https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasico_atencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf

Crespo, M. y Rivas, M.T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Revista de psicología clínica y salud*, 26(1), 9-15. 19/01/2019, de Dialnet base de datos.

Cury, S. y Arias, A. (2018). Las necesidades sociales de las personas mayores en entornos residenciales en la actualidad. *Trabajo Social Hoy*, 83, 105-122. Recuperado a 20 de Enero de 2019 de http://www.trabajosocialhoy.com/documentos_ver.asp?id=268.

Del Valle, M. (2016). *El síndrome de Burnout en personal de atención directa al anciano, en residencias geriátricas del principado de Asturias*. (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38316/3/Valle%20Vega.pdf>

Díaz, F. y Gómez, I. (2016). La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Revista Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131, de Scielo Base de datos.

Fernández, J., Parapar, C. y Ruíz, M. (2010). El envejecimiento de la población. *Revista Lychnos, Cuadernos de la Fundación General del CSIC*, 2, 6-11. En línea. Recuperado de http://www.fgsic.es/lychnos/upload/publicacion.6.ficPDF_castellano.Lychnos_02_esp.pdf

Fidalgo, M. (2000). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*. En línea. Recuperado a 26 de Enero de 2019 de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

García, G. (2016). *Acercando la cultura de la mediación a personas mayores en Servicios Residenciales* (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/109864/1/tfm_J_gabriel_garcia_falc%C3%B3.pdf

Gázquez, J., Pérez, C., Lucas, F. y Yuste, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327-333.

Gil, P. (2016). *Análisis del burnout en la Residencia de Ancianos Rey Ardid de Belchite*. Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

Gómez, C. (2013). *Determinantes del Estrés Laboral Asistencial del Personal de Enfermería con Enfermos Gerontológicos Terminales*. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Gutiérrez, C., Jiménez, C. y Corregidor, A. (2006). El Equipo Interdisciplinar. *Tratado de Geriatría para residentes*, 7, 89-93.

IMSERSO. (2014). Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

IMSERSO. (2016). Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf

INE. (2008). Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. En línea. Recuperado a 11 de Enero de 2019 de <https://www.ine.es/prensa/np503.pdf>

INE. (2017). Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 11 de Enero de 2019. En línea. Recuperado a 11 de Enero de 2019 de https://www.ine.es/prensa/pad_2017_p.pdf

INE (2016). Proyecciones de población 2016-2066. En línea. Recuperado a 12 de Abril de 2019 de <https://www.ine.es/prensa/np994.pdf>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2011*. En línea. Recuperado el 12 de Enero de 2019 de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)

Lin, N., Dean, A. y Ensel, M. (1986). *Social support, life events and depressions*, Nueva York, Academic Press. En Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid.

Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.

Márquez, M., Losada, A., Pillemer, K., Romero, R., López, J. y Martínez, T.(2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. *Psicogeriatría*, 2(2), 93-104.

Martínez, A. (2007). La investigación en la práctica educativa: *Guía metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los centros docentes*. Madrid, España: Secretaría general técnica.

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 12, 1-40. Recuperado a 4 de Enero de 2019 de <http://webs.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Martínez, J., Méndez, I. y García, J. (2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(5), 325-333. Sitio web: https://www.researchgate.net/publication/285409814_Burnout_y_empatia_en_cuidador_es_profesionales_de_personas_mayores

Maslach, C. (1976) Burn-Out. *Human Behavior*, 5, 16-22.

Maslach, C.; Jackson, E. y Leiter, P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Third Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Mélida, L. (2014). El Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de residencias de ancianos. (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Recuperado de <https://zagan.unizar.es/record/30705/files/TAZ-TFM-2014-956.pdf>

Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. y Navarro, J. (2011). Estudio comparativo del burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 61-70.

Menezes, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Revista de psicología Psicothema*, 18(4), 791-796.

Miravalles, J. (s.f.). Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Zaragoza: Javier Miravalles: Gabinete de psicología. Recuperado de

<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>

Moré, P. (2016). Cuidados “en cadena”: Cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores. *Papeles del CEIC*, 146(1), 1-29. En línea. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/765/76544802003.pdf>

Mouzo, J. (2019). El “burnout” toma peso en la lista de dolencias de la OMS. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2019/05/27/actualidad/1558956228_933147.html

Padierna, A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Revista de Servicios Sociales*, 25, 40-49.

Richart, M., Cabrero, J. y Reig, A. (1993). Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería. *Análisis y modificación de la conducta*, 19(63), 75-89. En línea. Recuperado a 17 de Enero de 2019 de <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/hospitalizacion-y-estres-en-el-paciente.pdf>

Riquelme, A. (2016). El burnout en el personal de enfermería. (Trabajo fin de Máster). Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante. En línea. Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3380/1/Riquelme%20Castillo,%20Ana%20Victoria%20TFM.pdfH.pdf>

Rodríguez, P. (2013). “La Atención Integral y Centrada en la Persona”. *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 1, 1-122. En línea. Recuperado de <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>

Rodríguez, A. y Méndez, A. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel. *Gaceta Médica Bilbao*, 113(3), 99-104. En línea. Recuperado de <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/120>

Saborío, L. y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. Revisión bibliográfica. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 1-6. En línea. Recuperado a 10 de Enero de 2019 de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el Estudio del *Burnout*. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67. En línea. Recuperado a 28 de Enero de 2019 de <http://papelesdelpsicologo.es/pdf/1539.pdf>

Santos, M. (2017). El burnout en las residencias geriátricas: El caso del centro Txara II de Guipuzkoa. (Trabajo Fin de Máster). Universitat Jaume I, Castellón.

Sarabia, C., Díez, Z., Millán, S., Salado, L. y Clemente, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriatría como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Revista Gerokomos*, 27(2), 48-52. 20/1/2019, de Scielo Base de datos.

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT-Madrid. (2003). Residencias de tercera edad: Estudio de investigación sobre los riesgos laborales asociados al sector de residencias de personas mayores. En línea. Recuperado de <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/riesgos-laborales-en-residencias-geriatricas.pdf>

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

Soler, J., Aparicio, L., Diaz, O., Escolano, E. y Rodríguez, A. (2016). Inteligencia Emocional y Bienestar II: Reflexiones, experiencias, profesionales e investigadores. Zaragoza, España: Ediciones Universidad San Jorge. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=655308>

Torrijos, P., Manzano, J., Conejero, B., Martín, J. y Hernández, J. (2014). Diseño de un programa formativo para la promoción de competencias emocionales en profesionales de salud mental en el ámbito residencial. *Inteligencia emocional y Bienestar II*, 349-360. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=655308>

Verdeja, M. (2013). Clima de convivencia en las etapas de la educación infantil y primaria: un estudio de caso en el colegio rural agrupado coto Narcea. (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Oviedo, Oviedo.