TRABAJO FIN DE GRADO

EL BURNOUT EN CUIDADORES Y CUIDADORAS FORMALES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS, SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

4º Grado en Trabajo Social

Julio

Curso Académico 2017/2018

Alumno: Joel Carlos Miranda

Profesor: Juan M. Herrera Hernández

Universidad de La Laguna

Índice

Resumen 3

Introducción 4

1. Justificación 5

1.1 El estrés laboral, preámbulo del Burnout 6

1.2 ¿Qué es el Burnout? 8

1.2.1 Modelos explicativos del Burnout 11

1.3 El Engagement 13

1.4 La enfermedad mental y sus cuidadores formales 14

1.5 Las y los cuidadores y el Burnout 16

1.6 Desarrollo del Burnout en el trabajo 20

1.7 ¿Cómo prevenir el Burnout? 21

1.7.1 A nivel individual 21

1.7.2 A nivel de equipo 24

1.7.3 A nivel organizacional 25

2. Método 26

2.1 Objetivos 26

2.2 Diseño 27

2.3 Participantes 27

2.4 Técnica e instrumentos 28

2.5 Procedimiento 29

3. Resultados 29

3.2 Resultados de los cuestionarios 30

3.2.1 Resultados de los Factores del Burnout, el síndrome de Burnout, y las consecuencias del Burnout. 30

a) Factores del Burnout 30

b) Síndrome del Burnout 31

c) Consecuencias del Burnout 32

3.2.2. Prevención y estrategias ante el burnout 32

a) Prevención individual 33

b) Prevención grupal 33

c) Prevención Organizacional 35

4. Discusión 36

5. Conclusiones y aportaciones 39

Referencias bibliográficas 41

Apéndice 44

Resumen

Con el presente estudio se ha intentado averiguar la prevalencia del Síndrome del Burnout en cuidadores y cuidadoras formales de personas con enfermedad mental en los recursos residenciales de una asociación en la isla de Tenerife. En él se refleja que existe esta patología en los y las trabajadoras, mostrando que el 81,25% de cuidadores y cuidadoras que se encuentran bajo los factores que propician la aparición del Burnout, y el 18,75% padecen este síndrome. También se investiga sobre la realización de prevención para que no aparezca este síndrome, pudiendo apreciarse que no todos los cuidadores y cuidadoras realizan estas actividades, que varían según sean tareas preventivas de nivel personal, grupal u organizacional. Cabe resaltar que el perfil de usuarios y usuarias con las que se ejerce la profesión pueden llegar a potenciar los factores estresantes para la aparición del Burnout. Todos estos datos se han recogido a través de cuestionarios y analizado por programas estadísticos para alcanzar los resultados y lograr los objetivos de averiguar cuantas personas están afectadas por el síndrome del Burnout.

Palabras Claves: Burnout, cuidador formal, intervención con personas con enfermedad mental.

Abstract

With this study we have tried to find out the prevalence of Burnout Syndrome in formal caregivers of people with mental illness in the residential resources of an association on the island of Tenerife. It shows that there is this pathology in workers, showing that 81.25% of caregivers are under the factors that lead to the emergence of Burnout, and 18.75% suffer from this syndrome. It is also investigated on the prevention performance so that this syndrome does not appear, being able to appreciate

that not all the caregivers perform these activities, which vary according to preventive tasks of a personal, group or organizational level. It should be noted that the profile of users with whom the profession is exercised can lead to stressors for the emergence of Burnout. All these data have been collected through questionnaires and analyzed by statistical programs to achieve the results and realize the objectives of finding out how many people are affected by the Burnout syndrome.

Keywords: Burnout, formal caregiver, intervention with people with mental illness

Introducción

La presente investigación se encuentra bajo la denominación de "Trabajo Fin de Grado", actividad que debe realizarse al llegar al final de un grado universitario, en este caso el Grado de Trabajo Social, para poder comprobar si los conocimientos planteados a lo largo de los cursos se han adquirido por parte del alumnado.

El motivo que ha llevado a cabo esta investigación es conocer si cuidar de manera profesional a personas con enfermedad mental puede afectar significativamente a la aparición del síndrome del Burnout, por lo que significa trabajar con este perfil de usuarios y usuarias. Un colectivo que sufre y transmite su dolor, por lo que trabajar de manera directa y continuada con estos usuarios y usuarias debe tener repercusiones en la realización de la profesión. Esta cuestión se plantea durante la realización de las prácticas externas del Grado de Trabajo Social en una asociación de Salud Mental.

Se pretende entender si existe este síndrome en profesionales que se encuentren ejerciendo su labor actualmente, y si se están tomando medidas para evitar que surja.

Este documento seguirá la siguiente estructura: Para comenzar se presenta una revisión teórica acerca del tema elegido, a continuación se plantean los objetivos que se

quieren alcanzar con dicho estudio. Tras esto se expone el método donde se explica el diseño de investigación, así como el perfil de los participantes, las técnicas y los instrumentos utilizados y el procedimiento a seguir en la investigación. Una vez explicado esto, se pasa a mostrar los resultados, que serán interpretados en el apartado de discusión. Finalizado el estudio con una serie de conclusiones y aportaciones.

1. Justificación

La toma de conciencia sobre el fenómeno del Burnout en los últimos años por sus elevados costes sociales, económicos y sanitarios, han promovido su investigación. En esta fundamentación teórica se puede apreciar que es la enfermedad mental, el perfil de profesionales que trabajan con ellas, más concretamente el papel de los cuidadores y cuidadoras formales, y su exposición a padecer el síndrome del Burnout debido al alto estrés laboral de su labor. También se trataran las formas de prevención eficaces por las personas trabajadoras y las instituciones responsables de su desempeño.

Antes de entrar en materia, es importante resaltar que actualmente se considera que uno de los factores que más contribuye al desgaste profesional es tener un clima de trabajo disfuncional. Esto afecta a más de 12 millones de europeos y es la fuente de algunas enfermedades laborales como el Burnout (Vives, 2003). En España, los las trabajadores consideran de media, en una escala donde 1 es nada estresante y 7 muy estresante, que su trabajo es 4,18 estresante, es decir, existe el síndrome del Burnout en gran medida entre los y las trabajadoras. En Canarias este valor es del 4,07 según los datos del Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Según estos informes, los trabajadores asalariados, que es donde se encontrarían los cuidadores y cuidadoras, tienen de media 4,32 de estrés laboral, en los mismos valores

de la escala anterior. Las y los propios profesionales son conscientes y perciben su situación de estrés en el trabajo de una manera elevada (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

1.1 El estrés laboral, preámbulo del Burnout

Antes de que surja el Burnout se debe dar un clima laboral poco saludable para los y las trabajadoras, que ante el esfuerzo por adaptarse a la presencia de estresores continuados reducen los recursos de sus organismos, haciéndolas vulnerables a la enfermedad. Existen síntomas de diferente naturaleza, tanto fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales, con una serie de consecuencias graves que reflejan la necesidad de atender la cronicidad de la experiencia del estrés. Todos los síntomas interactúan entre sí en todo momento, no se trata de manifestaciones aisladas, sino que unos pueden potenciar la aparición o el mantenimientos de otros. Por ejemplo la frustración, un síntoma emocional, puede generar síntomas físicos como el dolor de cabeza, alterar el sueño, hipertensión y erupciones alérgicas (Otero-Lopez, y otros, 2006).

La variedad de síntomas e interacciones del estrés, han posibilitado que existan numerosos modelos teóricos en la literatura respecto al estrés laboral, aunque atrás quedan esos modelos explicativos con una visión simplista de causa-efecto. Han ido apareciendo modelos multidimensionales y de carácter interactivo del estrés. La mayoría de los modelos propuestos para explicar el estrés ocupacional se encuentran dentro del enfoque transaccional del estrés (Otero-Lopez, y otros, 2006).

- El modelo Socioambiental del estrés expone que los elementos que lo forman responden a una secuencia causal que va desde las características del contexto objetivo del trabajo, a través de la experiencia subjetiva del profesional y sus

respuestas ante él, hasta los efectos a largo plazo sobre la actitud física y mental que todos los elementos citados pueden desencadenar en la trabajadora o trabajador. Este modelo también contempla otros dos elementos destacados en las relaciones ya definidas.

El primero son las características o propiedades que estables del sujeto o sujeta, como las variables sociodemográficas o de personalidad. Las características personales influyen en la forma de percibir el contexto, la forma de reaccionar a la realidad percibida y las maneras en que esas respuestas afectan a la salud. Y el segundo elemento son las relaciones interpersonales que los individuos e individuas establecen con otras personas, por ejemplo los compañeros y compañeras de trabajo o los y las superioras (Otero-Lopez, y otros, 2006).

- Otro modelo de estrés laboral es el modelo de Ajuste entre Individuo y Ambiente Laboral. Este indica que el estrés se produce por el desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de las personas para hacer frente a esas demandas. Una falta de ajuste entre las habilidades disponibles y las demandas del trabajo a realizar, y también entre las necesidades de la o el sujeto y los recursos disponibles para satisfacerlas. Para este modelo los elementos básicos del estrés son: El ambiente objetivo, el ambiente subjetivo (percibido por las personas), la persona objetiva (tal y como es en la realidad), y la persona percibida por sí misma. Además, el modelo tiene en cuenta otros elementos relevantes. El grado de exactitud de la percepción subjetiva con respecto al mundo objetivo, y en lo que respecta al grado de ajuste, tanto objetivo como subjetivo, de la persona y el entorno en el que se encuentra (Otero-Lopez, y otros, 2006).

- El modelo de Tensión Laboral o de Demandas-Control Laboral explica que es muy importante tener en cuenta las demandas laborales y la capacidad de decisión en el puesto de trabajo para comprender el estrés laboral y la satisfacción del trabajador. Así que son las diferentes combinaciones de las demandas con las competencias en la toma de decisiones las que posibilitan explicar las diferencias en las consecuencias físicas y psicológicas del estrés. Por lo que el desencadenante será la falta de ajuste entre demandas, control y apoyo social (Otero-Lopez, y otros, 2006).

- En el modelo de Apreciación Cognitiva, se dice que el estrés se trata de un proceso dinámico, interactivo y reactivo. Está mediado por otros dos procesos, el de apreciación (o evaluación) y el de afrontamiento, Por medio de la apreciación las y los individuos determinan el significado de un evento. El afrontamiento (los esfuerzos cognitivos y comportamentales del sujeto para controlar y reducir las demandas externas e internas) se trata de un proceso independiente del éxito de sus resultados. Tanto el proceso de evaluación como el de afrontamiento van a ejercer una gran influencia en la adaptación del estrés a corto y largo plazo, en tres ámbitos principales: Laboral y social, salud mental y física, y estado moral o vital (Otero-Lopez, y otros, 2006).

1.2 ¿Qué es el Burnout?

Se debe partir sabiendo que el Burnout es una secuela de un estrés excesivo y nocivo, creándose un círculo vicioso donde se desencadena aun mayor estrés, que repercute directamente en nuestra salud, así como en nuestro ambiente social, familiar y

nuevamente laboral (Flores, 2013). Aunque no existe una definición totalmente consensuada por las estudiosas y estudiosos del tema. Pero la mayoría de las personas que lo padecen se sienten insatisfechas y no lo ven como una enfermedad que afecta a su desempeño, es más, no saben cómo interpretar su malestar (Hernández Garcia, Terán Varela, Navarrete Zorrilla, & León Olvera, 2007).

El Burnout de puede definir como *"una respuesta al estrés laboral crónico que se manifiesta en los profesionales de las organizaciones de servicio que trabajan en contacto con los usuarios y usuarias de la organización, y cuyos síntomas más característicos son: Pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los usuarios y usuarias, y en determinados caos, sentimientos de culpa"* (Marrau, 2009).

También es definido como "*una fatiga laboral o desgaste profesional que se caracteriza por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como en el familiar, así como enojo, agresividad y desmoralización, causados por problemas del trabajo"* (Hernández Garcia, Terán Varela, Navarrete Zorrilla, & León Olvera, 2007).

Los efectos del Burnout son variados, pero las consecuencias fisiológicas más frecuentes son: Cansancio, migraña, pérdida de peso, dolores musculares, alteraciones gastrointestinales, alteraciones respiratorias, problemas cardiovasculares, problemas del sueño, e incluso daños a nivel cerebral. También existen daños nocivos en lo psicológico, como el cinismo, la suspicacia, la agresividad, el aislamiento, la frustración y la impaciencia, que su vez provoca una baja calidad de vida y deterioro de las relaciones interpersonales. Incluso el Burnout puede dar lugar a ausentismos en las rotaciones, disminución de la productividad, fricciones entre compañeros, afectando a la

institución donde se trabaja. Esto tiene secuelas en el deterioro de la relación entre profesional-cliente y la disminución de su satisfacción, bienestar y calidad de vida (Reyes Jarquín & González-Celis Rangel, 2016).

Pero la problemática del Burnout hay que buscarla en el entorno laboral, ya que, *"tiene su origen en el entorno de trabajo y no en el trabajador"*. Es un matiz muy importante, ya que para su tratamiento se debe considerar el entorno psicosocial de trabajo e intentar modificarlo para prevenir la aparición y el desarrollo del Burnout. Las consecuencias de este síndrome sobre las relaciones interpersonales se asocian a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por las personas, así como el agotamiento emocional. Este patrón induce un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales. Pero las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo no terminan cuando la persona deja el trabajo, ya que afectan a su vida privada, y las actitudes de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos. Debido al agotamiento emocional las personas se encuentran más incapacitadas para aislarse de los problemas laborales al llegar a su casa, y desean aislarse, con el consiguiente deterioro de las relaciones interpersonales. Evitan hablar de las preocupaciones en el trabajo y rehúsan a discutir los problemas familiares (Marrau, 2009).

Cuando surgen las primeras evidencias de Burnout, ya mencionadas, es necesario encender las alarmas, porque significa que se empiezan a tener dificultades y los usuarios y usuarias pueden sufrir las consecuencias ya expresadas. Los trabajadores comienzan con conflictos que parecen banales, luego aparece la insatisfacción, en la que se pierde la felicidad y el placer de lo que se está haciendo. Por lo que surge entonces la indiferencia y no importan los resultados, generando irritabilidad y falta de participación. Se deja de estar presente en las actividades grupales, llevando consigo la

sensación de fracaso profesional, y aquí es donde se incorporan los hábitos tóxicos y el abandono laboral. Pero todo esto se produce de manera paulatina, no se produce sin señales de alarma y sin tener evidencias de que algo está ocurriendo (Marrau, 2009).

El Burnout es un síndrome complejo compuesto por tres dimensiones básicas: El agotamiento emocional, la despersonalización o el cinismo y la falta de eficacia profesional (Salanova Soria & Schaufeli, 2004).

- El agotamiento emocional es una experiencia en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos debido a la sobrecarga de trabajo u otras demandas laborales.
- La despersonalización es definida como un desarrollo de actitudes, sentimientos y conductas negativas y cínicas hacia las personas destinatarias del trabajo, a los objetivos o a la utilidad del trabajo que se realiza.
- La falta de eficacia profesional es la tendencia de las y los trabajadores a evaluarse negativamente, en especial, su falta de eficacia y habilidad para realizar el trabajo (Salanova Soria & Schaufeli, 2004).

También es importante distinguir lo que es una crisis de ciclo vital, ya que estas surgen en la mitad de la vida esperada de un individuo en el momento en el que hace una valoración negativa de su posición y posibilidades profesionales del desarrollo futuro. Por lo que el Burnout tiene mayor incidencia en los y las profesionales jóvenes tras una fase de cambio en servicios de ayuda a seres humanos, realizada con altos niveles de implicación personal (Olabarría & Mansilla, 2007).

1.2.1 Modelos explicativos del Burnout

A partir de los años 80 se han propuesto múltiples modelos que tratan de explicar el síndrome del Burnout con el propósito final de ofrecer una explicación del cómo y por qué aparece.

- El modelo del Proceso del Burnout de Cherniss (1980), parte de que el Burnout es un proceso que ocurre a lo largo del tiempo y que representa un modo particular de hacer frente a las distintas fuentes de estrés que caracterizan el entorno laboral. Existen una serie de factores organizacionales que interactúan con factores personales para generar una serie de fuentes de estrés. La tensión causada por estos estresores puede afrontarse de dos modos: Adoptando técnicas dirigidas afrontar el problema, o exhibiendo cambios de actitud en sentido negativo (indiferencia ante la labor profesional) (Otero-Lopez, y otros, 2006).

- El modelo Progresivo de Fases de Edelwich y Brodsky (1980), propone un modelo progresivo compuesto por cuatro etapas diferentes. La primera etapa, de idealismo y entusiasmo, la o el trabajador tiene expectativas irreales de lo que puede conseguir. La segunda etapa, el estancamiento, supone una paralización tras la contrastación de la irrealidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales. La tercera etapa, la frustración, es donde la o el trabajador cuestiona la propia eficacia para desempeñar la profesión y el valor del trabajo. Y la última etapa, la de la apatía, se caracteriza por la indiferencia y la falta de interés, donde se establece un sentimiento de vacío, que se manifiesta en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Un modelo cíclico que puede repetirse varias veces, de forma que las y los trabajadores pueden completar el ciclo varias veces en el mismo o diferentes trabajos (Otero-Lopez, y otros, 2006).

- El modelo Existencial de Pines y Aronson (1988), explica que el Burnout reside en la necesidad de las y los individuos de creer que su vida tiene un significado y que las cosas que hacen por ellas y ellos mismos tienen importancia. Es un modelo motivacional, donde se afirma que solo las personas altamente motivadas, que comienzan sus carreras con altas metas y expectativas con relación a su trabajo, pueden padecer el Burnout. Este éxito va a depender del ambiente laboral en el que la o el profesional realice su trabajo. Si le proporciona autonomía, recursos y apoyos necesarios, alcanzará sus metas y expectativas. Si es al contrario obtendrá fracaso y con él, la aparición de este síntoma (Otero-Lopez, y otros, 2006).

- Modelo del Proceso del Burnout de Leiter (1993), propone que el agotamiento emocional es una reacción a la presencia de estresores laborales, de los cuales los más relevantes son los conflictos interpersonales, sobrecarga laboral y la rutina. Hay dos procesos paralelos en el fenómeno del Burnout: Un proceso secuencial, en el que los estresores laborales desencadenan el agotamiento emocional, y este a su vez la despersonalización, determinado por la falta de recursos que lleva a la disminución del logro personal. El Burnout se desarrolla progresivamente en función de la reacción de los individuos a las demandas del ambiente laboral (Otero-Lopez, y otros, 2006).

1.3 El Engagement

El Engagement es el constructo teóricamente opuesto al Burnout, donde los empleados manifiestan una conexión enérgica y efectiva con sus trabajos, y se ven capaces de afrontar las nuevas demandas que aparecen en el día a día laboral. Es

definido como un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción.

- El vigor se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, el deseo de invertir esfuerzo en el trabajo que se está realizando, incluso cuando aparecen dificultades en el camino
- La dedicación denota la alta implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo.
- La absorción ocurre cuando se está totalmente concentrado en el trabajo, mientras se experimenta que el tiempo transcurre rápidamente, y se tienen dificultades para desconectar de lo que se está haciendo debido a las fuertes dosis de disfrute y concentración experimentadas (Salanova Soria & Schaufeli, 2004).

Sus consecuencias se reflejan en las actitudes de los y las trabajadoras hacia el trabajo y la organización, el desempeño de sus tareas y la salud. Cuando se compara a estas y estos empleados con los que no se encuentran satisfechos con su trabajo, se sienten más comprometidos y leales a la organización en la que trabajan, con menos intenciones de abandonarla. Además tienen conductas más proactivas y de iniciativa personal, con niveles más altos de motivación para aprender nuevas cosas y tomar nuevos retos en el trabajo. Por lo que el Engagement es predictor de conductas que van más allá de los comportamientos esperados una o un empleado estándar (Salanova Soria & Schaufeli, 2004).

1.4 La enfermedad mental y sus cuidadores formales

Para poder llevar a cabo este estudio de la mejor manera posible, debemos clarecer antes que nada el colectivo de personas con las que trabajan los y las profesionales que intervienen en la investigación. Por lo que la enfermedad mental se origina cuando el cerebro altera sus funciones y con ellas hay un cambio en su forma de sentir, en la conducta, en la forma de comunicarse y relacionarse con otras personas, en las ideas y la forma de pensar y en la manera de percibir nuestro entorno. Estas patologías no se pueden medir de una manera cuantitativa a través de analíticas y radiografías porque no tienen una causa o causas bien conocidas ni fáciles de conocer. De manera tradicional se clasifican en dos grupos de enfermedades mentales: Las psicosis, en la que los enfermos pierden el contacto con la realidad en algún momento y se encierran en su mundo, y las neurosis, en la que el enfermo tiene un adecuado contacto con la realidad, pero le resulta difícil manejar sus emociones y adaptarlas a lo que le exige el entorno. Esto trae consigo diferentes trastornos de conducta, de emociones y sentimientos (Parrado Prieto, Aguado Mañas, & Pérez Puente, 1998).

Los y las profesionales con las que vamos a trabajar son los cuidadores y cuidadoras de las personas con enfermedad mental, por lo que se debe saber que: *"Son las personas con mejores condiciones para asumir responsablemente el cuidado del paciente"* (Sanz Sanz & Castillo Lizárraga, 2007). Generalmente suelen ser familiares y allegados que de manera voluntaria asumen esta carga, pero también existe el papel del cuidador o cuidadora formal o profesional, que "*ejercen la labor de cuidar de forma directa, a cambio de una prestación económica*" (Piñeiro, Rodríguez, Albite, Freire, & Ferradás, 2017). Estos últimos son especialistas en los equipos multiprofesionales y desarrollan un abanico de intervenciones, prestaciones y servicios diversificados desde una óptica de continuidad de cuidados (Olabarría & Mansilla, 2007).

Los cuidadores y cuidadoras cumplen cuatro funciones principales en el desempeño de su labor:

- Asistencial: Esta función implica apoyo a los usuarios y usuarias para la realización de las actividades de la vida diaria y que le permiten ser autónomas e integrarse en su entorno. Por lo que tienen un valor para la persona y un objetivo concreto.
- Educativa: Tareas de orientación, apoyo y formación para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Rehabilitadora: Mantener y recuperar las funciones y habilidades para realizar las actividades de la vida diaria.
- Socializadora: Promover y mejorar las relaciones interpersonales, favoreciendo la comunicación con las personas del entorno, generalmente mediante acompañamiento (Ministerio de Esducación, 2011).

Conociendo ya lo que es la enfermedad mental y el perfil de los trabajadores y trabajadoras, estos, además de enfrentarse al dolor y a los cambios de la enfermedad, tienen que proporcionar apoyo emocional y cuidado físico, y sumar el intento de mantener el funcionamiento cotidiano (Sanz Sanz & Castillo Lizárraga, 2007).

No obstante, la dedicación que en ocasiones se torna exclusivamente al paciente hace que a mediano o largo plazo el cuidador se convierta en un paciente oculto, que necesitará de la atención de quienes viven en su entorno o de los profesionales para que puedan afrontar satisfactoriamente tal problemática (Molina Linde, Iáñez Velasco, & Iáñez Velasco, 2005).

1.5 Las y los cuidadores y el Burnout

En el contexto de la salud mental nos encontramos con marcos inestables para aquellos profesionales que trabajan en la ayuda a otros seres humanos en unos cometidos que reclaman altos niveles de implicación personal, y además lo hacen con una población que sufre (Olabarría & Mansilla, 2007).

Los cuidadores de esta población, por el tiempo y la energía que dedican a su trabajo, corren mayor riesgo de padecer el Burnout, pues se enfrentan a estresores como escasez de personal, sobrecarga laboral, trato con enfermas y enfermos problemáticos, dependencia, bajos niveles de plasticidad cognitiva de los y las usuarias, contacto directo con la enfermedad, casos difíciles, dolor, subutilización de habilidades, escasez de recursos, bajos salarios, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones. (Reyes Jarquín & González-Celis Rangel, 2016).

Por lo que el cuidador o cuidadora de estos usuarios o usuarias de enfermedad mental pueden presentar agotamiento físico y mental, depresión, trastornos de ansiedad, problemas de conductas de consumo abusivas, trastornos del sueño y del apetito, reacciones fóbicas, problemas laborales. También deben ser cuidados, aunque inicialmente nieguen sus propias necesidades (Sanz Sanz & Castillo Lizárraga, 2007).

Otros autores reflejan que cuando se está sufriendo el Burnout, las personas padecen síntomas que indican deterioro en la capacidad del autocuidado y autonomía en general. Por lo que se produce un agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado, por la acumulación de estresores ante los cuales los y las profesionales se encuentran desprovistas de estrategias adecuadas de afrontamiento (Zambrano Cruz & Ceballos Cardona, 2007).

Los y las profesionales, al estar expuestos de forma permanente y prolongada a experiencias dolorosas de los demás, experimentan estrés derivado de la compasión,

estableciendo una serie de mecanismos para compensar esta angustia, entre los que se encuentran el distanciamiento emocional. Conductas indiferentes para deshumanizar el sufrimiento del semejante (Osorio, 2005)

Estas actitudes, conducen a comportamientos poco favorecedores para el cuidado y tratamiento del enfermo mental, ya que puede dar situaciones de:

- Sumisión ante las demandas del enfermo, especialmente cuando presentan agresividad y por no contradecir se cede a sus demandas, reforzando aún más su agresividad.
- Abandono de la atención o control de las manifestaciones del usuario o usuaria, donde se niega a seguir controlando las manifestaciones psicopatológicas después de un tiempo haciéndolo, por agotamiento, sentimiento de inseguridad o desmotivación.
- Actitud impositiva, cuando se pretende imponer una resolución a los usuarios y usuarias, sin tener resultados satisfactorios en ninguna de las dos partes.
- Proteccionismo, cuando se piensa que solo ese cuidador o cuidadora puede atender a una persona, ya que otros no tendrán en cuenta sus carencias e imperfecciones, aumentando la sobrecarga del trabajo y la dependencia del usuario o usuaria.
- Relaciones sociales, aislando al paciente que padece enfermedad mental creyendo que es salgo protector, pero puede provocar un retroceso en la evolución de la enfermedad.
- Estrés ambiental, que padecen los usuarios y usuarias que no reciben sino críticas, hostilidad y emociones exageradas de protección (Vives, 2003).

Aunque siendo conscientes del colectivo con el que trabajan las cuidadoras y cuidadores, la empatía ayuda a entender cómo se sienten los usuarios y usuarias, siendo una herramienta para esta implicación personal, ya que facilita la relación entre las personas y desempeña un papel fundamental a la hora de socializar colectivos de difícil inclusión como los enfermos y enfermas mentales. Pero la empatía inconsciente es un mecanismo de infección emocional. Aunque su efecto suele ser de poca duración, hay veces que su impacto es duradero, persistiendo durante un largo periodo de tiempo (Rothschild, 2009).

Una explicación para este deterioro progresivo es que las personas empiezan sus carreras con un fuerte sentido de compromiso y sacrificio. En un primer momento la carrera es intrínsecamente recompensante y constituye la principal fuente de satisfacción, pero las exigencias laborales y el contacto con los demás empiezan a pasar factura, llegando las personas a perder su compromiso con el trabajo. La disminución de la motivación y de la satisfacción laboral, junto con el deterioro del rendimiento de los y las profesionales en el trabajo, especialmente en lo que a calidad se refiere, y el incremento de la frustración va a condicionar el desarrollo de actitudes poco positivas y de desinterés (Marrau, 2009).

Esto sucede cuando se fijan grandes expectativas y altos objetivos en la vida profesional, ya que cuando se frustran en la consecución de sus objetivos, pierden sus expectativas y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando el Burnout. Por lo que el primer paso para poder resolver este problema es entender nuestras limitaciones, y eso supone descubrir nuestros límites y respetarlos. Por lo que esto exige algo que no nos damos: tiempo y autoconocimiento. Las personas tienden a creer que sirven para todo y que pueden con todo, es ahí cuando se destruyen.

Se deben descubrir las barreras y tratar de sortearlas, pero también se necesita tiempo y reflexión (Marrau, 2009).

1.6 Desarrollo del Burnout en el trabajo

Conociendo el riesgo que supone padecer del síndrome del Burnout para ejercer la correcta profesionalidad de los cuidadores y cuidadoras, es conveniente reflexionar acerca de los cuidados que reciben los equipos de salud mental que prestan ayuda a personas con daños. Casi siempre, esos cuidados son nulos, y solo en ocasiones se producen en forma directa a través de la formación continuada y la supervisión de equipos (Olabarría & Mansilla, 2007). Sin embargo, estas acciones permiten intervenir, analizar y canalizar los cruces en las líneas de conflicto de distintos ejes de relaciones, característicos de las crisis de las organizaciones, aminorando de este modo el sufrimiento de sus trabajadores, así como sus efectos sobre los usuarios y usuarias. Porque para cuidar de las personas atendidas es preciso considerar el modo de cuidado de los trabajadores y trabajadoras de las mismas (Olabarría & Mansilla, 2007).

"Las características de las relaciones existentes en la organización, tienen un peso importante en el desarrollo del síndrome" (Olabarría & Mansilla, 2007). Y en apoyo a esta afirmación contamos con un elemento insospechado, el contagio. Puede ocurrir que un equipo se vaya contaminando a partir de la existencia de uno o más miembros afectados por el Burnout, pudiendo quedar a su vez rígida y estáticamente quemado de tal manera que la evolución organizativa o la sucesiva incorporación de nuevos profesionales al equipo no modifique dicha situación (Olabarría & Mansilla, 2007).

Estos y estas profesionales pueden generar hipersensibilidad, debido a la reproducción del sufrimiento de los usuarios y usuarias de los servicios, ante situaciones

con los que se identifican, provocando un estado de alerta. Esto sucede cuando consideran que sus derechos no están siendo tomados en consideración por las y los usuarios, compañeros, jefes y otros profesionales de otros servicios, provocando hiperreactividad frente a situaciones así concretadas. Eso puede conducir a que los y las trabajadoras quemadas puedan definir como agresores a quienes le reclaman su ejercicio profesional, optando una posición de victimización y pasando al ataque para reestructurar la posición y poner las cosas en su sitio, no solo para protegerse así mismo, sino también a sus compañeros y compañeras. Esta afección en los equipos de cuidado produce un doble efecto, desimplicación del personal sobrecargado y abandono de tareas, contagiando al resto de profesionales, y enfrentamiento con quienes no aceptan su victimización. De aquí pueden surgir modalidades patológicas relacionadas con el contexto laboral: Conflictos de lealtades, persecución, miedos, sensación de abusos de poder, etc. Que pueden generar aislamiento de los componentes del equipo y dificultades para abordar los conflictos. El trabajo con los usuarios y usuarias queda en un segundo plano, recibiendo la carga de los conflictos no resueltos del equipo. Estos, aparte de generar sufrimiento a sus integrantes, tendrán una alta rotación de personal y favorecerán al abandono de profesionales (Olabarría & Mansilla, 2007).

1.7 ¿Cómo prevenir el Burnout?

Posiblemente el trabajo en servicios y tareas de ayuda a seres humanos requiere de un importante nivel de implicación relacional y temática para un buen desempeño. Pero este tipo de tareas contienen riesgos específicos, por lo que es importante tomar precauciones preventivas tanto a niveles organizativos, como grupales o de equipos e individuales (Olabarría & Mansilla, 2007).

1.7.1 A nivel individual

Se debe desarrollar el autocuidado respecto a riesgos invisibles. *"Cuidarse a una o uno mismo es un requisito imprescindible para poder cuidar oportunamente a los demás. Cuando la persona está bien consigo misma y su propio cuerpo, puede decirse que está en las mejores condiciones para cuidar a los demás"* (Vives, 2003).

La capacitación o actualización continuada no se suele relacionar con la responsabilidad del autocuidado profesional, y es rechazada o desvalorizada por los y las profesionales quemadas, sin que esta sea contrapesada por otra elección propia. Y si la propia institución no ofrece esta formación continuada, lo más normal es que nadie la realice. La necesidad de actualización en el conocimiento a través de los muchos medios hoy existentes, resulta un elemento de protección frente al riesgo de Burnout, más aún cuando nos encontramos frente a un trabajo que requiere ir conformando líneas de actuación creativas en búsqueda de la integralidad en la atención y la continuidad de cuidados. Por lo que obliga a construcciones progresivas y flexibilidad e interés abierto ante lo nuevo (Olabarría & Mansilla, 2007).

Como ya comentamos anteriormente, este síndrome favorece el fenómeno de la hiperresponsabilidad, que muchas veces acaba en el modo relacional de la culpabilización de terceros. Para su prevención, es aconsejable ajustar equilibradamente la responsabilidad propia y la ajena, evitando juicios negativos acerca de las motivaciones que pueden guiar implícitamente las actuaciones de otros miembros del equipo que acompañan las de la propia intervención profesional. También es importante implementar una retroalimentación, que permite analizar la información procedente de las y los usuarios, de las y los compañeros y las y los jefes, en una medida que pueda resultar de alto interés (Olabarría & Mansilla, 2007).

Contar con redes de apoyo puede ser un elemento relevante en el manejo del estrés, pero si se contaminan las mismas traerán efectos negativos. Como ya hemos comentado, su contaminación se apreciará por la invasión del impacto profesional y su abandono por saturación. La expresión del impacto debe realizarse con otros miembros del equipo o compañeros de otros equipos que puedan escuchar, comprender y realizar un apoyo adecuado. Es preciso su evacuación y sin daños a terceros, siendo esta evacuación distinta a una supervisión profesional o similar. La carga tóxica es preciso compartirla, pero hay que saber cómo, dónde y con quien, ya que al hacerlo, significa que las personas que lo harán están de nuestra parte, saben del tipo de problema y de la toxicidad que pueda contener (Olabarría & Mansilla, 2007).

Es preciso que los y las profesionales de estos servicios realicen descontaminación, alejamiento del impacto, tener espacios y tiempos propios nutrientes, con otros temas, objetivos e intereses. Ya que se tiende a la contaminación temática por la invasión de tiempos y espacios propios con temas de sufrimiento psicológico y daños.

Se debe practicar la entereza, una fortaleza psíquica que favorece la adecuada ubicación de un profesional en equipos de salud mental. Puede evitar la propia percepción del malestar como modo de realización de la misma, ajustar el valor de malestar percibido y con ella su adecuada ejecución. Pero un modo equivocado de la misma que transitoriamente pueda percibirse en el exterior e incluso por uno mismo como eficaz, es el de evitar la percepción del malestar o frustrar su canalización (Olabarría & Mansilla, 2007).

Autores como Furnham, comentan que otros factores para afrontar el estrés son el optimismo, establecer cambios en los estilos de vida, como ejercicio y dieta, relajación y meditación y terapia personal cognitiva (Furnham, 2005).

1.7.2 A nivel de equipo

Para combatir el Burnout, se beben organizar y mantener espacios sistemáticos, como reuniones de supervisión de casos y equipos, reuniones técnicas y de diseño de programas. Se deberá participar en el diseño de las líneas y espacios de formación continuada (Olabarría & Mansilla, 2007). Una formación centrada en la resolución de problemas, de apoyo social, habilidades sociales y liderazgo entre otras (Marrau, 2009).

Compartir la responsabilidad en la toma de decisiones aminora el desgaste que implican los desenlaces de estás, haciéndolas pasar de consecuencias no buscadas a ser referentes compartidos. También cuidar el establecimiento de trabajo y la protección sobre los miembros del equipo. Se deberá favorecer que las actuaciones profesionales que puedan contener alto riesgo percibido para quienes las ejerzan en su diseño y ejecución, sean asumidas como decisiones de equipo y protegiendo la identidad del profesional implicado en ciertas situaciones (Olabarría & Mansilla, 2007).

Contribuir a que el clima de trabajo promueva la capacidad de los y las trabajadoras y su autonomía sobre las intervenciones de las que son responsables, siendo capaces de incorporar la complementariedad interprofesional cuando sea necesario. Además, se deberían generar espacios de relación para el equipo en aspectos y asuntos no relacionados directamente con el trabajo, favoreciendo las relaciones personales y de confianza y sin invasión temática, así como espacios para la explicitación y resolución de los conflictos relacionales surgidos. Los rituales de cada equipo, como en la incorporación o despedida de sus miembros, favorecen al desarrollo, la singularización y la identidad colectiva, siendo esta un elemento vertebrador y de apoyo (Olabarría & Mansilla, 2007).

Potenciar un liderazgo en los equipos capaz de generar ambientes protectores, proveer los recursos necesarios para el trabajo, de tener y mostrar interés por el trabajo del equipo, de explicitar los aspectos positivos y saber dar retroalimentación negativa, generar confianza en la y el profesional, tener disponibilidad cuando se necesite y generar espacios para el equipo y su relación vertebrada. Todo esto favorece al afrontamiento de conflictos de manera constructiva, al consenso y la negociación. A su vez se pueden mejorar las competencias aptitudes del equipo utilizando iniciativas propuestas por sus miembros (Olabarría & Mansilla, 2007).

1.7.3 A nivel organizacional

Se utilizan cambios en las estructuras y las funciones organizacionales, rediseñar los puestos y adaptarlos (Furnham, 2005). Se deben eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que determinan el Burnout, con búsqueda de humor, espontaneidad y creatividad como fuentes de salud mental (Osorio, 2005).

Se debe tener una cultura organizacional, estableciendo unas guías para las acciones y los procesos de toma de decisiones, reduciendo la ambigüedad, el conflicto de rol y la vertebración de las acciones. Para ello el re-diseño de tareas, la claridad en estos procesos de toma de decisiones, mejorar la supervisión, tener objetivos claros para los roles profesionales y líneas claras de autoridad son necesarias (Marrau, 2009). La institución, a través de las jefaturas, debería promover la puesta en marcha y el mantenimiento de redes de servicios y profesionales. Estas redes contribuyen a compartir y sustentar la responsabilidad compartida y rebajar el impacto emocional de estos trabajos. Para ello, hay que establecer espacios comunes periódicos, donde la discusión de casos y formaciones contribuyan al sustento del trabajo en red (Olabarría & Mansilla, 2007).

Las jefaturas deben estar en condiciones de percibir y solicitar ayuda externa en situaciones de crisis que supongan abordar temas contaminados que sobrepasan al recurso del equipo y empieza a afectarles. Los profesionales y los equipos no deben quedar considerados como receptores pasivos de las decisiones que les afectan, se debe articular su participación. La institución ha de favorecer con su gestión los espacios antes mencionados y los estilos de responsabilidad compartida, y generar dos espacios singulares donde la participación de los equipos resulta central: La supervisión y la formación continuada, que son altamente protectores ante y frente al Burnout (Olabarría & Mansilla, 2007).

Conocer el estado de los cuidadores y cuidadoras formales es importante para que el desarrollo de sus funciones sea el más adecuado posible, aún más sabiendo que el síndrome del Burnout juega un papel relevante en el desarrollo de este tipo de trabajos. Son muchos los ámbitos en los que el Burnout puede imposibilitar una correcta realización de la profesión, y muchos son los efectos que puede tener sobre los usuarios y usuarias, de ahí la importancia de esta investigación para averiguar su existencia y desarrollar una adecuada prevención, evitar su aparición y sus consecuencias negativas y nocivas.

2. Método

2.1 Objetivos

Para esta investigación se ha planteado como objetivo general averiguar la existencia de Burnout en los cuidadores y cuidadoras formales de enfermos y enfermas mentales en una determinada asociación.

Tras este planteamiento y la revisión teórica realizada se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Objetivo 1. Conocer cuántas personas están afectadas por el síndrome del Burnout.
- Objetivo 2. Conocer la prevalencia de factores de riesgo para padecer Burnout.
- Objetivo 3. Analizar si los cuidadores y cuidadoras realizan actividades de prevención del Burnout.

2.2 Diseño

El presente estudio se trata de una investigación no experimental descriptiva, ya que busca describir si existe el síndrome del Burnout entre trabajadores y trabajadoras de salud mental. Concretamente entre los cuidadores y cuidadoras formales de una asociación especializada en este colectivo.

2.3 Participantes

Los participantes son cuidadores y cuidadoras formales de una asociación de la zona metropolitana de la isla de Tenerife. Como se realiza dentro de un centro de trabajo, se debe preservar la intimidad de las personas participantes por la existencia de varias leyes de protección de datos que favorecen la intimidad de estas personas y evitan la estigmatización de las mismas.

Por lo que la muestra acabó siendo de 16 personas participantes, existiendo una cierta variedad de perfiles debido a la variedad de oferta en recursos residenciales que ofrece la asociación.

Tabla 1

Descripción de la muestra (sexo, tipo de recurso y edad).

Sexo				
Sexo	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje acumulado**	
Hombres	7	43,75	43,75	
Mujeres	9	56,25	100	
Total	16	100		
Tipo de recurso				
Mini-Residencia	10	62,5	62,5	
Viviendas supervisadas	5	31,25	93,75	
Atención a domicilio	1	6,25	100	
Total	16	100		
Edad				
	Mínimo	**Máximo**	**Media**	**Desviación típica**
Edad	24	56	39,3	9,9

2.4 Técnica e instrumentos

Como técnica de recogida de datos se ha elegido utilizar dos encuestas, la primera es el "Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles" (1997). Esta encuesta consta de 21 ítems, que ha sido sometida a diferentes análisis para confirmar su validez. Incluye los antecedentes del síndrome, elementos del Burnout y consecuencias del mismo. Su objetivo es obtener una evaluación global del Burnout, así como de los antecedentes y consecuentes del síndrome.

Y un segundo cuestionario de elaboración propia, en el que se realizan preguntas cerradas sobre la práctica de actividades preventivas para el síndrome del Burnout, a nivel personal, grupal e institucional. Elaborado a partir del contenido del marco teórico, más concretamente en el apartado de prevención.

2.5 Procedimiento

En cuanto al procedimiento, una vez planteado el tema de la investigación, hecha la revisión teórica, y planteado el diseño de investigación, se comienza a seleccionar y elaborar las encuestas como instrumentos de recogida de datos.

Aprovechando con la cercanía que he alcanzado con la asociación durante las prácticas externas de Trabajo social, planteo la colaboración para esta investigación, recibiendo la aprobación por parte de la gerencia y de los trabajadores que van a participar. Posteriormente solo hubo que acudir a los recursos para entregar los cuestionarios y recogerlos.

Una vez recogidos todos los datos, se realizó un vaciado en el programa estadístico Excel, con el que se ha trabajado para analizar todas las variables tratadas en los cuestionarios y desarrollar las tablas y gráficas con sencillez.

3. Resultados

Los resultados se van a estructurar en dos apartados: El perfil de los y las participantes y los resultados de los cuestionarios

3.1 Perfil de los y las participantes:

En cuanto al sexo un 56% de las personas participantes son mujeres y el44% son hombres, las edades (Tabla 1) comprenden entre los 24 a los 56 años, siendo 39,3 la media de edad.

Además podemos ver como los y las participantes ejercen su profesión en distintos recursos residenciales (Tabla 1), el 62,5% de los y las profesionales trabajan en la Mini-residencia de la asociación, siendo el grueso de la población estudiada. Un 31,25% son empleados y empleadas que ejercen su labor en las viviendas supervisadas, y el 6,25% realiza servicios de atención a domicilio.

3.2 Resultados de los cuestionarios

3.2.1 Resultados de los Factores del Burnout, el síndrome de Burnout, y las consecuencias del Burnout.

a) Factores del Burnout

En los factores del Burnout, los resultados se han englobado de la siguiente forma: Cuando la puntuación se encontraba entre [9-19] hablamos de factores bajos de Burnout, si se encuentran entre (19-29] los factores de burnout son medios, y si los valores oscilan entre (29-45) se hablan de factores altos de burnout.

Tabla 2

Factores del Burnout.

Factores de Burnout	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajos	3	18,75	18,75
Medios	13	81,25	100
Altos	0	0	100
Total	16	100	

Los resultados de la Tabla 2 muestran que el 18,75% de los y las trabajadoras tienen factores bajos de Burnout, el 81,25% muestran factores medios del Burnout y ninguna de las trabajadoras y trabajadores muestran altos factores de Burnout.

b) Síndrome del Burnout

Para averiguar el síndrome del Burnout, los valores se engloban a partir de la siguiente forma: Cuando los resultados se encuentran entre [9-19] se indica que el síndrome es bajo, si los valores están entre (19-25] se habla de un síndrome del Burnout medio, y si los resultados oscilan entre (25-45) habrá un alto síndrome del Burnout.

Tabla 3

Síndrome del Burnout.

Síndrome del Burnout	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajos	3	18,75	18,75
Medios	10	62,5	81,25
Altos	3	18,75	100
Total	16	100	

La Tabla 3 revela que en el 18,75% de los y las encuestadas muestran un bajo nivel del síndrome, un 62,5% de los y las trabajadoras padecen un nivel medio del síndrome del Burnout, y el 18,75% del personal encuestado sufren altos niveles del Burnout.

c) Consecuencias del Burnout

Con respecto a las consecuencias del Burnout, los resultados se encasillan de la siguiente manera: Los valores que oscilan entre [3-6] corresponden a un nivel bajo de consecuencias del Burnout, cuando se encuentran entre (6-8] hablamos de consecuencias del Burnout de nivel medio, y si están entre (8-15) sería un nivel alto de consecuencias del Burnout.

Tabla 4

Consecuencias del Burnout.

Consecuencias del Burnout	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajos	4	25	25
Medios	9	56,25	81,25
Altos	3	18,75	100
Total	16	100	

En la Tabla 4 se refleja que el 18,75% de las y los trabajadores padecen niveles altos de las consecuencias del Burnout, que el 56,25% acarrean un nivel medio de consecuencias del Burnout, y un 25% del personal encuestado tiene unos bajas consecuencias del Burnout.

3.2.2 Prevención y estrategias ante el burnout

En el segundo apartado, basado en averiguar la práctica de actividades de prevención del Burnout por parte de los trabajadores y trabajadoras, se recogen 15 preguntas de sí o no, con respecto a si realizan estas actividades preventivas tanto a nivel personal, a nivel grupal, y a nivel organizacional.

a) Prevención individual

Con respecto a la prevención a nivel personal o individual, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5

Prevención a nivel personal.

Prevención a nivel personal	Si (%)	No (%)	No contesta (%)
Realiza actividades de formación y reciclaje	75	12,5	12,5
Práctica deporte o alguna afición	75	12,5	12,5
Hace actividades con familia o amigos	87,5	0	12,5
Dedica tiempo hacer cosas que le gustan	81,25	6,25	12,5
Tiene tiempo para reflexionar sobre sus problemas	81,25	6,25	12,5

La Tabla 5 muestra que el 12,5% no quisieron responder al cuestionario en ninguna de las preguntas. A la hora de realizar actividades formativas el 75% afirma realizarlas, ante el 12,5% que no realiza. El 75% practica deportes o aficiones ante el 12,5% que no practica, aunque también se puede apreciar que el 87,5% hace actividades con familia y amigos. Con respecto a dedicar tiempo, el 81,25% si lo dedica a realizar cosas que le gustan ante un 6,25% que no lo dedican, y un 81,25% que disponen de tiempo para reflexionar sobre sus problemas, y un 6,25% responde que no tiene tiempo para hacer estas reflexiones.

b) Prevención grupal

Para la prevención a nivel grupal, los resultados fueron los siguientes:

Tabla 6

Prevención a nivel grupal.

Prevención a nivel grupal	Si (%)	No (%)	No contesta (%)
Dispone de espacios correctos en el trabajo para hablar temas privados	18,75	68,75	12,5
Dispone de espacios correctos en el trabajo para hablar sobre temas de la profesión	37,5	50	12,5
Realiza reuniones con los compañeros para evaluar la evolución del trabajo	50	37,5	12,5
Dispone de recursos adecuados para desempeñar su trabajo	62,5	25	12,5
Puede tomar iniciativas con los compañeros para desempeñar su trabajo	87,5	0	12,5

Con respecto a la prevención a nivel grupal, reflejada en la Tabla 6, un 12,5% de los encuestados y encuestadas no han contestado a estas cuestiones en ninguna de las preguntas. Se observa que el 68,75% confiesa no disponer de espacios en el trabajo para hablar sobre temas privado ante un 18,75% que si considera que los dispone. Con respecto a disponer de espacios correctos para hablar sobre temas de la profesión el 37,5% si considera que si los tienen ante el 50% que no considera que dispongan de esos espacios. A la hora de realizar reuniones con los compañeros y compañeras para evaluar el trabajo un 50% afirma que si las realizan y un 37,5% responden que no las realizan. El 62,5% consideran que disponen de recursos adecuados para desempeñar su trabajo, pero el 25% opina que no disponen de los recursos adecuados para su desempeño. Ningún o ninguna trabajadora cree que no pueda tomar iniciativas con sus

compañeros o compañeras para desempeñar su trabajo, ya que el 87,5% si pueden tomar estas iniciativas.

c) Prevención Organizacional

En la prevención a nivel organizacional se dieron los siguientes resultados:

Tabla 7

Prevención a nivel organizacional.

Prevención a nivel organizacional	Si (%)	No (%)	No contesta (%)
Se siente parte de la organización	87,5	0	12,5
Tiene claro el proceso de la toma de decisiones	37,5	50	12,5
Se siente parte de los procesos de la toma de decisiones	31,25	56,25	12,5
Puede acudir a otros profesionales de la asociación para solventar problemas de su trabajo si fuera necesario	81,25	6,25	12,5
Conoces la labor que se desempeña en el resto de áreas de la asociación y sus resultados	43,75	43,75	12,5

Los resultados de la Tabla 7 sobre la prevención a nivel organizacional reflejan que el 12,5% del personal encuestado no ha respondido a estas preguntas. El 87,5% se sienten parte de la asociación, pero el 50% no tiene claro el proceso de la toma de decisiones de la asociación ante el 37,5% que si conocen este proceso. El 31,25% de las y los encuestados si se sienten parte del proceso de la toma de decisiones, pero el 56,25% no se sienten parte de este proceso de toma de decisiones. Ante la posibilidad de acudir a otros y otras profesionales de la asociación para solventar problemas que surjan en su trabajo el 81,25% opinan que si pueden acudir ante el 6,25% que han respondido que no pueden acudir si fuera necesario. Con respecto a conocer la labor y

los resultados de las otras áreas de la asociación el 43,75% si afirman conocerlos ante el 43,75% que no conocen su labor y sus resultados.

3. Discusión

Tras la revisión teórica realizada con anterioridad, y teniendo en cuenta los resultados de las encuestas realizadas para este estudio podemos destacar las siguientes relaciones:

Con lo referente a los factores del Burnout, hemos de recordar que el Burnout se da ante el esfuerzo por adaptarse a la presencia de estresores laborales continuados, siendo una secuela de un estrés excesivo y nocivo (Flores, 2013). Por lo que se puede apreciar el 81,25% de las y los trabajadores consideran que están padeciendo estos factores en un nivel medio, es decir, aprecian de manera habitual estresores que pueden favorecer la aparición de este síndrome, encontrándose dentro de la media nacional en relación a la consideración del nivel de estrés en su trabajo (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Es una evidencia de que las relaciones interpersonales en el trabajo se están deteriorando por actitudes y conductas negativas que se deben al agotamiento emocional de los cuidadores y cuidadoras (Marrau, 2009). Esto también se puede deber a la escasez de personal, sobrecarga laboral, tratar con enfermos o enfermas problemáticos, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones y bajos salarios (Reyes Jarquín & González-Celis Rangel, 2016).

Cabe destacar que una amplia minoría considera que los factores de Burnout mantienen un nivel bajo, por lo que su desgaste emocional por el desempeño de su labor es muy bajo y podríamos hablar que solo un 18,75% se encuentra bajo los efectos del

Engagement, se sienten capaces de afrontar nuevas demandas que aparecen en el día a día laboral con un estado mental positivo (Salanova Soria & Schaufeli, 2004).

Las personas que padecen el síndrome del Burnout son el 18,75% de las y los encuestados. Datos que coinciden con las consecuencias del Burnout, donde el 18,75% está padeciendo altos niveles de consecuencias de este síndrome como la despersonalización, impaciencia, irritabilidad, aislamiento y deterioro de las relaciones personales, entre otras muchas consecuencias (Reyes Jarquín & González-Celis Rangel, 2016). Llevan consigo la insatisfacción y la pérdida del placer por lo que están haciendo, indiferencia con los resultados de su trabajo, falta de participación unida a una alta irritabilidad, uniendo todo esto a la sensación de fracaso profesional (Marrau, 2009).

Otro dato significativo es que el 62,5% consideran que tienen un nivel medio del síndrome del Burnout, por lo que recordando que para sufrir el Burnout se debe desarrollar un proceso paulatino que desembocan en este síndrome, más de la mitad de las y los trabajadores está experimentando un agotamiento emocional, una despersonalización hacia los y las usuarias, y una falta de eficacia profesional (Salanova Soria & Schaufeli, 2004) de una manera frecuente debido a la alta frecuencia de factores del Burnout.

Se muestra a través de estos datos que el 56,25% considera que tiene niveles medios de consecuencias del Burnout, se está produciendo un contagio de este síndrome entre los y las profesionales, ya que cuando existe uno o más miembros afectados pueden ir afectando al resto de compañeros y compañeras (Olabarría & Mansilla, 2007).

Los resultados obtenidos en relación con la prevención del Burnout, muestran que en la prevención a nivel personal se plasma que la gran mayoría realiza una

prevención a nivel personal, aunque una pequeña parte no se proporciona el autocuidado necesario debido a que el Burnout está afectando a su vida privada. Al 12,5% le ha reducido su bienestar, su satisfacción por lo que hace y su calidad de vida (Reyes Jarquín & González-Celis Rangel, 2016), y el 6,25% está mostrando un aislamiento de sus problemas a través de la evitación de las preocupaciones (Marrau, 2009).

Otro argumento que muestra el contagio del síndrome que se está produciendo se plasma en la prevención a nivel grupal o de equipo donde el 68,75% consideran que no disponen de espacios para hablar temas privados y el 50% que no hay lugares correctos y adecuados para tratar temas laborales, reflejando una falta de comunicación entre las y los trabajadores considerable, generando un aislamiento del personal y dificultando las posibilidades de abordar los conflictos de abandono de tareas, desimplicación o victimización (Olabarría & Mansilla, 2007).

El 50% si realiza reuniones para evaluar la evolución del trabajo, pero un 37,5% no mantiene una correcta comunicación con el resto de los compañeros a la hora de evaluar el trabajo, aunque el 62,5% afirman que disponen de los recursos adecuados y el 87,5% pueden tomar iniciativas con los compañeros para desempeñar su trabajo. Por lo que el contagio del Burnout está afectando en primer lugar a las relaciones de las y los cuidadores, provocando un aislamiento y relaciones poco fraguadas entre compañeros y compañeras, que poco a poco se están viendo reflejadas en el desarrollo del trabajo, con un amplio número de personas que no se implican en las reuniones de trabajo, en el malestar constante de sus condiciones de trabajo por parte de esta minoría. No se está contribuyendo a que el clima de trabajo promueva la capacidad de los trabajadores y su autonomía sobre las intervenciones de las que son responsables, ni existen los espacios

adecuados para generar la relación del equipo en aspecto tanto laborales como no laborales (Olabarría & Mansilla, 2007).

A nivel organizacional las personas encuestadas se consideran parte de la asociación pero porque trabajan y desempeñan una función en ella, pero a la hora de tomar decisiones importantes que repercutan en la dirección de la asociación, la mayoría no se sienten partícipes de estos mecanismos. Se mantiene un conflicto de roles y una vertebración de las acciones, no teniendo una cultura organizacional para la toma de decisiones (Marrau, 2009). Y aunque el 81,25% pueda acudir a otros profesionales de la entidad para solventar posibles dificultades que le surjan en su trabajo, tan solo el 43,75% conoce la labor que se desempeña en otras áreas y sus resultados, teniendo un 43,75% del personal encuestado desinformado del resto de labores que se llevan a cabo en la asociación. Existen redes de apoyo entre las y los profesionales de la asociación, pero no hay una responsabilidad compartida de los méritos de la asociación en las distintas áreas, solo se sienten participes de los logros que estén relacionados con su trabajo de manera directa por la falta de reparto de responsabilidades en la profesión (Marrau, 2009). Los profesionales y los equipos no deben quedar considerados como receptores pasivos de las decisiones que les afectan, de debe fomentar su participación y la responsabilidad compartida (Olabarría & Mansilla, 2007).

4. Conclusiones y aportaciones

Podemos concluir con la realización del estudio que:

- Un porcentaje significativo de las personas encuestadas se encuentran bajo factores del Burnout en su trabajo de manera habitual, y que esto está fomentando la aparición del Burnout.

- Existe el síndrome del Burnout entre los cuidadores y cuidadoras de personas enfermas mentales de la asociación, y están padeciendo las consecuencias de este síndrome.
- Los y las cuidadoras formales realizan actividades preventivas a nivel personal, pero a nivel grupal se muestra la existencia del cansancio emocional, repercutiendo en la comunicación del personal y en la despersonalización hacia los usuarios y usuarias.
- En la prevención organizacional, los cuidadores y cuidadoras se sienten actores pasivos en la toma de decisiones de la organización, no existe una responsabilidad compartida, generando una baja participación y motivación, ya que un alto porcentaje ha perdido interés por su trabajo.

Con estos datos obtenidos, se podría realizar una investigación más exhaustiva sobre este fenómeno y su efecto en este colectivo de profesionales, para indagar más profundamente en que aspectos está afectando el Burnout y cuáles son los factores de este síndrome más relevante en esta población. Además de evaluar más concretamente cada una de las actividades preventivas que se están llevando a cabo. Para ello sería oportuno poder acceder a una mayor muestra que proporcionara unos resultados más fiables y equiparables al total de los cuidadores y cuidadoras formales de personas con enfermedad mental.

Desde el Trabajo Social se puede colaborar a solventar esta problemática, haciendo que tanto trabajadores como instituciones sean conscientes de que hay que promover condiciones adecuadas de trabajo, ofrecer formación sobre la prevención del Burnout a los trabajadores y a la asociación, ayudando a su adecuada realización, unido a la enseñanza de habilidades y competencias para conseguir el Engagement de los cuidadores y cuidadoras.

Referencias bibliográficas

Instituto Nacional de Estadística. (4 de Mayo de 2018). *Intituto Nacional de Estadística.* Obtenido de Nivel medio de estrés laboral según sexo y comunidad autónoma. Media y desviación típica. Población de 16 y más años ocupada: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p02/l0/&file=02017.px

Flores, J. R. (2013). Estrés Laboral y sus repercusiones . *Revista Mexicana de Anestesiología,* 173-175.

Furnham, A. (2005). *The Psycology of behaviour at work. The individual in the organization.* Nueva York: Phychology Press.

Hernández Garcia, T. J., Terán Varela, O. E., Navarrete Zorrilla, D. M., & León Olvera, A. (2007). EL síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. 50-68. Obtenido de Google Académico.

Instituto Nacional de Estadística. (4 de Mayo de 2018). *Instituto Nacional de Estadística.* Obtenido de Nivel medio de estrés laboral según sexo y situación profesional. Media y desviación típica. Población de 16 y más años ocupada: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p02/l0/&file=02018.px

Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en humanidades,* 167-177.

Ministerio de Esducación. (2011). *Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas.* Madrid: Boletín Oficial del Estado.

Molina Linde, J. M., Iáñez Velasco, M. d., & Iáñez Velasco, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 33-43.

Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: Cuidados a los equipos de salud mental. *Psicopatología y psicología clínica, XII*(1), 1-14.

Osorio, F. R. (2005). Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidador en servicios de salud altamente tecnificados. *Avances en enfermería*, 45-57.

Otero-Lopez, J. M., Santiago Mariño, M. J., Castro Bolaño, C., Pardiñas Añón, M. d., Mirón Redondo, L., & Ponte Fernández, D. (2006). *Estrés Laboral y Burnout en Profesores de Enseñanza Secundaria.* Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio científico.

Parrado Prieto, C., Aguado Mañas, J., & Pérez Puente, C. (1998). ¿Qué es la enfermedad mental? En M. Vargas Aragón, C. Parrado Prieto, & M. López Abellán, *Escuela de familias. Guía psicoeducativa para familiares de enfermos psicótivos* (págs. 11-28). Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico. Universidad de Valladolid.

Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., & Ferradás, M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of health Research*, 185-196.

Reyes Jarquín, K., & González-Celis Rangel, A. L. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología*, 15-23.

Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda.* Bilbao: Desclée de brouwer.

Salanova Soria, M., & Schaufeli, W. (2004). El Engagement de los empleados: Un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 109-138.

Sanz Sanz, M., & Castillo Lizárraga, M. (2007). El cuidador principal: Manejo de los problemas de afrontamiento. *Jano: Medicina y humanidades*, 43-46.

Vives, J. F. (2003). Enfermería en Salud Mental. Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos. *Enfermería Global*, 1-11.

Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26-39.

Apéndice

Apéndice: Cuestionario Breve de Burnout

- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:
- Tipo de recurso donde trabajas (Piso supervisado, residencia, atención a domicilio…):
- Tiempo que llevas trabajando en el recurso:
- Tiempo que llevas trabajando en la asociación:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada.

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

2. Me siento identificado con mi trabajo:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.

5. En la mayoría de ocasiones.

3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

4. Mi supervisor me apoya en las decisiones

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo

6. Mi trabajo actual carece de interés:

1. Totalmente en desacuerdo.

2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

7. Cuando estoy en mi trabajo, me siento de mal humor:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí:

1. Nunca.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. Siempre.

10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien sus resultados y su alcance:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellas:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

13. ¿Considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc)?:

1. Nada.

2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

14. Mi trabajo es repetitivo:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

15. Estoy quemado en mi trabajo:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo:

1. Nunca.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. Siempre.

19. El trabajo que hago dista de ser el que yo habría querido:

1. Nada.
2. Muy poco.
3. Algo.
4. Bastante.
5. Mucho.

20. Mi trabajo me resulta muy aburrido:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor:

1. En ninguna ocasión.
2. Raramente.
3. Algunas veces.
4. Frecuentemente.
5. En la mayoría de ocasiones.

Apéndice: Cuestionario prevención del Burnout

Selecciona con una X en la opción deseada

	SI	NO
1 Realizas actividades de formación o reciclaje profesional:		
2 Prácticas deporte o alguna afición		
3 Quedas con familiares o amigos para realizar actividades		
4 Dedicas tiempo en hacer cosas que te gustan		
5 Dispones de tiempo para reflexionar sobre posibles problemas que puedan surgir y sus soluciones		
6 Dispones de espacios correctos en el trabajo para hablar con los compañeros sobre temas privados		
7 Dispones de espacios correctos en el trabajo para hablar con los compañeros sobre problemáticas que surgen en el desempeño de la profesión		
8 Realizan reuniones entre los compañeros para evaluar la		

evolución del trabajo		
9 Disponen de recursos necesarios para desempeñar el trabajo de una manera adecuada		
10 Pueden tomar iniciativas con tus compañeros para desempeñar el trabajo dentro de la asociación		
11 Te sientes parte de la asociación		
12 Tienes claro el proceso de la toma de decisiones de la asociación		
13 Te sientes parte de estos procesos de toma de decisiones		
14 Puedes acudir a otros profesionales de la asociación para solventar dificultades de tu trabajo en caso de que fuera necesario.		
15 Conoces que labores desempeñan el resto de áreas de la asociación y sus resultados		