



TRABAJO FIN DE GRADO

El síndrome de burnout y el estrés en personal sociosanitario de las residencias de mayores de la isla de La Palma

Autoras: Melissa Herrera Acosta, Laura de León Cruz y Miriam Pérez Morales

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

4º de Grado en Trabajo Social

Tutora: Guacimara Rodríguez Suárez

Convocatoria: junio 2021

RESUMEN

En el presente documento se plasma un estudio de investigación con el objetivo de estudiar la existencia del síndrome de burnout en profesionales sociosanitarios/as de centros de mayores en la isla de La Palma, así como de analizar la presencia del estrés vivido en el último año (debido al estallido de la pandemia de la COVID-19). Otros dos objetivos se centran en identificar la relación existente entre el estrés y el síndrome de burnout en dichos/as profesionales y analizar si la edad y experiencia laboral se relacionan con el nivel de estrés y burnout.

La muestra total de trabajadores/as que han participado en este estudio asciende a 30 personas, entre las cuales se encontraban 19 auxiliares de enfermería, 7 gerocultores/as, 3 auxiliares sociosanitarios/as y 1 trabajador de ayuda a domicilio. Los instrumentos utilizados fueron dos escalas que medían sus niveles respecto al síndrome de burnout y al estrés. En primer lugar, se realizó una recogida de los datos sociodemográficos de los/as trabajadores/as. En segundo lugar, la escala Maslach Burnout Inventory, de Maslach y Jackson (1981). Y, en tercer lugar, la versión española de la Perceived Stress Scale (PSS-10), de Remor (2006). Por último, se propuso responder a una pregunta abierta donde los/as trabajadores/as podían expresar cómo se sentían desempeñando su profesión.

Una vez realizada la recogida de información y analizados los resultados, se encontraron indicios de síndrome de burnout en los/as trabajadores/as de centros de personas mayores en la isla de La Palma. Sin embargo, y, en contra de lo esperado, se observó que ninguna persona presentó un elevado nivel de estrés en el último año a pesar de que sus profesiones fueron de las más afectadas por la COVID-19.

PALABRAS CLAVE: síndrome de burnout, estrés, trabajadores/as sociosanitarios, residencia de mayores.

ABSTRACT

This document presents a research study with the aim of studying the existence of burnout syndrome in social-health professionals of elderly centers on the island of La Palma, as well as to analyze the presence of stress experienced in the last year (due to the outbreak of the COVID-19 pandemic). Two other objectives were to identify the relationship between stress and burnout syndrome in these professionals and to analyze whether age and work experience are related to the level of stress and burnout.

The total sample of workers who participated in this study amounted to 30 people, including 19 nursing assistants, 7 geriatric caregivers, 3 social-healthcare assistants and 1 home-help worker. The instruments used were two scales that measured their levels of burnout syndrome and stress. First, the sociodemographic data of the workers were collected. Secondly, the Maslach Burnout Inventory scale by Maslach and Jackson (1981). Thirdly, the Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS-10), by Remor (2006). Finally, it was proposed to answer an open-ended question in which the workers could express how they felt performing their profession.

Once the information had been collected and the results analyzed, there was evidence of burnout syndrome in workers in centers for the elderly on the island of La Palma. However, and contrary to expectations, it was observed that no person presented a high level of stress in the last year despite the fact that their professions were among those most affected by COVID-19.

KEY WORDS: burnout syndrome, stress, sociosanitary workers, home for elderly.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2
2.1. La vejez y el envejecimiento: el cuidado de personas mayores.....	2
2.1.1. Las personas mayores en las residencias.....	6
2.2. Trabajadores/as formales de las residencias de mayores.....	8
2.2.1. Estrés y salud de cuidadores/as formales.....	9
2.3. Síndrome de burnout: introducción al término y sintomatología.....	11
2.3.1. Burnout en los/as profesionales de residencias de mayores.....	14
2.4. Pandemia por COVID-19 y su impacto en mayores y las residencias.....	15
2.4.1. Impacto en los/as profesionales de las residencias de mayores...	16
3. OBJETIVOS.....	18
4. MÉTODO.....	18
4.1. Participantes.....	18
4.2. Instrumentos y variables.....	19
4.3. Procedimiento.....	22
4.4. Diseño y plan de análisis.....	23
5. RESULTADOS.....	23
5.1. Resultados sobre el síndrome de burnout en el personal sociosanitario.....	24
5.2. Resultados sobre el estrés percibido en el personal sociosanitario.....	26
5.3. Resultados sobre las relaciones existentes entre el síndrome de burnout y el estrés percibido.....	27
5.4. Resultados sobre las relaciones existentes entre el síndrome de burnout y estrés percibido con la edad y los años dedicados a la profesión.....	29
5.5. Resultados sobre el análisis de la pregunta abierta.....	30

6. DISCUSIÓN.....	31
7. CONCLUSIONES.....	34
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado recoge un estudio de investigación con el fin de analizar la existencia de síndrome burnout y el nivel de estrés que presentan los/as profesionales sociosanitarios/as que desempeñan su labor en las residencias de personas mayores de la isla de La Palma.

El personal sociosanitario mantiene un contacto continuo y directo con personas mayores, desempeñando una labor de gran importancia a través de tareas de asistencia especializada y tratando de garantizar una atención de calidad a través del cuidado y el apoyo a las personas mayores (Aparicio, Sánchez, Díaz, Cuéllar, et al., 2008). Ello ha motivado la realización de una investigación dirigida a indagar si el personal sociosanitario se encuentra quemado en su trabajo y tiene que lidiar con altos niveles de estrés. Son varios los estudios que demuestran que la presión a la que se exponen dichos/as profesionales desencadena sentimientos de estrés, ansiedad y depresión (Hartke, King, Heinemann y Semik, 2006). Por ello, está ampliamente constatado que el cuidado de una persona mayor puede convertirse en una experiencia estresante con consecuencias negativas para la persona que ejerce dicho cuidado.

Tras el estallido de la pandemia de la COVID-19, las residencias de personas mayores se vieron obligadas a instaurar protocolos de actuación que protegieran, tanto a los/as trabajadores/as, como a las propias personas mayores con el objetivo de no contraer ni expandir el virus, pues, las residencias de personas mayores han sido especialmente golpeadas durante la pandemia por la COVID-19. Además, los índices de contagios y de letalidad de dicho sector poblacional son bastante elevados debido a varios factores, como su avanzada edad o su deficitario sistema inmune, entre otros. Se trata de personas vulnerables porque conviven con otras personas y cuidadores, aumentando, de esta

manera, la probabilidad de virulencia y transmisión del virus. Por ello, las personas mayores presentan, con mayor frecuencia, las formas más graves de la enfermedad. La creación de nuevos protocolos y la preocupación relativa a la posibilidad de contagio o transmisión del virus hacia las personas mayores, ha supuesto, sin duda alguna, un aumento de las demandas, tanto en lo referente a la carga de trabajo, como a las demandas emocionales (derivadas del miedo y la incertidumbre).

El presente documento está compuesto por diferenciados puntos. En primer lugar, se expone el marco teórico en el que se muestra y desarrolla la información acerca de la temática escogida. En segundo lugar, se detallan los objetivos de la investigación, así como el método utilizado para la misma. En tercer lugar, se presenta el apartado de los resultados obtenidos. En última instancia, se expone la discusión y las conclusiones alcanzadas a partir de esta investigación, contrastando estas con los objetivos del punto de partida.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La vejez y el envejecimiento: el cuidado de personas mayores

El concepto de “vejez” proviene del latín *veclus*, *vetulus*, y hace referencia a “una persona de mucha edad”. Ya desde los inicios de la filosofía el concepto de vejez era entendido desde dos perspectivas. Por un lado, desde la concepción adoptada por Aristóteles y Séneca, la vejez se identificaba como un proceso negativo, sinónimo de deterioro y de enfermedad incurable. Y, por otro lado, desde la perspectiva de Platón y Cicerón la vejez era comprendida como un proceso positivo que se asociaba con el dominio de las pasiones y el más profundo respeto. A partir de dichas perspectivas el

concepto de la vejez ha ido creciendo y, a raíz de las mismas se han ido creando las actitudes sociales ante las personas mayores.

La noción de vejez es una concepción relacionada con los aspectos sociales y culturales de una sociedad y/o comunidad. Dicha concepción adquiere significados diferentes marcados por la cultura y se modifica a lo largo de la historia, adoptando diversos comportamientos sociales que explican la forma de una comunidad de actuar con las personas mayores.

Asimismo, es necesario recalcar que el concepto de vejez no es sinónimo de envejecimiento, pues ambos conceptos abarcan diferentes atribuciones. De esta manera, el concepto de vejez hace referencia a una etapa más del ciclo evolutivo del ser humano que se asocia a una construcción sociocultural y el envejecimiento es entendido como un proceso gradual, variable e irreversible en el que las personas cambian y se transforman a medida que transcurre su vida (Cardona y Peláez, 2012).

En los últimos años ha aumentado notablemente la cantidad de personas mayores (de 65 y más años) en España, según el INE (2019), se ha pasado de un 16,8% de personas mayores en el 2010 hasta encontrarnos con un 19,4% en el 2019. Por lo que, es posible afirmar que el envejecimiento en España se ha convertido en una realidad que va en aumento con el paso del tiempo, ya que, según la proyección del INE se estima que, en el 2033 las personas de 65 y más años conformarán el 25,2% del total de población y, en el 2068, la cantidad de personas mayores en nuestro país será el 29,4% del total. Esta realidad podría ser explicada a través de dos factores que inciden de manera especial en el aumento de personas mayores. Por una parte, España cuenta con una muy buena esperanza de vida en el nacimiento y, por otra parte, nuestro país encabeza uno de los índices de fecundidad más bajos del mundo. Sin embargo, cabe destacar que estas

realidades no solo están presentes en España, sino que el envejecimiento demográfico se ha convertido en un fenómeno mundial sin precedentes, este hecho puede explicarse porque a lo largo de los años se ha observado una mejora de las condiciones de vida y de salud en las personas que se encuentran en la etapa de la vejez.

El incremento de la esperanza de vida en las personas mayores puede aumentar las posibilidades de que aparezcan enfermedades crónicas y/o de carácter invalidante. A pesar de que la mayoría de las personas mayores son personas independientes y autónomas, a medida que se avanza en las etapas más longevas, es más probable que aparezcan enfermedades. Ante esta realidad, comienzan a tomar protagonismo los cuidados.

Los cuidados que se prestan a las personas mayores pueden clasificarse en función de quién o quienes lo ejercen, por un lado, el cuidado formal comprende las acciones realizadas por una persona que cuenta con la formación adecuada para ello, las cuales van destinadas al cuidado y satisfacción de necesidades de otras personas, recibiendo una remuneración a cambio (Francisco del Rey y Mazarraza 1995). Existen dos tipos de cuidados formales en función de quién provee el servicio: el que se realiza desde las instituciones y el que se contrata a través de un familiar (Revuelta, 2016).

Por otro lado, el cuidado informal, también definido como cuidado familiar, comprende las acciones que se prestan a una persona dependiente por parte de familiares, amigos/as o vecinos/as. Este tipo de cuidado se singulariza por la presencia de afectividad y por su duración o permanencia en el tiempo (IMSERSO, 2005). Por lo general, la responsabilidad de los cuidados de personas dependientes dentro de las familias recae en las mujeres, debido a diversos factores como la presión social, la obligación moral o

conyugal, el rechazo a la institucionalización o la disponibilidad en el momento, entre otros (Moral, Frías, Moreno, et al., 2018).

Es evidente que los cuidados cobran una gran importancia en la etapa de la vejez, por lo que es necesario mencionar la importancia de los apoyos en dicha etapa vital. Existen varios tipos de apoyo que se proporcionan desde las residencias de personas mayores, como el emocional, el instrumental o el social. Centrando la atención en este último, es posible afirmar que las personas mayores necesitan apoyo social en tres ámbitos. En el ámbito informal, caracterizado por la familia y las redes sociales, en el ámbito formal, a través de la prestación de servicios por organismos públicos y privados y en el ámbito semiformal, en el que se vincula al sujeto con la comunidad. También, las residencias se caracterizan por ofrecer ayuda instrumental y apoyo emocional en la resolución de problemas y en la orientación. Sin embargo, el papel de la familia aún sigue siendo de especial importancia para los/as mayores, pues este cubre en gran parte sus necesidades de apoyo social y emocional, sin los cuales aparecería el sentimiento de soledad y abandono (Zumalde, 1994).

Dado que el porcentaje de personas mayores continúa en aumento, ha sido necesario el crecimiento de los servicios residenciales (Codorniu, 2020). En los últimos años, se ha incrementado la creación de recursos de proximidad para personas mayores, con el objetivo de favorecer la estancia de la persona en su propio hogar. Sin embargo, las familias o las mismas personas mayores también pueden optar por su propia institucionalización en un centro residencial, donde las tareas del cuidado recaen sobre los/as cuidadores/as formales que trabajan en dicho centro.

2.1.1. Las personas mayores en las residencias

A lo largo de los años, las residencias de personas mayores han experimentado una serie de cambios. Según Barenys (1992), “en España, en la primera mitad del siglo XX, menudean instituciones para los ancianos pobres atendidos por Órdenes religiosas en las que conviven conjuntamente con enfermos, dementes y huérfanos, es decir, son unas instituciones que acogen a todo tipo de población falta de la institución familiar, por cualquier motivo, bajo la tutela de la Iglesia. Solo después de la Segunda Guerra Mundial, la institución se especializa al medicalizarse. Es en ese momento que se hará accesible a las personas de edad de las clases medias o superiores. Los asilos para ancianos indigentes han dado hoy paso a las residencias para ancianos o residencias para la tercera edad, atendidas no sólo por religiosas, como los antiguos asilos, sino que son gestionadas y atendidas, mayoritariamente, por personal seglar, pertenezcan o no a la Administración Pública” (p.124).

Actualmente, las residencias para personas mayores son centros que prestan atención social y cuidados con el fin de satisfacer necesidades personales básicas y mantener su máximo grado de autonomía.

Las personas mayores ingresan en residencias a causa de varios motivos, entre los cuales destacan, el vivir en soledad, la viudedad, el no disponer de apoyo familiar, las limitaciones de acceso en la vivienda, la presencia de enfermedades de carácter invalidante que limiten o pongan fin a su autonomía. Ante estas razones, sus familiares o las propias personas mayores optan por ingresar en un centro residencial. Sin embargo, este cambio en su forma de vida supone una privación respecto a las tareas que solían realizar en su vida independiente, la persona comienza a convivir con personas desconocidas, dejando de lado las relaciones sociales que mantenía con anterioridad, deja

a sus vecinos/as, sus objetos y lugares personales para adaptarse a un nuevo espacio, aumentando, de esta manera, su vulnerabilidad (Rojas, Toronjo, Rodríguez, et al., 2006).

Una vez la persona queda institucionalizada en una residencia se produce un proceso similar en todas ellas. Poco a poco, la persona pierde el contacto estrecho que antes mantenía con sus familiares, se desprende de las rutinas que antes solía llevar a cabo (como acudir a un bar o realizar las labores de limpieza en el hogar, entre otras) y comienza a tomar una actitud, por lo general, pasiva. De esta manera, la persona va perdiendo su propia individualidad (Moré, 2016).

Las personas mayores que viven en residencias, a menudo, muestran una mayor incomodidad en lo referente a su estilo de vida que la que presentaban antes de ingresar en los centros. Esta afirmación quedó demostrada a través de un estudio realizado por Alcaraz (2014) sobre la Calidad de vida de los mayores que viven institucionalizados en residencias para mayores. Mediante este estudio se verificó que las personas mayores que habían entrado en residencias habían reducido significativamente su calidad de vida al ingresar en ellas, frente a las personas mayores que aún convivían con sus familiares en sus propios domicilios. En la búsqueda de un factor causal determinante para explicar dicha realidad quedó de manifiesto que, la aparición de la dependencia, tanto a nivel físico como psicológico, era el principal factor para el ingreso de una persona mayor en una residencia. De este modo, la dependencia es la principal causa de ingreso en una residencia y, a su vez, dicha institucionalización se relaciona de manera directa con la disminución de la calidad de vida de las personas mayores.

2.2. Trabajadores/as formales de las residencias de mayores

Un/a cuidador/a formal lleva a cabo acciones que requieren de una asistencia especializada, a diferencia de las acciones generalizadas que desempeña un cuidador familiar. Además, la relación que se establece entre el/la profesional y la persona mayor, generalmente, es de neutralidad afectiva, a diferencia de la relación de apego que existe con un cuidador familiar (Herrera-Gómez, 1998). No obstante, es necesario señalar que la atención es más completa y de mayor calidad cuando se realiza por parte de un/a profesional.

De forma concreta, es preciso señalar que los/as cuidadores/as formales que desempeñan su labor en centro residenciales de personas mayores, prestan sus servicios y asisten a los mayores que requieren ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Según Delgado, Suarez, de Dios, et al., (2014), los/as cuidadores formales comprenden un grupo de profesionales que desempeñan una labor de alto riesgo, debido a las condiciones del trabajo: bajo salario, cuantiosas guardias y amplios turnos. Esta situación, si se prolonga en el tiempo, puede generar una serie de consecuencias negativas para la salud de los/as trabajadores/as.

Cabe destacar que, para lograr un exitoso desempeño de la labor que realiza un/a cuidador/a formal, deben confluir una serie de aspectos como la capacitación profesional, la gestión de las competencias, la cualificación profesional, la motivación, la implicación y la evaluación y planificación de la carrera profesional (Leturia, Inza y Hernández, 2007).

Como señalan los autores anteriormente mencionados, desde el modelo de atención psicosocial y sociosanitario, se concretan una serie de competencias técnicas y capacidades fundamentales a desarrollar en el ámbito socio sanitario (como auxiliares, enfermeros/as, médicos/as, entre otros), con el fin de analizar y diagnosticar necesidades

y habilidades relacionales (por ejemplo, la empatía o la comunicación). Del mismo modo, estos autores también indican que la motivación, los programas de formación y un continuo estudio del desempeño, posibilitan una mejora continua en la práctica.

Además, los perfiles de las personas mayores cada vez son más diversos, por lo que tal y como apuntan Leturia, Inza y Hernández (2007), es fundamental que los/as cuidadores estén específicamente cualificados/as en los últimos avances y conocimientos con el fin de asistir a estas personas de la mejor forma posible.

2.2.1. Estrés y salud de cuidadores/as formales

El estrés, tal y como afirman Lazarus y Folkman (1986), es un estado que surge cuando la persona atraviesa una situación y considera que no cuenta con los recursos suficientes para superarla, poniendo así en peligro su bienestar personal.

Dicho esto, los/as cuidadores/as formales que trabajan con personas mayores están expuestos a una serie de factores negativos que, con el paso del tiempo, afectan a su calidad de vida y a su salud (Flores, Jenaro, Moro y Tomşa, 2015). En primer lugar, es necesario destacar la sobrecarga y el estrés crónico que experimentan dichos profesionales con el paso del tiempo en sus respectivos puestos de trabajo, estos factores desembocan en la aparición del síndrome de burnout (síndrome del trabajador/a quemado/a). En segundo lugar, cabe señalar la presión a la que se exponen diariamente dichos profesionales, ya que el contacto intenso que mantienen con las personas mayores, sumado a la gran carga de responsabilidad que se deposita en ellos/as, puede originar un desbordamiento que conlleve la pérdida de capacidades y de motivación por el empleo (Jenaro, Flores y Arias, 2007). Y, en tercer lugar, las cargas emocionales que acaecen sobre los/as profesionales no solo durante su jornada laboral, sino también fuera de la misma (Carrasco-Temiño, 2019).

Además, es preciso señalar otros factores que afectan en el nivel de estrés y en la calidad de vida de los/as cuidadores formales. Según González y Castro (2003), se destaca la convivencia diaria con la vejez o la muerte, la atención a pacientes que sufren un importante deterioro, los posibles inconvenientes surgidos dentro del equipo o el malestar provocado por un casual fatídico funcionamiento de la institución.

De igual manera, el aislamiento social también se destaca como una de las secuelas negativas de la profesión, provocada por las dificultades para conciliar la vida laboral y la vida familiar y, también, por la disminución de tiempo destinado a actividades relacionadas con ocio y tiempo libre (Roca, Úbea, Fuentelsaz, et al., 2000).

De esta forma, los/as cuidadores formales presentan dificultades de carácter moderado en su salud (López-Domínguez, 2017), ya que, el hecho de proporcionar un cuidado continuo en el tiempo, figura como un factor de estrés crónico que deriva en una serie de consecuencias que afectan a la salud y a la calidad de vida del/de la cuidador/a (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012).

Además, es preciso aludir a la existencia de una serie de factores que se asocian a la sobrecarga y a la morbilidad psiquiátrica (depresión y ansiedad), que dependen de la persona mayor, del cuidador/a, del contexto o situación del cuidador/a (Revuelta, 2016).

Atendiendo a la sobrecarga, la depresión y la ansiedad, entre los factores dependientes de la persona mayor se señalan los problemas de conducta y el deterioro funcional o cognitivo. Del mismo modo, como factores dependientes del/de la cuidador/a se indican la edad, el sexo, el tiempo dedicado al cuidado y las estrategias de afrontamiento. Asimismo, se recalcan el nivel socioeconómico, el apoyo social y el nivel de sobrecarga como factores dependientes del contexto o situación del/de la cuidador/a formal o informal (Revuelta, 2016).

Por ello, cabe especificar que para proporcionar un adecuado cuidado a las personas mayores, es vital gozar de una buena salud, estar en plenas facultades durante la jornada laboral y mantener un bajo nivel de estrés. No obstante, para que estas características no se vean afectadas, es necesario que el/la trabajador/a posea unas buenas condiciones de trabajo que le permitan otorgar el cuidado de forma óptima. De este modo, el/la cuidador/a será capaz de contribuir de forma positiva en la calidad de vida de las personas mayores, sin ver afectada la calidad de la suya (Carrasco-Temiño, 2019).

Por último, encontrar un sentido al cuidado se relaciona de forma positiva con la satisfacción de la persona que cuida (Fernández-Capo y Gual-García, 2010). Además, un mayor nivel de sentido está estrechamente relacionado con menor nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad (Nooman y Tennstedt, 1997).

2.3. Síndrome de burnout: introducción al término y sintomatología

El síndrome de burnout, o estar quemado en el trabajo, ha sido por muchos años protagonista de múltiples estudios e investigaciones. Este término hace referencia a una “disfunción psicológica que parece suceder de forma más común, entre los trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente” (Álvarez y Fernández, 1991, p. 257). Esto es, la consecuencia de un alto nivel de frustración y estrés en el ámbito laboral, provocando un serio desgaste personal, organizacional y social.

En el año 2019, la Organización Mundial de la Salud incluyó al síndrome de burnout en la lista de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Se puede entender, como lo explican Álvarez y Fernández (1991), que entre otros/as muchos/as autores/as que han dado vida a este término, la que más se puede destacar ha sido la psicóloga Cristina Maslach quien promovió mayor conocimiento en el año 1977 en el Congreso Anual de la American Psychological Association (A.P.A.). De

esta manera, Maslach explicó que el desarrollo de burnout era “una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores acababan quemándose” (Álvarez y Fernández, 1991).

Motivado por este hecho se dio más tarde, en 1981 en Filadelfia, la I Conferencia Nacional sobre el Burnout.

Entonces, junto a Susan E. Jackson, Maslach lleva a cabo una conceptualización teórica que hace referencia a la sintomatología principal del síndrome del burnout, la cual es amplia y diversa, pero podemos dividirla tal y como estipulan Maslach y Jackson (1981), en tres principales dimensiones:

- 1.- Agotamiento emocional: provocado por las reiteradas situaciones de estrés y sufrimiento en el puesto de trabajo.
- 2.- Falta de realización o de motivación personal (*Engagement*): donde se manifiesta mucha inseguridad hacia los/as compañeros/as, los/as usuarios/as (en caso de haberlos), y con uno/a mismo/a.
- 3.- La Despersonalización: promoviendo una mala o impropia actitud y desinterés hacia los/as compañeros/as, los/as usuarios/as (en caso de haberlos), y con uno/a mismo/a.

Asimismo, como relatan Moreno-Jiménez, Rodríguez, Garrosa, y Morante, (2005), crean a partir de ello el primer instrumento de evaluación de burnout: el Maslach Burnout Inventory, en el que se mide que el síndrome de estar quemado se da cuando la persona en cuestión (trabajador/a) se siente emocionalmente incapaz de encontrar satisfacción en su trabajo, desarrollando actitudes negativas hacia las otras personas con las que mantiene relación en este, y por último, experimentando baja realización profesional.

Algunos/as autores/as evidencian que el clima organizacional y ciertas características del puesto de trabajo tienden a promover la aparición de burnout, otros indican una correlación positiva entre burnout y el estado de ánimo negativo e incluso existen estudios que relacionan el constructo de Engagement con el burnout y la relación de ambos con la resiliencia de los cuidadores formales (Carrasco-Temiño, 2019).

Las fases que completan el proceso de adaptación psicológica al burnout descritas por Cherniss (1982) son las siguientes:

- ∄ Primera Fase, el Estrés: donde suceden varios desequilibrios entre las demandas del trabajo y la insuficiencia de recursos.
- ∄ Segunda Fase, el Agotamiento: el/la trabajador/a emite una respuesta emocional a dicho desequilibrio mencionado en la fase anterior, por lo que se reproducen síntomas de ansiedad, fatiga y agotamiento, entre otros.
- ∄ Tercera Fase, el Afrontamiento Defensivo: se producen cambios en la conducta de el/la trabajador/a en cuestión, de manera que se presenta con una actitud más fría, e impersonal (citado en Llinares, 2011).

Entre las causas del burnout, se destacan la discrepancia entre las expectativas de la persona y la realidad de su actividad profesional, la inadecuada adaptación al trabajo o una situación prolongada de estrés.

Llinares (2011) clasifica en seis grupos los factores causantes del estrés laboral.

- 1.- Condiciones de trabajo: en donde influye la sobrecarga cuantitativa y cualitativa de trabajo, así como condiciones de peligrosidad y decisiones.
- 2.- Papel desempeñado: tener un papel muy ambiguo, por ejemplo.
- 3.- Factores interpersonales: el sexismo, falta de apoyo social, rivalidades o celos.
- 4.- Progresión profesional: muy lento o rápido avance.
- 5.- Estructura orgánica: protagonizada por lo rígido e impersonal, discusiones y supervisiones inadecuadas, entre otras cosas.
- 6.- Relación hogar-trabajo: una falta de

apoyo familiar, problemas domésticos, y diversas cuestiones familiares que sin quererlo “se llevan” al ámbito de trabajo.

Por otro lado, Llinares (2011), también distingue cinco grandes grupos de consecuencias a las que afecta el síndrome del burnout, dentro de las cuales se distinguen una variedad de síntomas:

- € Emocionales: como la depresión, indefensión, apatía, desilusión, pesimismo, etc.
- € Cognitivos: entre los que están la pérdida de valores y significado, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, etc.
- € Conductuales: evitar responsabilidad y decisiones, absentismo, aumento del uso de la cafeína e incluso de alcohol u otras sustancias, etc.
- € Sociales: mal humor, aislamiento, evitar contactos (familiares o profesionales), etc.
- € Psicosomáticas: hipertensión, crisis asmáticas, mayor frecuencia de catarrros, infecciones y gran diversidad de dolores, diarreas, insomnio, etc.

2.3.1. Burnout en los/as profesionales de residencias de mayores

En el ámbito geriátrico se ha investigado el estrés y el burnout debido a que, como entienden Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador (2004), la prestación de cuidados a las personas mayores durante un largo tiempo puede volverse una tarea física y emocionalmente fatigosa y agotadora para los/as cuidadores/as, así como darse una negativa influencia sobre su salud y bienestar.

Reyes y González-Celis (2016) coinciden con lo anterior, de manera que afirman que los/as trabajadores/as formales de residencias de mayores se enfrentan a estresores como escasez de personal, sobrecarga laboral, dependencia, contacto directo con la enfermedad, dolor y muerte, falta de autonomía y autoridad, etc., por lo que aumenta la

posibilidad de que se desarrolle burnout. En el desarrollo de esta respuesta psicológica, tiene que ver también la propia actitud y conducta de los/as trabajadores/as.

Tal y como se ha analizado por Lucena et al. (2004), los/as cuidadores/as formales de residencias de mayores que cuentan con una baja resiliencia tienden a sufrir mayor agotamiento y actitudes de indiferencia en el trabajo, sucediendo lo contrario con aquellos/as con alta resiliencia, los/as cuales tienden a contar con buena motivación laboral o *Engagement*.

La mayor parte de los autores coinciden en que este síndrome produce dos tipos de efectos en el caso de los/as cuidadores/as (Reyes y González-Celis, 2016): en primer lugar, las consecuencias para el/a propio/a individuo, donde se encuentran cambios emocionales, actitudinales, conductuales y somáticos; y en segundo lugar, consecuencias para la organización, entre las que se ubican deterioro en la calidad asistencial, absentismo, tendencia al abandono y aumento de conflictos interpersonales. Además, cabe señalar que las consecuencias que provoca el síndrome de burnout son similares en otros contextos laborales.

2.4. Pandemia por COVID-19 y su impacto en los/as mayores y las residencias.

La pandemia por enfermedad de Coronavirus o COVID-19 (SARS-CoV-2) ha afectado a toda la población en general, se podría decir que ha cambiado el mundo por completo.

Sin embargo, un grupo de población en concreto ha visto las severas secuelas de esta situación y se considera de mayor vulnerabilidad por excelencia: las personas mayores. Esto se debe a, tal y como especifican Ordovás et al. (2020), que este grupo cuenta con una fragilidad y vulnerabilidad intrínseca a causa de edad, demencias y enfermedades en general. Pero, si además de este riesgo se le aplica el hecho de

encontrarse en aislamiento y distanciamiento social (por protocolo sanitario), promoviendo una severa reducción de movilidad, mala dieta y poca relación social, se convierte en un efecto de gran impacto en la población. Por lo que, ya de por sí el hecho de ser una persona mayor aumenta la vulnerabilidad frente a la enfermedad, el ser uno/a que se encuentra en una residencia de mayores podría acarrear consecuencias más directas respecto al virus.

En las residencias se vive de manera colectiva por parte de las personas mayores, lo que lógicamente facilita el contagio. De hecho, se afirma por parte de Pino, Moreno, Cruz-Martínez, et al., (2020) que la mitad de los fallecidos en España lo han hecho en residencias de mayores. Ante esta situación, los centros sociosanitarios de personas mayores se han visto obligados a modificar el sistema de funcionamiento con el fin de cumplir con las medidas sanitarias necesarias para no contraer ni expandir el coronavirus.

Además: “La respuesta inmune alterada asociada al envejecimiento y la alta prevalencia de comorbilidad, como el deterioro cognitivo y la tos crónica, pueden dificultar el reconocimiento de los primeros signos y síntomas de infecciones virales respiratorias en esta población, y en los ancianos las infecciones en general se manifiestan con sintomatología atípica, que lleva a un retraso del diagnóstico (...)” (Gallego, 2020, p. 1), de manera que se suma a la larga lista de factores que han empeorado esta situación.

2.4.1. Impacto en los/as profesionales de las residencias de mayores

Con la llegada de la pandemia por COVID-19, todos los factores y estresores mencionados anteriormente por Juárez (2020), se han incrementado e incluso se han sumado otros, empeorando la situación de los/as trabajadores/as.

Durante la crisis sanitaria vivida, se evidenció que uno de los problemas más notables dentro de los centros residenciales era la insuficiencia de personal, así como las

precarias condiciones laborales y salariales, que impedían llevar a cabo las actuaciones rápidas y efectivas, poniendo de manifiesto la peligrosidad y la vulnerabilidad sumada a las personas mayores institucionalizadas en residencias. Por ello, es posible afirmar que, a pesar de su gran popularidad durante los últimos años, las residencias para personas mayores requieren de una reforma en sus deficiencias de gestión y en lo referente a la forma de organizar los empleos, poniendo especial atención en las condiciones laborales de los/as cuidadores/as formales que prestan atención directa a las personas mayores, con el objetivo de ofrecer una verdadera y efectiva calidad asistencial.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2020) se pronuncia respecto a esto, contemplando que el personal que se encuentra en “primera línea” de emergencia durante una pandemia, desarrollan factores psicosociales que podrían traducirse en un grave estrés negativo, baja motivación y estado de ánimo o mayor fatiga. Algunos de estos factores son: el temor (por bienestar propio, de familia y compañeros/as), falta de equipos de protección personal, falta de apoyo social, dificultad para mantener estilos de vida saludables, entre otros.

Es por ello que la situación sanitaria ha sido, en ocasiones, insostenible, ya que las dificultades de atención ya existentes se han visto acentuadas tras el inicio de la pandemia (Montserrat, 2020).

Ante lo expuesto, nos planteamos: ¿existe una relación entre el síndrome de burnout y el nivel de estrés, con la sobrecarga de trabajo experimentada por el personal sociosanitario de residencias de mayores?

Realmente, no parece insensato pensar que, a raíz de la aparición de la pandemia y la manera en la que ha afectado gravemente a los centros sociosanitarios de personas mayores, los/as cuidadores/as formales hayan experimentado elevados niveles de estrés y, como consecuencia, síntomas claros del síndrome de burnout.

3. OBJETIVOS

- € Investigar la existencia del síndrome de burnout en profesionales sociosanitarios/as de centros de mayores en la isla de La Palma.
- € Analizar la presencia del estrés vivido en el último año (COVID-19) en profesionales sociosanitarios/as de centros de mayores en la isla de La Palma.
- € Identificar la posible relación existente entre el estrés y el síndrome de burnout en profesionales sociosanitarios/as de centros de mayores en la isla de La Palma.
- € Analizar si la edad y la experiencia laboral del personal sociosanitario están relacionadas con el nivel de estrés y el síndrome de burnout.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

En la investigación han participado un total de 30 trabajadores/as sociosanitarios/as de residencias de personas mayores de la isla de La Palma, de las cuales, 26 eran mujeres y 4 eran hombres, con edades comprendidas entre los 20 y los 55 años. La media de edad se sitúa en los 41 años, y su desviación típica es de 11,45.

De la muestra total, 19 eran técnicos/as auxiliares de enfermería, 7 gerocultores/as, o también conocidos/as como auxiliares de geriatría, 3 auxiliares sociosanitarios/as y 1 trabajador de ayuda a domicilio. A pesar de contar con diferente preparación y estudios, todos/as los/as participantes desempeñan la misma función en las residencias, la que normalmente ejerce un auxiliar sociosanitario, es decir, alimentación, higiene y aseo, control de medicaciones, limpieza, apoyo psicosocial, etc.

La tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de los/as trabajadores/as que han participado en la investigación. En la presente tabla es posible apreciar los datos recabados en cuanto a la edad, y a los años dedicados a la profesión de los/as

trabajadores/as sociosanitarios/as. Respecto a los datos relacionados con los años dedicados a la profesión, se observa un mínimo de 1 año dedicado a la profesión y un máximo de 27 años. De esta manera, la media de los años dedicados a la profesión se sitúa en los 9,13 años.

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Edad	20	55	41	11,45
Años dedicados a profesión	1	27	9,13	8,04

Los/as participantes de la presente investigación desempeñan su trabajo en algunas de las residencias de personas mayores en la isla de La Palma, tanto públicas como privadas. Dichas residencias se caracterizan por ser de tamaño pequeño, lo que implica que la cantidad de plazas ofertadas se vea reducida. Asimismo, y, por el mismo motivo, no cuentan con un gran número de trabajadores/as en su plantilla, ajustándose este, de manera adecuada, a su ratio.

4.2. Instrumentos y variables

Los instrumentos y las variables utilizadas para la presente investigación han sido las siguientes:

Los instrumentos utilizados han sido dos cuestionarios y una serie de preguntas relativas a los datos sociodemográficos de los/as trabajadores/as. Además, se integraba una parte descriptiva en la que se informaba a los/as participantes sobre la finalidad de la investigación, así como de la voluntariedad y del anonimato del mismo. En primer lugar, se presentaban cuatro preguntas para recoger los datos sociodemográficos de los/as trabajadores/as.

Las variables incluidas han sido las siguientes: sexo, edad, profesión a la que se dedica y años dedicados a la profesión.

En segundo lugar, la Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), concretamente, la versión MBI Human Services Survey, integrada por 22 ítems. Dichos ítems se han medido a través de una escala tipo Likert, con siete opciones de respuesta (nunca, pocas veces al año, una vez al mes o menos, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, unas pocas veces a la semana o todos los días).

Las variables para medir el síndrome de burnout a través de la escala Maslach Burnout Inventory han sido las siguientes:

1. Agotamiento emocional, hace referencia a sentirse exhausto emocionalmente para enfrentarse al trabajo. Es analizado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, con puntuación máxima de 54.
2. Despersonalización, reconocimiento del desarrollo de frialdad y distanciamiento en el trabajo. Abarca los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, y cuenta con un máximo de 30 puntos.
3. Falta de realización personal, donde se evalúan los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, y su puntuación máxima es 56.

De esta manera, la valoración de las dimensiones de burnout es la siguiente: En la tabla 2 es posible apreciar la valoración de las dimensiones de burnout de la MBI.

Tabla 2*Valoración de las dimensiones del burnout de la MBI.*

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento o cansancio emocional	Entre 0 y 18	Entre 19 y 26	Entre 27 y 54*
Despersonalización	Entre 0 y 5	Entre 6 y 9	Entre 10 y 30*
Realización	Entre 0 y 33*	Entre 34 y 39	Entre 40 y 56

(*) Se dan síntomas del síndrome de Burnout

Y, en tercer lugar, se utilizó la versión española de la Perceived Stress Scale (PSS-10) de Remor (2006), integrada por 10 ítems. Dichos ítems han sido medidos a través de una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre o siempre).

La variable que se mide es el estrés y la puntuación total se obtiene sumando los 10 ítems, invirtiendo las puntuaciones de los de los ítems 6, 7, 8, y 9. A mayor puntuación, mayor estrés obtenido, contando con que la puntuación máxima es 56.

En la tabla 3 se muestran las valoraciones del estrés según la PSS-10. Así, es posible observar que los resultados que se encuentran entre 0 y 14 suponen que el/la profesional casi nunca o nunca se encuentra estresado/a. Los valores entre 15 y 28 suponen que el/la profesional de vez en cuando se haya estresado/a. Los resultados entre 29 y 42 indican que el/la profesional a menudo se encuentra estresado/a y las valoraciones entre 43 y 56 muestran que el/la profesional se encuentra muy a menudo estresado/a.

Tabla 3*Valoraciones del estrés de la PSS.*

Valores obtenidos	Nivel de estrés
Entre 0-14	El/la profesional casi nunca o nunca se encuentra estresado/a.
Entre 15-28	El/la profesional de vez en cuando está estresado/a.
Entre 29-42	El/la profesional a menudo se encuentra estresado/a.
Entre 43-56	El/la profesional muy a menudo se encuentra estresado/a.

Por último, se realizó una pregunta abierta en la parte final del cuestionario, cuya respuesta era de carácter opcional: “Actualmente, ¿podría describir cómo se siente desempeñando la profesión en su puesto de trabajo?”

4.3. Procedimiento

En primer lugar, se realizó la búsqueda de información acerca de los temas centrales del estudio.

A continuación, se seleccionaron los instrumentos que se utilizarían para recabar la información necesaria. Tras ello, y, dadas las consecuencias de la pandemia por la COVID-19, se realizó la elección del procedimiento para recoger la información. De esta manera, se trasladaron los instrumentos seleccionados (dos cuestionarios) a la herramienta Google Formularios. Una vez realizados dichos cuestionarios, se comenzó con la difusión de los mismos de forma telemática, a través de llamadas telefónicas y mensajes (vía WhatsApp), con el fin de obtener la mayor participación posible debido a la situación actual de pandemia. Primero se realizaron las llamadas telefónicas necesarias a los/as profesionales, explicándoles en qué consistía el presente trabajo de investigación.

Más tarde, los/as profesionales con los/as que se contactó, difundieron el cuestionario a los/as trabajadores/as sociosanitarios de las residencias de personas mayores de la isla de La Palma a través de la aplicación WhatsApp. Además, se continuó realizando llamadas telefónicas y enviando mensajes de seguimiento para promover una mayor participación.

4.5. Diseño y plan de análisis

La investigación es de carácter cuantitativo, se emplean dos escalas para su desarrollo. Se presenta como una investigación transversal porque se realiza en un único momento. Además, se trata de una investigación no experimental debido a que las variables no han sido manipuladas. Y, es una investigación descriptiva, ya que informa sobre una realidad dada, en este caso, sobre el síndrome de burnout y el estrés de los/as profesionales.

Para llevar a cabo la interpretación de los resultados obtenidos, se han empleado dos herramientas estadísticas. Por un lado, Microsoft Excel con el fin de plasmar los datos en una hoja de cálculo, y por otro lado, el paquete estadístico SPSS versión 27.0.1.0 con el cual se han realizado análisis estadísticos descriptivos (media, desviación típica, porcentajes) y análisis de correlaciones bivariadas de Pearson.

5. RESULTADOS

En primer lugar, se presentan los resultados relacionados con el síndrome de burnout. A continuación, los resultados obtenidos a través de la escala del estrés. En tercer lugar, la relación existente entre ambas variables. Y, por último, las relaciones de estas variables con la edad y los años dedicados a la profesión.

5.1. Resultados sobre el síndrome de burnout en el personal socio sanitario

En lo que respecta al estudio del síndrome de burnout, se señala el porcentaje de participantes que se sitúan en los niveles bajo, medio y alto de las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Con el fin de investigar cuántos de los/as 30 trabajadores/as que respondieron al cuestionario presentaron indicios de burnout, se llevó a cabo el análisis de las puntuaciones. De esta manera, fue posible afirmar que el 53% de los/as participantes presentaron indicios del síndrome de burnout, observando dichos indicios en las siguientes dimensiones: un 13% en agotamiento emocional, un 27% en despersonalización y un 13% en realización personal.

Tabla 4

Porcentaje de participantes que se sitúan en los niveles bajo, medio y alto en las tres dimensiones que conforman el síndrome de burnout, según la Maslach Burnout Inventory

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	80%	6%	13%
Despersonalización	43%	30%	26%
Realización personal	3%	10%	86%

La valoración de puntuaciones muestra que, por una parte, el 80% trabajadores/as presentaron un cansancio emocional bajo y el 6% de ellos/as se encontraban en el rango medio, mientras que el 13% presentaron un cansancio emocional alto. Por otra parte, se observó que el 43% trabajadores/as se encontraban en un estado de despersonalización

bajo, el 30% de ellos/as se hallaban en un estado de despersonalización medio y el 26% mostraban valores de despersonalización altos. Por último, fue posible apreciar que solo el 3% de trabajadores/as consideraban encontrarse en un estado de realización personal bajo, seguido de un 10% de ellos/as que se hallaban en un estado de realización personal medio y de un 86% de trabajadores/as que afirmaban encontrarse en un estado de realización alto.

Tabla 5

Media y desviación típica de los resultados del síndrome de burnout

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Agotamiento emocional	0	49	14,33	13,60
Despersonalización	0	24	6,10	5,89
Realización personal	28	48	44,30	4,63

Tal y como se observa, el valor medio de agotamiento emocional se sitúa en 14,33. Este dato indica que, de promedio, el nivel de agotamiento emocional que han presentado los/as trabajadores/as sociosanitarios es bajo. Del mismo modo, el valor medio de despersonalización se sitúa en 6,10, por lo que el nivel de despersonalización que ha presentado el personal sociosanitario es medio. Por último, el valor medio de realización personal se sitúa en 44,30, por lo que, de promedio, el nivel de realización personal que ha mostrado el personal sociosanitario es alto.

5.2. Resultados sobre el estrés percibido en el personal sociosanitario

A continuación, se expone el análisis de los resultados obtenidos en la Escala de Estrés Percibido (PSS-10). En la siguiente tabla se establecen las puntuaciones obtenidas en función de los rangos de valores establecidos en dicha escala.

Tabla 6

Nivel de estrés percibido en el personal sociosanitario de centros residenciales, según la Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Nivel de estrés percibido	Muy bajo (entre 0-14 puntos)	Bajo (entre 15-28 puntos)	Alto (entre 29-42 puntos)	Muy alto (entre 43-56 puntos)
Nunca o casi nunca	33,33%	0	0	0
De vez en cuando	0	66,67%	0	0
A menudo	0	0	0	0
Muy a menudo	0	0	0	0

Tal y como se muestra, el 33,33% del personal sociosanitario ha presentado un nivel muy bajo de estrés, ya que nunca o casi nunca se ha sentido estresado en este último año, tras el comienzo de la pandemia. No obstante, el 66,67% de los/as participantes se han sentido estresados/as de vez en cuando durante el último año, por lo que su nivel de estrés se mantiene medido. De este mismo modo, es preciso destacar que ninguna

persona se ha sentido estresada a menudo o muy a menudo durante este último año, por lo que ninguna persona ha presentado un nivel desmedido de estrés.

Tabla 7

Media y desviación típica de los resultados del nivel de estrés percibido

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Nivel estrés percibido	11	21	15,83	2,995

Tal y como se observa, el valor medio del nivel de estrés percibido se sitúa en 15,83. Este dato señala que, de promedio, el nivel estrés que han sentido los/as trabajadores/as durante el último año se sitúa entre muy bajo y bajo.

5.3. Resultados sobre las relaciones existentes entre el síndrome de burnout y el estrés percibido

A continuación, se procede a presentar los resultados obtenidos a través del análisis mediante el método de Pearson entre el síndrome de burnout y el nivel de estrés.

Tabla 8

Correlación de Pearson entre las variables del síndrome de burnout y el nivel de estrés percibido

		Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Estrés
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	1	.372*	-.303	.584*
Despersonalización	Correlación de Pearson	.372*	1	.367*	.101
Realización personal	Correlación de Pearson	-.303	.367*	1	-.250
Estrés	Correlación de Pearson	.584**	.101	-.250	1

*. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

En primer lugar, se analiza la correlación existente entre las dimensiones del burnout en sí, para luego establecer la relación existente entre estas con el nivel de estrés. Entre el agotamiento emocional y la despersonalización se obtuvo una correlación positiva ($r=.372$, $\text{Sig.} \leq .043$), por lo que a medida que aumentaba el agotamiento emocional, también aumentaba la despersonalización, y viceversa. Del mismo modo, entre la despersonalización y la realización personal se obtuvo una correlación positiva ($r=.367$, $\text{Sig.} \leq .046$).

Respecto a la relación entre el estrés y el síndrome de burnout, se destaca que, solo se ha encontrado una correlación positiva con la despersonalización, ($r=.101$, $\text{Sig.} \leq .001$), por lo que a mayor nivel de estrés, mayor despersonalización.

5.4. Resultados sobre las relaciones existentes entre el síndrome de burnout y estrés percibido con la edad y los años dedicados a la profesión

Tabla 9

Correlación entre las variables del síndrome de burnout y el estrés percibido con la edad del personal sociosanitario y los años dedicados a la profesión

	Edad	Años
Agotamiento emocional	-.026	.204
Despersonalización	-.212	-.406*
Realización personal	-.396*	-.685**
Estrés	.056	.178

*. La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Tras el análisis correlacional entre las variables del síndrome de burnout y el estrés con la edad, se observó que únicamente existe una correlación negativa entre la realización personal y la edad ($r=-.396$, $\text{Sig.} \leq .030$), por lo que a mayor edad, menor realización personal, y viceversa.

Respecto a la relación entre las variables del síndrome de burnout y el estrés con los años dedicados a la profesión se obtuvo una correlación negativa entre la

despersonalización y los años dedicados ($r=-.406$, $\text{Sig.}\leq,026$). Del mismo modo, se obtuvo una correlación negativa entre la realización personal y los años ($r=-.685$, $\text{Sig.}\leq,000$).

5.5. Resultados sobre el análisis de la pregunta abierta

Por último, se ha realizado el análisis de la pregunta abierta, de carácter opcional, presente en la parte final del cuestionario, en la cual se encontraba la siguiente pregunta: “Actualmente, ¿podría describir cómo se siente desempeñando la profesión en su puesto de trabajo?”.

Entre las 19 respuestas que se obtuvieron, se destacan que, por una parte, un 26,67% de los/as trabajadores/as señalaron sentirse bien y satisfechos/as respecto a la labor que desempeñaban en su ámbito laboral. Por otra parte, un 20% de los/as trabajadores/as que respondieron a la pregunta afirmaron sentirse muy felices y completamente satisfechos/as con el trabajo que realizaban. Y, por último, un 16,67% de ellos/as consideraban que se sentían cansados/as y quemados/as a causa de su desempeño laboral. Entre ellos/as, uno/a destacó que realizaba funciones que no le correspondían y que no tomaban en cuenta su opinión. Además, cabe señalar que un 36,66% del personal sociosanitario no respondió a esta pregunta.

6. DISCUSIÓN

Los objetivos del presente trabajo se basaron en investigar la existencia del síndrome de burnout en profesionales sociosanitarios/as de centros de mayores en la isla de La Palma, así como de analizar la presencia del estrés vivido en el último año (debido al estallido de la COVID-19) en dichos profesionales e identificar la relación existente entre el estrés y el síndrome de burnout, y de estas con la edad y la experiencia laboral.

Tras la investigación, es posible observar una notable diferencia respecto al sexo de los/as participantes. El porcentaje de mujeres que respondieron al cuestionario (87,1%) superaba, en gran medida, al de los hombres (12,9%). Esta realidad puede deberse a que la profesión de trabajador/a sociosanitario/a, como la gran mayoría de las dedicadas al cuidado, es una profesión altamente feminizada.

Asimismo, se ha observado que, algo más de la mitad de los/as participantes, presentaron indicios de síndrome de burnout en alguna de sus dimensiones. Como afirman Reyes y González-Celis (2016), los/as trabajadores/as formales de residencias de mayores se enfrentan a estresores como escasez de personal, sobrecarga laboral, dependencia, contacto directo con la enfermedad, dolor y muerte, etc., por lo que aumenta la posibilidad de que se desarrolle burnout. Además, como indican Flores, Jenaro, Moro y Tomşa (2015), los/as cuidadores/as que trabajan con personas mayores están expuestos a una serie de factores negativos que, con el paso del tiempo, afectan a su salud y a su calidad de vida. Entre estos factores destacan la sobrecarga y el estrés crónico que experimentan dichos profesionales, y que, generalmente, desembocan en la aparición de síndrome de burnout.

Además, en lo que respecta al nivel de estrés de los/as profesionales, se ha observado que ninguno de los/as participantes ha experimentado altos niveles de estrés en su trabajo. Como afirman Delgado, Suarez, de Dios, et al., (2014), los/as cuidadores/as formales desempeñan una labor de alto riesgo, debido a las condiciones del trabajo, que puede generar consecuencias negativas para su salud con el paso del tiempo. Del mismo modo, existen estresores que afectan en el nivel de estrés y en la calidad de vida de los/as cuidadores/as formales, tales como la convivencia diaria con la vejez o la muerte, la atención a pacientes que sufren un importante deterioro, los inconvenientes surgidos dentro del equipo o el malestar provocado por un fatídico funcionamiento de la institución. Sin embargo, a través de la presente investigación, se ha constatado que no se ha visto afectado el nivel de estrés de ninguno/a de los/as trabajadores/as en este último año. Este hecho podría deberse, entre otras múltiples razones posibles, a la vocación y la satisfacción que sienten estos/as trabajadores/as por su labor de cuidadores/as. Además, otro motivo, podría ser el adecuado ajuste entre el número de profesionales y el número de residentes existente en dichos centros.

En lo referente a las relaciones existentes entre el síndrome de burnout y el estrés, resulta necesario destacar que, en primer lugar, respecto a las dimensiones del síndrome de burnout, fue posible observar una relación positiva entre el agotamiento emocional y la despersonalización, lo cual afirmaba que los/as trabajadores/as que se encontraban agotados/as emocionalmente también se mostraron despersonalizados/as. También, se obtuvo una relación positiva entre la realización personal y la despersonalización. Esto ha llamado especialmente la atención, ya que ha resultado contrario a lo que se esperaba, pues, al aumentar la realización personal, también se agravaba la despersonalización en los/as trabajadores/as. Esta actitud de despersonalización podría explicarse como un tipo de ‘autodefensa’ de los/as propios/as trabajadores/as frente a las personas mayores que

cuidan y lo que ello conlleva (como la enfermedad o la muerte, entre otros). Además, el personal sociosanitario ha presentado bajos niveles de agotamiento emocional, niveles intermedios de despersonalización y alta realización personal. Este hecho destaca ya que, el síndrome de burnout provoca, en primera instancia, el agotamiento emocional y, como consecuencia, la despersonalización, relacionada con un bajo sentimiento de realización personal.

En segundo lugar, respecto a la variable de estrés, se halló una relación positiva entre esta y el agotamiento emocional. Esta realidad mostraba que, cuando aumentaba el nivel de estrés, también se incrementaba el agotamiento emocional.

En tercer lugar, es preciso señalar que se ha contemplado una relación entre la edad de los/as trabajadores/as y la existencia de síndrome de burnout en la dimensión de realización personal. En lo referente a los años dedicados a la profesión, se ha observado una conexión respecto a la despersonalización y a la realización personal, lo cual indicaba que, al aumentar los años dedicados a la profesión, disminuía la despersonalización y el sentimiento de realización personal de los/as trabajadores/as. Esta realidad podría deberse a que los/as profesionales, al realizar la misma función durante un tiempo prolongado, disminuyan, en cierta medida, su motivación y su identificación con la profesión que desempeñan.

En cuarto lugar, respecto al análisis de la pregunta abierta, es posible observar uno de los motivos por los cuales los/as profesionales no experimentan un alto nivel de estrés en estos centros, ya que la mayoría de respuestas coinciden en la satisfacción y la felicidad que sienten los/as profesionales sociosanitarios/as al realizar su trabajo.

Con respecto a las limitaciones encontradas a la hora de realizar el presente trabajo de investigación se podría destacar, principalmente, la imposibilidad de mantener un contacto personal y directo con los/as propios/as profesionales participantes en el estudio. Además, el tamaño de la muestra ha sido bajo (30 participantes) debido al motivo anteriormente mencionado.

Por último, como futura línea de intervención, se propone añadir a la investigación otro objeto de estudio que incluya las condiciones laborales a las que están expuestas los/as trabajadores/as sociosanitarios, con el fin de obtener más información y resultados por parte de otra variable que se considera especialmente relevante. Asimismo, resultaría de gran interés ampliar la muestra para aplicar la investigación en otros/as profesionales que desarrollen su labor en las mismas residencias que el personal sociosanitario que ha participado en el estudio, con el fin de poder llevar a cabo una comparativa entre los resultados obtenidos respecto al síndrome de burnout y estrés de todas las profesiones.

7. CONCLUSIONES

En base a los objetivos propuestos es posible concluir que algo más de la mitad de los/as trabajadores/as que participaron en la investigación mostraron indicios del síndrome de burnout. Además, ninguno/a de ellos/as presentó significativos niveles de estrés, a pesar del estallido de la pandemia de la COVID-19. Esta realidad fue un hecho destacable, pues resultó contrario a lo esperado en base a los antecedentes expuestos.

Asimismo, se obtuvo una relación positiva entre el agotamiento emocional y la despersonalización, entre la realización personal y la despersonalización, así como entre el agotamiento emocional y el estrés. También se observó una relación negativa entre la

edad y la realización personal, entre los años dedicados y la despersonalización y entre los años dedicados a la profesión y la realización personal.

Una vez finalizada la investigación, resulta necesario recalcar la importancia de desarrollar medidas que tiendan a prevenir la aparición de dicho síndrome, capacitando a los/as profesionales desde el ámbito formativo, para que puedan desarrollar estrategias personales y grupales adecuadas y efectivas para enfrentarse a los estresores diarios que surgen a causa del desempeño de su actividad laboral con personas mayores.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaraz, E. (2014). Calidad de vida de los mayores que viven institucionalizados en residencias para mayores: Un análisis cuantitativo. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 225-234.

Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.

Aparicio, M., Sánchez, M., Díaz, J., Cuéllar, I., Castellanos, B., Fernández, M. y de Tena, A. (2008). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales*. Madrid, España: IMSERSO.

Barenys, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers: revista de sociología*, 121-135.

Cardona, D. y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones.

Carrasco-Temiño, M. (2019). El estrés y la salud de cuidadores formales en residencias de mayores. *European Journal of Health Research*, 5 (2), 109-118

Codorniu, J. (2020). La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (73), 45-60.

Delgado, E., Suarez, O., de Dios, R., Valdespino, I., Sousa, Y., y Braña, G. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *Semergen-Medicina de Familia*, 40(2), 57-64.

Fernández-Ballesteros, R. y Sánchez-Izquierdo, M. (2020). Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud*, 31 (3), 165-169.

Fernández-Capo, M., y Gual-García, P. (2010). Relación entre el sentido y la satisfacción en el cuidado de un enfermo de Alzheimer. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 14, 21-31.

Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., y Tomşa, R. (2015). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 79-88.

Francisco del Rey, J. y Mazarraza, L. (1995). Cuidados informales. *Revista Rol de Enfermería*, 202, 61-65.

Gallego, P. (2020). Impacto del Covid-19 en los Centros Sociosanitarios. *Revista española de Salud Pública*.

González, A., y Castro, C. (2003). Cuidar al cuidador. Burnout entre los cuidadores de ancianos institucionalizados. *Siso/Saude*, 39, 17-22.

Hartke, R. , King, R. , Heinemann, A. , y Semik, P. (2006). Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 150.

Herrera-Gómez, M. (1998). Nuevos desvaríos en políticas sociales: La community care. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 82, 249-281.

IMSERSO. (2005). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.

Instituto Nacional de Estadística. (2018). Proyecciones de Población 2018. De INE. Sitio web: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

Jenaro, C., Flores, N. y Arias, B. (2007). Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 80-87.

Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 53 (4), 432-439.

Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (No. 155.9042 L431e). Ed. Martínez-Roca,.

Llinares, M. (2011). ¿En qué consiste el burnout o síndrome del quemado? *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*. (65), 237-266.

López-Domínguez, J. (2017). *Vivencias y calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes institucionalizadas*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.

Leturia, F., Inza, B., y Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbituan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (41), 129-144.

Lucena, V., Fernández, F., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2004). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18 (4), 791-796.

Maslach, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

Montserrat, J. (2020). La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (73), 45-60.

Moral, L., Frías, A., Moreno, S., Palomino, P. y del Pino, R. (2018). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención primaria*, 50(5), 282-290.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., y Morante, M. (2005). Breve historia del Burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En varios autores (coords.), *Quemarse en el Trabajo (Burnout)* (pp. 161-183). Zaragoza: Egido.

Moré, P. (2016). Cuidados" en cadena": cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores.

Noonan, A., y Tennstedt, S. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37(6), 785-794.

Ordovás, J., Esteban, M., García-Retamero, R., González, B., Gordaliza, A., Inzitari, M. et al. (2020). Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. *Ministerio de Ciencia e Innovación*.

Organización Internacional del Trabajo. (2020). Frente a la pandemia: garantizar la seguridad y salud en el trabajo.

Pino, E., Moreno, F., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M., y Perna, R. (2020). Cómo reducir el impacto de la COVID-19 en las residencias de mayores. *Agenda Pública El País*.

Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 86.

Revuelta, M. (2016). Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes.

Reyes, K., y González-Celis, A. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología*, 9 (1), 15-23.

Roca, M., Úbea, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pedreni, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*, 26(4), 217-223.

Rojas, M., Toronjo, A., Rodríguez, C., y Rodríguez, J. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 08-23.

Ruiz-Robledillo, N., y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.

Zumalde, E. (1994). Apoyo social y ancianos en residencias. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*= *Revista de servicios sociales*, (25), 2.