

Factores generadores de estrés en los profesionales durante el trabajo con personas con síndrome de Down

Autor: Pablo Hugo Pérez Acosta

Tutor: Juan David García Pérez

Grado en Trabajo Social

Universidad de La Laguna

Convocatoria de Julio, 2023

Resumen

La discapacidad como concepto ha estado sujeta a numerosos debates y cambios a lo largo de la historia, el concepto de Diversidad Funcional es un ejemplo de estos cambios, pues con este se intentan restar connotaciones negativas, entre otros factores. Dentro de la discapacidad nos encontramos con el síndrome de Down, la principal causa de discapacidad intelectual congénita, que además puede desencadenar otras patologías asociadas para las que son necesarias las intervenciones de profesionales de distintas áreas sanitarias y educativas.

Las personas profesionales no solo trabajan con personas con síndrome de Down, sino también con sus familias, lo que conlleva una gran responsabilidad y una gran carga de trabajo que puede generar situaciones de estrés laboral o burnout. En esta investigación se ha trabajado con profesionales que realizan una intervención directa con personas con síndrome de Down, con el objetivo de averiguar los posibles factores estresores que se derivan al trabajar con este colectivo.

Palabras clave: Discapacidad, Diversidad Funcional, síndrome de Down, estrés laboral, burnout.

Abstract

Disability as a concept has been subject to numerous debates and changes throughout history, and the concept of Functional Diversity is an example of these changes, as it attempts to subtract negative connotations, among other factors. Within disability we find Down syndrome, the main cause of congenital intellectual disability, which can also trigger other associated pathologies for which the interventions of professionals from different health and educational areas are necessary.

Professionals not only work with people with Down's syndrome, but also with their families, which entails a great responsibility and a heavy workload that can generate situations of work stress or burnout. In this research we worked with professionals who work directly with people with Down's syndrome, in order to find out the possible stressors that arise when working with this group.

Keywords: Disability, Functional Diversity, Down syndrome, work-related stress, burnout.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Marco teórico	1
a. Evolución y concepto de la discapacidad.....	1
b. Modelos teóricos de discapacidad	3
c. Diversidad Funcional.....	5
d. Qué es el síndrome de Down	7
e. Profesionales que trabajan con discapacidad y estrés laboral o burnout.....	8
3. Objetivos.....	10
Objetivo general:.....	10
Objetivos específicos:.....	10
4. Método	11
Participantes.....	11
Instrumentos y definición de variables medidas:.....	11
Procedimiento:	12
Diseño y plan de análisis:	12
5. Resultados	13
6. Discusión.....	22
7. Conclusión	24
8. Referencias bibliográficas	29

1. Introducción

El desarrollo de este trabajo subyace de la experiencia y vivencias obtenidas en el campo de prácticas pertenecientes al Grado de Trabajo Social, que se realizaron en un centro de día dedicado únicamente a personas con síndrome de Down y sus familias. El trato y contacto diario que se producía con las personas profesionales del centro, las personas usuarias y sus familias, generaron una serie de cuestiones sin resolver que desembocaron en esta investigación, con el objetivo de dar respuesta a una de las incógnitas generadas durante el periodo de prácticas como son los factores generados de estrés resultantes del trabajo constante con personas con síndrome de Down.

En este trabajo de investigación se expone un marco teórico que permite un acercamiento al concepto de discapacidad y su evolución, puntualizando hechos históricos en cuanto a la visión que se tiene de esta socialmente y la visión de las personas con discapacidad. Seguidamente, se establecen unos objetivos que marcan los pasos a seguir en el desarrollo de la investigación, junto a una metodología a través de la cual se expone la muestra que ha participado, los instrumentos utilizados, el procedimiento que se ha seguido, el diseño y plan de análisis que se han llevado a cabo para obtener los resultados de la investigación. Además, se presentan los resultados obtenidos junto a una discusión relacionada con otras investigaciones que tratan el tema central de esta, se expone el apartado de conclusiones y para finalizar, se muestra la bibliografía que ha sido empleada.

2. Marco teórico

a. Evolución y concepto de la discapacidad.

A lo largo de la historia, la discapacidad y específicamente su concepto, ha estado inmerso en numerosos debates tanto a nivel académico como social, lo que ha generado la

aparición de cuestiones como la igualdad, la justicia social, la opresión o la participación en torno a este concepto y a las personas afectadas. Tanto es así, que han sido, por un lado, los organismos internacionales y por otro, las personas con discapacidad quienes han intervenido en aras de superar los obstáculos históricos en lo que a la definición y a la visión de discapacidad se refiere (Cáceres, 2004.).

A pesar de todo lo acontecido hasta ahora en el ámbito de la discapacidad, hoy en día continúa existiendo, tal y como exponen Pérez y Chhabra (2019), una falta de consenso internacional y establecen que “para definir la discapacidad no existe un punto de partida concreto basado en una norma estática, física o funcional” (p. 8). Sin embargo, se han ido produciendo avances en lo referido a la visión de la discapacidad, como dice Cáceres (2004), a raíz de las clasificaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como son: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de 1972, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDMM) de 1980 y la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento de 2001 (CIF), con la que se ha desechado la premisa fundamentada en señalar a la persona como principal causante de la discapacidad y se ha incorporado el entorno físico y social como precursores de la misma.

Según la misma autora, lo que se amplía mediante la CIF y no se contemplaba en la CIDMM, su predecesora, es la interacción existente entre las dimensiones del funcionamiento y la discapacidad, además, aclara que el principal objetivo de la CIF es “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud...” (p. 75). En adición y para acercarnos a la definición propia de la discapacidad, los autores Egea y Sarabia (2001) manifiestan que en la CIF “la Discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, y así, deja de emplearse como una parte de las consecuencias de la

enfermedad”, lo que en definitiva viene a decirnos, como vimos anteriormente, que alrededor de la discapacidad existen una serie de factores que limitan a las personas con discapacidad, generando, en muchos casos, una visión peyorativa de esta (p. 24).

Estos mismos autores reflejan en su artículo como la OMS en 1980, definió, por un lado; la Deficiencia como “toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”, también la Minusvalía como “una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, ...)” y por último la Discapacidad, que es “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (pp. 16-17). No obstante, esta definición también ha ido evolucionando hasta llegar, por ejemplo, a la establecida en el preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde se dice que la discapacidad es un concepto evolutivo que resulta de las interacciones entre las personas con deficiencias y las barreras asociadas a la actitud y al entorno, evitando su participación plena y efectiva en la sociedad, en las mismas condiciones que los demás (2008).

b. Modelos teóricos de discapacidad

La falta de consenso palpable entorno al concepto de discapacidad y los debates generados han originado lo que conocemos como “modelos teóricos de discapacidad”, que no son más que esquemas teóricos empleados como herramientas para examinar de un modo diferente el mundo de la persona con discapacidad, generar nuevas hipótesis y evaluar los efectos de ciertas situaciones que escapan a nuestra influencia (Pérez y Chhabra, 2019, p. 9).

Si hacemos un breve repaso por los modelos teóricos de discapacidad llegaremos a la conclusión de que, como dicen Pérez y Chhabra (2019), “todos los modelos (...) ofrecen diferentes matices que de modo ecléctico pueden ser empleados para definir y conceptualizar la discapacidad” (p. 22). De esto modo y según estos autores, nos encontramos con:

- Modelo tradicional, el más antiguo y se basa en las creencias religiosas, donde toda familia en la que alguno de sus miembros tenga discapacidad sentirá vergüenza y se verá obligada a ocultar a la persona con discapacidad, privándola de toda posibilidad de participar en la sociedad.
- Modelo médico, rehabilitador o individual. Para este modelo, tener una discapacidad significa tener un cuerpo defectuoso, lo que condiciona y limita a la persona con discapacidad que, además, es apartada de toda expectativa o responsabilidad social.
- Modelo social británico surge en los años 70 como resultado del creciente movimiento de agrupación y organización por parte de las personas con discapacidad, que buscaban no ser relegadas a residencias y luchaban por no ser excluidas del mundo laboral. En adición este modelo, se centró en no atribuir la discapacidad al individuo y sí al entorno.
- Modelo minoritario norteamericano, mediante el que se establece que deben ser la persona con discapacidad quien tome la iniciativa en cuanto decidir que es lo mejor para su situación, pues es quien más sabe lo que realmente necesita.
- Modelo biopsicosocial o CIF, influido por el modelo médico e implementado por la OMS. Se propuso emplear nueva terminología mediante la que se buscaba apartar el papel protagonista del “problema” de la discapacidad

otorgada al individuo para trasladarlo a la sociedad. Aun así, esta terminología continúa presentando connotaciones negativas.

- Modelo escandinavo o relacional, mediante el cuál se remarca positivamente la actuación tanto de los servicios sociales como de los profesionales en las vidas de las personas con discapacidad. La base de este modelo es la interacción de la persona y el medio donde se desarrolla. Esto se opone a lo establecido en las reivindicaciones del Modelo minoritario a través del movimiento de Vida Independiente.
- Modelo de derechos humanos en el que se destaca la premisa de adoptar las medidas pertinentes para cambiar las actitudes y comportamientos que contribuyen a la estigmatización o marginación de las personas con discapacidad. Al mismo tiempo se recalca que la dignidad es inherente al ser humano y las personas con discapacidad conforman una parte más de la diversidad humana.
- Modelo cultural. A través de este modelo se destierra la idea de ver a la discapacidad como un instrumento de discriminación o exclusión, para cuestionar la normalidad y defender la idea de no mirar a los cuerpos como fallos biológicos y verlos como entidades socioculturales.
- Modelo de diversidad funcional, con el que se busca suprimir el concepto de “capacidad” y sustituirlo por el de dignidad como se defiende en el modelo de derechos humanos. Se critica de este modelo que el concepto de diversidad funcional no está teóricamente fundado y resultaría difícil hacerlo (pp. 10-22).

c. Diversidad Funcional

El concepto de diversidad funcional aparece en el año 2005 gracias al movimiento de Vida Independiente español, con el que se pretende, sin ir más lejos, erradicar las

nomenclaturas peyorativas que se han venido asociando a las personas con discapacidad, donde es la propia palabra de “discapacidad” una clara ejemplificación de dichas nomenclaturas (Rodríguez y Ferreira p. 153).

Continuando con lo expuesto por las personas autoras, en nuestras sociedades occidentales hemos asimilado el convivir con la diversidad (como puede ser la diversidad religiosa, de etnias, etc.) y por lo tanto hemos otorgado nuestro “sí” particular a la misma, pero dentro de un límite. Este límite se explica a través de las definiciones que le hemos otorgado a lo diverso, lo que provoca la creación de parámetros cuya función radica en indicar si lo que vemos como diverso es aceptable o no. Todo esto constituye al mismo tiempo lo que podríamos manifestar como fortalezas y debilidades dentro de lo que supone la diversidad funcional, siendo la fortaleza, la reivindicación que se hace con este concepto a lo diferente y a lo diverso en lo que atañe a la existencia cotidiana de estas personas, que se distingue del resto por una cuestión fisiológica. Y como debilidad, se destaca ese “funcionamiento diferente” que vuelve a evidenciar lo que tenemos establecido como “normalidad” dentro de lo socialmente aceptado (pp. 156-157).

Canimas (2015), manifiesta que “el modelo de la diversidad funcional gira alrededor de una cuestión básica: las personas no tienen deficiencia, sino diversidad, de lo cual se deduce que lo que sufren no es discapacidad, sino marginación e injusticia debido a su diversidad”. Además, señala que, para este modelo, lo que denominamos como “persona con discapacidad” no es más que otro intento fallido de suavizar los vocablos con los que se ha intentado denominar a esas personas, como han sido: minusválido, disminuido o impedido, entre muchos otros (pp. 82-83).

d. Qué es el síndrome de Down

Según Down España (2020), el síndrome de Down “es una alteración genética causada por la presencia de un cromosoma extra en las células del bebé. (...) La mayor parte de la gente tiene dos copias de todos los cromosomas. Las personas con síndrome de Down tienen tres copias en el cromosoma 21. Es por esto que se le conoce también como trisomía 21”. Este mismo organismo señala además que, el síndrome de Down es la alteración genética más común y la principal causa de discapacidad intelectual congénita. En adición, explican que se produce espontáneamente y el único factor de riesgo es la edad materna, particularmente a partir de los 35 años. Por otro lado, se esfuerzan en resaltar que el síndrome de Down no es una enfermedad y tampoco posee grados, pues a pesar de que muchas personas evidencian características similares, cada una es singular con apariencia, personalidad y habilidades propias (p. 5).

El síndrome de Down posee el apellido de su descubridor, John Langdon Haydon Down, quien en 1866 pudo describir las características médicas que relacionaban a un determinado grupo de personas, que hasta ese momento no habían tenido explicación de causa. En la actualidad, contamos con pruebas prenatales cuya finalidad es otorgar a las futuras madres, indicios de riesgo del síndrome de Down, pero sin llegar a confirmarlo. Estas prácticas suponen muchas veces un riesgo, pues pueden producir el aborto espontáneo, es por ello, que en muchos casos se prefiera no realizarlas. Se lleven a cabo o no, este diagnóstico busca preparar a las familias emocionalmente. (Down España, 2020, p. 6-8).

Continuando con lo establecido por el mismo organismo y como se dijo anteriormente, el síndrome de Down no es una enfermedad, sin embargo, puede conllevar patologías asociadas como pueden ser: cardiopatías congénitas, problemas auditivos o visuales, anomalías neurológicas, endocrinas, etc. A pesar de ello y gracias a los avances

logrados hasta el momento, se estima que la esperanza de vida de las personas con síndrome de Down es de 60 años aproximadamente, lo que nos lleva a tratar un tema que preocupa sobremanera a las familias y tiene que ver con el futuro de sus hijos e hijas con síndrome de Down.

Fruto de todo lo acontecido en las áreas de mejora que engloban esta alteración genética, se han registrado altos niveles de autonomía individual, no obstante, es imprescindible que ante la incertidumbre que pueda generarse, sean los profesionales quienes asuman roles de comprensión y apoyo a las familias.

e. Profesionales que trabajan con discapacidad y estrés laboral o burnout

Como hemos visto, el síndrome Down puede desencadenar la aparición de diversas patologías más allá de las asociadas a este, es por ello que suelen ser equipos multidisciplinares quienes trabajan con las personas con síndrome de Down, pues como establecen Santoro et. al (2021) “los equipos multidisciplinares mejoran los resultados de los problemas crónicos” (p. 1). Estas personas profesionales pueden verse afectadas psicosocialmente a raíz de las responsabilidades que conlleva trabajar con personas con síndrome de Down y sus familias, pudiendo manifestar problemas de estrés laboral o burnout.

Cuando hablamos de estrés laboral o burnout nos referimos al resultado que se obtiene de la relación entre el individuo y su actividad laboral, lo cual puede provocar cansancio físico y emocional, normalmente debido a las condiciones en las que se trabaja (Méndez, 2004, p. 299). El mismo autor señala que el burnout es un proceso por el que pueden pasar profesionales que prestan servicios a personas, es decir, su objeto de trabajo son las personas y es un término que fue acuñado en 1974 por el psicólogo estadounidense Freudenberg. En adición, Méndez (2004) expone que “La prevención de riesgos

psicosociales en el trabajo, susceptibles de generar estrés o accidentes laborales, ha cobrado un protagonismo social en varios países de Europa.” (p. 299). Por ejemplo, señala que en España, con el objetivo de prevenir situaciones de estrés laboral, se aprobó en 1995 la Ley de Riesgos laborales.

A pesar de esto, existen otros autores que defienden una visión diferente del burnout, como lo hacen Maslach y Jackson, que en 1981 dictaminaron que no es más que una inadecuada forma de afrontar un estrés emocional crónico, cuyos rasgos son la despersonalización, el agotamiento emocional, entre otros (Méndez, 2004, p. 300).

Todas aquellas personas que trabajan en el ámbito de la discapacidad se caracterizan por desempeñar una entrega intensa y continuada en los cuidados que ofrecen, lo que ocasiona un deterioro progresivo en la calidad del servicio, obteniendo finalmente secuelas de carácter emocional (González y Véliz, 2019, p. 6).

Todos estos aspectos generadores de estrés en el ámbito laboral, están contenidos en lo que conocemos como Factores Psicosociales, que según Pérez y Nogareda (2012), fueron definidos por el comité mixto OIT/OMS en 1984 como “aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo” (p. 1). Las mismas personas autoras señalan específicamente que una situación psicosocial inadecuada puede afectar a los distintos niveles de salud, pudiendo desarrollar: alteraciones fisiológicas (como enfermedades cardiovasculares), gastrointestinales, psicológicas o emocionales, pudiendo estar directamente relacionadas con situaciones de estrés o por la interacción con el entorno físico, entre otros (p.1).

Seguidamente, exponen que esos problemas de salud se generan cuando no se adaptan las exigencias del trabajo a las necesidades, capacidades o expectativas de las personas trabajadoras, pudiendo desarrollar de esta manera consecuencias perjudiciales, no solo sobre las personas, si no también sobre la propia organización, desencadenándose actuaciones como el absentismo laboral, baja productividad, abandonos voluntarios, etc. (p.1).

Por último, manifiestan la existencia de diversos factores de riesgo, a través de los cuáles pueden manifestarse estos factores psicosociales y pueden ser: el tiempo de trabajo, refiriéndose a la duración del mismo y a la estructura temporal a grandes rasgos; la autonomía; las demandas psicosociales, es decir, las exigencias cognitivas y emocionales a las que deben enfrentarse las personas trabajadoras y la carga de trabajo, entre otras (p. 2). Todos ellos, sumados también a las propias relaciones generadas entre personas del equipo pertenecientes a una organización, las cuáles pueden verse envueltas en situaciones de conflictivas en ocasiones, hacen que aparezca el burnout y provoca que las personas profesionales no desarrollen plenamente su actividad.

3. Objetivos

Objetivo general:

- Conocer los posibles factores generadores de estrés que existen en los profesionales que trabajan con personas con síndrome Down.

Objetivos específicos:

- Elaborar un cuestionario que permita conocer la percepción de los profesionales en cuanto a los posibles factores estresores.
- Alcanzar una muestra adecuada en los cuestionarios para obtener unos resultados reales.
- Analizar los resultados obtenidos en aras de observar si responden al objeto de la investigación.

- Desarrollar una conclusión que permita establecer los factores generadores de estrés.

4. Método

Participantes: la muestra que ha sido partícipe en esta investigación está compuesta íntegramente por profesionales que trabajan y tratan diariamente con personas con síndrome de Down y sus familias, interviniendo en todas las etapas del ciclo vital de estas personas, con el objetivo de paliar las consecuencias que se puedan derivar de esta alteración genética y persiguiendo que desarrollen o alcancen el mayor grado de autonomía personal posible, entre otros aspectos. En total han sido 14 profesionales pertenecientes a un equipo multidisciplinar quienes han participado en esta investigación, encontrando; fisioterapeutas, logopedas, educadores/as y una persona encargada de la dirección de un centro de día para personas con síndrome de Down.

Instrumentos y definición de variables medidas: durante el desarrollo de esta investigación nos hemos valido de instrumentos de recogida de datos y de elaboración de cuestionarios disponibles en los servicios de aplicación de Google, particularmente los denominados Google Formularios. Por su parte, para la obtención de las variables se han empleado una serie de afirmaciones asociadas a una escala numérica con el objetivo de conocer el grado de conformidad que las personas profesionales tienen con estas. Se extraen las siguientes variables en este proceso:

- Género
- Edad
- Profesión
- Problemas emocionales/ Frustración
- Discusión/ Habilidades/ Solución
- Distraer/ Explicación

- Trabajar/ Carga extra
- Cansancio/ Acumular
- Conducta/ Intervenir/ Sentir
- Trabajar/ Tedioso
- Desencuentros/ Compañeros
- Síndrome de Down/ Sin discapacidad
- Preparación/ Académica/ Emocional
- Trabajar/ Familias/ Estrés
- Responsabilidad/ Presión/ Discapacidad
- Estrés

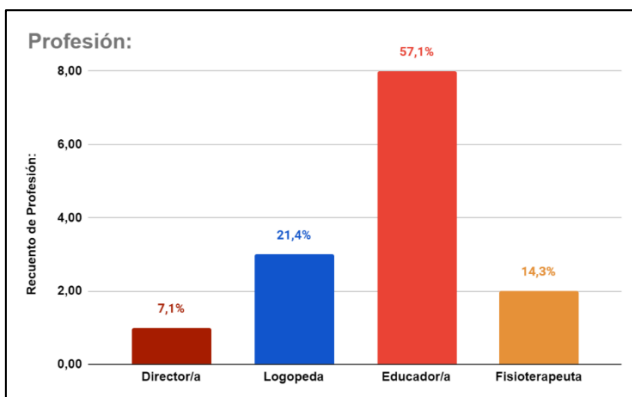
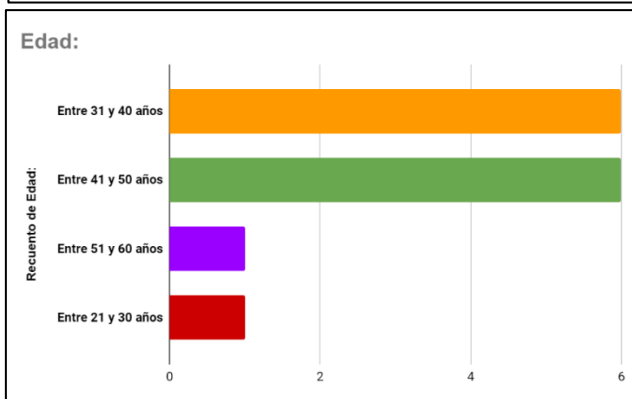
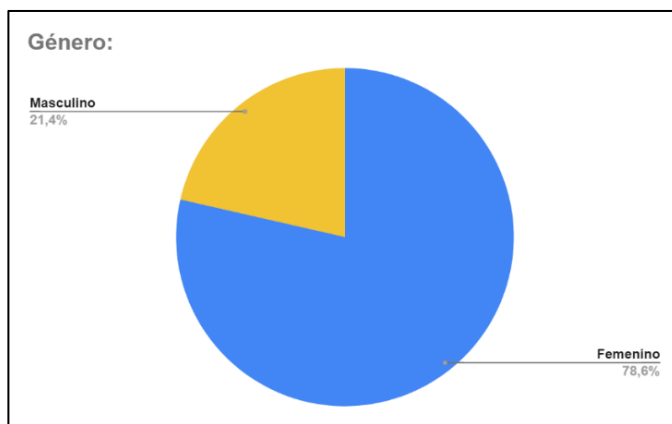
Procedimiento: inicialmente se elabora un cuestionario en el que se presentan varias afirmaciones con las que se busca indagar en los aspectos relacionados con los objetivos de esta investigación. Posteriormente se contacta con la dirección de un centro de día dirigido exclusivamente a personas con síndrome de Down para que las personas profesionales que tratan con este colectivo diariamente, participaren en el cuestionario. Por último, se registran suficientes respuestas como para que la muestra resulte significativa y se dejan de registrar más participaciones en el cuestionario.

Diseño y plan de análisis: la presente investigación ostenta una característica principal y es la de ser una investigación cuasiexperimental de tipo cuantitativo, debido a que no existe una manipulación operante de las variables y se expone un análisis estadístico básico que ha sido codificado a través de las herramientas ofrecidas por los servicios de “Google Formularios”.

5. Resultados

Los resultados que se presentan a continuación se han obtenido a través de un cuestionario conformado por 16 preguntas que han sido respondidas por 14 profesionales que trabajan con personas con síndrome de Down.

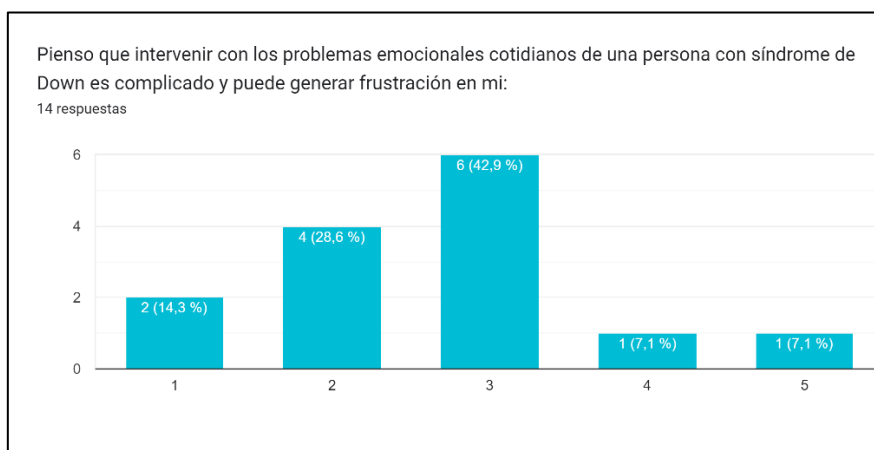
El cuestionario se ha dividido en dos secciones. En la primera sección se realizaron preguntas de carácter demográfico:



Tal y como se observa en las gráficas anteriores se obtiene que:

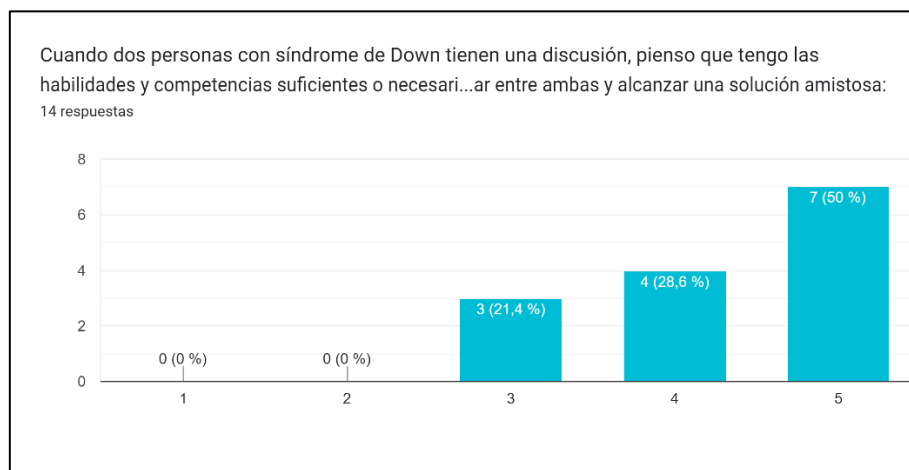
- En la pregunta sobre el género un 78,6% marcó la respuesta “Femenino” mientras que el 21,4% marcó la opción “Masculino”.
- En la pregunta sobre la edad, vemos que tanto la opción “Entre 31 y 40 años” como la de “Entre 41 y 50 años” fueron señaladas por un 42,9%. Por otro lado, las opciones de “Entre 21 y 30 años” y “Entre 51 y 60 años” fueron marcadas por un 7,1% a partes iguales.
- En la pregunta sobre la profesión, un 57,1% señaló la opción de “Educador/a”, un 21,4% marcó la opción de “Logopeda”, la opción de “Fisioterapeuta” fue marcada por un 14,3% y 7,1% señaló la opción de “Director/a”.

En la segunda sección del cuestionario se realizaron preguntas enfocadas en conocer la visión de los profesionales que trabajan con personas con síndrome de Down. Para ello, se estableció una escala del 1 al 5, donde 1 suponía estar “Totalmente en desacuerdo” con la afirmación que se planteaba, donde 2 suponía estar “Poco de acuerdo” con la afirmación, 3 suponía estar “Más o menos de acuerdo” con la afirmación, 4 suponía estar “Muy de acuerdo” con la afirmación y donde 5 suponía estar “Totalmente de acuerdo” con la afirmación.



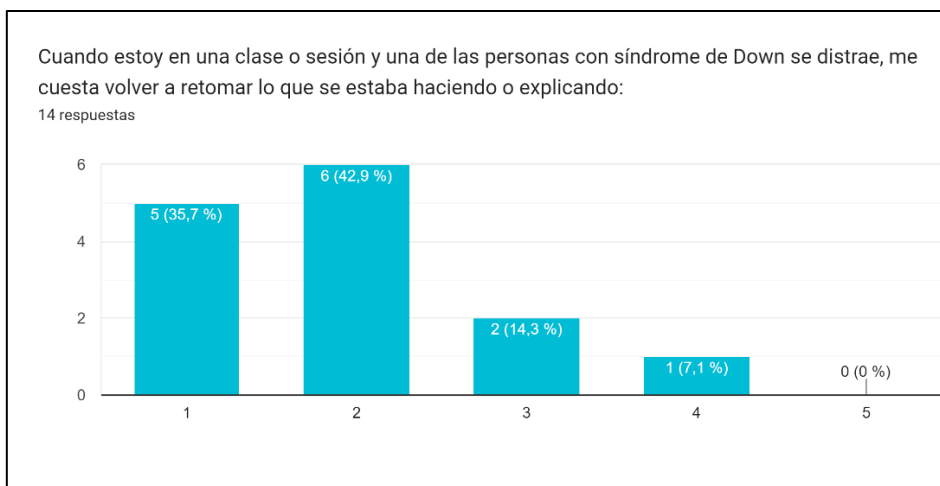
Gráfica 1

→ En esta primera gráfica se observa cómo un 42,9% de las personas valoró con un 3 (Más o menos de acuerdo), la afirmación planteada, siendo la opción más votada por las personas que realizaron este cuestionario. Asimismo, en segundo lugar tenemos la opción 2 (Poco de acuerdo), como la siguiente opción más votada con un 14,3%, mientras que las opciones 4 (Muy de acuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo) cuentan con un 7,1% de los votos.



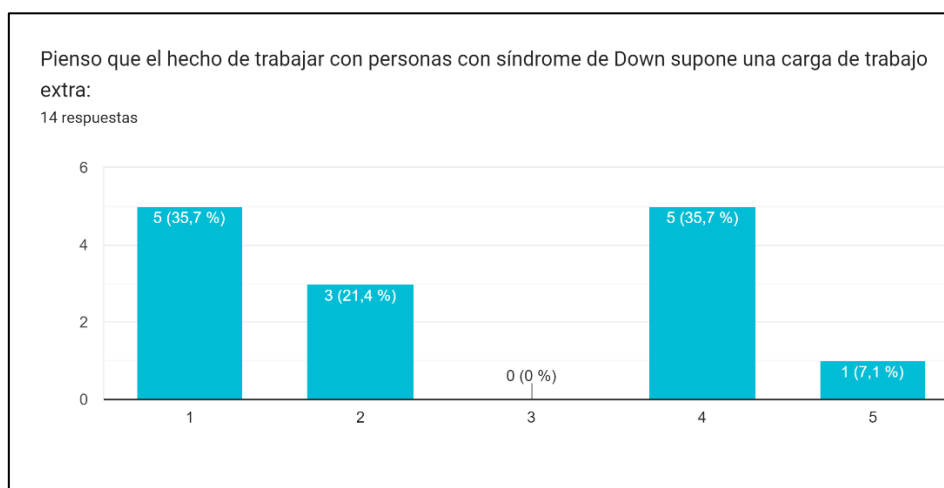
Gráfica 2

→ En la segunda gráfica observamos como la opción más votada por las personas que realizaron el cuestionario, con un porcentaje del 50%, fue la 5 (Totalmente de acuerdo). A esta le siguen la opción 4 (Muy de acuerdo) con un 28,6% y la 3 (Más o menos de acuerdo), mientras que las opciones 1 (Totalmente en desacuerdo) y 2 (Poco de acuerdo) no son significativas en este caso puesto que nadie ha contestado.



Gráfica 3

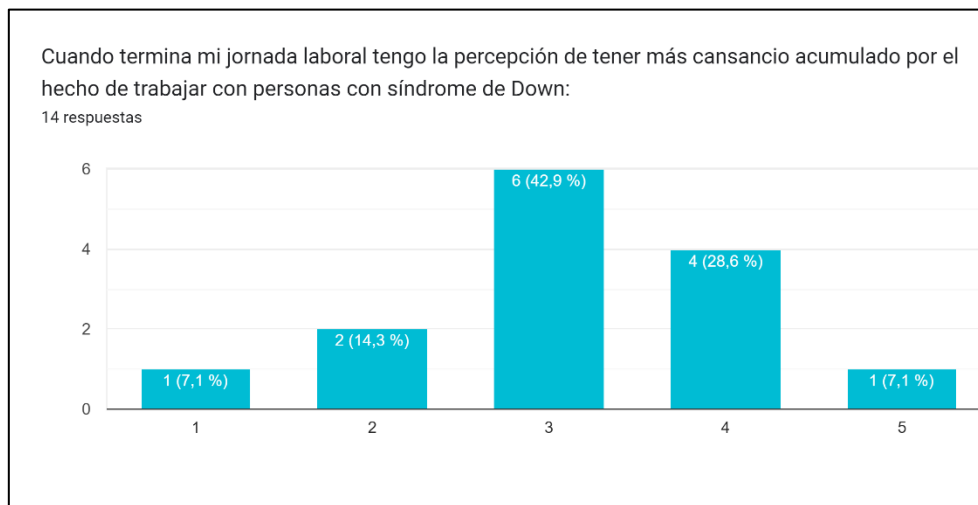
→ En esta tercera gráfica vislumbramos como con un 42,9% la opción 2 (Poco de acuerdo) es la más votada, seguida de la opción 1 (Totalmente de acuerdo) con un 35,7% y de la opción 3 (Más o menos de acuerdo) que cuenta con un 14,3% de los votos. La opción 4 (Muy de acuerdo) cuenta con un 7,1% y la opción 5 (Totalmente de acuerdo) no es significativa porque nadie ha contestado.



Gráfica 4

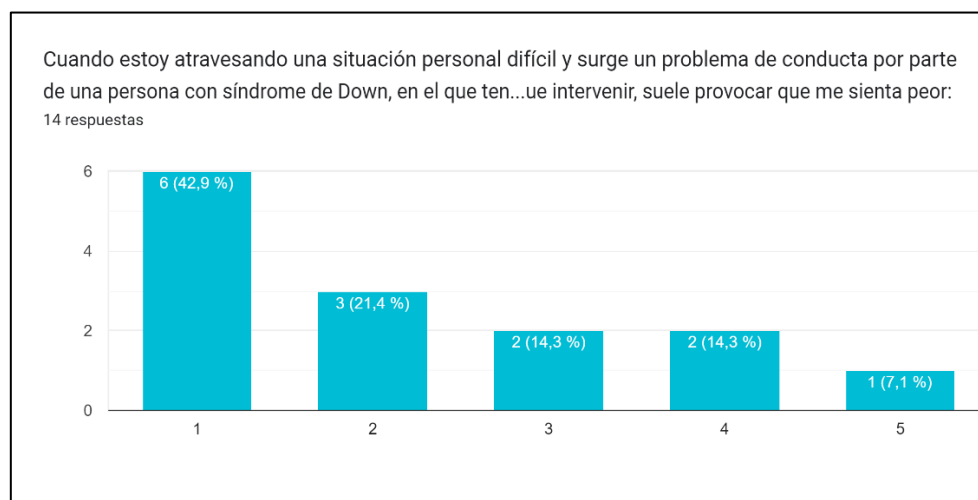
→ En la cuarta gráfica, las opciones más votadas fueron la 1 (Totalmente en desacuerdo) y la 4 (Muy de acuerdo) pues ambas cuentan con un 35,7% de los votos. La opción 2 (Poco de acuerdo) es la siguiente más votada con el 21,4% y

le sigue la opción 5 (Totalmente de acuerdo) con un 7,1%. La opción 3 (Más o menos de acuerdo) no es significativa porque nadie ha contestado.



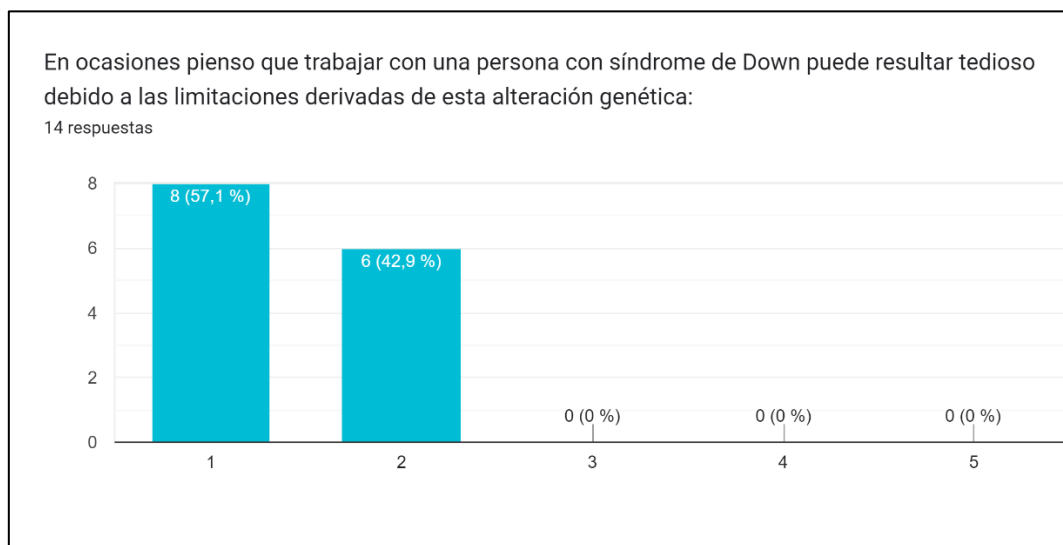
Gráfica 5

→ En la quinta gráfica se observa como un 42,9% de las personas que realizaron el cuestionario se decantaron por la opción 3 (Más o menos de acuerdo). Las opciones 4 (Muy de acuerdo) y 2 (Poco de acuerdo), fueron las siguientes más votadas con un 28,6% y un 14,3% respectivamente, mientras que las opciones 1 (Totalmente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo) fueron las menos votadas contando ambas opciones con un 7,1%.



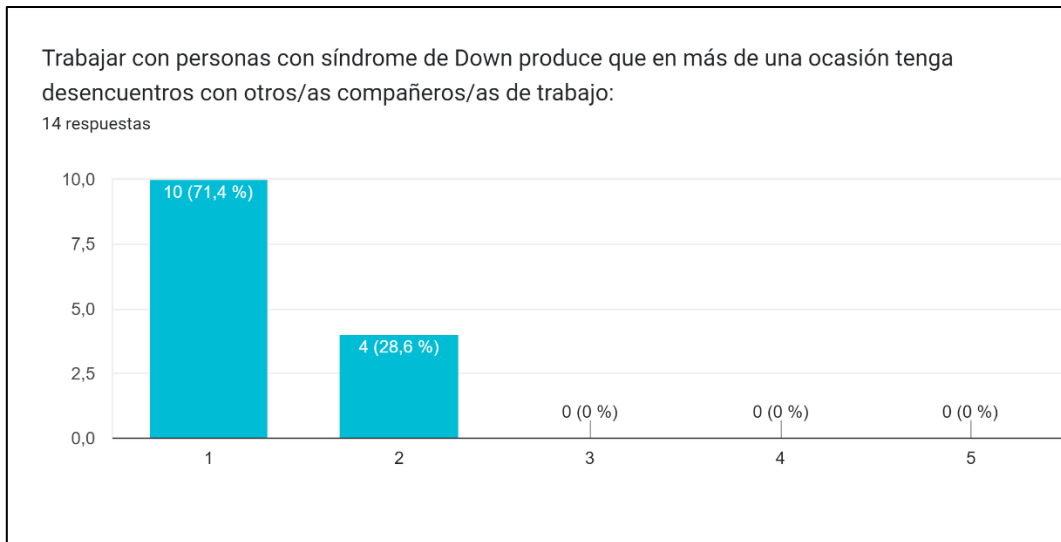
Gráfica 6

→ En esta sexta gráfica podemos observar como la opción 1 (Totalmente en desacuerdo) ha sido la más votada, pues cuenta con un 42,9% de los votos. La opción 2 (Poco de acuerdo) fue la segunda más votada con un 21,4%, mientras que las opciones 3 (Más o menos de acuerdo) y 4 (Muy de acuerdo) cuentan ambas con un 14,3%. La opción 5 (Totalmente de acuerdo) fue votada por el 7,1% de las personas que realizaron este cuestionario.



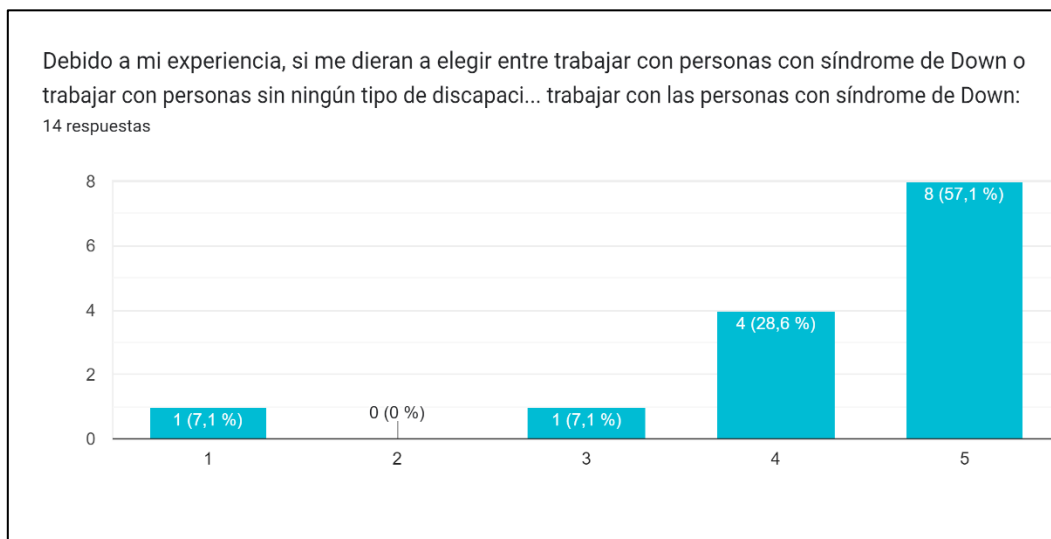
Gráfica 7

→ Como se puede observar en esta séptima gráfica, la opción 1 (Totalmente en desacuerdo) ha sido la más votada por las personas que realizaron este cuestionario, pues cuenta con un 57,1% de los votos. A esta, le sigue la opción 2 (Poco de acuerdo) pues posee un 42,9%, mientras que las opciones 3 (Más o menos de acuerdo), 4 (Muy de acuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo), no son significativas en este caso puesto que nadie ha contestado.



Gráfica 8

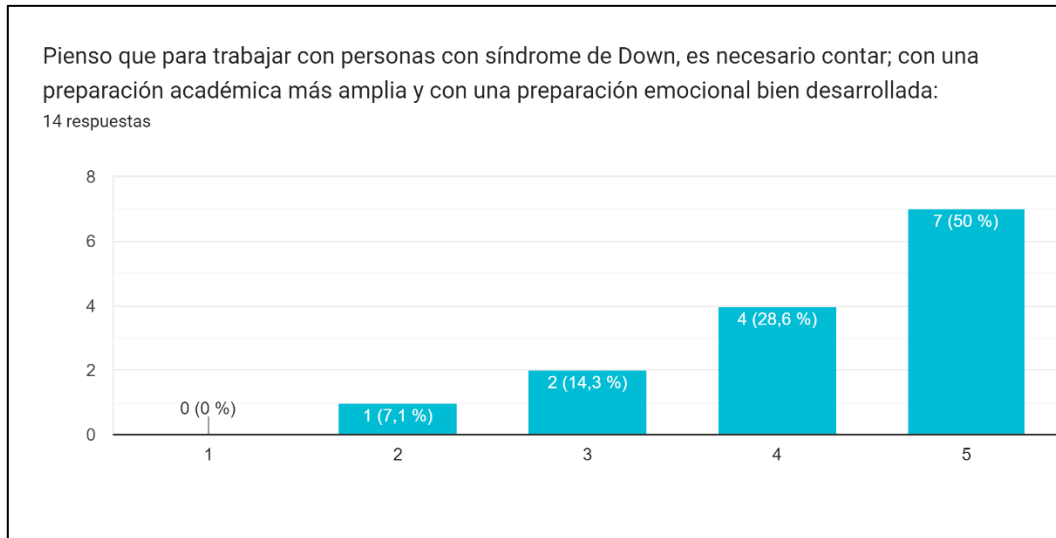
→ Algo similar ocurre en esta octava gráfica pues la opción 1 (Totalmente en desacuerdo) vuelve a ser la más votada debido a que cuenta con un 71,4% de los votos y la opción 2 (Poco de acuerdo) es la siguiente más votada con un 28,6%. Las opciones 3 (Más o menos de acuerdo), 4 (Muy de acuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo), vuelven a no ser significativas porque nadie ha contestado.



Gráfica 9

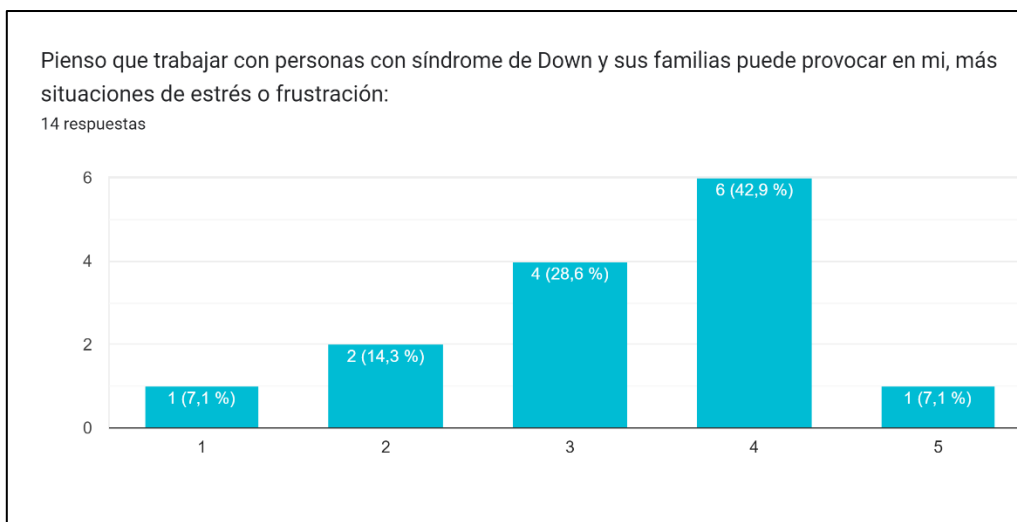
→ En la novena gráfica vemos como con un 57,1% la opción 5 (Totalmente de acuerdo) ha sido la más votada, seguida de la opción 4 (Muy de acuerdo), que

cuenta con un 28,6% de los votos. Tanto la opción 3 (Más o menos de acuerdo) como la 1 (Totalmente en desacuerdo) cuentan con un 7,1% de los votos, mientras que la opción 2 (Poco de acuerdo) no es significativa en esta ocasión ya que nadie ha contestado.



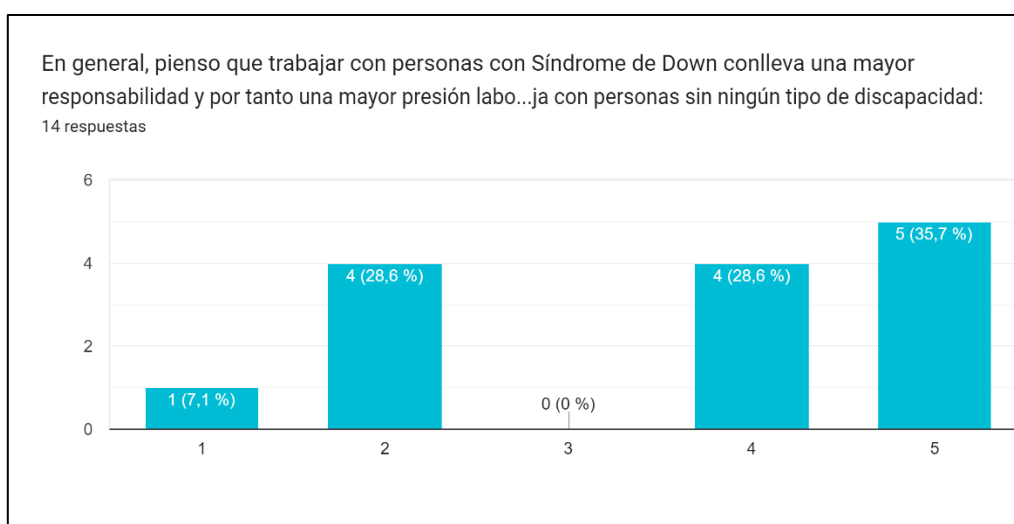
Gráfica 10

→ En la décima gráfica observamos que la opción 5 (Totalmente de acuerdo) fue la más votada por las personas que realizaron el cuestionario con un 50% de los votos. La opción 4 (Muy de acuerdo) fue la siguiente más votada con un 28,6%, seguida de las opciones 3 (Más o menos de acuerdo) y 2 (Poco de acuerdo) que cuentan con un 28,6% y un 14,3% de los votos respectivamente. La opción 1 (Totalmente en desacuerdo) no es significativa en este caso puesto que nadie ha contestado.



Gráfica 11

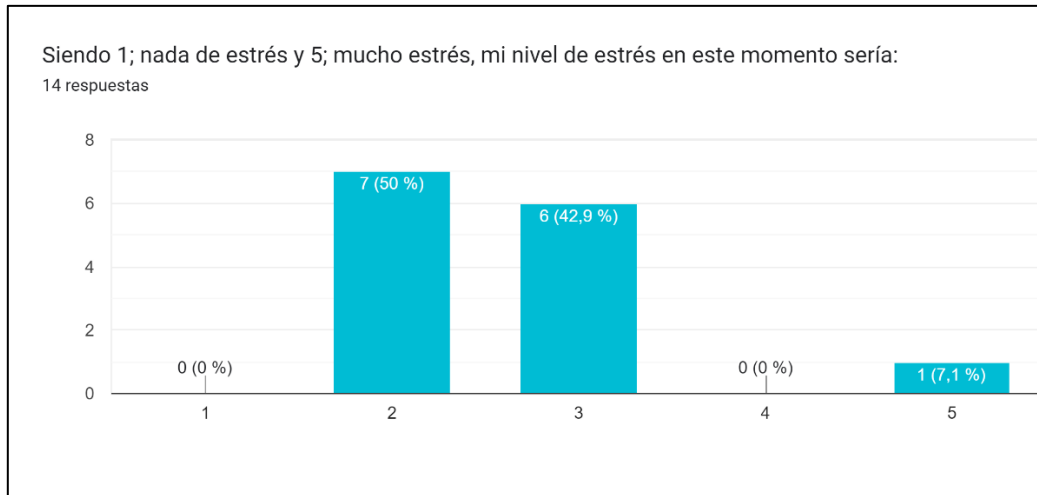
→ En esta onceava gráfica se observa que la opción más votada por las personas encuestadas fue la 4 (Muy de acuerdo) pues cuenta con un 42,9% de los votos. A esta le sigue la opción 3 (Más o menos de acuerdo) que cuenta con un 28,6% y la opción 2 (Poco de acuerdo) que fue votada por un 14,3%. Las opciones 1 (Totalmente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo) poseen un 7,1% de los votos.



Gráfica 12

→ En la doceava gráfica se observa que con un 35,7% de los votos la opción 5 (Totalmente de acuerdo) fue la más votada, mientras que las opciones 4 (Muy de

acuerdo) y 2 (Poco de acuerdo) fueron las siguientes más votadas pues ambas cuentan con un 28,6% de los votos. La opción 1 (Totalmente en desacuerdo) cuenta con un 7,1% de los votos, mientras que la opción 3 (Más o menos de acuerdo) no es significativa en este caso puesto que nadie ha contestado.



Gráfica 13

→ En esta última treceava gráfica, observamos que la opción más votada por las personas que realizaron este cuestionario fue la opción 2 (Poco de acuerdo) con un 50%, seguida de la opción 3 (Más o menos de acuerdo) que cuenta con un 42,9% de los votos. La siguiente opción más votada fue la 5 (Totalmente de acuerdo) con un 7,1% mientras que las opciones 1 (Totalmente en desacuerdo) y 4 (Muy de acuerdo) no son significativas en esta ocasión pues nadie ha contestado.

6. Discusión

Dentro de este proceso de investigación se presentan los resultados obtenidos de un cuestionario sobre los factores generados de estrés dirigidos a personas profesionales que trabajan con personas con síndrome de Down. A grandes rasgos, se ha observado que las personas profesionales que respondieron al cuestionario de esta investigación mantienen una perspectiva similar en cuanto al trato con las personas con síndrome de Down.

No obstante, existen otros casos en los que no se continúa con esa tendencia, por lo que son datos relevantes para esta investigación, pues es de ahí de donde extraemos esos posibles estresores asociados al trabajo con personas con síndrome de Down. Ahora bien, el objetivo de esta discusión es desglosar los resultados presentados en el apartado anterior, interpretarlos y analizarlos, mientras se lleva a cabo una correlación entre estos datos y las conclusiones desarrolladas en otro artículo de temática similar.

El artículo “Prevalencia del Síndrome Burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile”, es un estudio realizado a profesionales que trabajan con personas con discapacidad con el objetivo de conocer la prevalencia del burnout cuando se trabaja con personas pertenecientes a este colectivo.

Si comparamos datos sociodemográficos se observa que en el artículo mencionado se ha obtenido que un 93% de la muestra es de género femenino, un dato que también se ve reflejado en la presente investigación, pues se obtuvo que un 78,6% de las personas que realizaron el cuestionario también eran de género femenino.

En este artículo también se pregunta a la muestra por el nivel de cansancio emocional, obteniendo que un 34,1% del total de profesionales encuestados posee un alto nivel de cansancio emocional. Esto podemos relacionarlo con las situaciones personales de dificultad por la que se pregunta en esta investigación, donde al sumar los valores de la escala propuesta que van desde, “Más o menos de acuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo” se obtiene que un 35,7% de las personas que realizaron el cuestionario creen que su situación emocional empeora debido a alguna mala situación en el trabajo con personas con síndrome de Down.

Del mismo modo, en el artículo se obtiene que el 42,2% de la muestra presenta síndrome del burnout, un dato que puede relacionarse con el obtenido en esta

investigación sobre que el 42,9% de las personas profesionales respondieron que pueden sentir estrés cuando trabajan con personas con discapacidad y sus familias.

7. Conclusión

Una vez analizado todos los apartados anteriores, podemos concluir que en líneas generales se han cumplido los objetivos planteados al inicio de esta investigación, pues se ha elaborado un cuestionario que permite indagar sobre el tema central de la misma, se ha obtenido una muestra adecuada que permite aportar rigor a lo establecido en este trabajo y a raíz de los resultados obtenidos se pueden exponer los posibles factores generadores de estrés en las personas profesionales que trabajan con personas con síndrome de Down.

Como se ha dicho anteriormente, esta investigación se ha realizado a personas profesionales pertenecientes al mismo equipo multidisciplinar, quienes trabajan conjuntamente en un centro de día dirigido a personas con síndrome de Down, compartiendo por lo tanto, entorno laboral y personas usuarias a quienes prestan sus servicios. Dicho esto, las conclusiones que podemos extraer del estudio de variables son las siguientes:

- Género: se observa como existe una diferencia significativa dentro del equipo a favor del género femenino, pues constituye el 78,6% de la muestra por el 21,4% del género masculino. Por lo que podemos disponer que son las mujeres quienes normalmente desempeñan profesiones relacionadas con la intervención directa con personas con discapacidad.
- Edad: vemos como la edad de estas personas profesionales está comprendida en un intervalo de entre los 31 y 50 años mayoritariamente, pues resulta el 85,8% de la muestra.

- Profesión: en cuanto a la profesión, observamos como dentro de este equipo se cuenta con un alto número de personas educadoras (57,1%), quienes trabajan en las áreas específicas de autonomía personal, independencia y aspectos conductuales de las personas con síndrome de Down, mientras que otras profesiones como la logopedia o la fisioterapia no es tan abundante dentro del equipo, quizás porque trabajan mayoritariamente en un parte del ciclo vital de las personas usuarias, mientras que los/as educadores/as las acompañan a lo largo de toda su vida.
- Problemas emocionales/ Frustración: lidiar con los problemas emocionales de las personas con síndrome de Down para las personas profesionales genera frustración en ellas, según los datos obtenidos en el cuestionario. Por ello, se podrían desarrollar talleres dirigidos al manejo y tratamiento de situaciones emocionales para que los y las profesionales puedan intervenir evitando altos niveles de frustración.
- Discusión/ Habilidades/ Solución: una amplia mayoría de las personas profesionales es capaz de resolver un conflicto entre personas con síndrome de Down gracias a sus habilidades o competencias, aunque algunas de estas personas no están completamente seguras de poseerlas, por lo que sería adecuado que intercambiaran, con otras personas del equipo, aquellas claves que funcionan para abordar estas situaciones y resolverlas satisfactoriamente.
- Distracer/ Explicación: durante una clase o sesión las personas profesionales no tienen problemas a la hora de retomar su actividad cuando se produce alguna distracción o interrupción por parte de las personas con síndrome de Down. Sin embargo, encontramos que existen algunas que sí presentan alguna dificultad y son estas personas quienes podrían elaborar un itinerario de

normas en el aula y transmitir las a las personas con síndrome de Down, en aras de mantener un clima adecuado durante las sesiones.

- Trabajar/ Carga extra: en esta afirmación encontramos una polarización en las respuestas de las personas profesionales, pues un 57,1% de ellas dice que trabajar con personas con síndrome de Down no supone una carga de trabajo extra, mientras que para un 42,8% aproximadamente sí supone una carga extra de trabajo. Para las personas que piensan que sí supone una carga de trabajo extra, podríamos determinar que poseen más riesgo de sufrir estrés laboral o burnout, por lo que deberían adoptar medidas tanto en el ámbito laboral como en el personal, para paliar este riesgo.
- Cansancio/ Acumular: en este apartado, se establece que al término de la jornada laboral, las personas profesionales perciben tener más cansancio acumulado al trabajar con personas con síndrome de Down. Esto supone otro posible factor generador de estrés en las personas profesionales, por lo que sería conveniente que de la misma manera, adoptaran medidas durante la jornada laboral y durante los días no laborables para disminuir este posible burnout.
- Conducta/ Intervenir/ Sentir: una situación personal de dificultad no empeora para las personas profesionales cuando se enfrentan a un problema de conducta por parte de una persona con síndrome de Down. Por ello, podemos establecer que estas personas profesionales son capaces de separar sus conflictos personales cuando surge una dificultad durante las intervenciones.
- Trabajar/ Tedioso: para las personas pertenecientes a este equipo multidisciplinar no resulta tedioso trabajar con personas con síndrome de Down debido a las limitaciones de este, por ello, podemos decir que en este

sentido han asimilado el papel que desempeñan durante su intervención y han podido adaptarse a las personas usuarias y sus circunstancias.

- Desencuentros/ Compañeros: trabajar con personas con síndrome de Down, no provoca para estas personas profesionales, que se produzcan desencuentros entre personas del equipo, de lo que podemos extraer que existe un buen ambiente laboral y aspectos como una buena comunicación, organización o planificación entre otros.
- Síndrome de Down/ Sin discapacidad: para la amplia parte de la muestra, trabajar con personas con síndrome de Down es algo que elegirían por delante de la opción de trabajar con personas sin ningún tipo de discapacidad. No obstante, una pequeña parte de la muestra no elegiría trabajar con personas con síndrome de Down, lo que puede suponer que exista un alto riesgo de sufrir burnout por el hecho de trabajar con un colectivo con el que no se está conforme, por lo que se deberían desarrollar acciones con el objetivo de cambiar la visión hacia el colectivo.
- Preparación/ Académica / Emocional: para estas personas profesionales, es necesario contar con una preparación académica y emocional más amplia para trabajar con personas con síndrome de Down. Por ello, lo conveniente sería establecer un proceso de entrenamiento a través del cual los y las profesionales tengan la oportunidad de descargar parte del estrés acumulado semanalmente.
- Trabajar/ Familias/ Estrés: para una amplia mayoría de las personas profesionales, trabajar con personas con síndrome de Down y sus familias genera más situaciones de estrés o frustración en ellas. Por esta razón, se deberían poner en marcha talleres de información dirigidos a las familias y sesiones de charlas entre estas y las personas profesionales para abrir los

canales de comunicación, trabajar conjuntamente y eliminar situaciones de frustración. Aunque, por otro lado una parte de la muestra bastante representativa reconoce que trabajar con estas personas no supone estas situaciones de estrés.

- Responsabilidad/ Presión/ Discapacidad: en esta afirmación volvemos a encontrarnos con una respuesta polarizada por parte de la muestra, pues aproximadamente un 64,3% de las personas profesionales dicen tener una presión laboral mayor al trabajar con personas con síndrome de Down, mientras que un aproximado 35,7% dice que esto no supone una presión laboral mayor. La presión diaria generada a través de la intervención directa con personas con síndrome de Down, puede propiciar situaciones de estrés laboral, por lo que sería adecuado marcar objetivos factibles que sean fácilmente alcanzables durante los periodos de intervención.
- Estrés: en esta última afirmación, el 50% de las personas profesionales dicen tener poco estrés en el momento que realizan el cuestionario, mientras que el 42,9% señala estar más o menos estresado/a y un 7,1% dice sentir mucho estrés. Se observa que en líneas generales, el nivel de estrés de este equipo multidisciplinar es bajo, sin embargo, para esas personas profesionales que señalan altos niveles de estrés, sería recomendable generar entrenamientos que las ayuden a disminuir esos niveles de estrés para evitar un proceso de burnout.

En definitiva, y como se expuso anteriormente, las personas profesionales que participaron en esta investigación pertenecen al mismo equipo multidisciplinar y es por este hecho que pueda existir esa tendencia o “consenso” de altos porcentajes en algunas de las respuestas obtenidas en las afirmaciones de los cuestionarios. A pesar de ello, en la gran mayoría de los resultados se han recabado respuestas que se alejan de estas

tendencias, lo que refleja y evidencia los posibles factores generadores de estrés, como pueden ser; el hecho de trabajar con personas con síndrome de Down y sus familias; la necesidad de asimilar una preparación académica y emocional más amplia para poder desarrollar la profesión con total plenitud y ofrecer el mejor servicio a las personas usuarias; la responsabilidad y presión laboral de tratar con este colectivo debido a las limitaciones que la discapacidad les provoca; o el mayor cansancio acumulado generado a raíz del trabajo con personas con síndrome de Down.

8. Referencias bibliográficas

Cáceres Rodríguez C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio*, 2(3), 74-77.

<https://doi.org/10.51445/sja.auditio.vol2.2004.0030>

Pérez, M. E. y Chhabra, G. (2019): “Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas”.

Revista Española de Discapacidad, 7 (I): 7-27 <https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.01.01>

Egea G. C. y Sarabia S. A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad* [Archivo PDF]. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf

Rodríguez Díaz, S., & Vázquez Ferreira, M. Á. (2010). Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad.

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/35235/>

Canimas Brugué, J. (2015). ¿Discapacidad o diversidad funcional?
<https://gedos.usal.es/handle/10366/131883>

DOWN ESPAÑA. (2020). *Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down* [Archivo PDF]. https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2021/10/PROGRAMA-SALUD_corr.pdf

Santoro, S. L., Campbell, A., Balasubramanian, A., Haugen, K., Schafer, K., & Mobley, W. Clínicas para adultos con síndrome de Down: resultados y reflexiones de una encuesta. <https://www.sindromedownvidaadulto.org/wp-content/uploads/2021/05/Clinicas-para-adultos-con-sindrome-de-Down1.pdf>

Méndez Venegas, J. (2019). Estrés laboral o síndrome de 'burnout'. <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1814>

Sierra, E. G., & Burgos, A. V. (2019). Prevalencia del Síndrome Burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile. *Salud de los Trabajadores*, 27(1), 5-14. <file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDelSindromeBurnoutEnTrabajadoresQueLabo-7165131.pdf>

Ministerio de trabajo y economía social. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo. (2012) <https://www.insst.es/documents/94886/326775/926w.pdf>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. *Derechos de las personas con discapacidad.*

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechossociales/discapacidad/derechos/index.htm>

Asociación Tinerfeña de Trisómicos 21. Down Tenerife. <https://downtenerife.com/>

Plena Inclusión Canarias. *Vida independiente.*

<https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/vida-independiente/>

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. N. 269.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

Fundación Iberoamericana Down21. (2021). *Identidad y aceptación de tener síndrome de Down.* <https://www.down21.org/revista-virtual/1792-revista-virtual-sindrome-de-down-2021/revista-virtual-junio-2021-n-241.html>