



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA AL
ANCIANO, EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS “**

Autora: M^a Marleni del Valle Vega

Mayo 2016

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA AL
ANCIANO, EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS “**

Trabajo fin de Máster

M^a Marleni del Valle Vega
Autora

Prof. Dra. M^a Pilar Mosteiro Díaz
Tutora

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Síndrome de Burnout	6
1.1.1. Concepto e historia	6
1.2.1 Características del desarrollo del Síndrome de Burnout	8
1.1.3.Síntomas y Consecuencias del Burnout	11
1.2 Concepto de anciano	17
1.2.1. Definición y clasificación.....	17
1.1.2 Evolución de la esperanza de vida.	19
2.JUSTIFICACION:	21
3. ESTADO ACTUAL DEL TEMA	26
4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	31
4.1. Hipotesis	31
4.2. Objetivos.....	31
5. METODOLOGIA	32
5.1. Tipo de estudio:	32
5.2. Población a estudio	32
5.2.1. Criterios de inclusión.....	32
5.2.2. Criterios de exclusión	32
5.3. Descripción de las variables a estudiar	33
5.4. Instrumentos	34
5.5. Procedimiento.	37
5.6.Tratamiento estadístico de los datos.....	38
6.CRONOGRAMA.....	39
7. BIBLIOGRAFÍA	40
8. ANEXOS	45

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Síndrome de Burnout

1.1.1. Concepto e historia

El Síndrome de Burnout o Estrés Laboral es definido por la Organización mundial de la Salud como *“la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.”*⁽¹⁾.

Este síndrome se encuentra reconocido en la Clasificación internacional de enfermedades dentro del apartado “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida” CIE- Z73.0, no se encuentran reconocido como trastornos mentales ya que no aparece en el (DSM V).

Para hablar de este síndrome también se utilizan otras definiciones como síndrome de quemarse en el trabajo, de desgaste profesional o síndrome del trabajador consumido.

La historia de este término se remonta a 1969 donde se fue descrito por H.B. Bradley como un fenómeno psicosocial que padecían los oficiales de policía (Staff Burnout)⁽²⁾

En el año de 1974 Freudenberger hace referencia a sentimientos de agotamiento y frustración además de cansancio que se generan por una sobrecarga, en esa definición también habla del término de adicción al trabajo y relaciona esta enfermedad con un desequilibrio productivo.⁽²⁾

Posteriormente en el año de 1980, este mismo autor (Freudenberger) amplía su teoría y relaciona la anterior con que estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que les imponen las personas que le rodean o ellos mismos.

Cherniss en este mismo año (1980) lo define como un proceso en el que se dan 3 momentos, uno se encuentra en un desequilibrio entre la carga laboral y las posibilidades

que tiene el sujeto de afrontar de forma adecuada a esta, en un segundo momento habla de una respuesta emocional fuertemente negativa y por último propone un cambio conductual y actitudinal en el sujeto. ⁽²⁾

En la misma época surge una nueva idea de Edelwich y Brodsky, que lo relacionan más a una pérdida de la energía progresiva, de falta de motivación e ideal asociada a diferentes profesiones y proponen también fases progresivas, entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía. ⁽²⁾

Por otro lado, en el año 1976 la psicóloga social Christina Maslach lo define como un síndrome que para su estudio consideraba tres parámetros importantes, que son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y que tienen un alto riesgo de padecerlo sujetos que trabajan habitualmente en contacto directo con clientes o pacientes. ⁽²⁾



No es hasta 1981 cuando esta misma autora junto a Jackson definen el concepto más aceptado a día de hoy, en el que se sigue pensando que es tridimensional y estas tres dimensiones son las definidas anteriormente por Maslach, estas dimensiones son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, está muy reducida.

Al hablar de la población de riesgo, intentamos delimitar cuales son las personas más vulnerables a padecer el síndrome, estos son aquellos profesionales en los que las interacciones humanas es decir se produce relación entre trabajador-cliente y esta relación es intensa y duradera. Dichos profesionales en un principio suelen caracterizarse porque el desempeño de su trabajo es muy satisfactorio, están muy comprometidos con su trabajo y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen, entonces en estos casos el Burnout se desarrolla como respuesta a estrés constante y sobrecarga laboral.

El Síndrome de Burnout es muy frecuente en personal socio-sanitario (Médicos, enfermeras/os, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogas/os, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, animadores socioculturales), así como personal administrativo y docente. ⁽³⁾

Afectando según las investigaciones más a las mujeres que a los hombres, es decir las mujeres presentan mayor prevalencia que los hombres.

1.2.1 Características del desarrollo del Síndrome de Burnout

El Síndrome Burnout suele ser multicausal, siendo las más habituales el pertenecer a una profesión de contacto continuo con personas, con horarios rotatorios y con cargas de trabajo excesivas.

En diferentes estudios e investigaciones se puede ver que esta patología suele aparecer en trabajos donde la jornada laboral excede o supera las ocho horas, cuando se permanece durante mucho tiempo en el mismo ambiente laboral y cuando la remuneración económica es reducida, no llegando a ser adecuada para el trabajador. El síndrome de estar quemado también se relaciona con el mal ambiente en el trabajo, bien entre compañeros o con los superiores, cuando estos no tienen un trato correcto, lo que conlleva un pésimo clima laboral en el que el ambiente y las relaciones están tan deterioradas que las condiciones de trabajo pueden llegar a ser inhumanas.

Todos los estudios están de acuerdo en que para la aparición del Síndrome de Burnout existen dos factores de riesgo: ⁽³⁾

1. **El estrés** que se produce como resultado de una responsabilidad excesiva, la cual supera las capacidades del individuo para resolverla, a esto puede asociarse otros factores que incrementan este estrés que son: la inestabilidad del futuro, los posibles problemas económicos y las relaciones familiares con poca tolerancia.

2. **La privación del sueño** lo que causa un deterioro del desempeño laboral y académico. Diversos estudios comprobaron que la privación crónica del sueño hace que la concentración se modifique y que se altere la capacidad de toma de decisiones y que estas sean las adecuadas, por lo que se incrementan los errores con fatales consecuencias.

Este Síndrome no se presenta en fase aguda, sino que se hace crónico en el tiempo, su aparición no es de forma súbita, sino que se va desarrollando poco a poco, con una sucesión de etapas, en un proceso continuo. Esta característica es común en todos los estudios, aunque no existe ningún modelo que lo explique. ⁽⁴⁾

Edelwich y Brodsky ⁽⁵⁾ (1980) identifican seis etapas en el progresivo desarrollo de este síndrome:

1. **ETAPA DE ENTUSIASMO E IDEALISMO:** Es una fase inicial, en la que el trabajador realiza su trabajo con mucha ilusión y vive la profesión como algo estimulante, está plétórico, lleno de energía, con el nivel de aspiraciones y logros muy alto y donde los conflictos se viven como algo anecdótico y pasajero que siempre tiene solución e incluso se valora como positivo para el desarrollo profesional.

2. ETAPA DE ESTANCAMIENTO: En esta fase la persona ve que las expectativas no se cumplen, los objetivos no se alcanzan y/o cada vez se presentan como más difíciles de conseguir.
3. ETAPA DE FRUSTRACIÓN: se considera la etapa más importante del desarrollo del Síndrome de Burnout ya que en ella aparecen los problemas emocionales, los físicos y los conductuales debido a la desmotivación laboral. En esta fase la persona entra en un periodo de desilusión y desencanto acerca del trabajo ideal que pensaba que tenía.
4. ETAPA DE APATIA: en esta fase el trabajador ve que no puede cambiar las cosas, es decir, se rinde, se resigna porque es consciente de que no puede cambiar las cosas.
5. ETAPA DE DISTANCIAMIENTO: es la fase en la que el trabajador va a su trabajo totalmente frustrado, esto produce sentimientos de vacío total, de decepción, lo que le produce sentimientos que provocan una menor implicación en el trabajo, que le dedique menos tiempo y el tiempo que lo hace sea menos efectivo. Sin embargo, no llega a poner en riesgo su trabajo ya que ve como positivo el sueldo siendo esto su única compensación.
6. ETAPA DE BURNOUT: es la fase en la que cuerpo y mente intenta controlar la situación, pero esta fase terminó por agotar el sistema lo que hace que éste se rinda, llegando a somatizar la situación y enfermando cuerpo y mente, siendo imposible la realización del trabajo que habitualmente desarrollaba. Es aquí cuando aparecen con fuerza los síntomas característicos de este síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

1.1.3 Síntomas y Consecuencias del Burnout

Como vimos anteriormente el trabajador va perdiendo la salud, vemos que es un proceso lento, no tiene un inicio súbito y este se produce por la exposición de este trabajador a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo, las cuales no puede controlar, ni evitar, aunque para ello ponga todos sus recursos personales. En estos casos no podemos indicar que la causa sea la sensibilidad de la persona, sino las condiciones de trabajo a las que está expuesto, no obstante, los recursos personales a la adaptación, la personalidad, el carácter, el apoyo familiar y social del que disponga puede tener más capacidad para protegerse de la exposición a los factores de riesgo del Síndrome de Burnout. Nunca se debe culpar al trabajador de falta de adaptación y definirlo como un problema de adaptación y debe ser la empresa la que vele por la seguridad del trabajador tanto física como psicológicamente, por lo que debe la empresa adaptar el trabajo a la persona, como así regula el texto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El Burnout es un mecanismo de afrontamiento y autoprotección que desarrolla a nivel personal el trabajador frente al estrés generado de manera automática en la relación profesional – cliente y en la relación profesional – organización es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección

Aparece un deterioro psicológico de frustración y desencanto profesional, afectivo es decir desgaste emocional y un desarrollo de culpa, de no poder controlar la situación y actitudinal, la persona desarrolla una indiferencia frente a pacientes o usuarios y frente a la empresa u organización.

1. En la totalidad de los estudios realizados se han descrito un total de 100 síntomas

(desde el plano individual) relacionados con el Síndrome de Burnout que afectan a las emociones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico. ⁽⁵⁾

Algunos de estos síntomas, se cronifican y con el tiempo se intensifican, lo que hace que, si no se corrigen, estos degeneren en otros procesos más graves. Este es la respuesta lógica de compensación del organismo a la nueva situación y terminan por fallar las estrategias funcionales de afrontamiento que utilizan las personas ante esta situación que se alarga en el tiempo. Así el trabajador desarrolla una sensación de fracaso tanto a nivel profesional como interpersonal con otros compañeros. En esta situación, el trabajador desarrolla unos sentimientos de agotamiento emocional y una baja realización personal en el trabajo. Ante esta situación y los sentimientos que desarrolla, el trabajador pasa a una nueva fase en la que genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontar la situación.

Así el síndrome de estar quemado en el trabajo es una fase intermedia entre el estrés y las consecuencias del estrés, esto quiere decir que si esta situación de estrés es mantenida en el tiempo tendrá consecuencias negativas para el trabajador, estas consecuencias serán en forma de enfermedad o ausencia de salud, con alteraciones que pueden ser psicósomáticas, (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlceras gástricas, pasando por dificultad para dormir, sensación de mareo y hasta cuadros vertiginosos, como consecuencia de esto descenderá el rendimiento de trabajo, produciéndose un mayor riesgo de sufrir accidentes, desde el punto de vista de la organización o la empresa descenderá la calidad asistencial y se verá incrementado el absentismo y el abandono, etc...). La persona que lo sufre padece una especie de deterioro cognitivo, el cual consiste en la aparición de la frustración y el desencanto emocional, pone en crisis la capacidad percibida para el desempeño de la actividad profesional y también sufrirá una crisis existencial. El deterioro

afectivo se caracteriza por el desgaste emocional y en algunos casos se acompaña por sentimientos de culpa. Existe también un deterioro actitudinal que cursa con actitudes de indiferencia, indolencia y cinismo, esto se produce con los clientes y con la propia organización. ⁽⁵⁾

Todas estas consecuencias, el propio trabajador puede vivirlas con sentimiento de culpabilidad por tratar de esta forma a los compañeros, a los usuarios o a los clientes (el trabajador se agrade así mismo), o bien justifica estas actuaciones o actitudes sin hacerse daño a sí mismo y a su salud, pero disminuyendo considerablemente la calidad del servicio o trabajo que realice.

Las consecuencias emocionales presentan una sintomatología ansioso – depresiva, con una alta incidencia a padecer sentimientos de culpa, debido a esto se presenta en el profesional una respuesta hostil, con irritabilidad y visión negativa hacia la vida.

Desde el punto de vista clínico el Burnout es un proceso que termina manifestándose como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando esta se desarrolla con intensidad.

Para hacer una clasificación más clara de los síntomas del burnout, los clasificaremos según afecten al trabajador únicamente o afecten a la empresa:

Para el trabajador ⁽⁷⁾

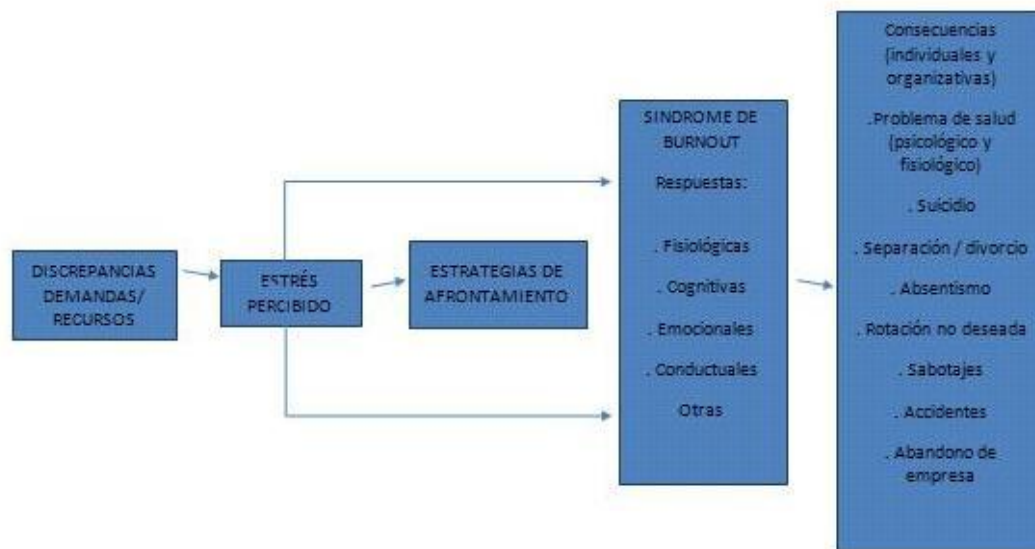
- **Psicosomáticos:** vienen caracterizados por cansancio hasta la extenuación y un malestar general inespecífico, lo que hace que exista un deterioro de la calidad de vida de la persona que lo sufre, con ello se padece una enfermedad crónica y determinadas alteraciones funcionales en los diferentes sistemas del organismo por lo que se verá afectado el aparato cardiorrespiratorio, aparato digestivo, aparato reproductor, aparato nervioso e incluso el reproductivo. Estos síntomas son: dolor de

cabeza, problemas de sueño, úlceras, desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis asmáticas.

- **Conductuales:** en la relación con el cliente se produce una conducta despersonalizada, faltas reiteradas al puesto de trabajo (absentismo laboral), aumento o inicio de la utilización de sustancias tóxicas, bien barbitúricos, estimulantes, drogas u otro tipo de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc...). Se producen cambios de humor bruscos, sin causa aparente, incapacidad para llevar una vida relajada por la ansiedad que esta le produce, dificultad o incapacidad para la relajación, las relaciones sociales se caracterizan por ser muy superficiales, aumento de las conductas agresivas o hiperactivas.
- **Emocionales:** predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.
- **Actitudinales:** actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones sociales y las relaciones interpersonales : actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.).

- *Para la organización:* ⁽⁷⁾
 - Se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja); disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc. ..

PROCESO Y CONCUENCIAS DEL BURNOUT “GIL- MONTES 2005”



Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).

Como consecuencia de una exposición a los factores de riesgo, estos padecen unos síntomas que pueden clasificarse en tres grupos: ⁽⁶⁾

- Consecuencias que coinciden directamente en la salud físicas (alteraciones físicas)
- Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales)
- Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral. (alteraciones conductuales)

En el siguiente cuadro se clasifican las diferencias entre estrés y burnout: ⁽⁷⁾

<i>ESTRES</i>	<i>BURNOUT</i>
<i>Sobreimplicación en los problemas</i>	<i>Falta de implicación</i>
<i>Hiperactividad emocional</i>	<i>Embotamiento emocional</i>
<i>El daño fisiológico es el sustrato primario</i>	<i>El daño emocional es el sustrato primario</i>
<i>Agotamiento o falta de energía física</i>	<i>Agotamiento afecta a motivación y a la energía psíquica</i>
<i>La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas</i>	<i>La depresión en Burnout es como una pérdida de ideales de referencia- tristeza.</i>
<i>Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas</i>	<i>El Burnout sólo tiene efectos negativos.</i>

Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Guía de prevención del Burnout

1.2 Concepto de anciano

1.2.1. Definición y clasificación.

Según la OMS se puede definir a la persona mayor aquella que tiene una edad mayor a 60 años. Es a partir de esta edad o unos años más tarde en que la persona se jubila, lo que supone un cambio en su ritmo de vida lo que supone una adaptación importante (sobre todo psicológica) a la nueva vida.

Existen diferentes términos que me parecen importantes definir porque se utilizan indistintamente y su significado es el siguiente:

Geriatría: Según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) la definió como: “la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos “.

Gerontología: “es la ciencia básica que estudia el envejecimiento de los seres vivos “⁽⁸⁾

Al analizar estas definiciones podemos observar que no solo se incide en el diagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades en estas edades, sino que se hace especial hincapié en que se disfrute de un alto grado de bienestar y por lo tanto lo que se busca o se intenta es una mejora en la calidad de vida, en resumen, el objetivo más importante es la promoción de la autonomía y que la dependencia tanto física como psicológica se retrase lo máximo posible. Para eso se crea en el año 2007 una ley, llamada la ley de Dependencia⁽⁹⁾

Según la O.M.S., la definición de persona mayor, no estamos hablando de que ser persona mayor es persona enferma, sino que hemos llegado a una edad mayor de 60 años

Clasificación de persona mayor :⁽¹¹⁾

Persona mayor autónoma: incluye a las personas mayores de 65 años, sanas y afectas de enfermedades (agudas o crónicas) no potencialmente incapacitante.

Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: este concepto indica situación de riesgo de dependencia (pero sin padecerla aún), siendo potencialmente reversible, o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.

Persona mayor dependiente, también denominado paciente geriátrico:

Si cumple ≥ 3 de las siguientes condiciones:

1. Pluripatología
2. Incapacidad funcional (alto riesgo de dependencia)
3. Deterioro mental
4. Problemática social en relación con su estado de salud.

1.1.2 Evolución de la esperanza de vida.

En el momento actual, la población de personas mayores constituya una importante parte de la población mundial total.⁽¹²⁾, siendo en algunas comunidades superior el número de la población mayor respecto a la población joven, debido a que desde los años setenta, se ha producido un descenso de la tasa de natalidad. Esto se denomina que tenemos una población envejecida.⁽¹²⁾

*Según el IMSERSO *Las Personas Mayores En España (2012)*,” el conjunto de personas mayores de 65 años representó un 17.3% de la población en 2011 (frente al 16.6% que existía en 2009) siendo un 5.2% de este colectivo personas mayores de 80 años. Como puede comprobarse, se ha dado un incremento del 0.7% en un periodo de dos años. Según las estimaciones, este aumento del envejecimiento poblacional seguirá aumentando, llegando a alcanzar un 36.4% de la población española y un 25.7% de los habitantes de los países desarrollados en el año 2050.⁽¹⁹⁾”*

El aumento de las personas mayores se debe al aumento de la esperanza de vida, debido a la mejora de la calidad de vida y debido principalmente a los avances en materia de sanidad, esta mejoría se puede clasificar en tres aspectos que son:

La mayor promoción de la prevención, el progreso de las técnicas (de diagnóstico y de tratamiento) y la mejora terapéutica de las enfermedades crónicas).⁽¹⁹⁾

Las personas mayores que ven afectada su independencia debido al padecimiento de diversas patologías (físicas o psíquicas) tienen derecho a disfrutar de unos cuidados y de una calidad de vida, esto quiere decir que debe de poseer capacidad para envejecer con dignidad llegando a poder cubrir las necesidades básicas y el bienestar en la vida diaria.⁽¹⁹⁾

2. JUSTIFICACION:

Las administraciones públicas están condicionadas por la política y asignación presupuestaria de la que disponga, por esta razón y debido a la crisis por la que atravesamos se debe reducir el gasto público, lo cual ha provocado el cambio en el tipo de gestión de los establecimientos residenciales de mayores, como una alternativa para poder continuar con el desarrollo de sus actividades. ⁽²¹⁾

Debido a esto han aparecido nuevas fórmulas de gestión tanto para centros residenciales, como para centros de día que se pueden clasificar en: ⁽²²⁾

1. Centros públicos: de titularidad y gestión pública
2. Centros mixtos: de titularidad pública, con servicios generales subcontratados o externalizados.
3. Tipo inglés o alemán: de titularidad pública, pero la gestión es concedida a una empresa privada por un largo periodo de tiempo, normalmente, de 30 a 50 años.
4. Centros privados: de titularidad y gestión privada, en casos concretos con alguna plaza concertada, teniendo esta la calificación de pública.
5. Centros privados: de titularidad y gestión privada.

Los objetivos principales de la totalidad de los cuidados que se proporcionan en estos centros son, tanto en el fomento de su autonomía personal, como en el mantenimiento de su funcionalidad.

Otros de los propósitos básicos es la demora en la aparición de la dependencia lo máximo posible. ⁽²²⁾

Los cuidados que se realizan, son unos cuidados integrales para poder conseguir los objetivos marcados, por lo que los cuidados deben ser prestados por profesionales especializados que formen un equipo multidisciplinar , el cual se encargue de proporcionar una atención y/o rehabilitación física y cognitiva , adecuada y de calidad ; esto quiere decir que no solamente la atención será de auxiliares de enfermería o de geriatría que su única función sea la de lavarlos , vestirlos y alimentarlos .no solamente de auxiliares geriátricos o Por lo que es esencial contar con personal sanitario (enfermeras, psicólogos, médicos...) cualificado para garantizar el correcto cuidado que las personas mayores necesitan .⁽²¹⁻²³⁾

El aumento de las patologías neurológicas -sobre todo las neurodegenerativas como son el Alzheimer y otras demencias, la enfermedad de Parkinson, hacen que sea necesario una especialización del personal y por ello una formación específica en esta serie de patologías, siendo esto también necesario para los profesionales que realicen su trabajo con personas con patologías físicas, para conocer en todo momento como realizar la movilización adecuado para cada caso, etc.- Esta especialización debe ser requerida para todo el personal de atención directa al anciano .

La justificación para este trabajo sería que debido a que las personas mayores entran en los centros residenciales con una mayor dependencia y por lo tanto requiriendo más atención y cuidados y por otro lado la crisis económica en la que nos encontramos hace que los centros se encuentren desbordados de demanda y de trabajo.

Cuando una persona en la realización de su trabajo se ve desbordada (por la carga laboral) al exceder las exigencias a los recursos que posee tanto físicos como psicológicos, se desarrolla un elevado nivel de estrés que, no solo influye en la motivación de la persona, sino que también la hace en su atención a la hora de la realización del trabajo y en la eficacia laboral, siendo estas menores. ⁽²³⁾

Asociado a esto, pueden generar una serie de problemas personales a la persona que lo sufre. ⁽²⁴⁾

No debemos de olvidar que ya el personal de atención directa al anciano, se encuentra de por sí en la realización diario de su trabajo a una cantidad de situaciones estresantes y angustiosas, por tener que convivir con dolor, sufrimiento y desesperación. ⁽²³⁾

Gran parte de los estudios que han investigado el Burnout en el colectivo de atención directa en el cuidado del anciano, hacen referencia a las variables de tipo organizacional como causantes del estrés laboral crónico.

Por otro lado, hay una serie de variables sociodemográficas que favorecen la aparición del Síndrome de Burnout, aunque no existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores.

- Dentro de estos factores precipitantes se encuentran:
- Centro de trabajo: Si es público o privado
- Categoría profesional: Aunque todos los trabajadores realicen su trabajo de atención directa, depende del esfuerzo que requiera su trabajo tanto físico, como psicológico tendrá un mayor riesgo a desarrollar en síndrome.

- Tipo de contrato: Dependerá si el trabajador/a es fijo o eventual. ⁽¹³⁾
- Turno de trabajo: Dependerá del tipo de horario, si es fijo de lunes a viernes en horario de mañana o si este trabajo se realiza en turno rotatorios de mañana, tarde y noche, ya que está demostrado que la rotación del turno laboral y el horario nocturno genera la desincronización de los ritmos biológicos circadianos, generando trastornos de sueño, trastornos gastrointestinales y cardiovasculares, sin embargo, no queda demostrado que favorezca el desarrollo del síndrome. ⁽¹⁴⁾
 - Experiencia profesional
 - Antigüedad
 - Edad ^(15,16)

Estos tres factores están habitualmente en relación, ya que los trabajadores/as de mayor edad, suelen tener más experiencia profesional y, por lo tanto, más antigüedad profesional.

- Estado civil: No existe un acuerdo unánime respecto a esta variable. Hay estudios en los que los solteros son las personas más susceptibles de experimentar el síndrome, mientras que las personas separadas, divorciadas o viudas son las que presentan mayor falta de realización personal ^(13, 16)
 - Este aspecto no es fácilmente generalizable, ya que lo que puede contribuirá desencadenar a reducir el Burnout no es en si el estado civil, sino en realidad el apoyo que recibe el trabajador por parte de la pareja
 - Los sujetos que mantienen una relación en conflicto es posible que, en vez de beneficiarse y reducir el estrés, manifiesten una mayor ansiedad.
- Hijos: Al igual que con el resto de variables no hay acuerdo unánime al respecto, en general los resultados apoyan la existencia de menores niveles de Burnout en las

personas que tienen hijos frente a las que no los tienen, debido a que suelen tener mayor edad y por lo tanto son más maduras psicológicamente. Sin embargo, en algunos trabajos no se han observado que los niveles de cansancio emocional disminuyen a medida que se incrementa el número de hijos. ^(13, 17)

- Persona dependiente a su cargo: Al igual que el número de hijos, todo lo que sea tener más responsabilidades en su vida, dependiendo del apoyo tanto físico, como económico, será determinante a la hora de desarrollar, Es decir a menos tiempo libre y más responsabilidades, mayor es la posibilidad de desarrollar el síndrome.
- Realización de actividad de ocio fuera de su jornada laboral: Es importante que la persona tenga su espacio, tiempo libre para poder desconectar de la presión laboral, según los estudios a menor tiempo de ocio, mayor es la posibilidad de desarrollar el síndrome.
- Desarrollo vocacional de su trabajo: Si el trabajo es vocacional, el riesgo de desarrollar el síndrome será inferior al que lo realiza sin vocación.

3. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Como ya hemos dicho anteriormente desde hace años, la población mayor de 64 años no ha dejado de crecer en España ya que:

Según el informe realizado por el IMSERSO *“las estimaciones son de que este aumento del envejecimiento poblacional seguirá aumentando, llegando a alcanzar un 36.4% de la población española y un 25.7% de los habitantes de los países desarrollados en el año 2050. Asturias ha alcanzado en 2014 el máximo histórico de envejecimiento de la región, donde las personas mayores de 64 años ya representan el doble que las menores de 16.”*.

(20)

“Respecto a otras autonomías detrás de Asturias se encuentra Galicia (184%), seguida de Castilla y León (181%) mientras que Murcia (79%), Andalucía (90%) y Canarias (94%) son las regiones con una población más joven, con índices que, no obstante, distan mucho del 35,9% alcanzado a nivel nacional en 1975.

Se estima que al menos el 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada, el 6 % padece severas limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y hasta un 10% presentan incapacidad moderada. Dichos porcentajes aumentan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años.” (3)

Es importante recordar que con el envejecimiento se producen una serie de cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo que determinan la disminución de la capacidad funcional, limitando así la adaptación y la respuesta ante un aumento de la demanda o del estrés producido por un cambio de situación. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los distintos sistemas y órganos de la persona mayor. (26)

Por esto hace que la presentación de las enfermedades en las personas mayores sea atípica, con síntomas más inespecíficos y no cumpliendo criterios de cuadro típico de esa enfermedad concreta. ⁽²⁶⁾

Esta presentación distinta o más solapada de las enfermedades en la persona mayor se ven más marcada a mayor edad del paciente, los motivos están relacionados con la frecuente coexistencia de pluripatología, polifarmacia y mayor fragilidad. ⁽²⁶⁾

Por todo esto expuesto anteriormente , aumento del índice del envejecimiento , incremento de la esperanza de vida y la elevada prevalencia de enfermedad en las personas mayores , hace que se produzca una verdadera” medicina geriátrica” , entendiéndose como tal un incremento del consumo de recursos sanitarios y asistenciales importante .Esto en parte se debe a la imposibilidad de recibir los cuidados y la asistencia en su domicilio y tener que recurrir a que estos cuidados sean proporcionados en un centro residencial.

Desde hace unos años sufrimos una crisis que hace que los familiares retrasen el ingreso en el centro residencial, realizando ya esté en un grado de dependencia severo y un estado general muy deteriorado, necesitando gran demanda de cuidados. ⁽²⁵⁾

Debido a esto, hace que el personal de atención directa a estas personas sean un grupo de riesgo de sufrir burnout, sumado a esta circunstancia se da que la crisis también disminuye los recursos humanos existentes en los centros residenciales tanto públicos, como privados, siendo estos últimos los más afectados, elevando la tasa de ocupación, con más carga de trabajo física y con ratios de personal muy por debajo de lo recomendado por los expertos. Algunos trabajos han estudiado la aparición de este síndrome en trabajadores de atención directa en el ámbito geriátrico. ⁽²⁷⁾

Viéndose, que los cuidadores profesionales de personas que sufren demencia y otras enfermedades presentan problemas psicosociológicos concretos. Por sus funciones específicas, estos trabajadores, son más propensos a presentar un estrés que, en ocasiones, puede desembocar en el padecimiento del Síndrome de Burnout. Se ha analizado el grado de Burnout y de insatisfacción profesional que presenta el personal que cuida a pacientes geriátricos y terminales, observándose que ambos términos influyen de manera decisiva en la calidad asistencial proporcionada. Analizando muestras formadas por profesionales sanitarios trabajadores en el ámbito geriátrico (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores) se ha concluido que cuidar a pacientes mayores produce inequívocamente la aparición de Burnout.⁽⁷⁾

Como generadores de malestar entre el grupo de trabajadores en centros residenciales estaban, la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos adecuados para evitar la sobrecarga física, la implicación y la responsabilidad ante un problema, la dificultad en la comunicación con los familiares, los trastornos de conducta de los residentes y la falta de formación especializada por parte del personal.⁽¹⁶⁾

A menudo en mi trabajo diario me encuentro con profesionales que podrían estar sufriendo este síndrome, es este el motivo que me ha llevado a elegir este tema. Asimismo, sería muy importante para el entorno en el que trabajo poder encontrar herramientas que nos ayuden a atenuar estos efectos y mejorar en definitiva la calidad de vida de los profesionales y también la atención a los pacientes y a sus familias.

La información de que factores hacen que se incremente el síndrome de burnout en las residencias geriátricas.

Obtenido de un análisis de diferentes estudios realizados sobre el burnout en residencias geriátricas para la revisión de diferente literatura

ARTICULO	MUESTRA	RESULTADOS
“Burnout satisfacción laboral de los pacientes que atienden a pacientes geriátricos”(2001) (31)	30 trabajadores	Enfermería presenta mayores niveles de AE soportan más presión y están más insatisfecha con el puesto de trabajo .
“Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario en personal sanitario” (1997) (15)	294 trabajadores	Mujeres son más vulnerables en y con mayor de AE. El personal en formación más vulnerables y con más antigüedad un aumento de la RP. En separados, viudos y divorciados tienen menores niveles de RP.
“Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud “ (13)	354 trabajadores	Hombre más vulnerable en AE y DP Menos hijos más vulnerabilidad en AE Personal con plaza más vulnerable en AE
“Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del Burnout en profesionales sanitarios”(2002) (32)	330 trabajadores	Hombres mayor vulnerabilidad a DP

<p>“Prevalencia de desgaste profesional y sus factores asociados “(2012) ⁽³³⁾</p>	<p>712 trabajadores</p>	<p>El riesgo de Burnout aumenta a los profesionales en el turno de noche</p>
<p>“The role of sex and Family Variables in Burnout “ (1985) ⁽¹⁸⁾</p>	<p>845 trabajadores</p>	<p>Hombre mayor incidencia de DP Sujetos con relaciones conflictivas aumenta la ansiedad Personas con hijos menor índice de SQT</p>
<p>“Resiliencia y modelo Burnout – Engagement en cuidadores formales en ancianos “ (2006) ⁽³⁴⁾</p>	<p>265 trabajadores</p>	<p>La baja resiliencia hace que aumente AE y las actitudes de indiferencia en el trabajo La alta resiliencia pueden sufrir Burnout pero es más probable que adquieran mayores habilidades y competencias de compromiso laboral.</p>

4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

4.1. Hipótesis

- ✓ Hipótesis nula (H0)

El personal de atención directa al anciano en las residencias geriátricas del Principado de Asturias no presenta niveles elevados de Síndrome de Burnout.

- ✓ Hipótesis alternativa (H1)

El personal de atención directa al anciano en las residencias geriátricas del Principado de Asturias presenta niveles elevados de Síndrome de Burnout.

4.2. Objetivos

Objetivo principal

- Identificar el Síndrome de Burnout en el personal de atención directa en residencias geriátricas del Principado de Asturias.

Objetivos secundarios

- Describir la prevalencia de los factores del síndrome de Burnout: personalización, agotamiento emocional y realización personal en el personal de atención directa al anciano en residencias geriátricas del Principado de Asturias.
- Conocer los factores asociados a un mayor nivel de Síndrome de Burnout.
- Comprobar si la formación en Geriatria y Gerontología influye en la aparición del Síndrome de Burnout.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, transversal y analítico.

5.2. Población a estudio

El estudio se llevará a cabo en todas las residencias geriátricas públicas del Principado de Asturias.

5.2.1. Criterios de inclusión

- Que acepten participar en el estudio.
- Que cumplimenten al menos el 80% de los cuestionarios.

5.2.2. Criterios de exclusión

- El personal de atención directa que no acepten participar en el estudio.
- Que no hayan cumplimentado al menos el 80% de los cuestionarios.

5.2.3. Cálculo del tamaño muestral

La población a estudio será el total del personal de atención directa al anciano en las residencias geriátricas públicas del Principado de Asturias, que cumplan los criterios de inclusión fijados.

Para determinar el tamaño muestral utilizaremos la fórmula para estimar una proporción, donde:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$$

- Z= Es el coeficiente que corresponde al nivel de confianza prefijado

Para un nivel de confianza del 95%, $\alpha = 0.05$, el valor de $Z_{\alpha} = 1.96$

En este caso 5%

- P= Es el valor aproximado del parámetro que se quiere medir (su vulnerabilidad o cuan frecuente es) expresado en términos de probabilidad, es decir, en tanto por uno.
- (1-p) = es el complemento del valor de p.
- E, es la precisión con la que se desea estimar el parámetro,

En este caso 3% = 0.03

La captación será realizada de forma aleatoria de entre todas las residencias públicas registradas en el Principado de Asturias hasta completar la muestra de 203 personas que trabajen realizando su trabajo en atención directa al anciano.

5.3. Descripción de las variables a estudiar.

- ✓ Centro de trabajo: Variable cualitativa medida a través de las variables que se dan (según los centros elegidos).
- ✓ Categoría profesional: Variable cualitativa medida a través de las variables que se dan (según las distintas categorías de atención directa que tengamos en cada centro).
- ✓ Sexo: Variable cualitativa dicotómica medida a través de las opciones: hombre o mujer

- ✓ Tipo de contrato: Variable cualitativa medida a través de las opciones que se dan (fijo, eventual o interino)
- ✓ Turno de trabajo: Variable cualitativa, medido a través de las opciones (mañana, tarde, noche)
- ✓ Antigüedad en el servicio: Variable cuantitativa continua se especificarán los años completos que lleve en el centro; en el caso de no ser año completo se especificará meses.
- ✓ Edad: Variable cuantitativa continua, por años completos en el momento actual.
- ✓ Estado civil: Variable cualitativa, medido a través de las opciones que se den (casado/ pareja, divorciado, viudo, soltero.)
- ✓ Número de hijos: Variable cuantitativa discreta. Libre para poner número
- ✓ Cargas familiares adicionales: Variable cualitativa dicotómica a elegir entre sí o no.

5.4. Instrumentos

- ✓ Hoja de registro de variables sociodemográficas y laborales

Para la recogida de las variables sociodemográficas y laborales se diseñará una hoja de recogida de datos (Anexo 1) en el que se incluyen los ítems definidos anteriormente.

- ✓ Maslach Burnout Inventory (MBI)

Para evaluar el Síndrome de Burnout se utilizará el MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)⁽²⁹⁾ que consta de 22 ítems, donde el sujeto valora mediante un rango

de 6 adjetivos que van de “nunca “a “diariamente “con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. (Anexo 2).

Esta escala, está validada internacionalmente con alta consistencia interna de 0.8 y una fiabilidad de 0.9 para el agotamiento emocional, 0.71 para la realización personal y 0.79 para la despersonalización, de ahí que sea la escala más aceptada por su amplia utilización en estudio de investigación. Además, en la misma escala evalúa las tres dimensiones propias del síndrome (DP, AE, RP).

Hasta el momento, ha tenido tres revisiones y en la última, se ha sustituido el término de personalización por cinismo, además de introducir las profesiones no asistenciales.

Las puntuaciones para cada una de las escalas se obtienen de sumar los puntos de los elementos que corresponden a cada una de ellas y son:

- *Subescala de Agotamiento Emocional (AE):*

Está formada por 9 ítem (1,2,3,6,8,13,14,16, y 20).

La puntuación máxima es de 54 puntos, por lo que cuanto mayor es la puntuación en esta subescala , mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto; según la siguiente tabla:

Subescala de Despersonalización (DP):

Está formada por 5 ítems: (5,10,11,15 y 22) que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

La puntuación máxima es de 30 puntos y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout, de la siguiente forma.

Subescala de Realización Personal (RP):

Está compuesta por 8 ítems:(4,7,9,12,17,18,19 y 21) que describen sentimientos de insuficiencia profesional y baja autoestima.

La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal y por lo tanto menor nivel de Burnout experimentado; de tal manera que:

Estas tres escalas deben evaluarse de forma separada y no sumarlas o combinarlas entre sí, ya que no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación. En resumen, la escala global de Maslach será:

1.- agotamiento emocional. Items: 1,2,3,6,8,13,14,16,20

2.- despersonalización. Items: 5,10,11,15,22

3.- Logros personales. Items: 4,7,9,12,17,18,19,21

Para la valoración de los niveles de Burnout se consideran en base a las siguientes puntuaciones:

a) Teniendo en cuenta las subescalas:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE): Niveles: Bajo <19; Medio 19-26; Alto 27 o más.
- DESPERSONALIZACIÓN (DP): Niveles: Bajo <9; Medio 9-12; Alto 13 o más.
- REALIZACIÓN PERSONAL/LOGROS (RP): Niveles: Bajo <16; Medio 17-22; Alto 23 o más.

b) Puntuación GLOBAL: Suma de los tres factores. **Niveles:** Bajo entre 1-33; Medio 34 a 66; Alto 67 o más.

5.5. Procedimiento.

La recogida de datos de este proyecto de investigación se llevará a cabo entre el 1 de septiembre de 2016 hasta 1 de marzo 2017.

En el momento actual ya hemos obtenido el permiso del Comité de ética regional de Investigación del Principado de Asturias (Anexo 3).

Hemos solicitado la autorización a Coordinación de Enfermería de la Residencias Mixta de Gijón y, previo al inicio se informará a todos los profesionales los objetivos del estudio, el procedimiento, solicitud de consentimiento y colaboración para poder llevarlo a cabo. (Anexo 4).

Necesitaremos también otros recursos que serán aportados por el investigador principal: carpetas con los cuestionarios, bolígrafos, cuestionarios, caja grande de cartón para la recogida de todas las encuestas una vez cumplimentadas, ordenador y paquete estadístico SPSS.

Una vez que conseguimos el consentimiento de la dirección, convocaremos una reunión de todo el personal de atención directa de la residencia, para explicar el procedimiento del estudio y los objetivos dejando siempre claro que los cuestionarios serán

anónimos y en todo momento se respetará la confidencialidad, se pondrá un escrito en la portada de la carpeta donde dejará los cuestionarios, pidiendo y agradeciendo su colaboración (Anexo 5).

Del mismo modo se explicará dónde pueden depositar los cuestionarios ya cumplimentados (lugar donde quedará la caja) y se fijará una fecha tope de recogida según el número de trabajadores que puedan entrar en el estudio, (debemos tener en cuenta que algunos trabajadores pueden estar de descanso, por lo que les dejaremos una media de 7-10 días para finalizar la recogida de los cuestionarios).

En la fecha fijada se recogerán las cajas para el posterior análisis de los resultados de las encuestas.

5.7 Tratamiento estadístico de los datos

Se elaborará una base de datos con el programa SPSS 21. Se realizará una descripción de las variables de estudio por medio de la determinación de frecuencias absolutas, relativas, medidas de tendencia central y de dispersión. En el caso de las variables cuantitativas continuas y discretas con distribución normal se utilizará la media aritmética como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Los resultados de las variables categóricas o cualitativas se presentarán con frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes.

6. CRONOGRAMA

	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
DECIDIR TEMA DE INVESTIGACION							
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA							
DISEÑO DEL ESTUDIO							
SOLICITUD DE PERMISOS							
ENTREVISTA DIRECCIONES							
DISTRIBUCCION Y RECOGIDA DE CUESTIONARIOS							
INTERPRETACION DE LOS DATOS							
REDACCION DEL INFORME							

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). O.M.S. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance (fecha de acceso 1 de marzo de 2016). Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>. (2000)
2. Gil – Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista electrónica InterAcao Psy 2003 agosto; (1): 19-33.
3. Miró E, Solanes A, Martínez A, Sánchez A.I. y Rodríguez Marín J. Relación entre el burnout o “síndrome de quemarse en el trabajo” la tensión laboral y las características del sueño. Universidad de Granada y Universidad Miguel Hernández de Elche. Psicothema 2007; 19(3): 388-394.
4. Álvarez Gallego E y Fernández Ríos L. El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I). Revisión de estudios. Rev. Asoc. Esp Neuropsiq.1991; 11(39): 257-265
5. Carloto MS, Gobbi MB. Desempleo y Síndrome de Burnout. Revista de Psicología. 2001; 10(1).
6. Gil-Monte, PR y Schanfeldi WB. Burnout en enfermería: un estudio comparativo España – Holanda. Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones. 1991; 7(19):121-130.
7. Ortega Ruiz C y López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology (IJCHP) 2004; 4(1): 137-160.
8. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo (on line).Fecha de acceso 10 de marzo 2016). Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
9. Robles Raya MJ, Miralles Baseda R, Llorach Gaspar I, Ververa Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y

población diana. En tratado para residentes: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2007; págs. 25-32.

10. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15- 12-2006).

11. Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobor F. Portillo Strempe J. Clasificación a personas mayores. Una visión dinámica. (On line) (fecha de acceso 15 de marzo 2016) Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf>

12 Instituto Nacional de Estadística. Proporción de personas mayores de 64 años. (internet) Madrid (ES): INE; 2014 Jun 30. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=14>

13. García M. Burnout en profesionales sanitarios de centros hospitalarios. Psicología del trabajo y de las organizaciones .1991; 7: 3-12.

14. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev. Esp. Salud Pública. 2009; 83(2): 215-30

15. Van Servellen G, Leake B. Burn-out hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurses samples. J Prof. Nurs.2013; 9(3): 169-77.

16. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev. Esp Salud Pública. 1997; 71(3).

17. Apiquian Guitar A. El síndrome de burnout en las empresas. En Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anahuac. Merida; 2007; Yucatán.

18. Maslach C. Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. Sex roles, 1985; 12(7-8):837-51.

19. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. INFORME 2012. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO; 2014. N° 22027.

20. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Observatorio de Personas Mayores. Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO; 2012. N° 22023

21. Gómez Redondo R. Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990. REIS. 1995; 71-72: 79-108.

22. Escudero B. Las políticas sociales de dependencia en España: Contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. REIS. 2007; 19: 65-89.

23. López Escribano A, López Moyano JL, Jareño Collado P, Moya Moya EM. Influencia de los modelos de gestión en la calidad de vida profesional del personal cuidador en residencias de mayores de Albacete. *Enferm Clin.* 2009; 19(5): 258–266.
24. Kaufmann AE, Frías R. Monográfico sobre: sociología de la vejez. *REIS.* 1996; 105-126.
25. Tous Zamora D, Bermúdez González G. Estudio de la imagen corporativa de las residencias de mayores en el sector solidario. *CIRIEC-España. Revista de economía pública, social y cooperativa.* 2011; 71:175-320.
26. Jiménez Muñoz L, Quesada Gallego ML, Martínez Pastor FJ. Estudio de la relación de los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en ancianos institucionalizados. *Investigación en Salud y Envejecimiento. Asoc. Univ. de Edu. y Psic;* 87-90.
27. Gómez Cantorna C, Puga Martínez A, Mayán Santos JM, Gandoy Crego M. Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos* [revista en Internet]. 2012; 23(2):59-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200003>.
28. Ferrer Cardona M, Figuerola MJ. Estudio sobre el síndrome de Burnout en personal sanitario de geriatría. *Enginy.* 2001; 11: 47-52.

29. Luengo Márquez C, Maicas Martínez L, Navarro González MJ, Romero Rizos L. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En Tratado de geriatría para residentes: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2007; 143-50.
30. Maslach C. y Jackson SE. *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press. 1981
31. Maslach C.y Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA 1987.
32. Seisdedos, N. MBI. Inventario «Burnout» de Maslach: manual. Madrid: TEA. 1997.
33. Jiménez Díaz MC, Pulido Jiménez MC, Villanueva Lupión C, Villar Dávila R; Calero García MJ. El envejecimiento, la asignatura olvidada en la universidad española: ¿El iceberg de un tipo de negligencia? Gerokomos. [revista en Internet]. 2011 Mar; 22(1): 8-12. Disponible en:

32. Bujalance Hoyos J, Villanueva Pardo F, Guerrero Manzano S, Conejo García J, González Valentín A, Sepúlveda Jurado A, et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* . 2001; 36(1): 32-40.
33. Gil – Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*. 2002; 7(1).
34. Mohammadpoorasl A, Maleki A, Sahebihagh MH. Prevalencia de desgaste profesional y sus factores asociados, en las enfermeras de Tabriz en 2010. *J. Nursing Partería Res*. 2012; 17(7): 524-9.
35. Menezes de Lucena Carvalho VA, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I, Resiliencia y el modelo Burnout- Engagemen en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*. 2006; 18(4): 791-6.

8. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de registro de datos

1.-CENTRO DE TRABAJO

- RESIDENCIA MIXTA DE GIJÓN
 RESIDENCIA AURORA ÁLVAREZ

2.-CATEGORÍA PROFESIONAL

- Médica/o
 Enfermera/o
 Auxiliar de Enfermería
 Psicólogo
 Trabajador social
 Fisioterapeuta
 Terapeuta ocupacional
 Técnico de actividades socioculturales

3.-TIPO DE CONTRATO

- Plaza en propiedad Interinidad
 Eventual

4.-TURNO DE TRABAJO*

- M T M/T M/T/N

5.-EXPERIENCIA PROFESIONAL

_____ Años _____ Meses

6.-ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO

_____ Años _____ Meses

7.-SEXO

- Mujer Hombre

8.-EDAD _____ Años

9.-ESTADO CIVIL

- Soltero Casado/En pareja
 Divorciado Viudo

10.-NÚMERO DE HIJOS

11.-¿TIENE ALGUNA PERSONA DEPENDIENTE A SU CARGO? Si es así especifique cuál.

- Si No Niños
 Ancianos Discapacitados

12.- ¿DISPONE DE ALGUNA AYUDA PARA SU CUIDADO? Si es así especifique cuál.

- Si No Social Económica
 Familiar

13.- ¿EN SU HOGAR DEPENDEN EXCLUSIVAMENTE DEL SUELDO QUE USTED APORTA?

- SI NO No apporto nada
 Otros miembros de la familia aportan

14.- ¿CONSIDERA SU TRABAJO ESTRESANTE?

- Si No

17.-REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD/OCIO FUERA DE SU JORNADA LABORAL

- Si No
Especifique _____ cuál:

18. TU TRABAJO EN GERIATRÍA ES VOCACIONAL

- Si

Anexo 2. Escala de Maslach

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala:

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes/ clientes.							
5. Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes.							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo.							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes.							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas.							

ANEXO 3: Permiso del comité de ética para la realización del estudio



Anexo 4. Solicitud de autorización Coordinación de Enfermería de la Residencia Mixta

Oviedo, a 16 de Marzo de 2016

De: M^a Marleni del Valle Vega y M^a Pilar Mosteiro Díaz
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo

A: Coordinación de Enfermería de la Residencia Mixta

Asunto: *Trabajo Fin de Máster.*

Con motivo de la realización del Trabajo Fin de Máster, dentro del Máster Universitario de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo, a través de este escrito solicitamos el permiso oportuno para poder realizar la recogida de datos del siguiente estudio:

TÍTULO.- *Síndrome de Burnout en personal de atención directa al anciano, en residencias geriátricas del Principado de Asturias*

AUTORA.- M^a Marleni Del Valle Vega

TUTORA.- Prof. Dra. M^a Pilar Mosteiro Díaz.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

- OBJETIVOS
 - Conocer los principales riesgos psicosociales en el personal de atención directa de residencias geriátricas del Principado de Asturias.
 - Describir cuales son los problemas de salud asociados a mayor riesgo psicosocial.
- MATERIAL Y MÉTODO
 - Estudio descriptivo, transversal en una muestra de médicos, enfermeros, fisioterapeutas, y auxiliares de enfermería de residencias geriátricas del Principado de Asturias.

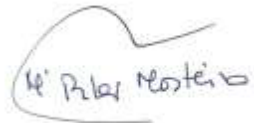
A través de entrevista personal se facilitarán cuestionarios para realizar de forma autoaplicada sobre datos de carácter sociodemográfico y cuestionarios de evaluación psicosocial: Burnout. La participación en el estudio es voluntaria y la recogida de datos se llevará a cabo durante los meses de enero y febrero de 2017.

En espera de recibir su autorización enviamos E-mail y teléfono de contacto por si es de interés y para comunicarnos su decisión.

Pilar Mosteiro: mmosteirod@uniovi.es , 686960854

M^a Marleni Del Valle Vega: marlendlvallevega mail.com. 628866107

Adjuntamos hoja de recogida de datos con todos los cuestionarios a utilizar.

A handwritten signature in black ink that reads "Pilar Mosteiro". The signature is enclosed within a simple, hand-drawn oval shape.

Muy agradecidas por su colaboración.

Atentamente,

En Oviedo a 16 de Marzo de 2016

Anexo 5: Portada de las encuestas a pasar agradeciendo la colaboración.



Universidad de Oviedo

Síndrome de Burnout en personal de atención directa al anciano, en residencias geriátricas del Principado de Asturias

Con motivo de la realización de mi **Trabajo fin de Máster** pido su colaboración para poder llevar a cabo un proyecto de investigación, cuyos objetivos son conocer los riesgos psicosociales (Burnout) y factores asociados en profesionales de atención directa a ancianos en residencias geriátricas del Principado de Asturias. Para ello emplearemos una serie de escalas que utilizaremos solamente con fines de investigación respetando el **anonimato** y la **confidencialidad**.

Agradezco la colaboración
