

## ***Burnout* en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados**

Juan P. Martínez<sup>1</sup>, Inmaculada Méndez<sup>2</sup>, Esther Secanilla<sup>3</sup>, Ana Benavente<sup>2</sup>  
y Julia García Sevilla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Murcia 2; <sup>2</sup>Universidad de Murcia; <sup>3</sup>Universidad Autónoma de Barcelona (España)

Partiendo de estudios previos en cuidadores profesionales de personas con demencia y otras enfermedades en centros institucionalizados de distintas comunidades autónomas, el objetivo de este estudio ha sido comparar los niveles de *burnout* que presentan los trabajadores en función del centro, crear un perfil del cuidador con una alta realización profesional y describir la calidad de vida que perciben los residentes de Murcia y Barcelona. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI), la Encuesta elaborada *ad hoc* para Cuidadores Profesionales y el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) en los residentes. Los resultados reflejan, por un lado, que los niveles de realización profesional pueden ser paradójicamente más altos en situación de catástrofe y, por otro lado, que el 98.2% de los usuarios se encuentra satisfecho con la residencia en la cual se encuentra y el 81.8% con la forma en la que ocupan el tiempo. Las conclusiones que se extrapolan del estudio arrojan luz sobre el panorama actual de los trabajadores y de los residentes y la influencia que un terremoto puede tener sobre ellos.

*Palabras clave:* *Burnout*, residentes, catástrofe, calidad de vida, demencia.

*Burnout in professional caregivers and quality of life in institutionalized center residents.* Starting from previous studies in professional caregivers of people with dementia and other diseases in institutionalized centers of different regions, the aim of this study was to compare burnout levels that workers present depending on the center, to create a caregiver profile with high professional accomplishment and to describe the quality of life that residents perceive Murcia and Barcelona. The instruments used were the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Professional Caregiver Survey developed ad hoc and the Brief Questionnaire of Quality of Life (CUBRECAVI in Spanish) on residents. The results show, on the one hand, that levels of professional accomplishment may be paradoxically higher in the case of catastrophe and, on the other hand, the 98.2% of users are satisfied with the residence in which is located and 81.8% with the manner in which occupy the time. The conclusions that are extrapolated from the study shed light on the current situation of workers and residents and the influence that an earthquake can have on them.

*Keywords:* Burnout, residents, disaster, quality of life, dementia.

El concepto de *burnout* fue acuñado por Herbert Freudenberger (1974) para designar el conjunto de síntomas que sufrían ciertos profesionales que debían interaccionar estrechamente con otras personas en el ámbito laboral. Desde el comienzo de las investigaciones en este terreno, los estudios han encontrado una incidencia mayor en aquellas profesionales ubicadas en el sector servicios por tener que estar en contacto directo y constante con otros individuos. El sector sanitario, por ejemplo, es un buen ejemplo de ello (Ortega y López, 2004).

El síndrome de *burnout*, o también llamado síndrome de estar quemado en el trabajo (SQT), viene definido principalmente por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional. Más concretamente, el agotamiento emocional es descrito como la sensación de cansancio mental y emotivo que surge de una situación de estrés crónico en la organización. Como respuesta a esa situación que es considerada amenazante por el sujeto, surge la despersonalización, la cual, se pone en marcha como un mecanismo de defensa para poder lidiar con sus funciones diarias. La despersonalización es entendida como el alejamiento psicológico y las barreras que ponen el sujeto con SQT y el paciente, cliente o estudiante. Por otro lado, la tercera dimensión que define el síndrome es el descenso de los niveles de realización personal en el trabajo (Martínez, 2011). Esta última variable ha sido tenida en cuenta en menor medida para explicar el fenómeno que nos ocupa, en comparación con el agotamiento emocional que ha sido el elemento clave. El síndrome de *burnout* se dará completamente cuando se obtenga altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y bajos en realización profesional (Olivares, Vera y Juárez, 2009). En la actualidad está cobrando gran trascendencia el concepto de *engagement* de forma que no sólo se estudian las características definitorias del *burnout* sino también el polo contrario (Viejo y González, 2013). Este concepto se centra en la energía entendida como vigor, dedicación y absorción. Se trata del estudio de aquellas características que definen al trabajador alejado del síndrome, con un buen rendimiento profesional, psicológico y emocional.

Los cuidadores profesionales en residencias, puesto que forman parte de un colectivo de riesgo, poseen altos niveles de estrés y presentan altas puntuaciones en las dimensiones que configuran el síndrome de *burnout*. En concreto, el hecho de tener que enfrentarse día a día a una situación que puede llegar a desbordar sus ánimos personales, y sus estrategias para hacer frente a la situación amenazante, configura en la organización un clima de estrés crónico que amedrenta el rendimiento físico, psicológico y social del trabajador. De hecho, en una investigación anterior, se halló que el 13.3% de una muestra de cuidadores profesionales de residencias, presentaba altos niveles de agotamiento emocional, el 54.8% en despersonalización y un 10% tenía baja realización personal en el trabajo (Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro, 2011). El análisis de la evolución de estos resultados un año después, refleja cierta estabilidad. Así, se ha

encontrado que aquellos sujetos que puntuaban más alto en despersonalización en el estudio de 2011, también lo hicieron en el estudio de 2012 (Martínez, Méndez, Secanilla y González, 2012).

A todo ello se le une la existencia de una relación entre la edad y la prevalencia de trastornos mentales orgánicos (Gázquez, Pérez, Lucas y Yuste, 2008). Y puesto que los niveles de natalidad descienden y la esperanza de vida aumenta, resulta lógico predecir un aumento de las necesidades de dependencia, de servicios, y de profesionales cualificados que puedan hacer frente a todo ello los próximos años.

Todos los factores descritos hasta ahora representan un punto de inflexión en la calidad de vida de los trabajadores y de los residentes. Obviamente, si las condiciones laborales son fuente de estrés, todos los miembros que componen la organización estarán inmersos en las dinámicas que se generen. La organización juega un papel fundamental en el desarrollo del *burnout* (Maslach, 2009).

La calidad de vida, junto con el síndrome de *burnout*, constituye dos focos principales en nuestro estudio. La calidad de vida es un concepto complejo de definir que ha tenido un aumento de investigaciones desde los años 60 del siglo XX, especialmente en la década de los 90 y especialmente con relación a la psicología de la vejez (Molina, Meléndez y Navarro, 2008). Esta situación ha dado lugar a un amplio abanico de líneas de interpretación que abarcan desde una visión de la calidad de vida entendida como un constructo objetivo o nomotético basado en condiciones tales como la salud o la economía hasta la configuración de la calidad de vida como un concepto ideográfico en el cual el sujeto establece sus propios criterios (Fernández-Ballesteros, 1997). En la actualidad, se apuesta por una perspectiva mixta que tenga en consideración tanto indicadores objetivos como subjetivos (Yanguas, 2006).

En líneas generales, las investigaciones gerontológicas consideran que es necesario cuidar la salud física, psicológica y social del residente. Destacamos el modelo de “Estrellas” de Fernández-Ballesteros (1993) según el cual, es necesario tener en consideración tanto elementos objetivos como elementos subjetivos al definir el concepto de “calidad de vida”. Dicho modelo, diferencia además una serie de factores que inciden en ella. Cada uno de dichos factores puede representarse en uno de los vértices de una estrella de diez puntas; a saber, factores culturales, entorno físico, satisfacción social, percepción de los servicios sociales y sanitarios, redes sociales, disponibilidad de servicios sociales y sanitarios, evaluación del contexto, las necesidades culturales, la salud percibida y la salud objetiva. No obstante, ésta no es la única propuesta, existiendo otras formulaciones acerca de cuál es la mejor definición de calidad de vida y de los componentes que la limitan (Birren y Schaie, 2001; Iglesias-Souto y Dosil, 2005).

En resumen, cabe señalar que la calidad de vida es un constructo interdimensional, dependiente de una multitud de variables tales como la familia, los

amigos, la capacidad para sentirse satisfecho con la vida, la pensión o los ingresos, la actividad física y la interacción con los cuidadores. Por supuesto, un acontecimiento traumático como es un terremoto influye en la vida de las personas. El personal de Lorca vivió momento de angustia el 11 de mayo de 2011 tras los movimientos sísmicos y las pérdidas materiales y humanas. Conocer las condiciones en las que se encuentran los residentes y los cuidadores profesionales se torna fundamental para incidir sobre los problemas que surjan e ir más allá, realizando una prevención proactiva y primaria en la medida de lo posible.

Dicho esto, los objetivos planteados en este estudio son tres: (1) Analizar la existencia de diferencias significativas en las tres dimensiones que configuran el síndrome de *burnout* en los trabajadores en función de la residencia; (2) describir el perfil de aquellos cuidadores profesionales con niveles más altos en realización profesional; y (3) describir la calidad de vida de los residentes en aras de conocer en mayor profundidad el ámbito laboral de los cuidadores profesionales.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra de cuidadores profesionales del estudio estaba compuesta por 19 cuidadores profesionales distribuida en dos comunidades autónomas. La muestra de Barcelona (Cataluña) sumó el 52.63% de trabajadores y la de Lorca (Murcia) el 47.36% restante. Participaron de forma voluntaria. La mayoría de cuidadores son mujeres llegando casi al 90% por término medio. La edad media oscilaba de los 22 a los 62 años en el momento de pasar los cuestionarios y presenta una alta variabilidad ( $M=39.84$ ,  $DT=12.52$ ).

Por otro lado, para el objetivo 2, se seleccionaron aquellos sujetos con niveles altos en realización personal en el trabajo en aras de trazar un perfil.

Con relación a los residentes, se utilizó una muestra de conveniencia de los centros de Barcelona y Lorca, sumando un total de 56 y utilizándose una serie de criterios de exclusión e inclusión en el estudio para asegurar que los sujetos eran capaces de realizar la evaluación. El criterio de exclusión fue presentar un nivel de deterioro cognitivo de demencia moderada o grave de acuerdo la *Escala de Deterioro Global* (Reisberg, Ferris, León Y Crook, 1982).

Como criterios de inclusión se utilizaron el hecho de ser residentes en dichas residencias así como la ausencia de un proceso neurodegenerativo por encima del deterioro cognitivo leve o moderado. La mayor parte de la muestra eran mujeres (66.07%). La edad media ( $M=82.88$ ,  $DT=7.150$ ) osciló entre los 60 y los 100 años. El 75% de los residentes eran viudos y el resto solteros (7.14%) o separados/divorciados (5.35%).

### *Instrumentos*

Con relación a los cuidadores profesionales de las residencias, se administró una prueba psicológica validada que valoraba el *burnout* y un cuestionario que evaluaba características de los trabajadores de residencias de personas mayores *ad hoc*.

A continuación se describen brevemente los instrumentos.

Con respecto a los cuidadores profesionales:

*Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986). Inventario que tiene como objetivo medir el *burnout* compuesto por 22 ítems que miden tres dimensiones: agotamiento emocional (AE) formada por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 16 y 20; despersonalización (DP) compuesta por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22; y realización personal en el trabajo (RP) definida por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18 y 21. Para concretar los puntos de corte, se han tenido en consideración los descritos en el estudio de N. Seisdedos (1997) con la población española distribuyendo las puntuaciones en tres categorías para cada dimensión, obteniendo: AE bajo (menos de 18 puntos), AE medio (de 19 a 26 puntos) y AE alto (más de 27); DP baja (menos de 5 puntos), DP media (entre 6 y 9) y DP alta (más de 10 puntos); RP baja (menos de 33 puntos), RP media (de 34 a 39) y RP alta (más de 40). Alfa de Cronbach oscila entre los valores .71 y .90 (Alarcón, Vaz y Guisado, 2002).

*Encuesta a trabajadores de residencias de personas mayores* (Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro, 2011). Instrumento formado por 48 ítems que conforman cuatro bloques: características sociodemográficas, consumo de drogas, problemas a nivel laboral o familiar y hábitos deportivos y de la salud. Se obtiene un *alfa* de Cronbach de .639.

Con respecto a los residentes, se aplicó:

*Cuestionario Breve de Calidad de Vida* (CUBRECAVI) (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). Instrumento que parte de una visión multidimensional de la calidad de vida, formado por 21 subescalas las cuales se agrupan a su vez en nueve escalas que hacen referencia a la salud, la integración social, las habilidades funcionales, la actividad y ocio, la calidad ambiental, la satisfacción con la vida, la educación, los ingresos, los servicios sociales y sanitarios así como la calidad de vida. Con los ítems seleccionados se ha hecho un sumatorio para poder obtener un índice global. En términos generales, la consistencia interna y fiabilidad de las escalas fluctúa entre .92 y .70.

### *Diseño*

Para la realización de esta investigación se aplicó un enfoque no experimental de tipo comparativo mediante la aplicación de varios instrumentos de medición psicológica a dos muestras de trabajadores y residentes de centros institucionalizados de Lorca (Murcia) y Barcelona.

### *Procedimiento*

Se accedió a la muestra a través de una entrevista con los directivos de los centros residenciales de personas mayores en Lorca (Murcia) y Barcelona, con la finalidad de describir los objetivos de la investigación así como los instrumentos de evaluación. La participación de la muestra profesionales fue voluntaria, asegurando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos recogidos y la finalidad del mismo.

Los cuestionarios fueron administrados por los autores del estudio así como por estudiantes en prácticas en marzo de 2012 en el caso de los trabajadores y en los meses de julio y agosto del 2012 para la recopilación de los datos relativos a los residentes. Debido a las características del estudio y de la población, se produjo mortandad experimental.

Tras la recopilación de los datos se creó una base para el *análisis de datos* con el programa SPSS (v. 19). Se llevó a cabo un análisis descriptivo y un análisis de varianza simple utilizando como variable independiente la variable centro y como variables dependientes las de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

## **RESULTADOS**

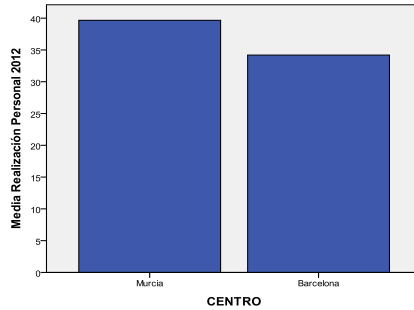
### *Estudio de las dimensiones de burnout*

La primera hipótesis trataba de comprobar si las dimensiones de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional) difieren en función del centro de residencia. Para ello se realizó un ANOVA en un sentido en la que la VD era el agotamiento emocional y la VI el centro. Los resultados revelan que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el lugar de residencia ( $F_{1,17} = 1.967$ ;  $p = 0.179$ ). Tampoco se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la despersonalización y el lugar de residencia ( $F_{1,17} = 0.726$ ;  $p = 0.406$ ).

Para concluir, se comprobó si la realización personal en el trabajo estaba afectada por el centro (residentes de Murcia y Barcelona). Los resultados muestran que sí hay diferencias significativas entre ambos centros ( $F_{1,17} = 8.926$ ;  $p = 0.008$ ),  $\eta^2$  corregido = 0.306, y una potencia  $\Phi = 0.804$ .

En consecuencia más del 30% de la varianza total está explicado por el factor centro, valores aceptables según Cohen. En concreto, la calidad de vida percibida por los residentes de Murcia ( $M = 39.667$ ,  $DT = 4.664$ ) es sensiblemente superior a la de los residentes de Barcelona ( $M = 34.200$ ,  $DT = 3.259$ ), tal como se observa en la figura 1.

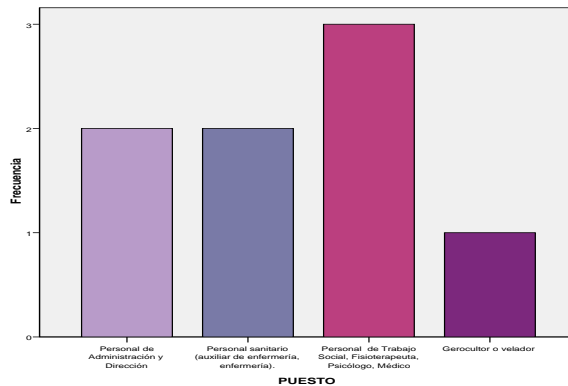
Figura 1. Comparación de medias en realización profesional en función del centro



### *Estudio de la realización profesional de los cuidadores profesionales*

Se llevó a cabo un análisis descriptivo (véase figura 2) en la que se escogió la variable RP recodificada y los usuarios con alta realización personal (objetivo 2). En concreto, seleccionamos altos niveles de RP para ser analizados. Los resultados muestran que el 42.10% de la muestra de cuidadores presenta una alta realización, siendo el 87.5% de Murcia y el 12.5% restante de Barcelona. El 87.5% son mujeres. El estado civil casado es el mayoritario (75%). El 50% de los profesionales no tiene hijos, seguidos del 25% que tiene dos. La edad presenta una amplia variabilidad que oscila de los 26 a los 52 años.

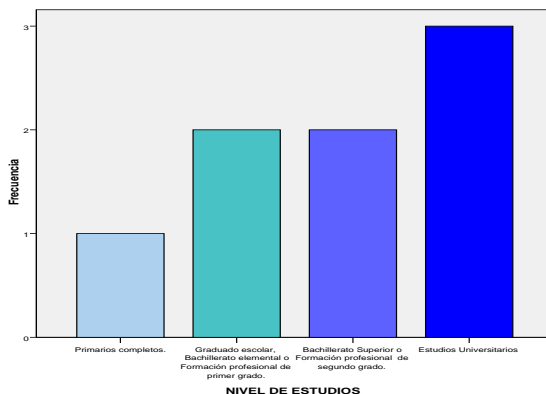
Figura 2. Relación entre el puesto de trabajo y el nivel de realización profesional



Respecto al puesto que desempeñan, el personal de Trabajo Social, Fisioterapia, Psicología y Medicina son los que obtienen mayor porcentaje (37.5%) (Figura 2). Asimismo, el 75% de la muestra que ha obtenido la categoría de 3 en esta variable convive con su pareja y ésta trabaja fuera de casa (50%). Aquellos con estudios

universitarios y un alto nivel de realización profesional (37.5%) destacan sobre aquellos con estudios primarios a igual nivel (12.5%) (Figura 3).

Figura 3. Relación entre el nivel de estudios y la realización profesional



En relación al tiempo trabajado con mayores, aquellos con más de 10 años o de 3 a 5 años son los que obtienen un mayor porcentaje (75% entre ambos casos). Por otro lado, el 87.5% no ha faltado ningún día al trabajo en el último mes o no ha pedido baja laboral el último año. El 75% no consume pastillas para dormir. Finalmente, el 100% considera que está bien formado en demencias y Alzheimer para desempeñar su puesto de trabajo.

#### *Análisis de la calidad de vida de los residentes*

El análisis descriptivo de las muestras de usuarios con respecto a la calidad de vida (objetivo 3) que el 98.2% de los usuarios se encuentran satisfechos con la residencia en la cual se hallan. El 81.8% está satisfecho con el modo de ocupar su tiempo. Sólo el 16.1% considera que pueda valerse por sí mismo totalmente. El 94.6% está satisfecho con la relación con otros residentes. La frecuencia con la que los residentes son visitados por amigos, el 39.3% afirma que nunca o casi nunca es visitado y el 26.8% incluso llega a expresar que no tiene amigos. Con respecto a la frecuencia de la visita de familiares, el 21.4% nunca o casi nunca es visitado y el 10.7% afirma no tener. Además, el 30.4% está algo o nada satisfecho con su salud actual. Se destaca asimismo la media en calidad de vida de los residentes de Murcia ( $M=17.545$ ) es inferior a la percibida en Barcelona ( $M=23.478$ ), de acuerdo con la prueba  $F$  de Welch [ $F_{Welch 1, 53.927} = 33.374, p=0.000, \eta^2 \text{ corregido} = 0.377$ , y una potencia  $\Phi=1$ , con un 37% de la varianza total explicada por el factor centro, lo cual es un valor aceptable de acuerdo con Cohen.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación parte de una serie de estudios previos realizados en cuidadores profesionales de personas con demencia y otras enfermedades en centros institucionalizados. En concreto, se realizaron una serie de estudios comparativos entre Barcelona y Murcia en diferentes momentos para realizar un primer acercamiento al análisis longitudinal de los síntomas. Así pues, en una primera aproximación se recogió información sobre el grado de *burnout* de los profesionales de las residencias. En una segunda fase, se analizó su evolución y se profundizó en aquellos síntomas compatibles con el trastorno por estrés postraumático (TEP). En esta ocasión, y ubicándonos en una tercera fase en el desarrollo de nuestra investigación, se plantea como principales objetivos profundizar en el estudio de las dimensiones del *burnout*, ahondar en las características del trabajador con alta realización profesional y describir en mayor medida la calidad de vida de las personas dependientes.

Las principales conclusiones que se extraen apuntan que, si bien es cierto que el síndrome de *burnout* difiere en función del centro de residencia (objetivo 1), éste lo hace únicamente para la dimensión de realización profesional. Este hecho resulta muy curioso ya que las puntuaciones medias más altas se encuentran en Lorca (Murcia), lugar donde ocurrió un terremoto devastador que produjo incluso el desplazamiento temporal del personal y de los usuarios porque las instalaciones habían quedado inutilizables. Las conclusiones extraídas de una investigación anterior reflejan niveles más altos de despersonalización en la muestra de Barcelona en comparación con la de Murcia, estando en consonancia con la tendencia hallada aquí (Martínez *et al.*, 2012). En dicho estudio se encontraron niveles altos de realización profesional en el 77.8% de los trabajadores de Lorca frente a un 10% en Barcelona. Las diferencias halladas en la investigación actual a favor de los trabajadores de la residencia lorquina podrían deberse a la ayuda que diversos servicios, entidades y personas prestaron de forma desinteresada para que pudieran rehacer la normalidad y se cubrieran sus necesidades básicas con la mayor brevedad posible. En ocasiones, una situación adversa puede llevar consigo mayor entrega y dedicación en aras de luchar contra la adversidad, tratando de dar significado a sus vidas y marcándose objetivos vitales a largo plazo. Estas son las conclusiones a las que llegó un estudio comparativo entre dos sociedades tan dispares como la israelí y la americana. Al contrario de lo que pudiera pensarse previamente, los trabajadores israelíes presentaban menores niveles de estrés y mayores de significación personal que los americanos (Pines, 2004).

En relación al objetivo 2, encontramos que el perfil de un cuidador profesional con altos niveles de realización personal en el trabajo es, principalmente, el de una mujer, de estado civil casada, con estudios universitarios, que vive con una pareja que además está en activo, con una buena higiene del sueño, que no suele solicitar la baja

laboral y que está formada en materia de demencia y Alzheimer. Para fundamentar el estudio de este objetivo, volvemos a remitirnos a nuestro estudio de 2012, en el que se encontró mayor realización profesional en trabajadores de Murcia. Por dicho motivo, se propone analizar más cuidadosamente cuáles son las características del cuidador profesional con mayor nivel de realización personal en el trabajo. Vemos como la formación que el trabajador tenga es crucial a la hora de asociarse con altos niveles de realización profesional. Así, queda comprobado que niveles bajos de *burnout* se asocian a conocimientos previos en demencias y Alzheimer por parte de los cuidadores. La formación supone una apuesta por la calidad laboral del cuidador (Gázquez, Pérez-Fuentes, Fernández, González, Ruiz y Díaz, 2009). Por tanto, queda justificada la importancia de indagar con mayor profundidad en esta temática.

Con respecto al objetivo 3, la descripción de la calidad de vida de las personas mayores de ambas residencias refleja diferencias significativas de forma que la población de Barcelona percibe mayor calidad vital que en Lorca (tal y como se refleja en un estudio paralelo que se está realizando con los mismo datos). Esto resulta lógico ya que los residentes vivieron cambios drásticos en sus vidas y en sus rutinas y hábitos tras el sésimo. No obstante, si contrastamos estos datos con el objetivo 1, parece ser que los trabajadores murcianos están más autorrealizados profesionalmente que los catalanes pero al mismo tiempo los residentes del primer centro perciben menor calidad de vida que los del segundo. De nuevo, si introducimos en la explicación el hecho de haber sufrido una catástrofe natural, es lógico pensar que los principales aspectos que definen la calidad de vida del residente habrán sido modificados drásticamente en el caso de Lorca, con la consiguiente merma de calidad.

Una primera aproximación puede llevarnos a pensar que el síndrome de estar quemado en el trabajo no guarda relación con la calidad de vida del usuario, ya que, como hemos visto, mayores niveles de realización profesional en el trabajador no coinciden con la mayor percepción de calidad de vida en el residente de su mismo centro. Por tanto, es necesario indagar más en la temática en aras de localizar variables de estudio claves para comprender el fenómeno así como controlar otras variables extrañas que se hayan podido escapar. En este trabajo el único nexo de unión entre trabajadores y los residentes ha sido el centro de trabajo y el tamaño muestral de unos y otros ha sido dispar, así como variables diferentes, aspectos que habrá que tener en cuenta en futuros estudios. Estos datos controvertidos apoyan el concepto de calidad de vida como un constructo de gran complejidad (Molina, Meléndez y Navarro, 2008).

De aquí se deduce la necesidad de desarrollar medidas organizativas y metodológicas que incidan no sólo sobre los usuarios, sino también sobre los trabajadores de la residencia, ya que es de esperar que todas las intervenciones y modificaciones que se realicen sobre el sistema tengan repercusiones sobre la calidad de vida.

Para concluir, la presencia de sintomatología asociada a *burnout* nos recuerda que el estrés laboral es una variable a tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier programa de intervención y de prevención. En esta línea, la formación es esencial en la prevención de los efectos nocivos del estrés. Esto puede ser debido al hecho de que dotar al cuidador de las herramientas necesarias para conocer al paciente y saber cómo tratarlo conlleva mayor sentimiento de autoeficacia y mejoras en su rendimiento laboral.

#### *Aplicación y futuras líneas de investigación*

La aplicabilidad del estudio queda manifiesta si aludimos a la necesidad de intervenir precozmente sobre las dificultades de la forma lo más precoz posible. En otras palabras, la prevención primaria resulta fundamental y para ello es necesario conocer a fondo cuáles son las características que definen un puesto de trabajo, al trabajador, al paciente y a la organización de la que todos forman parte. En este sentido, es necesario intervenir de forma eficaz y de la forma lo más ajustada posible a las necesidades de cada uno. Aunque los resultados que se muestran en este estudio resultan interesantes, se debe tener en consideración que éstos pueden haberse visto influenciados por el pequeño valor muestral de los profesionales. Una mayor muestra ayudaría a discernir en mayor detalle las relaciones entre la calidad de vida y el *burnout*. Del mismo modo, existen multitud de variables que pueden haber influido en los niveles y que son difíciles de controlar: la nueva residencia, la comida, las habitaciones, la compañía, la movilidad, etc.

En cualquier caso, conocer cuáles son las dimensiones que definen el *burnout* así como cuáles son las características que describen la calidad de vida de los cuidadores y de los residentes es un dato esencial a la hora de desarrollar programas eficaces. Hasta ahora, en lugar de una intervención proactiva, se ha ido dando una intervención reactiva, que actúa una vez el problema ha aparecido y como respuesta a él. Este concepto guarda una mayor relación con la prevención secundaria (actuaciones ante la aparición del problema) y la prevención terciaria (encaminada a mitigar las consecuencias negativas de un problema más que establecido). Asimismo, se tendrá que considerar variables de personalidad que puedan estar mediando con el resto (Ríos, Godoy y Sánchez-Meca, 2011). En esta línea, se podría plantear en próximos estudios la utilización de otro tipo de instrumento que mida la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas ya que se está avanzando en esta necesidad (Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez y Mercader, 2012).

Con todo ello, tan solo cabe decir que, actualmente nos estamos aproximando a un modelo global que aúne la calidad de vida de los cuidadores y de los residentes así como los problemas derivados de su ausencia, siendo ésta una de las futuras vías de trabajo.

## REFERENCIAS

- Alarcón, J., Vaz, F. y Guisado, J. (2001). Análisis del síndrome de *burnout*: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barna*, 28(6), 358-381.
- Birren, J.E. y Schaie, K.W. (2001). *Handbook of the psychology of aging* (5th Edition). San Diego, CA: Academic Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). The construct of Quality of Life among the elderly. En E. Beregi, I. A. Gergerly y Rajczi (Eds.), *Recent advances in aging science. The XVth Congress of the International Association of Gerontology* (pp. 1627-1630). Budapest, Hungary.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. (2007). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*. Madrid: TEA.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Lucas, F. y Yuste, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327-333.
- Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. y Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273.
- Iglesias-Souto, P.M. y Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 85-91.
- Martínez, J.P. (2011). *El estrés de los profesores. Un análisis sobre los factores de estrés en los profesores de secundaria de Murcia*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Martínez, J.P., Méndez, I., Secanilla, E. y González, E. (2012). Evolución de los niveles de *burnout* en un estudio comparativo en cuidadores profesionales tras una situación de estrés postraumático. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2(1), 29-39.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el *burnout*. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J.P. y Navarro, J. (2011). *Encuesta a trabajadores de residencias de personas mayores*. No publicado.
- Méndez, I., Secanilla, E. Martínez, J.P. y Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de *burnout* en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 61-70.
- Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J. y Mercader, I. (2012). Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la calidad de vida en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2(2), 53-65.
- Molina, C., Meléndez, J.C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.
- Olivares, V.E., Vera, A., y Juárez, A. (2009). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidad en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 32, 63-71.

- Ortega, C. y López, F. (2004). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Pines, A.M. (2004). Why are Israelis less burned out? *European Psychologist*, 9(2), 69-77.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De León, M.J. y Crook T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Ríos, M.I., Godoy, C. y Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71-79.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: Manual*. Madrid: TEA.
- Viejo, S. y González, M. (2013). Presencia de estrés laboral, síndrome de *burnout* y *engagement* en personal de enfermería del Hospital del Niño Morelense y su relación con determinados factores laborales. *European Scientific Journal*, 9(12), 112-119.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO, Colección Estudios.

Recibido: 22 de mayo de 2013  
Recepción Modificaciones: 24 de junio de 2013  
Aceptado: 30 de septiembre de 2013