



UNIVERSIDAD  
INTERNACIONAL  
DE LA RIOJA

**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Facultad de Derecho**

---

# Síndrome de Quemarse por el Trabajo (*burnout*) en Auxiliares de Ayuda a Domicilio

---

Trabajo fin de grado presentado por:

Beatriz Subías Puértolas

Titulación:

Grado de Trabajo Social

Línea de investigación:

Servicios Sociales

Director/a:

Santiago Prado Conde

Fecha de finalización: 21 de febrero de 2014

CATEGORÍA TESAURO: 3.4. Trabajo Social y Educación Social: 3.4.5. Servicios Sociales

## Resumen

En el presente estudio examinamos y analizamos el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) para conocer si está presente en las auxiliares de ayuda a domicilio que desempeñan su labor en el Servicio de Prestaciones Sociales Domiciliarias de la zona II de Zaragoza.

A través de la realización del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, CESQT, a una muestra de 50 trabajadoras (N=50), se han obtenido las puntuaciones en las 4 escalas que mide el cuestionario y que representan la estructura del síndrome según el modelo del autor Gil-Monte: Ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, e indolencia. Incluye también la medición del sentimiento de culpa y una escala total del síndrome de quemarse por el trabajo (resultado de la combinación de las tres primeras). Según ésta la mitad de las trabajadoras presentan niveles por encima de la media para la escala total SQT.

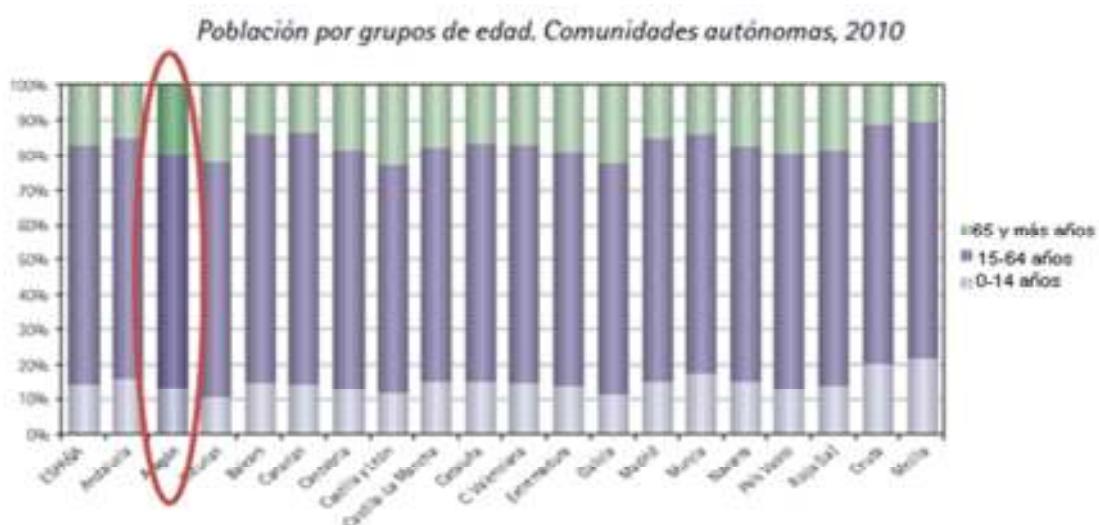
**Palabras clave:** Servicio de ayuda a domicilio, auxiliar de ayuda a domicilio, síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*), Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

# ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	2
1.1.	Justificación de la elección del tema.....	4
1.2.	Planteamiento del problema.....	5
1.3.	Objetivos .....	6
2.	MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.	Síndrome de quemarse por el trabajo ( <i>burnout</i> ) .....	7
2.2.	La profesión de auxiliar de ayuda a domicilio. ....	22
3.	MARCO EMPÍRICO .....	25
3.1.	Diseño de la investigación.....	25
3.2.	Resultados de la investigación .....	30
3.3.	Resultados del CESQT y discusión crítica.....	35
4.	CONCLUSIONES.....	44
5.	LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS .....	46
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	52
8.	ÍNDICES .....	53
8.1.	Índice figuras.....	53
8.2.	Índice tablas .....	53
9.	ANEXOS .....	55
	Anexo I. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo .....	55
	Anexo II. Autocopiativo del CESQT para la corrección del mismo .....	56
	Anexo III. Documento de consentimiento informado .....	57
	Anexo IV Tabla 14. .....	59
	Anexo V. Matriz de datos de la investigación.....	60

## 1. INTRODUCCIÓN

Las grandes transformaciones sociales acontecidas en la Europa del siglo XX, se han materializado en nuestro país en las últimas décadas a un ritmo vertiginoso. En un corto espacio de tiempo hemos sido testigos del cambio demográfico que ha sufrido la población española, y particularmente la aragonesa, incrementándose la proporción de personas que pertenecen al grupo que se conoce como tercera edad. Los diferentes factores que han propiciado un aumento de la esperanza de vida en nuestro país unidos al descenso del índice de natalidad, han provocado un cambio en la forma tradicional de nuestra pirámide poblacional; hablamos del envejecimiento demográfico, es decir, hay un porcentaje muy elevado de personas mayores de 65 años con respecto al resto de los grupos de edad.



**Figura 1. Población por grupos de edad por Comunidades autónomas en 2010 (IMSERSO, 2012, p 45)**

En la ciudad de Zaragoza, más de un 18% de la población censada es mayor de 65 años. Según datos del Padrón Continuo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, a fecha 1 de enero de 2012 de las 679.624 personas empadronadas en la capital aragonesa, 127.161 tienen 65 años o más (ver Tabla 1).

El envejecimiento demográfico expuesto supone una feminización y un sobreenvejecimiento de la sociedad (superior índice porcentual de mujeres y de personas mayores de 80 años) y está estrechamente vinculado al importante aumento de las personas dependientes para la realización de las actividades de la vida diaria lo que ha supuesto un nuevo reto social para la atención del colectivo de personas mayores con necesidades de atención o cuidados básicos en el día a día.

**Tabla 1. Población por sexo, municipios y edad. 2012**

Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos por municipios									
50.- Zaragoza									
Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales).									
Unidades:personas									
	Total	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y más
Ambos sexos									
50297-Zaragoza	127.161	34.491	25.385	27.157	20.906	12.870	5.059	1.143	150

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

**Fuente: Extraída de INE, 2013**

Como ya ocurriera en Europa comienzan en España a tomar fuerza las teorías comunitarias, se refleja en la reflexión del sociólogo Luis González Seara (citado en Trigueros y Mondragón, 2008), “la inmensa mayoría de los problemas de los individuos de hoy tienen un origen social y por consiguiente a esos problemas que tienen un origen social hay que darles respuestas sociales en una comunidad organizada” (p. 1).

En la década de los ochenta empiezan a promoverse políticas integradoras de atención a las personas mayores que eviten la desvinculación de su entorno próximo. El Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante SAD), es el servicio básico por excelencia que aglutina esta visión de los Servicios Sociales: atención primaria, con carácter general y polivalente, para prestar apoyo en la unidad convivencial, aumentando así la autonomía de los receptores y evitando o retrasando su institucionalización.

En España se conceptualiza como Prestación Básica a través del Plan Concertado de Servicios Sociales de 1988, en el que se establece la cooperación económica y técnica entre el Estado y las Comunidades Autónomas estableciendo así una garantía de mínimos de asistencia en Servicios Sociales. Las Autonomías comienzan a legislar sobre las nuevas competencias transferidas en la materia, proporcionando de este modo mayores posibilidades de adecuación de las políticas y recursos a las necesidades sociales a través de un conocimiento más próximo de las demandas.

A partir de este cambio conceptual, la intervención social se organiza en torno a la noción de “ayuda”, con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos, es decir, su autonomía, apoyando así sus esfuerzos por permanecer en su medio habitual de vida (Lesseman y Martín, 1993; citado por Sancho y Rodríguez, 2001, p. 259-275).

## 1.1. Justificación de la elección del tema

La división establecida por el Ayuntamiento de Zaragoza en el pliego de condiciones técnicas del Servicio de Prestaciones Sociales Domiciliarias limita la Zona II en los distritos de Actur, Arrabal, Barrios Rurales Norte, Centro, La Jota, Las Fuentes, San José y Santa Isabel. La población que pertenece a esta Unidad Territorial supone el 51,02% del total de la población empadronada en Zaragoza según últimos datos publicados en la web del Observatorio Municipal de Estadística.

El SAD se presta a través de un equipo multidisciplinar de profesionales. Principalmente formado por las trabajadoras sociales y las auxiliares de ayuda a domicilio, aunque según la intensidad de la intervención muchos otros profesionales toman parte: licenciados en medicina, diplomados universitarios en enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, licenciados en psicología, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería... y un largo etc.

Las auxiliares de SAD son las profesionales de atención directa, es decir, acuden regularmente a los domicilios, llevan a cabo las actividades de ayuda planificadas, y mantienen una relación más estrecha con las personas usuarias. Según la Ordenanza Municipal del Ayuntamiento de la Ciudad de Zaragoza sobre Prestaciones Sociales Domiciliarias estas tareas de atención a las actividades de la vida diaria son las siguientes:

➔ De atención a las necesidades domésticas o del hogar:

- Limpieza cotidiana de la vivienda.
- Limpieza general del domicilio en casos específicos de necesidad determinada por el/la trabajador/a social del Centro Municipal de Servicios Sociales
- Recogida, lavado, repaso y planchado de ropa, siempre y cuando el beneficiario de la prestación disponga de lavadora y plancha.
- Compra y cocinado de alimentos y limpieza de vajillas.
- Colaborar en la ingestión de alimentos y en la vestimenta de las personas en situación de dependencia.
- Reparación menor de utensilios domésticos y de uso personal cuya necesidad de arreglo se presente de modo imprevisto y que el usuario por sus limitaciones no pueda arreglar, siempre y cuando no se precise para ello de la intervención de un profesional especialista.

➔ De atención personal:

- Movilización y tareas de aseo e higiene habitual de los/as usuario/as, sin que en ningún caso puedan prestarse tareas de carácter sanitario, excepto la ayuda en la ingestión de medicamentos prescritos. Queda terminantemente prohibido realizar curas de cualquier tipo, así como administración de alimentos o medicamentos vía intramuscular, intravenosa o similares.
- Compañía y entretenimiento en el propio domicilio, velando siempre por la seguridad del usuario/a, sin que en ningún caso puedan prestarse tareas de carácter educativo – escolar.
- Compañía y gestiones en traslados fuera del domicilio: Centro de día, visitas médicas, visitas a la familia, centros escolares, etc., así como recogida y entrega de documentos de forma esporádica.
- Promoción de hábitos personales y sociales.
- Desarrollo de habilidades para las actividades de la vida diaria en los propios usuarios.

Este nutrido grupo de tareas, los ambiciosos objetivos del SAD orientados a la atención integral de la persona, la carga psicológica de la atención continuada a usuarios/as en situación de dependencia, la limitación horaria, el contexto domiciliario en el que se desarrolla el servicio, junto con otras muchas variables, componen un exigente y complicado marco para el desempeño de la profesión de auxiliar de ayuda a domicilio.

## 1.2. Planteamiento del problema

En mi experiencia, como trabajadora social del SAD de Zaragoza, he coordinado el servicio en diferentes zonas de la ciudad, trabajando con los distintos grupos de auxiliares que desempeñan su labor profesional en cada una de ellas.

Se ha detectado dentro de los equipos cierto grado de descontento o baja motivación a nivel profesional entre las auxiliares de ayuda a domicilio, muchas veces transmitido como la falta de valoración de su trabajo por los/las usuarios/as o el gran número de tareas, que no están dentro de sus competencias, y se les solicitan. Este desgaste psicológico que observamos en algunas compañeras genera malestares y se traduce en una baja valoración de su profesión, podríamos encontrarnos ante el síndrome de *burnout*, tan estrechamente ligado a los profesionales de servicios sociales.

El elevado índice de absentismo, es otro factor que puede indicarnos una baja satisfacción laboral y las características del servicio no facilitan el sentimiento de respaldo del equipo, el contacto entre compañeras es muy puntual durante el trabajo diario.

Esta falta de autoestima profesional contrasta con los altos niveles de satisfacción que muestran las personas usuarias del servicio, ya que en las encuestas anuales sobre la calidad del servicio destacan la labor de estas profesionales: reciben una nota media de 9,54 según la Memoria anual 2012 del Servicio de Prestaciones Sociales Domiciliarias. Zona II del Ayuntamiento de Zaragoza, elaborada por la empresa gestora.

A través de este Trabajo de Fin de Grado se pretende conocer la percepción y valoración que tienen las Auxiliares del estrés laboral que afecta al desarrollo de su profesión, y en qué medida existe este malestar manifestado en los equipos y si podría diagnosticarse como *burnout* o síndrome de quemarse por el trabajo (en adelante SQT). Para poder elaborar estrategias de intervención futuras que permitan potenciar los elementos positivos y trabajar sobre los negativos aumentando así su motivación y desarrollo profesional es importante identificar los aspectos que consideran negativos y los positivos para analizarlos, conocer su origen o características.

### 1.3. Objetivos

**1.3.2. General: Analizar si las auxiliares de ayuda a domicilio del Servicio de Prestaciones Domiciliarias de la Zona II de Zaragoza están afectadas por el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*).**

**1.3.3. Específicos:**

- I. Analizar el perfil sociodemográfico de las auxiliares de ayuda a domicilio que trabajan actualmente en el SAD de la Zona II de Zaragoza.
- II. Analizar en qué grado se ven afectadas las profesionales del SAD por el síndrome de quemarse por el trabajo.
- III. Identificar y analizar en qué aspectos de los evaluados, según las escalas establecidas en el CESQT, se obtienen índices más altos.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*)

Para poder interpretar adecuadamente los resultados de la investigación debemos definir los conceptos básicos relacionados con el SQT o *burnout*. Acotar la terminología usada para hablar del proceso de SQT, conocer trabajos anteriores sobre el tema y la legislación implicada en el diagnóstico y prevención del SQT es imprescindible para comprender su relevancia académica y la evolución de los estudios sobre el tema. Delimitar el término para que no haya confusiones, analizando sus características y otros factores implicados para poder extraer conclusiones correctas de los datos obtenidos.

#### 2.1.1. Antecedentes, delimitación y evolución del concepto del SQT

Múltiples autores (Bosqued, 2005; Facal-Fondo, 2012; Ferrer, 2005; Gil-Monte, 2006; Molina, 2006; Sopenses, 2005) coinciden, de un modo u otro, en situar la aparición del término de *burnout syndrome* en 1974 y atribuirlo al psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger.

El mencionado autor observó que muchos de los jóvenes voluntarios que participaban en la *Free Clinic* de Nueva York experimentaban una disminución paulatina de su motivación y de la energía con la que desempeñaban de sus funciones, sobre todo los más idealistas, y comenzó a denominarles coloquialmente con el mismo término con el que conocían a las personas drogodependientes que reincidían habitualmente en el consumo de estupefacientes y debían ser ingresados en la clínica casi periódicamente, “quemados” (Ferrer, 2005).

Bosqued (2005) indica que dicho autor percibe en los trabajadores y voluntarios de la clínica de desintoxicación dónde trabajaba, que tras unos años de ejercicio profesional la capacidad empática con los pacientes disminuía, así como la motivación por el trabajo y la energía puesta en el desempeño de sus tareas. A la vez, observa síntomas propios de la ansiedad y la depresión. Señala que describe así el primer cuadro clínico de la patología. Este autor enfatiza que no es un agotamiento por exceso de trabajo que se soluciona con unas vacaciones, sino una especie de “erosión del espíritu” que implica la pérdida de motivación.

Comienza con Freudenberger el desarrollo del *burnout* como un tipo de estrés que principalmente afecta a profesiones asistenciales (Montero, García-Campayo, Andrés, 2009).

Gil-Monte (2006) resalta que aparece así la primera definición del término en una publicación científica, y recoge dos aspectos principales para la delimitación del mismo, se trata de un problema de salud, unido al ejercicio de la actividad profesional: “una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con las personas en la prestación de servicios como consecuencia del ejercicio diario del trabajo” (p. 14).

Ferrer (2005) recoge una serie de observaciones realizadas por Freudenberg:

La persona que acostumbraba a ser la más activa y la que más hablaba en las reuniones de equipo, ahora no dice nada; sentada en una esquina de la mesa.

Parece resentida, desencantada, fatigada, aburrida, desanimada y confusa.

Está tensa, se irrita con facilidad, se frustra con cosas que normalmente serían de importancia moderada (p. 94).

Estas observaciones pueden ayudar en el comienzo de la exploración y comprensión del concepto y los síntomas del SQT, pero como señalan Moreno-Jiménez, Rodríguez, Garrosa y Morante (2005) estas primeras definiciones y reflexiones están basadas en la observación clínica de manera asistemática con la pretensión de la explicación de comportamientos anómalos de los trabajadores de dichas clínicas, “nunca se ha llegado a desarrollar un método sistemático y estandarizado desde la perspectiva clínica” (p. 164).

Atance (1997) expone que el estudio del síndrome no comienza a adquirir importancia hasta la difusión de las teorías de Christina Maslach y Susan E. Jackson.

Moreno-Jiménez, Bustos, Matallan y Miralles, (1997) recogen la primera aproximación al término *burnout* realizada por Maslach en el año 1976 a raíz del desarrollo de sus estudios basados en los procesos emocionales y la respuesta emocional que surge tras la relación interpersonal con los clientes, queda definido como un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los mismos en su trabajo. Por lo que claramente desde los cimientos de la investigación esta primera definición está vinculada a las profesiones de servicio y ayuda.

Posteriormente, siguiendo con sus estudios de categorización emocional, en el año 1981, Maslach y Jackson, lo describieron como “... síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizados por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda...” (Molina, 2006, p. 25).

En los años siguientes proliferan diferentes acercamientos a la realidad del *burnout* tratando de delimitar el concepto y diferenciarlo de realidades similares. Gil-Monte (2005a)

marca como punto de inflexión las conclusiones de la revisión literaria llevada a cabo por Perlman y Hartman (1982) dónde definen el SQT como “una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización” (p. 45). La inclusión de estos tres aspectos del síndrome coincidentes con las tres dimensiones que analiza el primer cuestionario diseñado para su medición por Maslach y Jackson, el *Maslach Burnout Inventory* (en adelante MBI), sirvió de aval para que las investigaciones de estas autoras se consideren base teórica del SQT y fue determinante para la aceptación por la comunidad científica de la actual definición del SQT como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001)” (Marucco, Gil-Monte, y Flamenco, 2007, p. 33).

Unido a este proceso de ebullición de formulaciones y aproximaciones se añade en nuestro país la coyuntura de la traducción de términos. Surgen desde entonces diferentes denominaciones en castellano. En diversos estudios sobre sus características, efectos o sobre métodos de medición, es frecuente encontrar diferentes nombres con los que se intenta hacer referencia a una misma realidad: “Se trata de lo que se denomina el síndrome del quemado, síndrome de Tomás o también síndrome del desengañado, lo que académicamente se entiende como un estado de agotamiento y desgaste laboral,...” (Lomeña, Campaña, Nuevo, Rosas, Berrocal, García Molina, 2004, p. 148).

Evitar la confusión terminológica a nivel académico y científico es de vital importancia para la investigación, identificación y diagnóstico del SQT. El profesor Gil-Monte (2005a), para la delimitación conceptual del síndrome realiza una revisión de la literatura, diferenciando 19 definiciones distintas dadas por diversos autores en nuestro idioma organiza en 3 grupos los diferentes términos:

1. Los derivadas de una traducción literal del término original *burnout*: “Síndrome de quemarse por el trabajo”, “Síndrome de estar quemado en el trabajo”, “Síndrome de estar quemado”, “Síndrome del quemado”, “estar quemado” entre otros.

2. Los términos que no suponen una traducción literal sino más bien una posible descripción de la patología o los síntomas: “Desgaste psicológico por el trabajo”, “agotamiento profesional”, “Síndrome de cansancio emocional”.

3. El último grupo recoge los estudios que identifican el SQT como sinónimo de estrés laboral: “Estrés crónico laboral asistencia”, “estrés laboral asistencial”, “estrés profesional”, “estrés laboral”

El autor defiende que una terminología adecuada debe incluir la denominación síndrome, ya que por su propia definición indica la existencia de síntomas y esto aporta una información muy valiosa para la comprensión de la definición, es decir, ya indica que existen unos síntomas que identificar para diagnosticar la patología.

Enmarcarlo en el contexto laboral es también primordial. Rigurosamente el término laboral o profesional solo indica que ocurre en el trabajo, pero con el término síndrome de quemarse por el trabajo estamos identificando el origen del problema. No solamente se señala dónde ocurre, síndrome de quemarse en el trabajo, sino que la preposición por indica causalidad, es decir, que la causa de la patología está en el entorno laboral, no en el individuo, y es este el que se debe modificar (Gil-Monte, 2005a).

La última ventaja señalada por el autor es la de desligar la patología laboral de un término coloquial, como podría ser *estar quemado* o *quemarse*. Ya que aunque este acercamiento ha tenido sus beneficios a la hora del reconocimiento y aceptación del fenómeno, también ha contribuido a desvirtuar el significado global de proceso, identificándolo con momentos puntuales de insatisfacción laboral y no como el proceso patológico que lleva a una alteración de la capacidad laboral con todos los síntomas asociados.

Según Gil-Monte, (2005a) las acepciones acotadas en el segundo grupo señalan correctamente determinados aspectos o síntomas que sufren los trabajadores que padecen SQT, pero eso no significa que a toda persona que sufra agotamiento en su entorno laboral se le puede diagnosticar correctamente SQT. “El cansancio o agotamiento emocional es solo uno de los síntomas del síndrome, (...) reduce el síndrome al plano afectivo y emocional del individuo cuando la patología es mucho más compleja.” (p. 40).

Como ejemplo presenta el acoso moral en el trabajo (*mobbing*), un proceso que igualmente tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen en el trabajo y produce desgaste psicológico o profesional pero no es el síndrome de quemarse por el trabajo. El *mobbing* sería un estresor laboral mientras que el SQT sería la respuesta que en determinadas situaciones del entorno laboral se daría ante ese estresor: “Respuesta al estrés laboral crónico, que se desarrolla cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para manejar las situaciones de estrés.” (Gil-Monte, 2005a, p. 36).

Siguiendo esta idea llegamos a la tercera categoría de denominaciones, las que identifican el SQT con el estrés laboral. Según la Organización Mundial de la Salud estrés es “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”, por lo tanto es un proceso mucho más amplio que el SQT. “Enrique Rojas (1989) define el estrés como la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se

prolonga más allá de las propias fuerzas" (Bosqued, 2005, p. 19). Esta respuesta depende principalmente de tres factores: el grado de presión experimentado, las capacidades del sujeto para hacer frente al estrés y la vivencia subjetiva del mismo. Analizar la intervención de estos condicionantes nos lleva a comprender mejor la diferenciación entre el estrés negativo (*distress*) y el positivo (*eustress*). El primero tiene consecuencias perjudiciales para la salud de las personas, anula la capacidad resolutiva, reduce el rendimiento, es displacentero... y el segundo por el contrario favorece la adaptación, mejora el rendimiento, en general estimula la capacidad de respuesta. El estrés controlado y sin llegar a la cronicidad es beneficioso para los individuos (Bosqued, 2005; Gil-Monte, 2005a). El Estrés laboral igualmente emana de las relaciones interpersonales en el entorno profesional, y produce en muchos casos agotamiento o cansancio, pero también este estrés es el causante de la activación de procesos necesarios e importantes para el desarrollo de nuestra labor.

A modo de conclusión de este análisis conceptual y terminológico se recoge la completa definición del SQT que presenta el autor:

El SQT es una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan autoprotegerse del estrés laboral generado por sus relaciones con los clientes de la organización y, en menor medida, por sus relaciones con la organización (Gil-Monte, 2005a, p. 44).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (en adelante INSHT) dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales español a través de la Nota Técnica de Prevención 704 enmarca el *síndrome de burnout* como "una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. El producto de dicha interacción (...), es lo que denominaremos "síndrome de estar quemado por el trabajo" (SQT)" (Fidalgo, 2005a, p.1). En el mismo documento se recoge una definición completa de lo que se entiende por SQT:

Una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la

vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (Fidalgo, 2005a, p. 3).

Conocer las diferentes definiciones dadas por los autores a lo largo de la historia del concepto de SQT así como clarificar la terminología que podemos encontrar en diferentes estudios es básico para poder comprender la etiología del síndrome y, posteriormente, analizar y comparar su posible prevalencia en un colectivo de auxiliares de ayuda a domicilio.

### **2.1.2. Legislación y reconocimiento**

Las transformaciones sociales acontecidas en los últimos años han propiciado un mayor desarrollo del SQT en muchos trabajadores, y a su vez un análisis más exhaustivo por parte del mundo académico y de la salud. Los cambios en la organización del trabajo y el mercado laboral han llevado a un claro incremento de las personas empleadas en el sector servicios (más trabajo en contacto con los clientes o usuarios). Las nuevas legislaciones sobre prevención de riesgos comienzan a reconocer de forma más explícita la existencia de factores psicosociales derivados del trabajo que pueden afectar a la salud de las personas. Y toda una serie de cambios sociales, culturales y organizacionales (el actual ritmo de vida genera altos índices de estrés laboral), hacen que el SQT adquiera un tratamiento epidemiológico (Gil-Monte, 2005a).

Un reseñable indicador de la atención a este tema a nivel institucional es su inclusión en las encuestas anuales sobre las condiciones de trabajo realizadas por el INSHT. En la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011 (2012), se resume que “varios de los indicadores relativos a las exigencias derivadas de factores psicosociales han empeorado respecto a cuatro años antes” (p. 4).

Gil-Monte, (2005a) justifica que una mayor concienciación sobre la prevalencia del SQT ha sido, en parte, gracias al fomento de la cultura y la sensibilización en el mundo laboral sobre la necesidad de identificar los riesgos psicosociales y prevenirlos. Esta consideración no tendría cabida sin el respaldo legislativo que reconoce estos riesgos y sus consecuencias, (dentro de las cuales se encontraría el SQT).

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, BOE 10-11-1995) recoge este reconocimiento explícito a los riesgos laborales de carácter psicosocial. Mediante las diferentes definiciones de los conceptos básicos de la ley que recoge el artículo 4, desemboca en una inclusión de los riesgos psicosociales como

posibles factores de menoscabo de la salud de los trabajadores derivados de su actividad profesional:

- Prevención (art. 4.1º): “conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.”
- Riesgo Laboral (art 4.2º) “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.”
- Daños derivados del trabajo (art.4.3º) “las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.”

En esta última delimitación conceptual el autor resalta la inclusión de patologías como daño derivado del desempeño de las funciones laborales ya que con esa terminología se recoge más claramente los posibles problemas de causalidad psicológica y se amplía el concepto de salud laboral.

Las Notas Técnicas de Prevención son documentos elaborados por el INSHT que establecen una serie de criterios preventivos básicos para facilitar a técnicos de prevención en riesgos laborales, trabajadores, empresarios, etc. soluciones eficaces para gestionar los riesgos laborales en general. Definidas por el INSHT como herramienta o manual de consulta, no son vinculantes, ni de obligado cumplimiento, pero su objetivo es ayudar al cumplimiento de las obligaciones establecidas por las disposiciones normativas aplicables en cada momento y sector profesional, facilitando la aplicación técnica de las exigencias legales, por lo que su contenido claramente se refiere a conceptos reconocidos en materia de prevención. La elaboración en el año 2005 de las Notas Técnicas de Prevención 704 y 705 con el título *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"* (*I*) y (*II*) respectivamente, denota una vez más la conciencia adquirida sobre las problemáticas psicosociales derivadas de las actividades laborales. En ellas se recoge el concepto de SQT o *burnout*, su proceso, consecuencias y los métodos de evaluación y prevención.

La existencia de sentencias judiciales reconociendo ya los riesgos psicosociales derivados del desempeño de labores profesionales y sus posibles consecuencias, como el SQT, ratifican la mayor atención que se le presta a este fenómeno y su base legislativa: “... que el SQT haya sido considerado accidente de trabajo en España. El auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000 (recurso nº. 4379/1999) así lo reconoce” (Gil-Monte, 2005a, p. 30).

La Guía sobre el síndrome de quemado (*burnout*) del Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales de UGT (2006), recoge en su Anexo I sentencias relacionadas con el *burnout*. Las más significativas, o que implican un cambio en el tratamiento del SQT,

son: la antes mencionada (STSJ País Vasco, 2 noviembre 1999) en el que se reconoce como accidente de trabajo, y la sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (20 enero 2005) que reconoce el SQT como accidente de trabajo y declara que constituye un riesgo profesional de origen psicosocial: "...un riesgo psicosocial descrito, que ha debutado en la actora estando en el trabajo y como consecuencia del mismo" (p. 36). Resuelve así la "incapacidad permanente absoluta de la profesora para continuar su labor docente y condena a la mutua del centro escolar en el que trabajaba la profesora a abonarle una pensión del cien por cien de su base reguladora" (p. 35). Sin embargo, también hay sentencias relacionadas que no entienden el entorno laboral como causante del SQT sino que es definido como un "trastorno de adaptación del individuo al ámbito laboral (...) STSJ Navarra, 18 abril 2006" (p. 36).

Todo el reconocimiento, implícito en las sentencias jurídicas así que como su aparición en las guías documentales expuestas, sienta las bases para la existencia de una obligación legal de prevenir y reparar, como enfermedad derivada del trabajo, el SQT.

### 2.1.3. Proceso de desarrollo y características del SQT

Como se ha recogido en el apartado de delimitación conceptual, el SQT ha quedado caracterizado como un síndrome tridimensional. La definición operativa del SQT se fijó tras la construcción del MBI y los tres factores principales que éste mide (Moreno-Jiménez et al. 2005): cansancio emocional, despersonalización, y falta de realización personal y profesional.

Esta delimitación y explicación factorial queda recogida en el siguiente cuadro resumen de Marisa Bosqued (2005).

**Tabla 2. Características del síndrome de burnout**

<b>Características del síndrome de burnout</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li><b>Agotamiento emocional:</b> Fatiga, pérdida de energía con disminución de los recursos emocionales.</li><li><b>Depersonalización:</b> Actitudes de insensibilidad y deshumanización, consistentes en actitudes negativas e incluso, a veces, de cinismo, hacia los receptores del servicio prestado por el trabajador.</li><li><b>Baja realización personal:</b> Frustración por la forma de realizar el propio trabajo y los resultados conseguidos con él, que tienden a evaluarse de manera negativa y como una insuficiencia profesional propia.</li></ul>	

Fuente: Extraída de Bosqued 2005, p. 71.

Los aspectos destacables de las aproximaciones analizadas caracterizan al SQT como un proceso que se desarrolla de manera progresiva:

La mayoría de los autores se encuadran (...) en una aproximación psicosocial al estudio del fenómeno, y lo describen como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgaste y fragilidad emocional, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, y asilamientos (Gil-Monte, 2005b, p.42).

Como explican Ferrer (2005), Fidalgo (2005a) y Gil-Monte (2005b, p. 39), entre otros, el SQT se desarrolla cuando fallan reiteradamente las estrategias funcionales de afrontamiento que utiliza una persona para hacer frente al estrés laboral, "... se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias" (Fidalgo, 2005a, p. 3). Se generan así actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, añadido al cansancio emocional, se trata pues de una respuesta inadecuada o ineficiente (Ferrer, 2005).

Aunque en todo tipo de estrés intervienen los procesos perceptivos de la persona, su interpretación subjetiva, "el elevado porcentaje de incidencia observado en estudios internacionales indicaría que no se trata únicamente de disfunciones perceptivas" (Ferrer, 2005, p. 96). Debemos centrar la causalidad en las demandas, sobre todo emocionales, a las que deben responder los trabajadores, y a las condiciones laborales difíciles que ponen a prueba diariamente las habilidades sociales y tolerancia de las personas para manejar situaciones tensas sin alterar su equilibrio psicológico (Sopesens, 2005).

Numerosos autores han tratado de explicar el proceso por el cual el estrés deviene en SQT elaborando diferentes modelos explicativos sobre dicho progreso. Según Gil-Monte (2005b) podemos distinguir varias etapas cronológicas en las que agrupar estas teorías; en primer lugar los constructos teóricos (sobre la década de los 70) en la que los autores buscaban básicamente la delimitación conceptual del SQT y la elaboración de instrumentos para su medición. Posteriormente, a partir de 1980, se trata de explicar la patología identificando los principales antecedentes y consecuencias, muchos de estos modelos están basados en las tres dimensiones del MBI; el carácter tridimensional que acabamos de exponer. La diferencia principal entre ellos es el orden secuencial de los factores, es decir, cual es el primer síntoma que se presenta (Martínez, 2005) y "la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de desarrollo del SQT" (Gil-Monte, 2005b, p.47). Sin embargo antes de la aceptación general por la comunidad científica del MBI diversos autores elaboraron posibles secuencias de evolución del síndrome. Molina, (2006) y Gil-Monte, (2005b) señalan el

modelo de Edelwich y Brodsky (1980), como uno de las primeras propuestas dónde se explica el desarrollo del SQT: consta de cuatro fases que definen un proceso de desilusión hacia la actividad laboral, (1) entusiasmo, (2) estancamiento, (3) reestructuración y (4) apatía. Posteriormente, según describe Gil-Monte (2005b), los autores Price y Murphy (1984) desarrollan un modelo centrado en los sentimientos de culpa para la comprensión del deterioro psicológico que se produce con el SQT. Consta de 6 fases sintomáticas: (1) desorientación, aparecen sentimientos de fallo, (2) inestabilidad emocional, (3) sentimientos de culpa generados por el fracaso profesional, (4) soledad y tristeza, (5) solicitud de ayuda, (6) restablecimiento del equilibrio inicial.

En la década de los 90 se elaboran principalmente modelos causales debido al incremento de su impacto en las políticas de prevención de riesgos y calidad en el trabajo, que buscan una mayor precisión de diagnóstico y prevención. Con el inicio del siglo XXI aparecen estudios del SQT en todas las publicaciones vinculadas a la salud en el trabajo, consolidándose el impacto social del problema.

La necesidad de ahondar en la etiología del síndrome, explicando por qué surge y cuáles son sus consecuencias negativas originó la aparición de diferentes modelos desde marcos teóricos más amplios. Desde la perspectiva psicosocial Gil-Monte (2005b) los clasifica en tres grupos según su base teórica:

1. Modelos desde la Teoría Sociocognitiva del Yo. El Modelo de compensación social de Harrison (1983) que, según recoge Gil-Monte, se centra en la competencia percibida y la baja autoeficacia, es decir en variables de tipo personal.
2. Modelos desde las Teorías del Intercambio Social. Gil-Monte (2005b) explica que los modelos desarrollados en este marco teórico defienden que el SQT se da cuando de una manera continuada se da un desequilibrio en las relaciones interpersonales laborales, “los sujetos perciben que aportan más de los que reciben a cambio de su implicación persona y su esfuerzo” (p.51). Presenta como ejemplo el Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993), con una doble etiología: por un lado como su nombre indica la comparación social con los compañeros del trabajo y por otro los procesos de intercambio social con las personas a las que atiende (Gil-Monte, 2005b).
3. Modelos desde la Teoría Organizacional. Definiendo el SQT como un proceso de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante los autores Gascón, Olmedo y Ciccotelli, (2003), exponen el modelo de Cherniss (1980) como un modelo de tres fases, (1) Estrés debido al

desajuste entre demandas y recursos, (2) agotamiento y respuestas físicas (fatiga, ansiedad...) y (3) agotamiento defensivo y cambio de actitudes.

Los modelos elaborados dentro de la teoría organizacional inciden en los antecedentes (las condiciones de trabajo) y no tanto en los procesos internos del sujeto, como los patrones explicativos citados arriba que tratan de analizar los aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales que afectan al proceso de desarrollo del SQT (Fidalgo, 2005a). Por ello desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales las variables organizacionales juegan un papel clave en el proceso explicativo del SQT y en la NTP 704 presentan el modelo de Leiter como patrón aclaratorio del progreso del síndrome:



**Figura 2. Modelo de proceso de SQT. Leiter, 1993 (Fidalgo, 2005a, p. 3)**

El profesor Leiter recoge gráficamente la existencia de cansancio emocional como resultado del desequilibrio entre las demandas interpersonales y el exceso de trabajo, como respuesta a esta situación se da la despersonalización y el resultado de ésta es la falta de realización personal (Gascón et al, 2003).

Desde el punto de vista de la ética, Marino Martínez (2005) señala el proceso subjetivo que supone el SQT, en tanto que presenta la noción “sentirse” frente a la de “estar” o “ser”, da lugar a hablar de desmoralización como un aspecto más del SQT. Dado que la falta de moral supone la falta de disposición o de coraje suficiente para hacer frente a los retos diarios que se plantean.

Ferrer (2005) esquematiza las características del SQT en ocho puntos que sintetizamos a modo de rápido resumen sobre lo expuesto:

- Proceso de estrés crónico de varios años.
- No se genera por sobrecarga cuantitativa sino a raíz de los aspectos cualitativos de los procesos laborales.
- Las personas afectadas presentaban altos niveles de motivación en el desempeño de su actividad profesional.

- Los primeros síntomas se refieren a la disminución de la eficacia con sensación de cansancio físico y emocional, seguido del empobrecimiento de las relaciones personales y dando lugar a un aumento del absentismo.
- Actitudes negativas y distanciamiento personal. Se ha perdido la motivación y justificación de la dedicación y esfuerzo antes empleados.
- El simple descanso físico y mental no es suficiente para la recuperación como sería lo habitual en casos de fatiga o cansancio.
- Diagnóstico clínico y laboral válido y fiable cuando es realizado por profesionales acreditados.
- Se trata de una patología laboral, no una disfunción personal. La mayoría de los autores definen su desarrollo en tres fases: Agotamiento físico y emocional injustificado, aislamiento o despersonalización (comportamientos cínicos o agresivos), y ansiedad o depresión con disminución de autoestima y baja realización personal.

Goicoechea (2005) desde el marco de la medicina del trabajo describe que toda esta progresión de aspectos característicos hace su aparición lentamente, de forma paulatina. Su intensidad puede oscilar y verse interrumpido por accesos de euforia e incluso convertirse en un proceso cíclico en el tiempo. Lo habitual es que el sujeto, en un principio, niegue la situación ya que es percibida como un fracaso profesional, y sean los familiares o propios compañeros de trabajo los que comiencen a percatarse de los síntomas.

Un síndrome está definido por unos síntomas concretos que lo caracterizan:

Se entiende por síndrome un cuadro o conjunto sintomático, una serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado determinado (Fidalgo, 2005a).

¿Qué síntomas caracterizan al SQT? El profesor Gil-Monte (2006) matiza la importancia de tener en cuenta que los síntomas que caracterizan el síndrome no implican forzosamente la presencia del mismo, es decir, un individuo que presenta escasa autoestima en el entorno laboral y elevados sentimientos de culpa no tiene porque desarrollar necesariamente el SQT.

Cognitivos	Afectivo-emocionales	Actitudinales	Otros síntomas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse Contrariado</li> <li>• Sentir que no valoran tu trabajo</li> <li>• Peribirser incapaz para realizar las tareas</li> <li>• Pensar que trabajas mal</li> <li>• Falta de control</li> <li>• Verlo todo mal</li> <li>• Todo se hace una montaña</li> <li>• Pensar que el trabajo no vale la pena</li> <li>• Pérdida de autotoestima</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Sensación de no mejorar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Irritabilidad y mal humor</li> <li>• Desgusto y enfado</li> <li>• Frustración</li> <li>• Agresividad</li> <li>• Desencanto</li> <li>• Aburrimiento</li> <li>• Agobio</li> <li>• Tristeza y depresión</li> <li>• Desgaste emocional</li> <li>• Angustia</li> <li>• Sentimientos de culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de ganas de seguir trabajando</li> <li>• Apatía</li> <li>• Irresponsabilidad</li> <li>• Escaquearse</li> <li>• Pasar de todo</li> <li>• Estar harto</li> <li>• Intolerancia</li> <li>• Quejarse por todo</li> <li>• Evaluar negativamente a compañeros</li> <li>• Romper con el entorno laboral</li> <li>• Ver al cliente como un enemigo</li> <li>• Frialidad hacia los clientes</li> <li>• Indiferencia</li> <li>• Culpar a los demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductuales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento</li> <li>• No colaborar</li> <li>• Contestar mal</li> <li>• Enfrentamientos</li> </ul> </li>   <li>• Físicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio</li> </ul> </li> </ul>

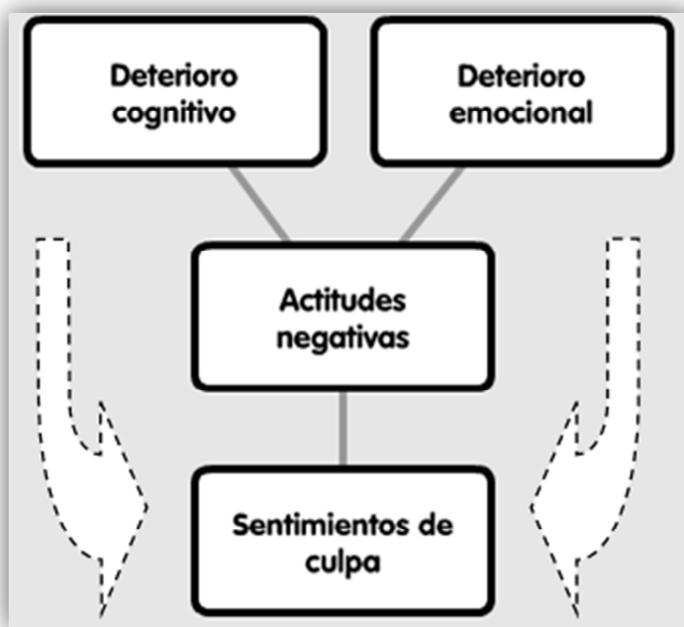
**Figura 3. Principales síntomas psicológicos del SQT (Gil-Monte, 2005a, p. 50)**

Explica la necesidad de "...tener presente el contexto en el que surge la patología y su desarrollo, así como la concurrencia de varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del individuo para considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome" (p. 16).

Para Gil-Monte (2005a) esta división o clasificación de la sintomatología según su componente cognitivo, emocional y actitudinal es básico para, desde la psicología y el análisis de la psique, elaborar un modelo comprensivo del SQT investigando las relaciones entre sus antecedentes y consecuencias y su progreso en el tiempo. En el modelo teórico de desarrollo secuencial que presenta este autor se parte de los estresores organizacionales (del entorno social de la organización, del sistema físico-tecnológico y del sistema social-interpersonal de la organización) y el estrés percibido. El segundo elemento explicativo son las estrategias de afrontamiento de los individuos que llevan a generar diferentes respuestas al estrés laboral crónico (entre las cuales estaría el SQT) y que son moduladas por las variables individuales de cada persona (Ver figura 4). Y en último lugar recoge las consecuencias de estas respuestas, tanto a nivel de salud como a nivel de desempeño laboral.

Presenta la culpa como un elemento característico del SQT, clave para comprender las consecuencias del mismo. Los sentimientos de culpa pueden retroalimentar el proceso de SQT ya que el trabajador invierte más de sí, con mayor autoexigencia e implicación laboral para tratar de reducir esos sentimientos. Pero si los aspectos organizacionales no se modifican (los clientes no cambian), sólo se consigue crear un círculo vicioso que

incrementa la intensidad del SQT (Gil-Monte 2011). Este modelo teórico define dos perfiles de sujetos ante la patología. De un lado el perfil 1 define aquellos individuos que aún presentando niveles altos de SQT no desarrollan sentimientos de culpa como técnica de afrontamiento. Y de otro lado el perfil 2, incluye a las personas que presentan altos niveles de Desgaste psíquico e indolencia junto con bajos niveles de ilusión por el trabajo, es decir estos mecanismos de afrontamientos no les resultan útiles ya que ante la despersonalización o el trato dejado al cliente sienten remordimientos y podría darse el círculo vicioso del que se hablaba unas líneas más arriba.



**Figura 4. Un modelo teórico sobre el SQT.**

Fuente: Elaboración propia a partir de Gil-Monte, 2005a, p. 131. Figura 4.10.)

#### 2.1.4. Factores de riesgo del SQT

Estudiar la posibilidad de que el SQT se dé en el colectivo de auxiliares de ayuda a domicilio necesita de un análisis sobre el impacto de los factores implicados o asociados al síndrome; identificar los desencadenantes y escenarios habituales que propician el inicio o la culminación del SQT en las personas que desempeñan determinadas actividades laborales mejorará la comparación de los resultados.

El fenómeno del SQT como respuesta al estrés laboral crónico está vinculado a la interacción de una multiplicidad de factores, y a la exposición de los sujetos a diferentes riesgos de carácter psicosocial. Varios autores coinciden en clasificar estos factores en dos amplios grupos, por un lado las condiciones del puesto de trabajo y por otro lado las variables relativas a la personalidad del trabajador (Blanco, 2006; Fidalgo, 2005; Goicoechea, 2005):

1. Las características del puesto de trabajo: La falta de estímulos, ambigüedad del rol profesional (indefinición de las funciones, carga excesiva, falta de formación), ambiente tenso, falta de sentimiento de equipo etc....

A estos factores que afectan de forma decisiva, se les cataloga de riesgo psicosocial como demandas nocivas (cualitativa y cuantitativamente) que inciden sobre los trabajadores independientemente de sus características personales. Por su mayor implicación se les denomina desencadenantes del SQT en comparación con el grupo 2 (personalidad del sujeto) que se designan como facilitadores, indicando que tienen una responsabilidad secundaria (Fidalgo, 2005; Blanco, 2006).

2. Personalidad de la persona trabajadora: Alto grado de idealismo y empatía, baja autoestima, necesidad de perfeccionamiento constante etc....

Determinadas personalidades más vulnerables a padecer estrés o con un nivel elevado de autoexigencia que pueda conllevar situaciones de ansiedad o frustración, patrón de conducta tipo A. Este hecho unido a la escasa formación en habilidades sociales prácticas, como compartir problemas o solicitar ayuda, son principios que facilitan el desarrollo del SQT (Goicoechea, 2005).

Es importante tener en cuenta, a la hora de analizar los elementos causales de la realidad que nos ocupa, otros antecedentes también relacionados con la organización del trabajo y las relaciones interpersonales pero en una dimensión más amplia. Estos cambios supraorganizativos se refieren a la sociedad y los valores culturales actuales. Nuestra nueva economía de servicios, los múltiples cambios tecnológicos y las nuevas legislaciones implican que las demandas de los clientes se realizan desde una perspectiva de acceso universal a servicios públicos de calidad, los clientes conocen sus derechos y reclaman los servicios ofertados, pero en muchas ocasiones los programas públicos no pueden responder a todas las demandas eficientemente (falta de recursos, excesiva burocracia, escaso personal...) es lo que se conoce como "sociedad de la queja" (Observatorio permanente riesgos psicosociales, 2006).

Igualmente estos cambios han supuesto modificaciones en el status de algunas profesiones y por supuesto cambios en los perfiles demográficos de las personas usuarias que requieren una adaptación de roles (Fidalgo, 2005a).

Por consiguiente en determinadas profesiones existe mayor incidencia del SQT, las que tienen un continuo contacto con las personas usuarias, y en las que se debe hacer frente al desajuste mencionado entre las expectativas de un servicio y los recursos reales.

A continuación se recoge un cuadro ilustrativo de los principales desencadenantes del SQT:



**Figura 5. Grupos de estresores susceptibles de desencadenar este SQT**

Fuente: Elaboración propia a partir de Fidalgo, 2005a

Sintetizando, el SQT tiene su origen en las relaciones interpersonales de carácter profesional (Gil-Monte, 2006), la falta de reciprocidad entre lo que invertimos y lo que recibimos (en los intercambios sociales) durante la actividad laboral de manera constante y durante un largo periodo de tiempo acaba provocando los síntomas propios del SQT llegando a su desarrollo o no (Salanova, 2006).

## 2.2. La profesión de auxiliar de ayuda a domicilio.

El perfil profesional de las auxiliares que llevan a cabo el servicio no es homogéneo, varía de unas Comunidades Autónomas a otras (Trigueros y Mondragón, 2002). La profesión se ha desarrollado alrededor del diseño de los servicios sociales y en concreto de la prestación del servicio de ayuda a domicilio, por lo tanto es cada normativa u ordenanza municipal la que define en gran medida la formación necesaria, las actividades o las tareas que deben de realizar estos profesionales. En el caso del SAD de Zaragoza ya se han enumerado en la introducción las principales tareas que recoge la ordenanza. También las denominaciones varían de unas poblaciones a otras; auxiliar domiciliario, auxiliar de hogar, trabajadora familiar etc. pero siempre en femenino, ya que

siempre ha sido una profesión principalmente ejercida por mujeres (Trigueros y Mondragón, 2002).

La profesionalización de las actividades sobre los cuidados personales en el domicilio ha recorrido un largo camino, su asociación a las tareas de cuidado que siempre se han llevado a cabo en el ámbito privado hace que en el ideario popular se liguen de manera implícita a la mujer: “Cualidades innatas del sexo femenino, como la vocación, la ternura, la entrega, el cariño han contribuido a infravalorar el trabajo profesional y a dotarlo de escaso reconocimiento social” (Rodríguez, Martínez, Tovar, González, Goday y García 2009). En el mismo sentido, otros artículos recogen esta asociación con los cuidados familiares que le supone a la profesión una pérdida de prestigio social (Bueno y García 2009). Estas autoras también exponen en el mismo artículo la problemática que supone para la profesión que los organismos oficiales presenten el SAD como una ayuda doméstica para las personas que no pueden procurársela. En ese momento no existía una formación reglada específica para ejercer la profesión, lo que añadido a lo anterior da como resultado la ambigüedad del rol profesional, con los problemas que ello acarrea:

“La falta de preparación, el no tener claro sus funciones, el desconocimiento de los medios de que dispone, dan pie a actuaciones incorrectas por parte de la auxiliar como: generar dependencia, moral y física, asumir funciones (...) que se vean impotentes a la hora de afrontar el estrés generado tanto por el trabajo realizado como por las condiciones en que se realiza, lo que rompe su equilibrio emocional...” (Bueno y García, 1989, p. 32)

Aunque desde 1997 estaba establecido el Certificado de profesionalidad para la ocupación de auxiliar de ayuda a domicilio y posteriormente se instauró la título de técnico en atención sociosanitaria, con competencias generales muy similares (Trigueros y Mondragón 2002) no es hasta el año 2002 cuando la formación académica comienza a ser un factor clave en el sector debido al carácter obligatorio y unificador a nivel nacional que tomará en adelante. La Ley 5/2002 de las Cualificaciones y de la Formación Profesional define la cualificación profesional como el “conjunto de competencias profesionales con significación en el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación, así como a través de la experiencia laboral” (Art. 7.4.). Al amparo de dicha ley el Real Decreto 1379/2008 de 1 de agosto que establece los certificados de profesionalidad que corresponden a la familia profesional de Servicios socioculturales y a la comunidad instaura el Certificado de Profesionalidad de atención sociosanitaria a personas en el domicilio en el Nivel 2 de los 5 niveles posibles

de cualificación. Es un hecho muy significativo ya que pone en valor la profesión y supone un reconocimiento social importante.

Este aumento de la profesionalización a través de una formación acreditada conlleva un aumento de la calidad de la prestación, mayor reconocimiento a las personas que desempeñan su labor profesional en este ámbito y por tanto mayor prestigio. Igualmente una mayor preparación deberá suponer mayor remuneración. Cuestiones que inciden directamente y de manera positiva en la autoestima y la identidad profesional, así como en la propia salud laboral (Tejada, 2009)

### 3. MARCO EMPÍRICO

La elaboración del marco metodológico a emplear en este TFG requiere tener presente el objetivo general del mismo planteado en la introducción: Analizar si las auxiliares de ayuda a domicilio del Servicio de Prestaciones Domiciliarias de la Zona II de Zaragoza están afectadas por el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Se trata de un análisis de carácter exploratorio con el que comenzar a estudiar esta realidad en dicha población.

#### 3.1. Diseño de la investigación

Se ha llevado a cabo un estudio de tipo cuantitativo mediante la técnica de investigación de la encuesta basada en un cuestionario validado para conocer la prevalencia del SQT en la profesión de auxiliar de ayuda a domicilio. No es pretensión del presente trabajo realizar un diagnóstico completo del síndrome en las trabajadoras, ni analizar en profundidad las causas y consecuencias de la presencia de dicha patología sino, una vez analizada la realidad del SQT, conocer en qué medida se encuentra presente en la profesión y cuántas de las personas evaluadas pueden padecerlo. Con la finalidad de poder contabilizar y cuantificar los resultados, y adecuar la extensión del TFG al margen de tiempo del cuatrimestre lectivo, se ha optado por la recogida de datos a través de un cuestionario autorellenable, ya validado.

Como hemos visto en el marco teórico, se han elaborado múltiples instrumentos para evaluar el SQT. El pionero, más aceptado, y el que más se ha utilizado es el MBI, que mantiene en sus diferentes versiones la medición de los 3 factores o dimensiones del SQT (Gil-Monte, 2005b; Moreno-Jiménez et al, 2005; Salanova, 2006).

Los numerosos estudios sobre riesgos psicosociales publicados en los últimos años, en torno al SQT y afecciones con síntomas o consecuencias similares, obliga a ser más rigurosos si cabe en los estudios que traten esta realidad y por lo tanto elegir un instrumento de medición adecuado y cuya fiabilidad se ha validado por profesionales. Por otro lado, un cuestionario bien planteado es primordial para la obtención de datos fiables que ayuden a la consecución del objetivo y puedan ser utilizados posteriormente para otros análisis e intervenciones con el colectivo de auxiliares de ayuda a domicilio.

Por todo ello, la investigación se ha llevado a cabo mediante la aplicación del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Anexo I) elaborado en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia (Gil-Monte, 2005a), validado en contenido y para la población española. Es decir, se ha elegido que sea a través del CESQT que se

apliquen las escalas psicosométricas que permitan determinar el nivel de incidencia de la patología en la población estudiada.

No se ha creído oportuno plantear una hipótesis específica que oriente el diseño de esta investigación ni el análisis de sus resultados ya que se trata de un estudio exploratorio para abrir el camino, si procede, a investigaciones futuras más en profundidad, a través de entrevistas clínicas, por ejemplo.

### 3.1.1. Características del instrumento

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (en adelante CESQT) está basado en el modelo sobre el desarrollo del SQT elaborado por Gil-Monte (2005a). Por lo tanto, trata de cuantificar las principales referencias de éste (ver figura 4, p. 18): el deterioro cognitivo, el emocional y las actitudes negativas que este deterioro genera. Además de estos tres pilares sobre el desarrollo del SQT, este modelo presenta el sentimiento de culpa como otra de las variables clave, no para el desarrollo de la patología, pero si para explicar sus posibles consecuencias, como por ejemplo la depresión, por lo que el CESQT también mide la variable culpa (Gil-Monte, 2011). Así, este autor distingue entre 2 perfiles de afectados: el perfil 1 lo componen aquellas personas que padecen los síntomas característicos del SQT pero no tienen sentimientos de culpabilidad en un grado importante. Y el perfil 2 engloba a los sujetos que presentan niveles altos de SQT acompañados de niveles altos de culpabilidad por ello.

El profesor Gil-Monte en su manual del CESQT (2011) explica que este instrumento de medición cuantitativo ha sido validado a través de distintos estudios. Mediante una serie de entrevistas semiestructuradas a profesionales de diferentes sectores ocupacionales, que conocían o habían experimentado el SQT, en primera persona o a través de compañeros de trabajo, se extrajeron 74 síntomas iniciales (cuadro resumen de los síntomas más relevantes elaborado por Gil-Monte, 2005, recogido en el marco teórico) que, posteriormente, fueron “sometidos a una serie de análisis estadísticos para valorar su calidad psicométrica” (Gil-Monte, 2011, p.22), finalmente tras varios estudios y el análisis factorial de estos ítems, son 20 los que cumplen los requisitos estadísticos y de representatividad.

Por consiguiente, el CESQT, destinado a la evaluación de profesionales que atienden a personas en su puesto de trabajo, consta de 20 ítems que conforman cuatro escalas de medición (Gil-Monte, 2011) basadas en el modelo teórico de este autor:

1. Ilusión por el trabajo (en adelante It). Dentro del proceso de deterioro cognitivo define el deseo o la motivación del trabajador por alcanzar sus objetivos laborales que suponen una satisfacción. Al estar formuladas las ideas de

- manera positiva existe también un indicador de autoeficiencia profesional. Esta dimensión la componen 5 ítems; los números 1, 5, 10, 15, y 19.
2. Desgaste psíquico (en adelante Dp). Esta escala está formada por 4 ítems correspondientes a las ideas 8, 12, 17 y 18. Se concreta como el resultado del trato diario con personas con problemas: el agotamiento emocional y físico.
  3. Indolencia (en adelante In). Sería la dimensión equivalente a la despersonalización que recoge el MBI y la denominación más utilizada por otros autores para definir las actitudes negativas hacia los clientes como la indiferencia, cinismo o falta de empatía. Dimensión compuesta por 6 ítems (números 2, 3, 6, 7, 11, 14).
  4. Culpa (C). La aparición de sentimientos de culpa debido a las actitudes negativas o al comportamiento inadecuado desarrollado es uno de los principales síntomas identificados por el autor en el desarrollo del SQT, aunque por sí solo no signifique necesariamente la presencia del mismo. Esta estala consta de 5 ítems (números 4, 9, 13, 16 y 20).

El instrumento, comercializado por TEA ediciones, se presenta como un cuestionario autocorregible en el que cada ítem contiene afirmaciones, sentimientos o ideas sobre el trabajo desempeñado que pueda tener o sentir el sujeto, así como las consecuencias que, a su criterio, tienen para sí, tanto a nivel profesional como personal. La valoración de cada uno de ellos se realiza con una escala tipo Likert de 0 a 4, según la frecuencia con la que la persona encuestada sienta las emociones o ideas planteadas: 0 Nunca, 1 Raramente (algunas veces al año), 2 A veces (algunas veces al mes), 3 Frecuentemente (algunas veces por semana) y 4 Muy frecuentemente (todos los días). El cuestionario original recoge en la primera parte datos de identificación (nombre, apellidos...). Para garantizar el anonimato esta primera del CESQT no se ha utilizado y los datos sociodemográficos se han cumplimentado aparte y adjuntado al mismo: sexo, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, número de hijos, antigüedad en la profesión y nivel de estudios.

La corrección de las puntuaciones se realiza a través del ejemplar autocopiativo unido al cuestionario que cumplimentan las personas entrevistadas (Anexo II). En él se indica claramente a qué dimensión de las estudiadas pertenece cada respuesta para poder sumar las puntuaciones de cada una de las escalas. Igualmente da la posibilidad de calcular la escala Total del SQT que el autor concentra en las dimensiones de It, Dp e In, existiendo relación directa entre las 2 últimas y relación inversa en la escala de It, ya que cuando menor sea el dato obtenido en esta dimensión mayor es el índice de SQT. Para poder realizar comparaciones entre las escalas el autor extrae las puntuaciones directas,

es decir, dividir la suma del total de puntuaciones obtenidas en cada escala por el número de ítems que reflejan cada una. El resultado de estas puntuaciones directas no es directamente interpretable por lo que Gil-Monte expone una serie de baremos normativos que indican la puntuación percentil equivalente a cada puntuación directa de cada escala. Estos baremos han sido elaborados a partir de los distintos estudios (N=12025) llevados a cabo para la fundamentación estadística del CESQT. De este modo, este instrumento de investigación da la posibilidad al presente TFG de comparar las puntuaciones con una muestra de referencia e identificar los puntos de corte para categorizar las puntuaciones:

NIVEL	PERCENTILES
Crítico	>89
Alto	67 a 89
Medio	34 a 66
Bajo	11 a 33
Muy bajo	<11

En el apéndice A de su manual (2011) recoge un baremo general, dos por sexo, y dos por sector ocupacional (sanitarios y docentes). Debido a que no hay baremos para el personal de servicios sociales, y a que, según el autor, “las diferencias entre varones y mujeres en las puntuaciones del CESQT son de escasa entidad” (Gil-Monte, 2011, p. 65), se ha usado para el presente estudio el baremo general (recogido en la p. 93 del Manual de Gil-Monte, 2011).

### 3.1.2. La muestra y el modo de selección de la misma

Los participantes del estudio han sido personas que desempeñan su labor profesional como auxiliares de ayuda a domicilio dentro del Servicio de Prestaciones Sociales Domiciliarias de la Unidad Territorial II del Ayuntamiento de Zaragoza. En el año 2012 el servicio contaba con 265 auxiliares en plantilla, debido a las características del servicio y el alto índice de absentismo fue necesario contar con una media de 98,5 auxiliares interinas mes a mes a lo largo del año (*Memoria 2012 del Servicio de Prestaciones Sociales Domiciliarias de la Zona II del Ayuntamiento de Zaragoza*). Dado este alto índice de personal interino se ha optado por incluir en la muestra a algunas de estas trabajadoras que, aun siendo interinas, cuentan con años de experiencia en el SAD de la zona II. A 31 de octubre de 2013 se cuenta con 276 trabajadoras de alta (no contabilizadas las auxiliares en periodo de excedencia); 257 titulares y 19 interinas. Estas 276 personas componen nuestra población de estudio.

Los 20 ítems, preguntas o afirmaciones que componen el CESQT y que deben responder las personas encuestadas están planteados de forma negativa, (excepto los cinco asociados a la escala de It por la relación inversa con el SQT mencionada antes) o

resaltan aspectos e ideas censurables acerca del trabajo y de su desempeño profesional. Es por ello que se valora que la aplicación y recogida de datos por parte de un superior jerárquico puede ser contraproducente para la obtención de respuestas veraces. Por consiguiente, se planifica que la aplicación del instrumento sea llevada a cabo por un estudiante de psicología, ajeno a la empresa, y así tratar de aumentar la percepción que tiene la muestra acerca del anonimato de sus respuestas, evitar reticencias y propiciar que las personas evaluadas contesten con la máxima libertad y sinceridad. De este modo tras la breve explicación del estudio y la cumplimentación y firma del modelo de consentimiento informado (Anexo III), las participantes responden al cuestionario, una vez explicadas las normas de funcionamiento y se recogen los datos sociodemográficos señalados.

De la población de 276 auxiliares de ayuda a domicilio se seleccionará una muestra de cincuenta trabajadoras ( $N=50$ ) a través de muestreo aleatorio sistemático: del listado de trabajadoras se parte de una al azar y desde ahí a intervalos constantes, que en este caso fueron de 25, se eligen el resto hasta completar la muestra. La muestra de 50 individuos supone una fracción de muestreo de 5.3 personas, es decir que cada sujeto de la muestra representa a 5.3 sujetos de la población.

Al comenzar con la aplicación de los cuestionarios se dan numerosas negativas a participar en el estudio, según refieren las trabajadoras por protección de datos de servicio, falta de tiempo... En consecuencia se modifica la forma de selección de la muestra y la cumplimentación de cuestionarios. Finalmente se ha llevado a cabo a través de otro tipo de muestreo no probabilístico, el denominado causal, de conveniencia o accidental; a las auxiliares de ayuda a domicilio que acudían a la oficina para la recogida de material, horarios o participar en reuniones se les daba la oportunidad de formar parte de la muestra. La autora del presente TFG expone el estudio y explica el procedimiento, así una vez firmado el documento de consentimiento se facilita el cuestionario para su cumplimentación de manera individual, a solas, separando claramente la documentación que contiene sus datos de autorización de las respuestas de la encuesta.

Al tratarse de una muestra pequeña no se considera necesario utilizar ningún paquete estadístico para el tratamiento de datos, como SPSS, sino que se registrará los datos de las hojas de corrección para su operacionalización mediante una herramienta ofimática como es la hoja de cálculo de Microsoft, constituyendo así la matriz de los datos del estudio (Anexo V).

### 3.2. Resultados de la investigación

La muestra está compuesta por 50 personas que han autocumplimentado el CESQT, dos de ellos son nulos debido a su incompleta e incorrecta realización, cuestión que analizaremos en apartados posteriores. Debido a ello los datos estadísticos y distintos porcentajes se han calculado para los 48 cuestionarios que han proporcionado respuestas válidas.

En primer lugar, es importante conocer las variables sociodemográficas de la población a estudiar, para tratar de contextualizar las situaciones y establecer posteriores correlaciones con un posible desarrollo del SQT. En numerosos estudios se han señalado algunas correspondencias importantes entre la edad, el sexo o la antigüedad laboral y la presencia del SQT.

#### 3.2.1. Perfil sociodemográfico de las auxiliares de ayuda a domicilio.

A través de los datos obtenidos en las herramientas informáticas de gestión del SAD se ha elaborado una análisis de las variables sociodemográficas más importantes del equipo de auxiliares de ayuda a domicilio en activo.

Existe un claro desequilibrio de género en la plantilla de auxiliares de ayuda a domicilio de las 276 que componen la población objeto de estudio solamente hay un trabajador de sexo masculino.

La edad media de las trabajadoras es muy elevada, 49,65 años de edad. Se observa en la Figura 6 que el grupo de edad que representa a las trabajadoras que tienen entre 40 y 49 años es el más numeroso (105 personas que suponen el 38% de las trabajadoras).



**Figura 6. Auxiliares de ayuda a domicilio por grupos de edad a fecha 31/10/2013.**

**Fuente:** Elaboración propia.

Con un índice porcentual muy similar se encuentra el grupo de personas entre 50 y 59 años de edad (35%). En el lado opuesto solamente 2 personas (1%) representan al grupo de edades comprendidas entre 20 y 29 años. Los otros dos grupos de edad restantes representan exactamente al mismo número de auxiliares, un 13%.

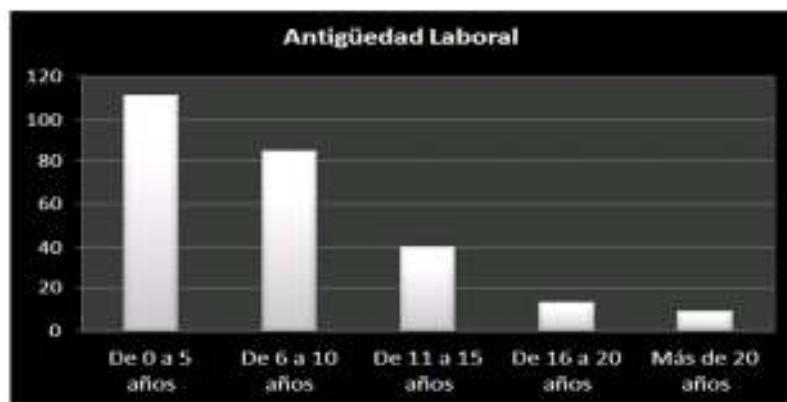
**Tabla 3. Número de auxiliares de ayuda a domicilio según su nacionalidad.**

ARGELIA	3
ARGENTINA	3
BOLIVIA	1
COLOMBIA	5
CUBA	1
ECUADOR E ISLAS GALAPAGO	27
ESPAÑA	215
GAMBIA	1
HONDURAS E ISLAS SWAN	2
MARRUECOS	1
NICARAGÜA E ISLAS CORN	2
PERU	3
REPÚBLICA DOMINICANA	2
RUMANÍA	6
SENEGAL	1
UCRANIA	1
VENEZUELA	2

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la nacionalidad hay una clara mayoría de personas de procedencia española, un 78% (Ver Tabla 3). A mucha distancia está el número que representa a las auxiliares que proceden de Ecuador e Islas galápagos, 27 personas en total que apenas suponen un 10%. El resto de países encuentra una ínfima representación a nivel porcentual.

Otro factor importante que guarda relación con el desarrollo del SQT, según diversos estudios, es la antigüedad en el puesto de trabajo. Para este análisis de la muestra de 276 personas se ha eliminado a las 19 trabajadoras con contrato de interinidad. La Figura 7 representa cómo la mayoría, el 43% de la plantilla, tiene una antigüedad menor a los 6 años (111 personas). El siguiente grupo más numeroso aglutina a 84 trabajadoras, seguido, muy por debajo (menos de la mitad de personas) de las auxiliares cuya antigüedad está entre los 11 y los 15 años. La edad laboral menos repetida va desde los 16 años en adelante ya que entre ambos grupos no llegan al 10% de la plantilla, 13 y 9 personas respectivamente. La media de años trabajados en este puesto de trabajo para el total del grupo es de 8,08 años, dentro del rango de los 6 meses que lleva trabajando la auxiliar que se ha incorporado en último lugar a los casi 24 años de antigüedad con los que cuenta la persona más veterana todavía en activo, el número más habitual en años de antigüedad (moda) es de 4 años.



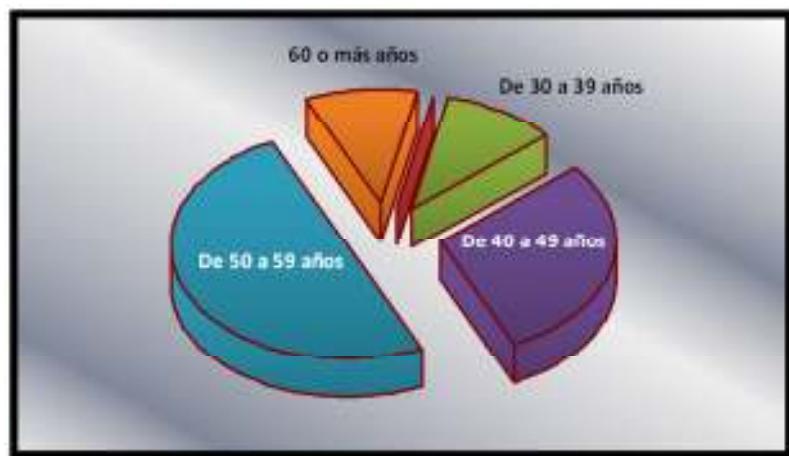
**Figura 7. Auxiliares de ayuda a domicilio según su antigüedad laboral a fecha 31/10/2013.**  
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de estudios un elevado número de auxiliares ya han obtenido el certificado de profesionalidad, casi un 70%. El resto de trabajadoras están inmersas en procesos formativos o tratando de obtener el reconocimiento por su experiencia profesional ya que según la última legislación publicada en el próximo año 2015 todas las personas que trabajen como auxiliares de ayuda a domicilio deberán estar en posesión del certificado de profesionalidad.

### 3.2.2. Variables sociodemográficas de la muestra de estudio.

Con respecto al género, en el estudio han participado 49 mujeres y 1 varón.

La mayoría de las 50 personas de la muestra estudiada se encuentran en los mismos tramos de edad que agrupan al porcentaje más alto de la población general (ver Figura 8), aunque en este caso es superior el número de participantes que están en el grupo de edad de 50 a 59 años (50%) que en el anterior (de 40 a 49 años) en el que se sitúan 14 de las personas encuestadas, (29,17%). Y de nuevo el peso porcentual de los otros dos grupos siguientes es idéntico, en total 10 personas, 5 en el grupo de 30 a 39 años de edad y 5 en el de 60 o más.



**Figura 8. Auxiliares de ayuda a domicilio según su antigüedad laboral.**  
Fuente: Elaboración propia.

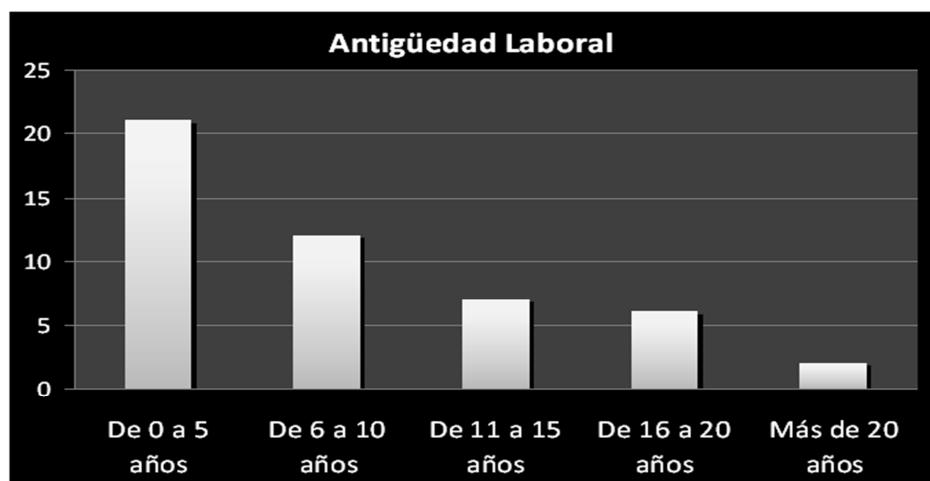
En la distribución respecto al país de origen, las personas cuya nacionalidad es la española son la mayoría, un 81,25%, seguido de Ecuador e Islas Galápagos con un 10,42% del total que suponen 5 personas.

**Tabla 4. Número de auxiliares de ayuda a domicilio encuestadas según su nacionalidad.**

ARGENTINA	1
COLOMBIA	2
ECUADOR E ISLAS GALAPAGO	5
ESPAÑA	39
RUMANÍA	1

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los años que llevan en su actual puesto de trabajo, clarifica que un 43,75% de las muestra lleva menos de 6 años trabajando, un 25% tiene una antigüedad de entre 6 y 10 años. Entre 11 y 15 años están un 14,58% de las trabajadoras, un 12,50% suponen las personas que llevan trabajando en el SAD de 16 a 20 años y un 4,17% del total (2 personas) desarrollan su labor profesional en este ámbito desde hace más de 20 años como representa gráficamente la Figura 9.



**Figura 9. Auxiliares de ayuda a domicilio según su antigüedad laboral a fecha 31/10/2013.**  
Fuente: Elaboración propia

Con respecto al estado civil más de la mitad están casadas (60,42%), el siguiente grupo más numeroso es el de personas solteras, en total 11 personas que suponen el 22,92% del total. Por detrás están las trabajadoras que refieren estar divorciadas representando sólo el 12,50% del total. En datos absolutos podemos comprobarlo en la tabla 5. En la representación contigua (tabla 6) se recogen los datos sobre la variable: número de hijos, el 77,08% de las personas evaluadas tienen hijos siendo lo más habitual 1 ó 2 hijos. En total se presenta una media de 1,27 hijos por persona.

**Tabla 5. Auxiliares según su estado civil. Tabla 6. Auxiliares según número de hijos.**

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS
Casada	29
Soltera	11
Divorciada	6
Viuda	1
Pareja de hecho	1
<i>Total muestra válida</i>	<i>48</i>
	<i>Total muestra válida</i>
	<i>48</i>

**Fuente:** Elaboración propia

Otra de las variables demográficas de vital importancia para conocer a la población estudiada es su nivel de estudios. Como antes se ha expuesto la necesidad de obtener la certificación profesional para ejercer en el sector a partir del año 2015 y los procesos de homologación llevado a cabo a nivel autonómico y provincial para tal fin, han posibilitado que la mayoría de las trabajadoras están ya acreditadas. Como aparece en la tabla 7, más de la mitad, el 54,17% cuenta con el certificado de profesionalidad. El 12% posee un título de formación profesional de la rama sociosanitaria, concretamente Auxiliar de Clínica y Auxiliar de enfermería. A estas trabajadoras se les reconoció en 2011 dicho título como válido o equivalente al certificado de profesionalidad tras los trámites de acreditación pertinentes. El resto de la muestra, un 33,33% no están en posesión de la cualificación, 3 de esas personas realizaron formación relativa al SAD, quizás válida en legislación anterior pero cuyos contenidos y duración no han sido reconocidos como equivalentes en las últimas publicaciones oficiales sobre la cuestión.

**Tabla 7. Auxiliares según su nivel de estudios.**

NIVEL DE ESTUDIOS	
Diplomatura	2
Certificado Profesionalidad	26
FP sociosanitario	6
Bachillerato	1
Cursos relacionados SAD	3
Estudios primarios	4
Estudios secundarios	2
No certificadas	4

**Fuente:** Elaboración propia

En resumen, el prototipo de auxiliar de ayuda a domicilio de nuestra muestra es más que similar a la población total en sus variables demográficas, lo que, en este sentido, acreditaría la representatividad de dicha muestra: Se trata de una mujer de nacionalidad española, con una media de edad de 49,56 años y que lleva una media de 8,83 años en su actual puesto de trabajo: el SAD, de nuevo tener 4 años de antigüedad es el dato más repetido entre las encuestadas. Personas casadas con 1 ó 2 hijos y con un nivel de formación básico pero que se a través de sus competencias profesionales se han acreditado para la obtención de la cualificación profesional.

### 3.3. Resultados del CESQT y discusión crítica

Se ha creído oportuno presentar en el mismo apartado la recopilación descriptiva de los resultados obtenidos y el análisis crítico de los mismos, con el fin de evitar una repetición excesiva de los datos principales y poder ajustarnos a la extensión establecida para el presente TFG.

Para realizar un análisis más acorde con la realidad y describir correctamente los datos, además de incluir las medidas de tendencia central se ha tratado de recoger también la desviación que presentan los datos en su distribución respecto de la media aritmética, por ello se han incluido en los resúmenes y tablas diferentes medidas de dispersión.

La primera tabla de este apartado recoge los estadísticos descriptivos de las puntuaciones que se obtienen con la suma de las respuestas de cada ítem correspondiente a cada una de las escalas del CESQT. El valor total de SQT recordamos que se calcula sin la dimensión de culpa y que la escala de Ilusión por el trabajo guarda una relación inversa con este.

**Tabla 8. Estadísticos descriptivos para los valores obtenidos de cada dimensión evaluada por el CESQT**

	Media	Desviación Típica	Mínima	Máxima
<b>Ilusión por el trabajo</b>	14,56	3,77	3	20
<b>Desgaste psíquico</b>	6,38	3,3	0	14
<b>Indolencia</b>	6,1	3,59	0	16
<b>Culpa</b>	2,38	2,88	0	14
<b>TOTAL SQT</b>	17,92	7,48	2	34

**Fuente:** Elaboración propia

A continuación se exponen los valores para las puntuaciones directas de cada una de las dimensiones evaluadas. Es decir, una vez sumadas las puntuaciones de cada escala se divide por el número de ítems que componen cada una de las mismas.

**Tabla 9. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones directas de cada dimensión evaluada por el CESQT**

	Media	Desviación Típica	Mínima	Máxima
<b>Ilusión por el trabajo</b>	2,91	0,75	0,60	4,00
<b>Desgaste psíquico</b>	1,59	0,82	0,00	3,50
<b>Indolencia</b>	1,02	0,6	0,00	2,67
<b>Culpa</b>	0,48	0,58	0,00	2,80
<b>TOTAL SQT</b>	1,19	0,49	0,13	2,26

**Fuente:** Elaboración propia

Ambas tablas muestran la misma realidad: los valores medios de las respuestas a los cuestionarios. La dimensión que obtiene mayores puntuaciones es la de ilusión por el trabajo, presenta las media más altas ( $M = 14,56$  y  $M = 2,91$ ). De forma similar otros estudios para la medición del burnout en profesionales presentan esta misma dinámica. En la investigación llevada a cabo por Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, y Escobar (2001) se evalúa la prevalencia del síndrome en una muestra de auxiliares administrativos, la escala del MBI-GS denominada eficacia profesional, obtiene los datos más elevados ( $M=4,4$  y  $SD=1,06$ ), y al igual que en nuestras tablas, las otras dos escalas son más bajas comparativamente. Gil-Monte, en la fundamentación estadística del CESQT (2011), presenta los resultados obtenidos para cada sector ocupacional a través de estadísticos descriptivos. El más afín a nuestra muestra y comparable es el sector de atención a discapacitados ( $N=1679$ ) y sus datos presentan una gran similitud a los reseñados en la Tabla 9. Las medias no difieren en apenas 0,40, presentando las mayores diferencias en las obtenidas por las escalas In=0,77 y culpa=0,86, la primera inferior a la obtenida en nuestro estudio y la segunda dobla casi su valor.

Como ya se ha indicado en la descripción del instrumento de investigación el autor del mismo propone el traslado de estas puntuaciones directas (Tabla 9) a su correspondiente percentil según los baremos realizados en anteriores investigaciones y recogidos en el manual para comprobar dicha correspondencia. La tabla 10 muestra a continuación el valor medio, la desviación estándar, el valor mínimo y máximo de los percentiles obtenidos para el total de la muestra en cada una de las dimensiones estudiadas, incluida la escala total de SQT.

**Tabla 10. Estadísticos descriptivos de percentiles resultantes para cada dimensión evaluada por el CESQT**

	Media	Desviación Típica	Mínima	Máxima
Ilusión por el trabajo	40,44	24,06	1	80
Desgaste psíquico	52,81	26,02	5	96
Indolencia	57,31	25,03	5	99
Culpa	31,83	23,08	10	99
<b>TOTAL SQT</b>	<b>59,04</b>	<b>25,95</b>	<b>3</b>	<b>97</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Esta tabla representa unos percentiles en un nivel medio, es decir, el valor medio de todas las escalas estudiadas (con excepción del sentimiento de culpa) se sitúa entre los percentiles 34 y 66, uno de los puntos de corte establecido en el manual del CESQT (2011) para la interpretación de los resultados del mismo a nivel global y en términos que permitan la comparación. A pesar de que se han expuesto numerosas teorías y autores que vinculaban el desarrollo del SQT a las profesiones de ayuda, como es el caso de la muestra de auxiliares de ayuda a domicilio, (Fidalgo, 2005a; Molina, 2005), la prevalencia el síndrome en los profesionales de servicios sociales, en ocasiones resulta menor que en otras profesiones: Salanova (2006) recoge los estudios de Schaufeli y Enzamn (1998) en los que se establece la prevalencia del SQT entre ocupaciones, “profesionales del cuidado de la salud (33%), profesores (27%), profesionales de los servicios sociales (7%), directivos (4%)...” (p. 32).

En la tabla 11 se presentan algunos estadísticos descriptivos de los 20 ítems que componen el CESQT según la dimensión a la que corresponden. Las medias más elevadas se sitúan en la escala de Ilusión por el trabajo, sus ítems tienen una media de 2,91 puntos, 1,5 por encima de la escala de Dp, superior casi en 2 puntos a la media que conforman los datos de los ítems de la escala In y en también supera al sentimiento de culpa ( $M = 2,5$  puntos). La media más elevada se encuentra en el ítem 10 ( $M = 3,13$ ) “Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas”. Las medias más bajas están con diferencia dentro de las escalas de Culpa, en concreto el ítem 20. “Me siento mal por algunas cosas que he dicho en mi trabajo” con una media de 0,38. Aunque el ítem 7 “Pienso que trato con indiferencia algunas de las personas a las que atiendo en mi trabajo” de la escala de In también es uno de los valores más bajos aun no perteneciendo a la escala C ( $M = 0,48$ ).

**Tabla 11. Estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems del CESQT agrupados según la escala a la que corresponden**

	Ítem	Media	SD	Mediana	Moda
Ilusión por el trabajo	1	2,92	1,01	3	3
	5	2,77	1,08	3	3
	10	3,13	0,79	3	3
	15	3,02	0,84	3	3
	19	2,73	1,09	3	3
Desgaste psíquico	8	1,46	1,05	2	2
	12	1,17	0,95	1	1
	17	2,13	1,18	2	3
	18	1,63	1,17	1,5	1
Indolencia	2	1,35	0,98	1	2
	3	1,21	1,07	1	1
	6	1,15	0,92	1	1
	7	0,48	0,99	0	0
	11	0,96	0,85	1	1
	14	0,96	1,01	1	0
Culpa	4	0,60	1,05	0	0
	9	0,54	0,85	0	0
	13	0,40	0,64	0	0
	16	0,46	0,65	0	0
	20	0,38	0,64	0	0

**Fuente:** Elaboración propia

Estos datos son parecidos a los recogidos por Gil-Monte (2011) para los ítems del CEQST en la muestra total de su análisis de fundamentación estadística del mismo ( $N=12025$ ): La Tabla 5.3. (Gil-Monte, 2001, p. 35) recoge que el ítem 10 tiene la media más elevada ( $M=3,24$ ) y el valor medio más bajo se da en el número 7 ( $M=0,63$ ).

Se han recopilado también los resultados totales, una vez trasladados a percentiles según el baremo general, para cada una de las personas evaluadas (Anexo IV. Tabla 14.). Debido a la relación inversa entre la escala de It y el total de SQT, explicada anteriormente, la mayoría de las encuestadas que han obtenido una puntuación muy elevada en esta dimensión, presentan un percentil bajo para la escala total del SQT, excepto los número 33 y 34, debido a que estos dos cuestionarios están dentro de las únicas 5 personas que han alcanzado el percentil 90 en la dimensión Dp.

A través de los 5 puntos de corte propuestos y basados en percentiles, las tablas que se exponen a continuación recogen los datos obtenidos según ésta distribución en niveles:

**Tabla 12. Prevalencias según las dimensiones que componen del SQT.**

	Crítico (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)	Muy bajo (%)
<b>Ilusión por el trabajo (It)</b>	14,58	29,17	39,58	16,67	0,00
<b>Desgaste psíquico (Dp)</b>	10,42	14,58	54,17	14,58	6,25
<b>Indolencia (In)</b>	12,5	20,83	52,08	8,33	6,25

En las tres dimensiones que componen el SQT la mayoría de las personas de la muestra han obtenido resultados cuyos percentiles se encuentran en el nivel medio. Sobre todo la escala Dp en la que son 26 personas se encuentran entre los percentiles 35 y 66. Del mismo modo, Aragón (2006) en un análisis de los profesionales de los servicios sociales de Valencia según su ámbito de actuación, concluye que el personal del SAD presenta unos índices de prevalencia más pequeños que otros profesionales del sector (Servicios Sociales de base, Residencias de 3<sup>a</sup> edad etc.). Recoge también el autor una cuestión clave que podría afectar a nuestros resultados, el denominado “efecto del trabajador saludable” este efecto sobre la muestra se basa en que por norma general las personas que van a participar en los estudios serán las que se encuentren en activo (no en situación de baja laboral) y con motivación suficiente para cumplimentar los cuestionarios, con lo que podrían quedar fuera trabajadores que comienzan a desarrollar cinismo o indolencia.

En los valores que miden la escala total de SQT (ver tabla 13) si analizamos los percentiles obtenidos por encima de la media, superiores al 66, encontramos a la mitad de la muestra; el 43,75% con un nivel alto y un pequeño 6,25% en un nivel crítico (3 personas). Para los otros tres niveles, medio, bajo y muy bajo encontramos a la otra mitad de las trabajadoras evaluadas.

Se modifican un poco los porcentajes con respecto a la tabla anterior debido al 16,67% de personas que están en la categoría de “bajo” en la escala de It, al corresponder de forma inversa al grado total de SQT esas bajas puntuaciones aumentan el nivel de este.

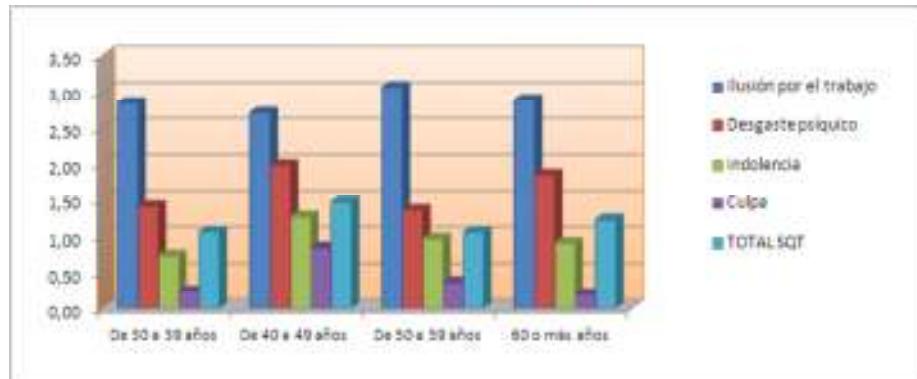
**Tabla 13. Prevalencias del SQT.**

	Frecuencia	%
<b>Crítico</b>	3	6,25%
<b>Alto</b>	21	43,75%
<b>Medio</b>	14	29,17%
<b>Bajo</b>	7	14,58%
<b>Muy bajo</b>	3	6,25%

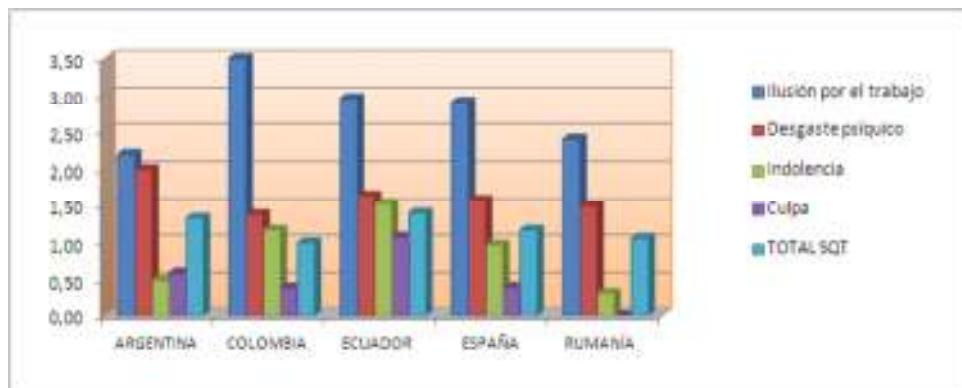
**Fuente:** Elaboración propia

El análisis de sendas tablas sugiere qué, si bien cuando analizamos las escalas por separado el índice de prevalencia se encuentra en términos medios, cuando se combinan los factores implicados el índice es muy superior, lo que puede suponer que en un futuro exista un desarrollo más evidente de la patología por lo que sería necesario tomar medidas contra los aspectos negativos del entorno laboral que puedan originarlos.

A continuación se ha querido representar gráficamente los resultados obtenidos (puntuaciones directas) de cada dimensión evaluada en el CESQT según las variables demográficas analizadas en el punto 3.4.2 y poder ver si las relaciones existentes entre ambos datos.



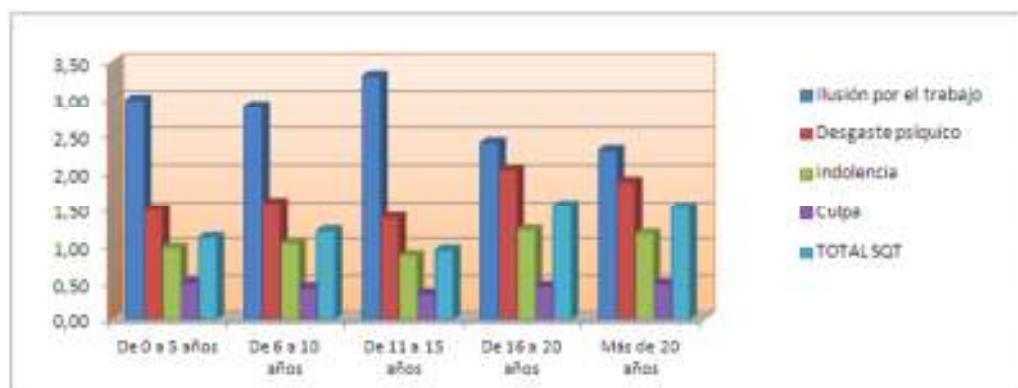
**Figura 10. Valores medios de cada dimensión del CESQT según la edad de las auxiliares.**  
Fuente: Elaboración propia



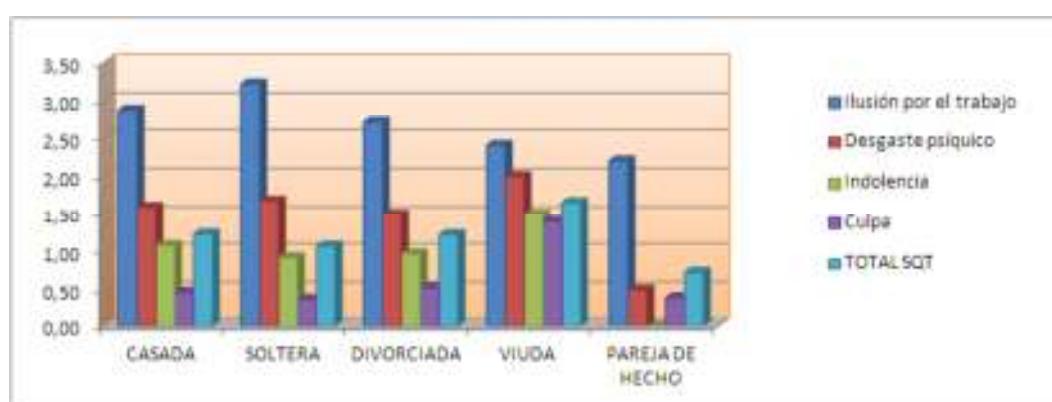
**Figura 11. Valores medios de cada dimensión del CESQT según la nacionalidad de las auxiliares.**  
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al país de origen todos los datos son muy similares, quizá destacan las dimensiones de Dp ( $M = 1,65$ ) y C ( $M=1,08$ ) en las trabajadoras con nacionalidad ecuatoriana ya que son las más altas, lo mismo que el total de SQT. Sobresale la escala It en las profesionales colombianas ( $M = 3,5$ ). Un rasgo común a todas es el orden que se podría establecer entre las escalas según su puntuación, en primer lugar con los valores más altas, It, seguida de la dimensión Dp, por detrás In y finalmente la escala de Culpa.

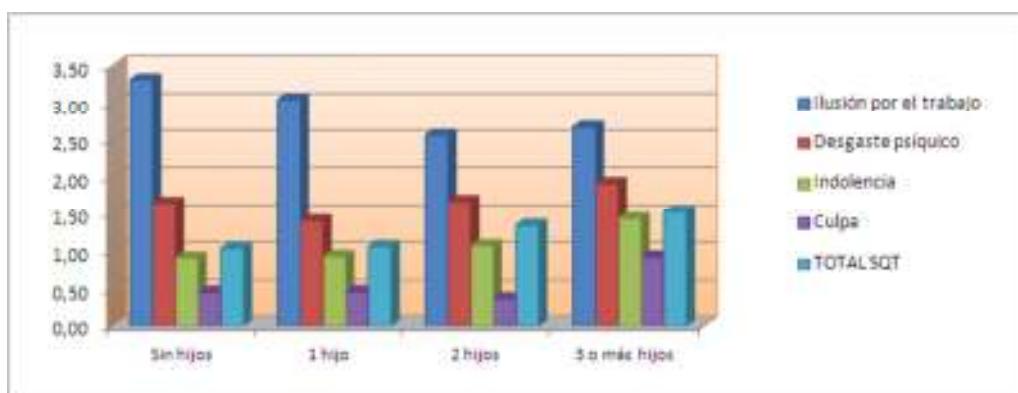
La siguiente figura (figura 12) recoge los índices de cada escala según los años de antigüedad laboral, se aprecia una evolución lineal; los primeros grupos que llevan menos años en su actual puesto de trabajo tienen mayores índices de It y menores de Dp e In, conforme aumentan los años en el servicio (más evidente a partir de los 16 años de ejercicio) disminuye la ilusión por el trabajo y aumenta el desgaste psíquico, así como el índice total de SQT, con una media de 1,56 esté ultimo entre ambos grupos.



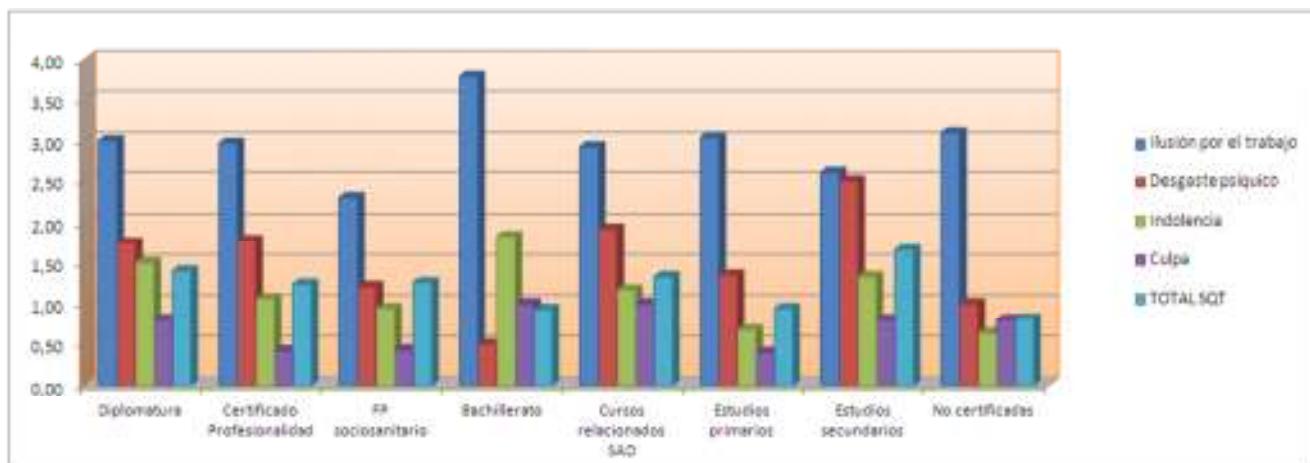
**Figura 12. Valores medios de cada dimensión del CESQT según la antigüedad laboral de las auxiliares. Fuente: Elaboración propia**



**Figura 13. Valores medios de cada dimensión del CESQT según el estado civil de las auxiliares. Fuente: Elaboración propia**



**Figura 14. Valores medios de cada dimensión del CESQT según el número de hijos de las auxiliares. Fuente: Elaboración propia**



**Figura 15. Valores medios de cada dimensión del CESQT según el nivel de estudios de las auxiliares. Fuente: Elaboración propia**

Los resultados obtenidos tras realizar el estudio se analizan según propone el autor del CESQT, utilizando los baremos elaborados para realizar una interpretación normativa basada en percentiles. Igualmente los puntos de corte que define en su manual (Gili-Monte 2011 p. 65) han sido la referencia para clasificar los resultados. Según el valor medio de los percentiles obtenidos en cada una de las escalas se ha elaborado la siguiente gráfica representativa del total de los datos (figura 10). El valor medio más alto es el que representa a la escala total del SQT (percentil 59,04) seguido de la dimensión In. El valor más pequeño como en todas las representaciones anteriores corresponde a la escala de culpa (percentil 31,83).



**Figura 15. Media de los percentiles asignados en total a cada dimensión analizada por el CESQT. Fuente: Elaboración propia**

Excepto la dimensión de Culpa el valor medio de las otras escalas se sitúa en el intervalo del percentil 34 al 66, es decir, en el nivel medio. Las dos escalas que tienen una relación directa con el SQT (Dp e In) presentan niveles más altos que la dimensión de It, la cual incide de manera inversa sobre el grado total del mismo lo cual igualmente incide en el aumento de este ítem.

La escala de culpa no admite lugar a dudas, en todos los resúmenes presentados en el apartado anterior y en la media que representa la figura 15, presenta valores muy bajos,

tanto en puntuación directa como en su transformación a percentiles. El valor más repetido en las encuestas individuales ha sido el percentil 10, el mínimo que establecía el baremo. Por lo tanto se puede afirmar rotundamente que la muestra no presenta sentimientos de culpa en ningún caso. En el modelo de desarrollo del SQT de Gil-Monte define la culpa como una de las características claves para entender las consecuencias del SQT y definía 2 perfiles de sujetos ante los sentimientos de culpa, en este caso dados los percentiles que han resultado de la muestra las auxiliares de ayuda a domicilio se enmarcarían en el perfil 2 ya que no presentan sentimientos de culpa. No obstante este perfil lo define el autor para los sujetos que además de esta característica analizada presentan elevados niveles de Dp. In y bajos de It y no es el caso de la muestra que se mantiene en un término medio en las dos escalas y presenta valores algo más elevados (que la media) para la dimensión It.

## 4. CONCLUSIONES

El origen de este estudio parte de la percepción de que en los equipos de trabajo del SAD las auxiliares de ayuda a domicilio manifiestan periódicamente quejas sobre el trato de los usuarios, la falta de valoración de estos y sus familias hacia su trabajo y, en definitiva, una serie de ideas que emanan desmotivación profesional y falta de reconocimiento como profesionales. Las características de la profesión y el sector de Servicios Sociales responden a unos patrones en los que se ha estudiado la mayor probabilidad de desarrollo del SQT. Por ello, se plantea el objetivo de analizar si las auxiliares de ayuda a domicilio del Servicio de Prestaciones Domiciliarias de la Zona II de Zaragoza están afectadas por el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*).

Para alcanzar este objetivo general se establecen 3 objetivos específicos de los que podemos extraer las siguientes conclusiones:

El primer objetivo propuesto va encaminado a conocer el perfil sociodemográfico de las auxiliares de ayuda a domicilio que trabajan actualmente en el SAD de la Zona II de Zaragoza. Como se ha expuesto en páginas anteriores, podemos concluir que el tipo de perfil de auxiliar de ayuda a domicilio se relaciona con una mujer, de nacionalidad española y unos 50 años de edad, casada, con 1 ó 2 hijos, que lleva desempeñando su trabajo menos de 6 años y que por su experiencia ha obtenido el certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes en el domicilio. Cualquier propuesta de intervención futura sobre este colectivo debería tener en cuenta estas características a la hora de diseñar el proyecto.

Analizar en qué grado se ven afectadas las profesionales del SAD por el síndrome de quemarse por el trabajo es el segundo objetivo específico establecido. A nivel de la dimensión total de SQT se han recogido resultados elevados, ya que el 43,75% de las personas encuestadas presentan unos niveles altos (baja ilusión por el trabajo y altos niveles de desgaste psíquico e Indolencia) de prevalencia, y un 6,25% de la muestra estaría situada en el nivel crítico.

Finalmente se planificó como último objetivo específico identificar y analizar en qué aspectos de los evaluados, según las escalas establecidas en el CESQT, se obtienen índices más altos. Tras el análisis de los datos conocemos que para cada una de las escalas que afectan al SQT (It, Dp e In) los niveles intermedios son los que abundan (Tabla 12 y Figura 15) la dimensión que ha obtenido el percentil medio más elevado es la de Indolencia. ( $M=57,31$ ). Solamente en la dimensión de culpa presenta valores muy por debajo de la media ( $M=31,83$ ).

Gracias la consecución de estos tres objetivos específicos que hemos trabajado, nos hemos acercado a analizar si las auxiliares de ayuda a domicilio del Servicio de

Prestaciones Domiciliarias de la Zona II de Zaragoza están afectadas por el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). A través de este estudio exploratorio se ha obtenido información de primera mano y quizás se vislumbren posibles intervenciones en materia de prevención de riesgos psicosociales y formación con este colectivo de trabajadoras.

## 5. LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

Las limitaciones encontradas a la hora de llevar a cabo el estudio son de diversa índole, a nivel teórico son múltiples los modelos explicativos y los instrumentos desarrollados para la medición de la prevalencia del SQT, con diferentes adaptaciones para unas u otras profesiones y con unas debilidades y fortalezas diferentes, por lo que elegir uno de ellos o valorar la elaboración de un instrumento ex profeso para esta investigación ha conllevado una ardua tarea de revisión bibliográfica y análisis de los mismos.

Por otro lado, la problemática relacionada con la cuestión de que fuera un superior jerárquico quién recogiera los datos a través del CESQT: La formulación negativa de muchos de los ítems con respecto al trabajo desempeñado por las personas evaluadas, suponía un problema y constantemente trataban de justificarse: “...*Sí muchos familiares son muy pesados, todo el rato detrás, a ver qué has hecho (...)* Pero son los menos. En realidad es que se preocupan por el usuario” con lo que en ese ítem la respuesta se trasladaba de un número a otro conforme avanzaba la justificación o bien la reflexión. Para tratar de evitar este posible sesgo detectado en las respuestas se modificó hasta en dos ocasiones el método de recogida de datos, con el consiguiente retraso en la obtención de los mismos. Finalmente, las encuestas tuvieron lugar en las oficinas de la empresa por lo que aun tratando de evitarlo es posible que exista un sesgo relacionado con el sentimiento de evaluación percibido por las trabajadoras igualmente.

Dos de los cuestionarios han resultado nulos, cumplimentados incorrectamente. En algunos datos sociodemográficos se ha tenido que recurrir a los programas de gestión del servicio, ya que no estaban cumplimentados con lo que se deduce que o bien la explicación del CESQT y las normas para realizarlo no se transmitieron correctamente o la persona entrevistada no comprendió el método, no supo llenar los datos correctamente o no tenía interés en hacerlo de manera adecuada.

Otra limitación importante que delimita la investigación en tiempo, forma y contenido es el tiempo disponible para su realización, en un cuatrimestre lectivo, junto con otras tres asignaturas correspondientes al 2º cuatrimestre del Curso de Adaptación al Grado de Trabajo Social. La labor diaria como coordinadora del servicio ha facilitado la compaginación de la vida laboral y académica, posibilitando una mayor cercanía a la muestra para la realización de los test, no obstante la limitación en el tiempo que supone una jornada laboral para una completa dedicación en el proyecto es evidente. En consecuencia, se propuso como un estudio exploratorio para de comenzar a indagar sobre el problema, por lo que se ha trabajado sobre una muestra pequeña con las limitaciones que ello conlleva a nivel de investigación.

A pesar de las limitaciones encontradas se han cumplido los objetivos generando posibles proyecciones de futuro; hemos encontrado una prevalencia a nivel general de SQT elevada, aunque no existan medias muy altas para cada una de las escalas, estos indicios, que para algunas personas pueden suponer el desarrollo de la patología, bien merecen ser analizados en profundidad, ampliando la muestra y añadiendo la perspectiva cualitativa a futuras investigaciones para en un futuro aplicar las medida preventivas oportunas, (grupos de apoyo, rotación usuarios etc.)

Una vez obtenido el perfil sociodemográfico de las trabajadoras sería necesario para una intervención futura realizar entrevistas en profundidad, ahondando en el aspecto social e introduciendo una perspectiva clínica, y de este modo, poder explorar los aspectos no incluidos en el CESQT, determinar la necesidad y las características de dicha intervención, y detectar los posibles factores que intervienen en su génesis.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragón, J.L. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo en diversos grupos de profesionales de los servicios sociales de la provincia de Valencia. *P. Gil-Monte, M. Salanova, J. Aragón y W. Schaufeli (compiladores), Jornada El síndrome de Quemarse por el Trabajo en Servicios Sociales.* (pp. 45-59) Valencia: Diputación Provincial de Valencia.
- Atance Martínez, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Revista Española de salud pública*, Vol. 71(3), 293-303.
- Bosqued, M. (2005). *¡Que no te pese el trabajo!* Barcelona: Planeta de Agostini.
- Blanco, M. (2006). Estudio Cualitativo sobre el Síndrome del *Burnout* en el Trabajo Social. *Acciones e investigaciones sociales*, nº extra 1. Recuperado de [http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?t=maria+blanco+montilla&db=1&td\\_todo](http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?t=maria+blanco+montilla&db=1&td_todo)
- Bueno, J.R. & Estrada, I. (1989). *El servicio Social de Ayuda a Domicilio*. Valencia: Nau llibres.
- Bueno, A., y García, M. (1989). Los auxiliares sociales de ayuda a domicilio. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, (8), 29-33.
- Estrada Ena, I. (1993). *Autonomía personal y ayuda a domicilio*. Zaragoza: Librería Certeza. Colección INTRESS/6.
- Facal-Fondo, T. (2012) Prevalencia del síndrome de *burnout* en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, Vol. 12 (1), 59-69. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5740/Prevalencia%20del%20s%C3%ADndrome%20de%20Burnout.pdf?sequence=2>
- Ferrer Puig, R. (2005) El desgaste profesional: un riesgo laboral. En Martínez, M., Dolz, J.L., Gil-Monte, P.R., Ferrer, R., Alcaine, A., Sopenses, F., Goicoechea, J., Salanova, M., Schaufeli, W., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., Morante, E., Neveu, J.P. Vallejo, R., Polo, F. *Quemarse en el trabajo (burnout) 11 perspectivas* (pp. 93-112). Zaragoza: Egido editorial.
- Fidalgo, M. (2005a) Notas Técnicas de Prevención (NTP) 704. *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Recuperado el 17 de diciembre de 2013 de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf)
- Gascón, Olmedo y Cicottelli, (2003). La prevención del *burnout* en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y*

*Psicología Clínica.* Vol. 8 (1), 55-66. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3942>

Gil-Monte, P. R. (2005a). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar.* Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P.R. (2005b) El síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*): una perspectiva histórica. En Martínez, M., Dolz, J.L., Ferrer, R., Alcaine, A., Sopenses, F., Goicoechea, J., Salanova, M., Schaufeli, W., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., Morante, E., Neveu, J.P. Vallejo, R., Polo, F., *Quemarse en el trabajo (burnout) 11 perspectivas* (pp. 37-71). Zaragoza: Egido editorial.

Gil-Monte, P. R. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Factores antecedentes y consecuentes. P. Gil-Monte, M. Salanova, J. Aragón y W. Schaufeli (compiladores), *Jornada El síndrome de Quemarse por el Trabajo en Servicios Sociales.* (pp. 11-25). Valencia: Diputación Provincial de Valencia.

Gil-Monte, P. R. (2011). *CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.* Manual. Madrid: TEA Ediciones.

Goicoechea, J. (2005). Aportaciones de la medicina del trabajo en la prevención del síndrome de desgaste profesional o *burnout*. En Martínez, M., Dolz, J.L., Gil-Monte, P.R., Ferrer, R., Alcaine, A., Sopenses, F., Goicoechea, J., Salanova, M., Schaufeli, W., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., Morante, E., Neveu, J.P. Vallejo, R., Polo, F., *Quemarse en el trabajo (burnout) 11 perspectivas* (pp. 25-36). Zaragoza: Egido editorial.

IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, (2012). *Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo II.* Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Instituto Nacional de Estadística. *Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos por municipios.* Zaragoza. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de <http://www.ine.es>

*Informe VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011.* Recuperado el 1 de noviembre de 2013 de <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=4a4847975dcd8310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnextchannel=1d19bf04b6a03110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, BOE 10-11-1995, de Prevención de Riesgos Laborales. Recuperado en diciembre de 2013 de [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Laboral/I31-1995.html#a4](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/I31-1995.html#a4)

Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. Boletín Oficial del Estado, 147, de 20 de junio de 2002.

Lomeña, J.A., Campaña, F.M., Nuevo, G., Rosas, D., Berrocal, A. & García Molina F. (2004). *Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria*. *Medicina de Familia (And)* Vol. 5 (3), 147-155. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n3/07.pdf>

Martínez, M. (2005). Consideraciones éticas sobre el *burnout*. En Martínez, M., Dolz, J.L., Gil-Monte, P.R., Ferrer, R., Alcaine, A., Sopenses, F., Goicoechea, J., Salanova, M., Schaufeli, W., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., Morante, E., Neveu, J.P. Vallejo, R., Polo, F., *Quemarse en el trabajo (burnout) 11 perspectivas* (pp. 25-36). Zaragoza: Egido editorial.

Marucco, M.A., Gil-Monte, P.R. & Flamenco, E. (2007). Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Revista Información Psicológica*. Dossier 91-92, 32-42. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/?accion=revista&numero=92>

Memoria anual 2012. Servicio de Prestaciones Sociales Domiciliarias. Zona II. Ayuntamiento de Zaragoza, (2013). Zaragoza: Clece S.A.

Molina, M.S. (2006). Estrés y *burnout*. *Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal*. V 3(7), 23-28. Recuperado de <http://www.senferdialt.cl/pdf/jornadas/Numero7-2006.pdf#page=25>

Montero, J. García-Campayo, J. & Andrés, E. (2009). Validez factorial de la estructura del cuestionario breve de *burnout* (CBB) en una muestra de docentes en Aragón. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*. 14 (2), 123-132. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2009-14-2-0005/Documento.pdf>

Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997). La evaluación del *burnout*. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 13, (2), 185-207. Recuperado de [http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos\\_uam/validacion\\_cbb.pdf](http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/validacion_cbb.pdf)

Moreno-Jiménez, Rodríguez, Garrosa y Morante (2005). Breve historia del *burnout* a través de sus instrumentos de evaluación. En Martínez, M., Dolz, J.L., Gil-Monte, P.R., Ferrer, R., Alcaine, A., Sopenses, F., Goicoechea, J., Salanova, M., Schaufeli, W., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., Morante, E., Neveu, J.P. Vallejo, R., Polo, F. *Quemarse en el trabajo (burnout) 11 perspectivas* (pp. 93-112). Zaragoza: Egido editorial.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., y Escobar Redonda, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y estrés*, 7(1), 69-78.

Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales. UGT (2006). Guía sobre el síndrome de quemado (*burnout*). Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.

Salanova, M. (2006). Medida y evaluación del *burnout*: nuevas perspectivas. *P. Gil-Monte, M. Salanova, J. Aragón y W. Schaufeli (compiladores), Jornada El síndrome de Quemarse por el Trabajo en Servicios Sociales*. (pp. 27-44) Valencia: Diputación Provincial de Valencia.

Sancho, M. & Rodríguez, P. (2001). Envejecimiento y protección social en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista Psychosocial Intervention*, vol. 10 (3), Dossier, 259-275, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. Recuperado de <http://www.redalyc.org>

Sopenses (2005) El síndrome de *burnout* desde la perspectiva de un médico psiquiatra. En Martínez, M., Dolz, J.L., Gil-Monte, P.R., Ferrer, R., Alcaine, A., Ferrer Puig, R., Goicoechea, J., Salanova, M., Schaufeli, W., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., Morante, E., Neveu, J.P. Vallejo, R., Polo, F., *Quemarse en el trabajo (burnout) 11 perspectivas* (pp. 133-145). Zaragoza: Egido editorial.

Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional de Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad. Boletín Oficial del Estado, 218, de 8 de septiembre de 2008. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-14720>

Rodríguez, M. Martínez, E. Tovar, A. González, R. Goday, C. y García, J. (2009) Deconstrucción de la profesión de enfermería. Desde la perspectiva del género. ¿Debilidad o fortaleza? Localización: *Revista ROL de enfermería*, Vol. 32(7-8), 24-30. Recuperado de <https://medes.com/publication/51469>

Tejada, J. (2009). Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes. Una mirada desde la formación. *Revista De Educación Inclusiva*, 2(2), 5. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3011802.pdf>

Trigueros, I. & Mondragón, J. (2002). *Manual de ayuda a domicilio: Formación teórico-práctica*. Madrid: Siglo XXI.

Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia. <http://www.uv.es/unipsico>

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Fidalgo, M. (2005b) Nota Técnica de Prevención 705. *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención*. Recuperado el 17 de diciembre de 2013 de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006.

Ley 5/2009, de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, 132, de 10 de julio de 2009.

Quivy, R. y Campenhoudt, L.V. (2001). *Manual de investigación en ciencias sociales*. México: Limusa. Recuperado el 7 de octubre de 2013 <http://ebookbrowse.com>

Toledano González, L. (2008). *¿Se puede? Trabajo Social en domicilios de ancianos*. Barcelona. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Social de Catalunya. Barcelona: Collección Materials de Treball Social.

Topa Cantisano, G., Lisbona Bañuelos, A., Palaci Descals, F. y Morales Domínguez, J. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, April-Sin mes*, 71-81. Recuperado en noviembre de 2013 de <http://www.redalyc.org>

## 8. ÍNDICES

### 8.1. Índice figuras

	Página
<b>Figura 1</b> Población por grupos de edad por Comunidades autónomas en 2010	2
<b>Figura 2</b> Modelo de proceso de SQT. Leiter, 1993	17
<b>Figura 3</b> Principales síntomas psicológicos del SQT (Gil-Monte, 2005a, p. 50)	19
<b>Figura 4</b> Un modelo teórico sobre el SQT	20
<b>Figura 5</b> Grupos de estresores susceptibles de desencadenar este SQT	22
<b>Figura 6</b> Auxiliares de ayuda a domicilio por grupos de edad a fecha 31/10/2013	30
<b>Figura 7</b> Auxiliares de ayuda a domicilio según su antigüedad laboral a fecha 31/10/2013.	32
<b>Figura 8</b> Auxiliares de ayuda a domicilio por grupos de edad	32
<b>Figura 9</b> Auxiliares de ayuda a domicilio según su antigüedad laboral.	33
<b>Figura 10</b> Valores medios de cada dimensión del CESQT según la edad de las auxiliares	40
<b>Figura 11</b> Valores medios de cada dimensión del CESQT según la nacionalidad de las auxiliares	40
<b>Figura 12</b> Valores medios de cada dimensión del CESQT según la antigüedad laboral de las auxiliares.	41
<b>Figura 13</b> Valores medios de cada dimensión del CESQT según el estado civil de las auxiliares	41
<b>Figura 14</b> Valores medios de cada dimensión del CESQT según el número de hijos de las auxiliares	41
<b>Figura 15</b> Valores medios de cada dimensión del CESQT según el nivel de estudios de las auxiliares.	42
<b>Figura 16</b> Media de los percentiles asignados en total a cada dimensión analizada por el CESQT	42

### 8.2. Índice tablas

	Página
<b>Tabla 1</b> Población por sexo, municipios y edad. 2012	3
<b>Tabla 2</b> Características del síndrome de <i>burnout</i>	14
<b>Tabla 3</b> Número de auxiliares de ayuda a domicilio según su nacionalidad.	31
<b>Tabla 4</b> Número de auxiliares de ayuda a domicilio encuestadas según su nacionalidad	33
<b>Tabla 5</b> Auxiliares según su estado civil	34

<b>Tabla 6</b>	<b>Auxiliares según número de hijos</b>	34
<b>Tabla 7</b>	<b>Auxiliares según su nivel de estudios.</b>	34
<b>Tabla 8</b>	<b>Estadísticos descriptivos para los valores obtenidos de cada dimensión evaluada por el CESQT</b>	35
<b>Tabla 9</b>	<b>Estadísticos descriptivos de las puntuaciones directas de cada dimensión evaluada por el CESQT</b>	36
<b>Tabla 10</b>	<b>Estadísticos descriptivos de percentiles resultantes para cada dimensión evaluada por el CESQT</b>	37
<b>Tabla 11</b>	<b>Estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems del CESQT agrupados según la escala a la que corresponden</b>	38
<b>Tabla 12</b>	<b>Prevalencias según las dimensiones que componen del SQT.</b>	39
<b>Tabla 13</b>	<b>Prevalencias del SQT.</b>	39
<b>Tabla 14</b>	<b>Resultados individuales según percentiles de cada escala valorada</b>	

## 9. ANEXOS

### Anexo I. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

**CE-SQT**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: Varón  Mujer  Edad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Centro/Empresa: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

A continuación encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona. Indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas.

Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajuste a su situación:

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECUENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)
1	Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0 1 2 3 4		
2	No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo.	0 1 2 3 4		
3	Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables.	0 1 2 3 4		
4	Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0 1 2 3 4		
5	Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0 1 2 3 4		
6	Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo son unos pesados.	0 1 2 3 4		
7	Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.	0 1 2 3 4		
8	Pienso que estoy saturado por el trabajo.	0 1 2 3 4		
9	Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0 1 2 3 4		
10	Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0 1 2 3 4		
11	Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.	0 1 2 3 4		
12	Me siento agobiado por el trabajo.	0 1 2 3 4		
13	Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0 1 2 3 4		
14	Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.	0 1 2 3 4		
15	Mi trabajo me resulta gratificante.	0 1 2 3 4		
16	Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0 1 2 3 4		
17	Me siento cansado físicamente en el trabajo.	0 1 2 3 4		
18	Me siento desgastado emocionalmente.	0 1 2 3 4		
19	Me siento ilusionado por mi trabajo.	0 1 2 3 4		
20	Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0 1 2 3 4		

 Autor: Pedro R. Gil-Moriz. Copyright © 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Este ejemplar está impreso en DOD TINTAS. Si le presentan un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la medicina y en el mayor número N° 1 a 111111 - Edita TEA Ediciones, S.A. - Foto: Bernatellis Goya

## **Anexo II. Autocopiativo del CESQT para la corrección del mismo**

Nombre y apellidos:

Sexo: Varón

Mujer

Edad:

Fecha:

Centro/Empresa:

Examinador:

### INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN:

- En cada fila, **traslade la puntuación** rodeada con un círculo a la casilla sombreada situada a la izquierda en esa misma fila.
- Sume las puntuaciones de las casillas sombreadas de cada columna (It, Dp, In y C) y anote los resultados en las casillas **Suma** correspondientes a esas escalas.
- Tomando los valores de las casillas Suma de las escalas It, Dp e In, aplique la fórmula que se indica a la izquierda y calcule el valor de la casilla Suma correspondiente a la escala **Total SQT**.
- Divida los valores de las casillas anteriores por el número que se indica debajo para obtener las puntuaciones directas (**PD**) con dos decimales de cada una de las escalas (incluyendo la puntuación Total SQT). Anote los resultados en las casillas correspondientes.
- Consulte en el apéndice A del manual el percentil correspondiente a la puntuación PD obtenida en cada escala y anote el resultado en las casillas **Pc** respectivas.

Autor: Pedro R. Gil-Monte. Copyright © 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si lo presentan un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en suyo propio NDI LA UTEICE - Edita: TEA Ediciones, S.A., Fray Bernardino Sahagún, 24; 28076 Madrid. Printed in Spain. Impreso en España.

It      Dp      In      C

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

Total SQT	20 - It + Dp + In	It	Dp	In	C	Suma
Suma /15		/5	/4	/6	/5	PD
PD						Pc
Pc						

- Traslade los percentiles de cada escala al **PERFIL** que se representa a continuación.

The profile chart consists of four rows of 10 boxes each, representing the percentiles for the It, Dp, In, and C scales respectively. The first column contains icons of people. Percentiles are indicated by shaded boxes: 1, 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 95, and 99. The boxes are shaded in a gradient from light pink to dark red.

## Anexo III. Documento de consentimiento informado

### INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

Rogamos leer detenidamente.

Como estudiante del Grado en Trabajo Social de la Universidad Internacional de La Rioja, estoy realizando una investigación sobre la prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (*burnout*) en el colectivo de auxiliares de ayuda a domicilio.

Los riesgos laborales de carácter psicosocial pueden estar presentes en cualquier medio laboral y afectar a cualquier trabajador. Este síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico y es más habitual en los profesionales dedicados a la atención de personas con problemas.

La investigación para la que se solicita su participación, consistirá en responder a un breve cuestionario, el cual, partiendo de su experiencia profesional, y de su sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de los usuarios a los que atiende tratará de conocer el índice en el que puede afectar el síndrome a las auxiliares de ayuda a domicilio del SAD de Zaragoza.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. La participación es voluntaria y sus respuestas serán anónimas.
2. Confidencialidad y acceso a los datos: Toda la información que se recoge de usted, se guardará y analizará manteniendo estricta confidencialidad de acuerdo a la legislación nacional vigente de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999 y Real Decreto 561/93). Se recogerá la información sin su nombre. Las respuestas serán procesadas en términos generales, teniendo en cuenta la totalidad de los participantes. Los resultados del estudio siempre se presentarán de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada. El procesamiento de los datos será totalmente anónimo. El consentimiento es revocable, usted podrá retirarlo en cualquier momento del estudio.
3. Esta información no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación exploratoria.
4. Información: Para cualquier pregunta que pueda tener, póngase en contacto con el autor del estudio: Beatriz Subías Puértolas.

Se ruega que si está de acuerdo con que sus opiniones formen parte de del  
mentado estudio, rellene y firme este documento, manifestando que ha leído toda la  
información descrita accedo a participar en este estudio y autorizo a que se use la  
información para los propósitos de la investigación.

NOMBRE: .....

APELLIDOS: .....

NIF: .....

Doy mi consentimiento para que mis respuestas sean incluidas (de manera anónima) en el Trabajo Fin de Grado realizado para la Universidad Internacional de La Rioja

En Zaragoza a de .

Fdo.

**Anexo IV .Tabla 14. Resultados individuales según percentiles de cada escala**

	<b>Total SQT</b>	<b>ILUSIÓN POR EL TRABAJO (It)</b>	<b>DESGASTE PSÍQUICO (Dp)</b>	<b>INDOLENCIA (In)</b>	<b>CULPA (C)</b>
1	<b>80</b>	40	85	75	40
2	<b>70</b>	50	90	50	20
3	<b>80</b>	40	60	90	50
4	<b>50</b>	25	35	45	10
5	<b>80</b>	20	85	50	10
6	<b>55</b>	10	20	35	30
7	<b>20</b>	65	20	35	10
8	<b>70</b>	25	60	60	10
9	<b>45</b>	50	50	45	10
10	<b>80</b>	1	45	25	10
11	<b>45</b>	50	50	45	20
12	<b>60</b>	55	66	60	10
13	<b>80</b>	30	75	85	50
14	<b>90</b>	10	66	90	40
15	<b>66</b>	40	50	75	55
16	<b>70</b>	15	66	35	40
17	<b>85</b>	40	75	90	70
18					
19	<b>90</b>	10	45	97	55
20	<b>70</b>	40	66	66	10
21	<b>25</b>	80	75	5	20
22	<b>85</b>	5	75	60	10
23	<b>40</b>	40	15	50	10
24	<b>75</b>	40	66	60	90
25	<b>70</b>	55	60	85	40
26	<b>75</b>	25	66	66	55
27	<b>97</b>	30	90	99	99
28	<b>30</b>	55	35	35	20
29	<b>75</b>	20	66	60	30
30	<b>25</b>	80	15	66	30
31	<b>3</b>	80	10	15	10
32	<b>30</b>	65	35	45	20
33	<b>66</b>	80	90	75	10
34	<b>60</b>	80	90	60	20
35	<b>85</b>	50	96	66	30
36	<b>75</b>	25	60	75	55
37	<b>85</b>	25	85	75	50
38	<b>85</b>	20	66	85	80
39	<b>10</b>	80	5	20	10
40	<b>45</b>	50	45	50	20
41	<b>20</b>	65	15	45	20
42	<b>85</b>	20	66	85	20
43	<b>55</b>	20	50	25	10
44	<b>45</b>	70	15	90	55
45	<b>15</b>	70	35	66	50
46	<b>85</b>	5	45	75	55
47	<b>3</b>	65	5	5	10
48					
49	<b>66</b>	10	35	50	20
50	<b>33</b>	15	15	5	30

## Anexo V. Matriz de datos de la investigación

Ítems	Sumatorio										Puntuaciones directas										Percentiles																			
	It	Dp	In	C	SAT	It	Dp	In	C	Total Sat	It	Dp	In	C	Total Sat	It	Dp	In	C	Total Sat	It	Dp	In	C	Total Sat															
N=50	ESTADO DE ALTA INTENSIÓN EN EL TRABAJO (BURNOUT)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1											
1	50	C	E	1	5	CP	3	0	2	1	3	1	1	3	3	1	0	1	3	0	3	1	23	15	10	8	3	1,53	3,00	2,50	1,33	0,60	80	40	85	75	40			
2	60	C	E	2	9	CP	3	1	1	0	3	1	1	2	0	4	1	3	1	0	3	3	0	20	16	11	5	1	1,33	3,20	2,75	0,83	0,20	70	50	90	50	20		
3	61	D	E	2	18	CD	2	2	1	0	4	2	2	3	1	1	0	3	1	2	2	3	1	23	15	7	11	4	1,53	3,00	1,75	1,83	0,80	80	40	60	90	50		
4	50	C	E	3	4	FB	1	2	1	0	3	0	0	0	3	0	4	1	3	0	2	1	3	0	15	13	4	4	6	1,00	2,60	1,00	0,67	0,00	50	25	33	45	10	
5	52	C	E	3	26	CP	2	0	0	2	1	0	2	0	0	2	0	4	2	0	2	0	2	0	23	12	16	5	6	1,53	2,40	2,50	0,93	0,00	86	20	83	50	10	
6	41	S	E	2	2	FB	2	1	1	0	2	1	0	0	1	0	2	1	2	1	2	0	16	10	1	1	2	1,00	2,00	0,75	0,50	0,40	55	10	20	35	30			
7	60	S	E	6	12	CB	4	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	2	0	4	0	8	18	3	1	0	0,53	3,60	0,75	0,50	0,00	20	65	20	35	10			
8	51	D	E	3	8	FB	2	2	1	0	3	1	0	1	0	3	1	0	1	0	3	2	0	20	13	7	6	0	1,33	2,60	1,75	1,00	0,00	70	25	60	60	10		
9	51	C	E	2	6	CP	3	1	2	0	3	1	0	2	0	3	0	1	0	0	4	0	16	8	4	6	0	0,93	3,20	1,50	0,67	0,00	45	30	50	45	10			
10	62	C	E	2	20	CP	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	24	3	5	2	0	1,60	0,60	1,25	0,33	0,00	80	1	45	25	10			
11	44	C	E	1	4	SAD	3	2	1	0	4	0	0	0	1	3	1	1	0	0	3	2	3	0	14	16	6	4	1	0,93	3,20	1,50	0,67	0,20	45	30	30	45	20	
12	26	L	E	3	7	CV	3	2	0	U	3	5	U	1	U	5	1	4	U	6	U	2	5	U	17	4	6	5	1,13	5,40	4,00	1,00	0,00	100	20	86	80	10		
13	48	C	E	2	4	SAD	4	3	4	1	2	0	2	0	3	1	2	0	0	3	0	4	1	3	0	24	14	9	4	1,60	2,80	2,25	1,50	0,80	80	30	75	85	50	
14	27	C	E	3	17	CB	3	2	2	1	1	4	0	2	3	1	2	0	2	1	3	1	0	20	16	8	11	2	4,93	2,00	4,82	0,40	0,00	90	10	66	90	40		
15	50	C	E	0	23	FB	3	1	1	3	1	2	1	1	3	2	1	1	3	1	3	1	19	15	6	8	5	1,27	3,00	1,50	1,33	1,00	66	40	50	75	55			
16	36	S	AR	0	7	CB	3	1	0	1	1	1	0	1	2	0	1	0	1	2	0	3	2	0	20	11	8	3	3	1,33	2,20	2,00	0,50	0,00	70	15	66	35	40	
17	43	C	ECU	0	3	CB	3	3	0	4	3	2	3	4	0	2	0	3	0	0	2	0	3	0	26	15	9	12	6	1,33	3,00	2,25	2,00	1,00	85	40	75	90	70	
18																																								
19	49	C	E	1	8	CP	3	2	3	1	2	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	29	10	5	14	5	1,93	2,00	1,25	2,33	1,00	90	10	45	97	55		
20	32	S	ECU	1	5	NO	4	2	2	0	2	0	2	0	3	1	0	0	4	0	4	2	0	20	13	8	7	0	1,33	3,00	2,00	1,17	0,00	70	40	66	60	10		
21	31	C	E	3	12	CB	4	0	0	0	4	0	0	1	0	4	0	0	2	0	4	1	4	0	9	26	5	0	1	0	0,60	4,00	3,25	0,60	0,20	25	80	73	3	20
22	50	C	E	2	22	CB	1	0	2	0	1	2	0	2	0	2	0	1	0	2	0	3	2	0	27	8	3	6	0	1,80	1,60	2,25	1,00	0,00	85	5	75	60	10	
23	54	F	E	3	15	FB	2	1	1	3	1	2	1	1	3	1	0	0	1	0	0	1	0	43	15	2	1	1	0,80	3,00	0,50	0,92	0,00	48	40	14	50	10		
24	41	D	E	4	4	SAD	4	2	1	2	3	2	0	2	0	4	1	4	2	1	2	2	2	22	14	8	10	3	1,47	2,80	2,00	1,33	2,00	75	40	66	60	30		
25	56	S	CO	4	14	QIP	3	2	0	2	0	0	2	1	3	1	0	2	0	3	1	0	20	17	7	10	3	1,33	3,40	1,75	1,67	0,60	70	55	60	85	40			
26	38	C	E	2	15	BUMAR	3	2	2	1	2	0	0	2	1	3	1	2	1	2	2	1	2	1	22	13	8	7	5	1,47	2,00	1,17	1,00	0,00	75	25	66	66	55	
27	42	C	ECU	4	4	CB	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	4	3	3	4	34	14	12	16	4	2,22	3,00	2,67	0,92	0,00	90	30	90	99	99			
28	34	D	E	0	6	CB	4	1	1	4	1	0	2	0	4	0	1	0	1	0	1	0	10	17	4	3	1	0,67	3,40	1,00	0,50	0,20	80	35	53	35	20			
29	45	C	E	2	4	CB	3	2	1	0	2	1	0	2	1	1	0	1	3	1	2	1	0	22	12	8	6	3	1,47	2,40	2,00	1,00	0,40	75	20	66	60	20		
30	37	S	E	1	5	CP	4	1	1	0	4	1	0	0	0	4	1	0	0	4	1	1	4	9	26	2	7	2	0,60	4,00	0,50	3,17	0,40	25	60	35	60	20		
31	55	C	E	1	2	RIMARI	4	0	0	0	4	0	0	0	4	1	0	0	4	0	0	1	20	1	1	0	0	1,13	4,00	0,25	0,17	0,00	1	80	30	15	10			
32	31	S	CO	0	3	NO	4	2	1	0	3	0	0	0	4	0	1	0	1	4	1	2	0	10	18	4	4	1	0,67	3,60	1,00	0,67	0,20	30	65	35	45	20		
33	43	S	E	0	5	CP	4	3	1	0	4	2	0	2	0	4	0	2	0	2	4	0	19	20	11	8	0	1,27	4,00	2,75	1,33	0,00	66	80	90	75	10			
34	60	C	E	3	19	CP	4	3	2	0	4	0	0	2	0	4	0	2	1	4	0	17	20	11	6	0	1,13	4,00	2,75	1,00	0,00	60	80	90	60	20				
35	48	S	E	0	10	CP	3	1	1	0	3	2	0	3	0	4	2	0	1	3	1	4	3	0	25	16	14	7	4	1,67	3,20	3,50	1,17	0,40	85	60	66	66	30	
36	55	C	E	2	7	QIP	2	1	0	1	2	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	1	22	13	7	4	5	1,47	2,60	1,75	1,33	1,00	74	25	60	75	20		
37	43	S	E	0	13	HEA	3	2	2	0	3	2	0	2	0	3	2	0	2	0	3	0	25	12	8	4	4	1,67	2,40	2,00	1,50	0,20	85	20	66	85	20			
38	49	V	E	1	17	CP	3	2	1	2	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	2	1	25	12	8	3	1	1,67	2,40	2,00	1,50	0,20	85	20	66	85	20		
39	40	C	E	0	12	CB	4	0	2	0	4	0	0	0	4	0	2	0	0	0	4	0	4	0	26	6	4</td													