

Universidad de Huelva

Departamento de Pedagogía



Aprendiendo a cuidar : análisis desde la perspectiva de género de los determinantes del burnout para mejorar el bienestar del personal de salud de Huelva

**Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:**

Francisco Javier Gago Valiente

Fecha de lectura: 20 de noviembre de 2020

Bajo la dirección de las doctoras:

Emilia Moreno Sánchez

María Isabel Mendoza Sierra

Huelva, 2020





**Universidad
de Huelva**

TESIS DOCTORAL

**APRENDIENDO A CUIDAR.
ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
DE LOS DETERMINANTES DEL BURNOUT
PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL
PERSONAL DE SALUD DE HUELVA**

FRANCISCO JAVIER GAGO VALIENTE

**DRA. EMILIA MORENO SÁNCHEZ,
DRA. M^a ISABEL MENDONZA SIERRA
[DIRECTORAS]**

HUELVA, 2020

**APRENDIENDO A CUIDAR.
ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
DE LOS DETERMINANTES DEL BURNOUT
PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL
PERSONAL DE SALUD DE HUELVA**

**APRENDIENDO A CUIDAR.
ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
DE LOS DETERMINANTES DEL BURNOUT
PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL
PERSONAL DE SALUD DE HUELVA**

FRANCISCO JAVIER GAGO VALIENTE

(AUTOR)

DRA. EMILIA MORENO SÁNCHEZ,

DRA. M^ª ISABEL MENDOZA SIERRA

(DIRECTORAS)

UNIVERSIDAD DE HUELVA, 2020



Universidad
de Huelva

TESIS DOCTORAL

Directora: Dra. Emilia Moreno Sánchez

Directora: Dra. M^a Isabel Mendoza Sierra

Doctorando: Francisco Javier Gago Valiente

Título: Aprendiendo a cuidar. Análisis desde la perspectiva de género de los determinantes del burnout para mejorar el bienestar del personal de salud de Huelva.

UNIVERSIDAD DE HUELVA, 2020



EMILIA MORENO SÁNCHEZ, profesora titular del Departamento de Pedagogía-Área de Didáctica y Organización Escolar y MARÍA ISABEL MENDOZA SIERRA, profesora titular del Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, ambas de la Universidad de Huelva, como directoras de la tesis doctoral realizada por Francisco Javier Gago Valiente, titulada APRENDIENDO A CUIDAR. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO DE LOS DETERMINANTES DEL BURNOUT PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL PERSONAL DE SALUD DE HUELVA, hacen constar que reúne los requisitos de interés académico, rigor científico y actualidad documental que se necesitan para proceder a su lectura y defensa pública.

DIRECTORA DE TESIS

Emilia Moreno Sánchez

DIRECTORA DE TESIS

María Isabel Mendoza Sierra

Huelva, a 1 de septiembre de 2020

A mi madre, Josefina Valiente.

A mi padre, Francisco Gago.

A mi abuela materna, Manuela López.

A mi abuelo materno, Bibiano Valiente.

AGRADECIMIENTOS

Cuando nos embarcamos en proyectos tan laboriosos y ambiciosos como es llevar a cabo una investigación, nunca lo hacemos solos, son muchas las personas a las que estoy muy agradecido.

En estas líneas quiero agradecer a quienes hicieron posible llevar a cabo esta investigación y que, de alguna manera, estuvieron conmigo en los momentos difíciles, alegres y tristes. Estas palabras son para ustedes.

A mi directora Dra. Emilia Moreno Sánchez, por la dedicación y el apoyo que me ha brindado en este trabajo, por el interés a mis sugerencias e ideas, por el tiempo que ha invertido, por el rigor que ha empleado en el proceso de investigación, por creer en mí y animarme a seguir.

A mi codirectora Dra. M^a Isabel Mendoza Sierra, por todo el apoyo que me ha prestado durante el proceso.

A Lorenzo, profesor del IES Fuentepiña de Huelva, que me ha facilitado enormemente el trabajo de campo en esta investigación.

A Paco, Repo, Rosa, Belén e Irene, enfermero y enfermeras de los centros de trabajo en los que se ha llevado a cabo el trabajo de campo de este estudio y que han ayudado enormemente en la recogida de información. Sin su colaboración no hubiera sido posible esta gran labor.

A todos/as los/as profesionales médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y celadores/as del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez y del Hospital Infanta Elena, que han participado de forma voluntaria en esta investigación y que han hecho posible que se realice esta Tesis Doctoral.

Para terminar, me gustaría agradecer a dos pilares fundamentales en mi vida que hayan confiado en mí de forma incondicional. A mi madre, Josefina Valiente, quiero agradecerle todo y tanto, que ha llenado de fuerza física y moral todos mis momentos de debilidad. A David Gómez Asencio, por ser el promotor fundamental de esta tesis doctoral, comprendiendo mis ausencias en el día a día, por lo que deseo que cuando tenga este documento en sus manos, se sienta orgulloso de mí, aunque nunca podrá sentirse tanto, como yo de él.

Gracias a cada uno y cada una de vosotros/as.

RESUMEN / ABSTRACT

RESUMEN

Fundamentos

Un ambiente inadecuado de trabajo puede desencadenar efectos negativos sobre la calidad de vida de las personas, tanto a nivel físico como emocional. Entre los efectos negativos, se puede desarrollar un tipo de estrés laboral crónico, conocido como síndrome de burnout. Este trastorno comprende la esfera emocional y laboral con graves consecuencias físicas y psicológicas para las personas que lo padecen (Gil-Monte, 2005).

El personal de salud, especialmente en atención especializada, se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, por lo que su trabajo puede llegar a ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales, de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.) (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal y Daudén, 2016). El agotamiento, la baja autoestima, la despersonalización y el aislamiento profesional son sus principales características (Gil-Monte, 2005). Además, se une un padecimiento que afecta a casi un tercio de la población española, como son los problemas en la coordinación de la vida laboral y familiar (Prada, Bocija, Luque, Reina, García, y Moreno, 2016).

El estudio de los determinantes sociales de burnout con enfoque de género puede contribuir a la prevención de enfermedades mejorando la calidad y eficiencia de los servicios de salud (Castañeda, 2013). La adopción de la perspectiva de género en salud sigue siendo necesaria porque permitirá obtener datos sobre la existencia y características de los aspectos estructurales de los sistemas de salud, de la formación y de la investigación biomédica, epidemiológica y sociológica, así como de sus manifestaciones reales en la práctica clínica diaria (Amo, 2008).

A estas cuestiones relevantes se unen en estos momentos los efectos de una alerta sanitaria generada por una pandemia a partir de marzo de 2020, el Coronavirus (COVID-19). Ello agrava el malestar psicológico en muchos/as trabajadores y trabajadoras, siendo un referente inevitable el personal sanitario (Santamaría et al., 2020).

Por todo esto, los objetivos generales de esta investigación han sido enfocados hacia dos finalidades. La primera, conocer la prevalencia del burnout en hombres y mujeres que desempeñan su profesión en asistencia especializada en la sanidad pública de Huelva, así como las dimensiones de este problema (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en un estado de pandemia y teniendo en cuenta, una serie de variables sociodemográficas. En segundo lugar, con los datos recogidos y analizados en la población mencionada, plantear una propuesta formativa que permita actuar para la prevención y manejo del burnout, abordando los determinantes causales de esta enfermedad profesional.

Métodos

Se ha realizado un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional en 4 categorías profesionales relacionadas con la salud, de dos centros de atención especializada de la sanidad pública de la ciudad de Huelva. La muestra estuvo compuesta por profesionales del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez (Hospital Juan Ramón Jiménez y Hospital Vázquez Díaz), en la que había 22 médicos varones y 106 mujeres; 30 enfermeros y 171 enfermeras; 29 auxiliares de enfermería varones y 168 mujeres, 57 celadores y 27 celadoras. Por otro lado, se seleccionaron profesionales del Hospital Infanta Elena, en cuya muestra había 50 médicos/as (30 varones y 16 mujeres), 181 enfermeros, 99 enfermeras, 116 mujeres auxiliares de enfermería, 21 celadores y 19 celadoras.

Los instrumentos utilizados para obtener la información han sido el MBI – HSS (Maslach y Jackson, 1998), el SWING (Geurts y otros, 2005) y el GHQ-12 (Goldberg &

Williams, 1988). Para la recogida de datos se tuvieron en cuenta una serie de variables sociodemográficas como son el sexo, edad, estado civil, paternidad/maternidad, profesión, tiempo de servicio, centro de trabajo y vivencia de momentos de contacto con alguna situación de COVID-19 en el entorno laboral. El trabajo de campo se realizó desde marzo hasta junio de 2020.

Resultados

El análisis de la información pone de manifiesto que, a pesar del estado de pandemia, es destacable el afrontamiento que ha manifestado el personal sanitario de Huelva. La prevalencia de burnout no ha sido muy alta en ambos sexos (6% en mujeres y 17,5% en hombres). Esto no significa que hayan sido inmunes a la situación porque se corrobora la dependencia entre la variable sexo con síndrome de burnout y sus dimensiones ($p < 0,05$ en la prueba de Chi-cuadrado).

Casi la mitad de la muestra de hombres y mujeres (>41% en ambos sexos) presenta un alto agotamiento emocional. La mitad de la muestra de hombres (>40%) presenta una alta despersonalización y la mitad de la muestra de mujeres (>44%) presenta una alta realización personal. Un número similar de la población estudiada presenta posibles patologías psiquiátricas no psicóticas (47% de mujeres y 45,5% de hombres). También hay que destacar que se ratifica la dependencia entre las variables de interacción trabajo – familia con el padecimiento del burnout y la afectación de las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización ($p < 0,05$ en la prueba de Chi-cuadrado).

Los datos obtenidos reafirman el poder de las vivencias cotidianas y culturales, ya que se corrobora la dependencia entre las variables del estado civil, el contacto con una situación de COVID-19 en el entorno laboral y el sexo, con el padecimiento de burnout y con la afectación de sus dimensiones ($p < 0,05$ en la prueba de Chi-cuadrado).

Los resultados también prueban la dependencia entre el estado civil y la categoría profesional con las posibles patologías psiquiátricas no psicóticas ($p < 0,05$ en prueba de Chi-cuadrado). Además, se confirma la dependencia entre la variable contacto con COVID-19 con estas posibles patologías ($p < 0,05$ en prueba de Chi-cuadrado).

En cuanto a las diferentes interacciones entre el entorno laboral y familiar, la que mayor porcentaje ha presentado ha sido la interacción positiva de la familia sobre el trabajo en ambos sexos (54,5% en mujeres y 57,30% en hombres).

Conclusiones

Las conclusiones de este estudio ponen de manifiesta las diferencias en cuanto al sexo en el padecimiento de burnout y en la afectación de sus dimensiones. Los varones presentan mayores porcentajes de burnout, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que las mujeres.

Las personas que sufren burnout representan un mayor porcentaje también de interacción negativa del trabajo sobre la familia, con respecto a las personas que no presentan padecimiento del síndrome.

La mayoría de varones que presentan alto agotamiento emocional, reflejan también un mayor porcentaje de interacción negativa del trabajo sobre la familia, con respecto a las personas que no tienen alta afectación de esta dimensión.

A esto se une que las personas que han tenido contacto con alguna situación de COVID-19 en su entorno laboral, también representan un mayor porcentaje de interacción negativa del trabajo sobre la familia, con respecto a las personas que no han tenido contacto con estas situaciones.

En cuanto a la presencia de probables patologías psiquiátricas no psicóticas, las personas que presentan afectación de esta variable, representan también mayores porcentajes de burnout, alto agotamiento emocional y alta despersonalización. Destacar que las personas viudas son las de mayor representación en estas posibles patologías.

Y si atendemos a la categoría profesional, son los/as celadores/as (mayoritariamente varones [58,98%]) los que representan mayores porcentajes de afectación en estas posibles patologías. También estos/as profesionales son los que han representado mayor proporción de burnout, alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

En la línea del anterior párrafo, con referencia a personas con posibles patologías psiquiátricas no psicóticas, hay que destacar que las personas que han tenido contacto con alguna situación de COVID-19 en su entorno laboral, representan un mayor porcentaje de afectación frente a las que no han tenido contacto con situaciones de la pandemia.

Para llevar a cabo la propuesta de intervención se han planteado distintas propuestas de actuación, en función de la incidencia de variables según el colectivo afectado, para la mejora en la calidad de vida de la población estudiada.

Palabras claves

Educación en salud pública profesional, Personal de salud, Género y salud, Burnout, Estrés laboral, Pandemias, Salud mental.

ABSTRACT

Background

A poor work environment can bring about negative effects on people's quality of life, both at a physical and an emotional level. Among these negative effects, one can develop a kind of chronic occupational stress known as burnout syndrome. This disorder includes both emotional and work spheres and has serious physical and psychological effects on people who suffer from it (Gil-Monte, 2005).

Health personnel, especially those in specialized care, frequently have to deal with life-or-death situations, so their job can become physically and emotionally exhausting. The stress derived from this context involves the development of behavioral, health, and psychological problems (anxiety, depression, etc.) (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal y Daudén, 2016). Exhaustion, low self-esteem, depersonalization and professional isolation are its main characteristics (Gil-Monte, 2005). In addition, there is also an issue that affects almost one-third of the Spanish population, the difficulties concerning labor and family reconciliation (Prada, Bocija, Luque, Reina, García, y Moreno, 2016).

Furthermore, the study of social determinants with a gender approach can contribute to the prevention of some conditions, improving the quality and efficiency of health care services (Castañeda, 2013). Therefore, the adoption of a gender perspective in health care is still necessary and provides information about the existence and characteristics of structural aspects of health systems, training, and biomedical, epidemiological, and sociological research, as well as their manifestations in daily clinical practice (Amo, 2008).

The effects of a sanitary alert caused by a pandemic, the Coronavirus (COVID-19), starting in March 2020 just add to the aforementioned important issues. This aggravates the psychological distress suffered by many male and female workers, being a primary example the health professionals (Santamaría et al., 2020). Therefore, the overall goals of this research have two main focuses. The first one is knowing the prevalence of burnout in men and women who carry out their profession at specialized care in Huelva's public health, as well as the dimensions of this problem (emotional exhaustion, depersonalization, and low self-esteem) in a pandemic, bearing in mind a series of socio-demographic variables. The second is, using the collected and analyzed data from the aforementioned population, presenting a training proposal that allows for actions in the prevention and management of burnout, addressing causal determinants of this occupational disease.

Methods

A quantitative, descriptive, and correlational research was carried out on 4 health-related professional categories at two specialized care centers from Huelva's public health care. The sample was made up of professionals from the Juan Ramón Jiménez Hospital Complex (Juan Ramón Jiménez Hospital and Vázquez Díaz Hospital), and included 22 male and 106 female doctors, 30 males and 171 female nurses, 29 male and 168 female nursing assistants, and 57 male and 27 female porters. It was also comprised of professionals from the Infanta Elena Hospital, in which there were 50 doctors (30 men and 16 women), 181 male nurses, 99 female nurses, 116 female nursing assistants, 21 male porters and 19 female porters.

The tools used for the data gathering were the MBI-HSS (Maslach & Jackson, 1998), the SWING (Geurts and others, 2005), and the GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988). For the data gathering a series of sociodemographic variables were considered, like sex, age, marital status, parenthood, occupation, seniority, work place, and experiences

dealing with COVID-19 situations at the work place. The field work was conducted in March, April, and June 2020.

Results

The analysis of the information reveals that, in spite of the pandemic, Huelva's health workers are dealing with it remarkably well. The prevalence of burnout has not been very high in either sex (6% in women and 17.5% in men). This does not mean they were immune to this situation, as the dependence between the sex variable and the burnout syndrome and its dimensions has been corroborated ($p < 0,05$ at the Chi-cuadrado test).

Almost half of the male and female sample (>41% in both sexes) shows high emotional exhaustion. Half of the male sample (>40%) shows high depersonalization and half of the female sample (>44%) shows high self-realization. A similar number of the examined population shows possible non-psychotic psychiatric disorders (47% of women and 45% of men). It should also be pointed out that the dependency between the work-family interactions variables and suffering burnout, as well as the impact of the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization, has been ratified ($p < 0,05$ at the Chi-cuadrado test).

The data obtained confirms the power of daily and cultural experiences. This is corroborated by the dependency between the variables of marital status, dealing with a COVID-19 situation in the work place, sex and suffering burnout and the impact of its dimensions. ($p < 0,05$ at the Chi-cuadrado test).

The results also demonstrate the dependency between marital status or professional group and possible non-psychotic psychiatric disorders ($p < 0,05$ at Chi-cuadrado test).

Besides, the dependency between the contact with COVID-19 variable and these possible disorders has been confirmed ($p < 0,05$ at Chi-cuadrado test).

As for the different interactions between work and family environment, the positive interaction of family over work shows a higher percentage in both genders (54'5% in women and 57'30% in men).

Conclusions

The conclusions of this research bring to light the differences concerning sex in the suffering from burnout and the impact of its dimensions. Men show higher percentages of burnout, emotional exhaustion, depersonalization, and low self-esteem than women. People who suffer from burnout also show a higher percentage of negative interaction of work over family than those who don't suffer from this syndrome.

Most men that show high emotional exhaustion also display a higher percentage of negative interaction of work over family than those people that are not highly affected by this dimension.

This is in addition to the fact that people who had contact with some COVID-19 situation in their work place also show a higher percentage of negative interaction of work over family than those who didn't have any contact with these situations.

Regarding the presence of possible non-psychotic psychiatric disorders, people who show signs of being affected by this variable also display higher percentages of burnout, high emotional exhaustion and high depersonalization. It is worth mentioning that widows and widowers are the ones with a higher representation in these possible disorders.

Finally, if we consider the occupational group, both male and female porters (most of them men [58,98%]) are the ones that show a higher impact in these possible disorders. These workers also showed the highest proportion of burnout, high emotional exhaustion, high depersonalization and low self-esteem.

Following the idea of the previous paragraph, with regards to people with possible non psychotic psychiatric disorders, it is worth mentioning that people who had contact with any COVID-19 situation in their work place, show a higher percentage of impact than those who didn't have any contact with the pandemic.

In order to realize the intervention proposal, different action plans have been put forward according to incidence variables within affected collectives, with the aim of improving the life standards of the studied population.

Keywords

Education public health professional, Health personnel, Gender and health, Burnout, Occupational stress, Pandemics, Mental health.

ÍNDICE

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	- 1 -
PARTE I. MARCO TEÓRICO	- 13 -
CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	- 17 -
CAPÍTULO 2. EL MALESTAR PROFESIONAL. EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO RESPUESTA AL ESTRÉS LABORAL	- 25 -
2.1. MANIFESTACIONES PERSONALES EN LA SALUD POR LA PRÁCTICA LABORAL.....	- 25 -
2.2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DEL ESTRÉS	- 27 -
2.2.1. EL ESTRÉS	- 27 -
2.2.2. FACTORES DETERMINANTES DEL ESTRÉS	- 37 -
2.3. FACTORES ESTRESORES EN EL LUGAR DE TRABAJO	- 40 -
2.4. MANEJO DEL ESTRÉS	- 42 -
2.5. EL ESTRÉS QUE PADECEN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	- 49 -
2.6. ALGUNAS TEORÍAS SOBRE EL ESTRÉS.....	- 54 -
2.7. EL BURNOUT.....	- 60 -
2.7.1. REVISIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTO	- 60 -
2.7.2. EVALUACIÓN	- 66 -
2.7.3. TRES DIMENSIONES DEL BURNOUT	- 67 -
2.7.4. MODELOS DE DESARROLLO	- 68 -
2.8. SITUACIONES, FACTORES Y CAUSAS QUE PROVOCAN BURNOUT .-	- 75 -
2.9. SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT: CUALIDADES Y RASGOS PERSONALES.....	- 80 -
2.10. EL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	- 86 -

CAPÍTULO 3. CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL, FAMILIAR Y PERSONAL.....	- 93 -
3.1. DEFINICIÓN DE LA INTERACCIÓN TRABAJO – FAMILIA	- 95 -
3.2. DIMENSIONES DE LA INTERACCIÓN	- 96 -
CAPÍTULO 4. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD	- 101 -
4.1. GÉNERO Y SALUD LABORAL	- 101 -
CAPÍTULO 5. PANORAMA DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL BURNOUT DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	- 111 -
5.1. ESTADO DEL ARTE: REVISIÓN DE LITERATURA.....	- 111 -
5.2. ESTUDIOS SOBRE BURNOUT Y GÉNERO	- 121 -
CAPÍTULO 6. ESTADO DE PANDEMIA POR EL CORONAVIRIS COVIC-19- 129 -	
6.1. VISIÓN HISTÓRICA Y APROXIMACIÓN CONCEPTUAL	- 129 -
6.2. PANDEMIA POR COVID-19 EN 2020.....	- 132 -
6.3. MEDIDAS LEGISLATIVAS ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA GENERADA POR LA PANDEMIA COVID-19.....	- 136 -
PARTE II. PARTE EMPÍRICA	- 102 -
CAPÍTULO 7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	- 145 -
7.1. OBJETIVO GENERAL 1.....	- 145 -
7.2. OBJETIVO GENERAL 2.....	- 147 -
7.3. OBJETIVO GENERAL 3.....	- 148 -
CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA.....	- 151 -
8.1. DISEÑO.....	- 151 -
8.2. ÁMBITO GEOGRÁFICO Y POBLACIÓN	- 152 -



8.3.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	- 154 -
8.4.	VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	- 159 -
8.5.	PROCEDIMIENTO.....	- 168 -
8.6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	- 174 -
	CAPÍTULO 9. RESULTADOS.....	- 179 -
9.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	- 179 -
9.2.	ANÁLISIS BIVARIADOS.....	- 192 -
	CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN.....	- 241 -
10.1.	OBJETIVO GENERAL 1.....	- 241 -
10.2.	OBJETIVO GENERAL 2.....	- 250 -
10.3.	OBJETIVO GENERAL 3.....	- 255 -
	CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	- 265 -
11.1.	CONCLUSIONES.....	- 265 -
11.1.1.	CONCLUSIONES DE LA MUESTRA DE HOMBRES.....	- 265 -
11.1.2.	CONCLUSIONES DE LA MUESTRA DE MUJERES.....	- 266 -
11.1.3.	DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES.....	- 268 -
11.1.4.	CONCLUSIONES FINALES.....	- 269 -
11.2.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	- 273 -
	CAPÍTULO 12. PROPUESTA PEDAGÓGICA DE INTERVENCIÓN Y/O PREVENCIÓN.....	- 277 -
12.1.	REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN RELACIONADAS CON LAS VARIABLES AFECTADAS.....	- 278 -

12.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS.....	- 286 -
12.1.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	- 291 -
12.2. PROPUESTA PEDAGÓGICA: GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN.....	- 293 -
12.2.1. INTERVENCIONES GENERALES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES AFECTADAS	- 293 -
12.2.2. INTERVENCIONES EN FUNCIÓN DEL COLECTIVO AFECTADO	- 319 -
BIBLIOGRAFÍA	- 327 -
ANEXOS.....	- 266 -

INDICE DE FIGURAS

Nº FIGURA	NOMBRE	PÁG
Figura 1	Un modelo de estrés laboral	31
Figura 2	Un modelo de estrés y su manejo	39
Figura 3	Técnicas para controlar el estrés	43
Figura 4	Episodio de tensión o estrés	55
Figura 5	Distribución por sexo	180
Figura 6	Porcentajes de hombres y mujeres con contacto con COVID-19	186
Figura 7	Porcentajes del padecimiento de burnout en mujeres y hombres	187
Figura 8	Porcentajes de interacciones del trabajo con la familia	190
Figura 9	Respuestas al GHQ-12	192
Figura 10	Intervenciones de tipo organizacional	297
Figura 11	Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial	298
Figura 12	Intervenciones de tipo organizacional	302
Figura 13	Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial	303
Figura 14	Intervenciones de tipo organizacional	307
Figura 15	Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial	309

INDICE DE TABLAS

Nº TABLA	NOMBRE	PÁG.
Tabla 1	Características distintivas de los tipos de comportamientos	56
Tabla 2	Población y muestra necesaria en Hospital Juan Ramón Jiménez	156
Tabla 3	Población y muestra necesaria en Hospital Infanta Elena	159
Tabla 4	Distribución por centro de trabajo y categoría profesional	181
Tabla 5	Distribución por estado civil y por paternidad / maternidad	183
Tabla 6	Valores descriptivos de las variables edad y tiempo de servicio	185
Tabla 7	Tabla cruzada de las dimensiones del Síndrome de burnout	188
Tabla 8	Valores descriptivos de las dimensiones del síndrome de burnout	189
Tabla 9	Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con variable sexo	194
Tabla 10	Pruebas de normalidad para las variables cuantitativas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal	195
Tabla 11	Pruebas de U de Mann-Whitney para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal	196
Tabla 12	Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson para Síndrome de burnout con variable sexo	197
Tabla 13	Tabla cruzada para las variables de burnout y sus dimensiones con categoría profesional	198
Tabla 14	Tabla cruzada para las variables de burnout y sus dimensiones con centro de trabajo	200
Tabla 15	Tabla cruzada para las variables de burnout y sus dimensiones con tiempo de servicio	202
Tabla 16	Pruebas de normalidad para la variable cuantitativa de tiempo de servicio	203
Tabla 17	Pruebas de U de Mann-Whitney para la variable tiempo de servicio	204
Tabla 18	Pruebas de Kruskal Wallis para la variable tiempo de servicio	205
Tabla 19	Correlación de Rho de Spearman para las variables de agotamiento emocional y despersonalización con tiempo de servicio	206
Tabla 20	Estadísticos de grupo y prueba de U de Mann-Whitney para la variable edad	208
Tabla 21	Estadísticos de grupo y prueba de Kruskal Wallis para la variable edad	209
Tabla 22	Correlación de Rho de Spearman para las variables de agotamiento emocional y despersonalización con edad	211
Tabla 23	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de estado civil, paternidad / maternidad y contacto con	213

	COVID-19	
Tabla 24	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de estado civil, paternidad / maternidad y contacto con COVID-19	214
Tabla 25	Tabla cruzada de dimensiones de la interacción Trabajo – Familia / Familia – Trabajo y la categoría profesional	118
Tabla 26	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de las dimensiones de SWING	220
Tabla 27	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de las dimensiones de SWING	222
Tabla 28	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de sexo y contacto con COVID-19	225
Tabla 29	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de Bunrout, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal	228
Tabla 30	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de sexo, estado civil, paternidad / maternidad y categoría profesional	231
Tabla 31	Estadísticos de grupo y prueba de U de Mann-Whitney para las variables de edad y tiempo de servicio	234
Tabla 32	Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variable de contacto con COVID-19	236
Tabla 33	Características de los estudios	286
Tabla 34	Estrategias a nivel grupal con repercusión individual	294
Tabla 35	Estrategias a nivel grupal con repercusión individual	300
Tabla 36	Estrategias a nivel grupal con repercusión individual	305
Tabla 37	Estrategia formativa	311
Tabla 38	Actuaciones preventivas desde la organización	313
Tabla 39	Intervenciones para la efectiva conciliación del entorno laboral y familiar	314
Tabla 40	Intervenciones para la prevención y/o tratamiento de riesgos psicosociales en el ámbito laboral	316
Tabla 41	Intervenciones preventivas en personal sanitario en estado de pandemia	317
Tabla 42	Estrategia de intervención en función del colectivo afectado	319

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, muchos son los elementos que nos repercuten de manera negativa. Uno de ellos es la fuerte acumulación de estrés que la mayoría de personas padecemos.

El estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más importantes en nuestra sociedad y, los principales retos relacionados con su estudio, deberán encaminarse hacia la identificación de nuevos estresores presentes en el entorno laboral, y, a la necesidad de atender simultáneamente el bienestar del empleado y de la organización.

(Aguado, Bátiz & Quintana, 2013, p. 270).

Muchas profesiones están sometidas a situaciones de estrés. Cuando se plantea abordar este problema laboral es inevitable que quienes nos dedicamos a la docencia tengamos presente el denominado malestar docente. A él se enfrenta diariamente el profesorado y puede acarrear consecuencias graves para la salud como se ha demostrado en numerosos estudios. En este sentido hay que destacar los trabajos del Catedrático de Teoría de la Educación de la Universidad de Málaga, José Manuel Esteve Zarazaga (1984, 1987, 1995) que ya estudió hace más de 3 décadas los principales indicadores con los que identificar el malestar difuso que provoca la crisis del trabajo docente y cuya persistencia corroboran otros estudios en la actualidad (Vértiz et al., 2029; Gagnon, Huelsman, Kidder & Lewis, 2019).



Según Esteve (1995) la primera vía para acabar con el malestar es definirlo; por ello, esta acción constituye el primer capítulo de este trabajo. Se trata de saber en qué consiste y evitar la vaguedad de ese sentimiento indeterminado y la confusión conceptual con términos afines. Estamos hablando de una enfermedad (Cuadra et al., 2015; Calderón et al., 2016) por lo que la precisión de las causas y de las consecuencias en las personas es vital para su prevención y tratamiento.

Es obvio es que la identidad propia de cada trabajo según las tareas a realizar, la carga laboral que implique, el horario de servicio, las exigencias de participación en el mismo, el propio contexto laboral, las relaciones interpersonales, la experiencia laboral y la disponibilidad de tiempo para realizar tareas familiares y ajenas a la profesión que el trabajo permita, así como la cultura institucional, hacen diferentes a las profesiones (Leka, Griffiths y Cox, 2004).

Por eso, aún en la actualidad es importante y se sigue investigado sobre el estrés y los factores psicosociales relacionados con el ejercicio profesional, estudiando la repercusión de éstos en la salud de trabajadoras y trabajadores.

La Organización Mundial de la Salud (1946), en su Carta Constitucional presenta la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Así, entre los factores que más influyen, en los países desarrollados, en la salud de una persona destacan los estilos de vida y el medio ambiente donde éste reside (Lalonde, 1974; Vidal et al., 2014; Campo, Pombo y Teherán, 2016).



Las acciones para su mejora se encuadran dentro del proceso denominado la Promoción de la Salud, que consiste en estrategias para mejorar la salud de todos los pueblos del mundo y lograr la meta de salud para todas las personas (OMS, 1978). Además, en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), se redimensiona el concepto de salud expresando que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, tanto en los centros de enseñanza, como de trabajo y de recreo”. Un ambiente inadecuado de trabajo puede desencadenar efectos muy negativos, siendo uno de ellos el llamado estrés laboral o burnout que constituye el eje central de este trabajo.

El término de burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, definiéndolo como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda. Por el contrario, otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo. Este autor describe como la persona con burnout se vuelve rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él/ella, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación. Su agotamiento le impide experimentar más cambios.

Las investigaciones que buscan una relación entre bajas laborales y burnout han sido de gran interés en el ámbito de la salud pública. Los niveles de insatisfacción que se generan pueden desembocar en absentismo y bajas laborales, por lo que también afecta a las instituciones (Gasparino, 2014). El estrés que se deriva de este contexto implica el



desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas psicológicos de salud como ansiedad o depresión (Ortiz, Toro y Hermosa, 2019).

El personal de salud se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, por lo que su trabajo puede llegar a ser física y emocionalmente agotador. El agotamiento, la baja autoestima, la despersonalización y el aislamiento profesional son sus principales características (Gil-Monte, 2005).

A estas cuestiones preocupantes se une en estos momentos los efectos de la alerta sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus (COVID-19), que agrava el malestar psicológico en muchos/as trabajadores y trabajadoras, siendo un referente inevitable el personal sanitario (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal y Daudén, 2016; Santamaría et al., 2020).

Aunque el inicio y elaboración del desarrollo de esta Tesis Doctoral no se limita a la temporalidad en la que se puso de manifiesto la incidencia del COVID-19, son inevitables las referencias ella. Esto es debido a que el trabajo de campo se llevó a cabo en los momentos de la pandemia por el coronavirus. Actualmente la población sanitaria es especialmente sensible a la repercusión de este problema, ya que tratan directamente con pacientes que padecen esta enfermedad y se encuentran en la primera línea de batalla incrementando el riesgo de contagio.

A esta situación laboral se añade la presión familiar y social generada en el estado de confinamiento (teletrabajo, tareas domésticas o seguimiento escolar de sus hijas e hijos) que la padecen de forma diferente hombres y mujeres (García, 2020). Por ello, considerando además, que uno de los retos principales de la sociedad actual es convertir en



realidad la igualdad de oportunidades y derechos para ambos sexos, ya que aunque en el discurso teórico nadie lo cuestiona, está lejos de haberse alcanzado en la práctica, esta Tesis Doctoral contempla de manera exhaustiva la perspectiva de género.

Como ya hemos planteado en otros trabajos y estudios (Moreno et al., en prensa), partimos de que existe un sesgo en la salud que tiene una base epistemológica. Por lo que es necesario promulgar la introducción de los conceptos de perspectiva y sensibilidad de género en la investigación biomédica, epidemiológica y clínica como un camino hacia un cambio de paradigma históricamente asentado, que permitirá la construcción de un cuerpo de conocimiento científico más preciso e inclusivo, así como de un sistema de salud más real, justo e igualitario (Tasa, Mora y Raich, 2015).

Cuando se habla de diferencias en la salud de las mujeres y los hombres hay quien se justifica, desde un planteamiento sustentado por la cultura griega, afirmando que tienen características y se comportan de forma distinta biológicamente, porque la naturaleza los ha hecho diferentes en sexo y en género. Ante estos argumentos tenemos que decir que “no se nace mujer: una llega a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto” (Beauvoir, 1949). Esos resultados conforman el desarrollo de muchos aspectos que junto a otros factores propios de la naturaleza de las mujeres, no siempre se tienen en cuenta, y determinan sus características propias en la salud y en la enfermedad.

Por eso, la praxis médica que no atiende a las diferencias de género es contraria a los principios de la medicina basada en la evidencia, puesto que ésta se fundamenta en



creencias acerca de las formas de sanar y enfermar de hombres y mujeres (Tasa, Mora y Raich, 2015).

Corral, et. al.(2010) han enriquecido el planteamiento de los determinantes en salud afirmando que en la población se unen un conjunto de factores complejos que actúan combinadamente sobre entre los que se encuentran: el nivel económico, la clase social, las redes de apoyo social, educación, empleo, condiciones de trabajo, entornos sociales y físicos, políticas de salud, el desarrollo desde la infancia, los servicios de salud, estilos de vida, la cultura y, también las características biológicas, genéticas y el género.

También Castañeda (2013) destaca los roles de género, los estereotipos, el nivel de instrucción, el acceso a cargos de dirección, ocupación, la utilización del tiempo, la salud sexual y reproductiva, la administración del dinero en el hogar o etapas del ciclo vital, entre los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad de las poblaciones.

Por tanto, no tenerlos en cuenta supone ocultar las relaciones de poder que sientan las bases para perpetuar la discriminación y la ausencia de políticas justas (Sean, George y Östlin, 2005). Y en concreto la visión de la salud desde los determinantes sociales con enfoque de género va a contribuir a la prevención de enfermedades, porque mejora la calidad y eficiencia de los servicios de salud (Castañeda, 2013).

La investigación sanitaria es un elemento necesario para el éxito de cualquier estrategia de mejora de la salud de las personas, y para ello deben estar visibilizadas las distintas posibilidades de expresión de la salud y la enfermedad. Pero la ciencia médica no ha tenido suficientemente en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres. De hecho, hay datos suficientes para afirmar que la calidad de la atención



sanitaria recibida por las mujeres está condicionada por el desconocimiento científico de la diferencia de la historia natural de ciertas enfermedades en hombres y mujeres.

(Eguiluz et al., 2011, p. 532).

El estudio sistemático del sesgo de género y la adopción de la perspectiva de género en salud sigue siendo necesaria y permitirá obtener datos sobre la existencia y características de los aspectos estructurales de los sistemas de salud, así como de sus manifestaciones en la práctica clínica diaria (Amo, 2008). De hecho, esta práctica muchas veces se basa en estudios que presentan una ausencia y/o infrarrepresentación de las mujeres en sus diseños (García, Jiménez y Martínez, 2010) y en sus interpretaciones, ya que se realizan predominantemente con sujetos hombres o animales machos (Tasa, Mora y Raich, 2015). El varón ha sido siempre el referente a partir del cual se generaliza a toda la humanidad. No existe una disgregación de los datos por sexo (Instituto Andaluz de la Mujer, 2018; Ruíz, 2009) para interpretar los resultados y proponer acciones específicas.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta que, en la actualidad, debido a la incompatibilidad y la poca flexibilidad de los horarios y las largas horas de trabajo que reducen la vida familiar y el tiempo libre, casi un tercio de la población española refiere tener problemas en la coordinación de la vida laboral y familiar. Este hecho puede ocasionar consecuencias negativas para la salud (Prada, Bocija, Luque, Reina, García, y Moreno, 2016). En esta investigación se han estudiado las interacciones entre el entorno laboral y familiar de nuestra población de estudio.



La finalidad de este estudio es conocer la diferente prevalencia del burnout en hombres y mujeres que desempeñan su profesión en la sanidad pública de Huelva; además, analizar las dimensiones de este problema (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en un estado de pandemia, teniendo en cuenta una serie de variables sociodemográficas, con el objetivo de realizar una propuesta formativa que permita actuar para la prevención y manejo del burnout y que, para ello, aborde también los determinantes causales de esta enfermedad profesional.

Esta tesis doctoral está dividida en 12 Capítulos con 33 apartados de contenidos. Como se detalla en el índice general, en primer lugar, se presenta esta Introducción describiendo las inquietudes sobre el problema que motivó la presente investigación y la descripción del informe final.

El marco teórico se inicia con la fundamentación de la investigación, donde se presentan la formulación del problema y los factores científicos y personales que han incidido en la selección del tema. También se describe el “estado del arte” del objeto-problema de investigación, que fundamenta la originalidad de este trabajo de investigación que se ha realizado en la ciudad de Huelva, que es la residencia y el contexto profesional del investigador principal. Esta localización ha permitido realizar una investigación minuciosa, actual y necesaria sobre una temática concreta de la que no existen estudios científicos, como es la incidencia del burnout en época de pandemia, analizando si afecta de forma diferente a mujeres y hombres. Esto se ha podido comprobar por intensas y prolongadas búsquedas sistemáticas, que ha complementado el trabajo facilitando el análisis de los datos.



Seguidamente se presentan 4 capítulos en los que se hace una revisión bibliográfica y se detallan aspectos fundamentales en los planteamientos de esta investigación, como son: la conciliación del trabajo con la familia, la relación entre género y salud, el panorama general de investigaciones sobre el burnout desde la perspectiva de género y el estado actual de pandemia por COVID-19 en el que nos encontramos.

En el Capítulo 7 se presenta la planificación del proceso de investigación llevado a cabo, que consta de tres pasos que constituyen los Objetivos Generales planteados en esta tesis doctoral. En cada uno de los apartados dedicados a la descripción de cada uno de los 3 Objetivos Generales se detallan las hipótesis y objetivos específicos.

En el Capítulo 8 se especifica el diseño metodológico de la investigación, la cual es de tipo cuantitativa, descriptiva y correlacional. También se describe el ámbito geográfico y la población, centrándose en el estudio de 4 categorías de profesionales de la salud en un complejo hospitalario y un centro hospitalario de Huelva capital, ambos de titularidad pública. Se presentan las variables implicadas, tanto dependientes como independientes, en relación a los objetivos del estudio. Además, se detalla el procedimiento llevado a cabo para la recogida de información como han sido los 3 instrumentos utilizados en esta investigación. A continuación de ese apartado se expone cómo ha sido la temporalización de todo el proceso de investigación. También, se realiza una descripción del proceso de análisis de datos, y, por último, se detallan las consideraciones éticas que se han seguido en la tesis, en las que se informa del código de autorización aportado por el Comité de ética de la investigación de Huelva.



En el Capítulo 9 se presentan los resultados obtenidos. Entre los hallazgos más interesantes se encuentran las diferencias estadísticamente significativas entre variables, como es el caso de la afectación en las dimensiones del síndrome en función del sexo. Se ha encontrado una dependencia entre el padecimiento de burnout y el contacto con COVID-19 o con los posibles trastornos emocionales.

La discusión de los resultados del trabajo se presenta en el Capítulo 10 y en él se establecieron relaciones y diferencias encontradas con otros estudios similares. Finalmente se exponen las conclusiones del estudio, las limitaciones y las líneas futuras de investigación en el Capítulo 11. Entre las conclusiones más interesantes, encontramos que los hombres han presentado, en general, una mayor afectación de burnout que las mujeres y también es mayor la proporción de hombres con una interacción negativa del trabajo sobre la familia. De estas conclusiones se deduce que los hombres de nuestra investigación podrían estar sufriendo más dificultad para acceder a medidas de conciliación organizacional (Cifre, Salanova y Franco, 2011). Por otro lado, el mayoritario porcentaje de mujeres con una interacción positiva del trabajo sobre la familia, podría estar relacionado también con su mayor porcentaje de alta realización personal frente al de los hombres (Silvestre, Figueroa y Cruz, 2019). Este último dato guarda relación también con el padecimiento de burnout, pues las diferencias de género podrían estar fundamentadas en la conexión del sexo con otras características y variables sociodemográficas, como por ejemplo la conciliación del trabajo con el entorno familiar. En definitiva, la pertenencia a un determinado sexo podría conllevar una mayor frecuencia en la presencia de otras variables que actuarían como moduladoras o acentuadoras del burnout (Mamani-Encalada



et al., 2009). Estas y otras muchas conclusiones interesantes se han identificado en este estudio.

Para finalizar este informe final de la Tesis Doctoral, teniendo en cuenta que diariamente la prensa y las noticias de televisión nos informan de que la pandemia del nuevo coronavirus, el COVID-19, está poniendo en crisis el sistema de salud de España, obligando al gobierno a una continua toma de decisiones, se pone de manifiesto la necesidad no solo de actuar, sino de prevenir, como se plantea en el objetivo general.

Hay estudios recientes que demuestran cómo este escenario social que se ha conformado en la actualidad debido a la pandemia, causa un impacto psicológico negativo en el personal de salud y en la población más vulnerable. Desencadena estrés, temor, confusión, ira, frustración, preocupación, aburrimiento, soledad, estigma, ansiedad, desesperanza, culpa, depresión y suicidio. “Los riesgos psicosociales y en particular el estrés, se han convertido en uno de los principales problemas para la salud laboral” (Aguado, Bátiz y Quintana, 2013, p. 23).

Por lo tanto, con la información obtenida y el análisis de los datos y con el fin de “poder crear salud en los centros de trabajo” (OMS, 1986) se presenta en el Capítulo 12 una propuesta de intervención formativa para los/as profesionales de la salud, que en estos momentos necesitan el apoyo y refuerzo comunitario. Estas propuestas de acción para profesionales de salud no excluyen la importancia de futuras y necesarias intervenciones a los grupos vulnerables como son jóvenes, personas mayores, mujeres e inmigrantes.

Esta propuesta se plantea considerando que hay que tener en cuenta también la atención por telemedicina y “organizar un sistema de prevención integral con monitoreo



epidemiológico, pruebas de detección, intervención dirigida a grupos objetivos y su derivación para reducir el estrés psicológico y prevenir los problemas de salud mental” (Lozano, 2020, p. 56). Todo ello, dentro de las estrategias de Educación para la Salud (Eps), que permitirá afrontar los desafíos de la salud y el bienestar en nuestro país.



PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El síndrome de burnout se ha convertido en un tema controvertido en el lugar de trabajo en la actualidad, debido a sus altos costos tanto para los/as empleados/as como para las organizaciones. Para algunos/as investigadores/as como Maslach y Leiter (2017) este síndrome no es un problema de las personas, sino del entorno social en el que trabajan, ya que la estructura y el funcionamiento del lugar de trabajo determinan la forma en que las personas interactúan entre sí y cómo llevan a cabo su trabajo. Al respecto, señalan los autores antes mencionados que “cuando el lugar de trabajo no reconoce el lado humano del trabajo y existen grandes desajustes entre la naturaleza del trabajo y la naturaleza de las personas, entonces habrá un mayor riesgo de burnout” (p.160).

Este síndrome se ha definido como un estado mental persistente, negativo y relacionado con el trabajo en sujetos “normales” que se caracteriza principalmente por el agotamiento, que se acompaña de angustia, una sensación de eficacia reducida, disminución de la motivación y el desarrollo de disfunciones actitudinales y comportamientos en el trabajo. Es el resultado de un desajuste entre las intenciones y la realidad en el trabajo. A menudo, el agotamiento se autoperpetúa debido a estrategias de afrontamiento inadecuadas asociadas con el síndrome (Schaufeli, 2003).

De acuerdo con Ruotsalainen et al., (2015) más del 10% del total de las reclamaciones por enfermedades profesionales se atribuyen al estrés en el trabajo.



Considerando lo anterior, no es sorprendente que la experiencia del burnout se haya relacionado con una larga lista de resultados negativos: personales, sociales y organizacionales. Dentro de la atención médica, estos resultados incluyen cosas como la mala calidad de la atención al paciente y más errores médicos. Por ejemplo, cuando el personal de un hospital experimenta niveles más altos de agotamiento, sus pacientes están menos satisfechos con la atención que reciben y hay un mayor riesgo de mortalidad del paciente (Ruotsalainen et al., 2015).

El burnout también está asociado con relaciones disfuncionales con compañeros/as de trabajo y con una intención más fuerte de abandonar la profesión sanitaria por completo. Y como todas las experiencias de estrés, el burnout puede conducir a una mala salud física, problemas familiares, mayor abuso de sustancias y un mayor riesgo de depresión e ideación suicida (Shanafelt et al. 2012).

La presente investigación se encuentra focalizada en el mencionado síndrome en los/as trabajadores/as de la salud. La selección de este colectivo ha sido motivada por la sensibilidad del investigador principal de la tesis con la temática, ya que, aunque actualmente su ejercicio profesional es en docencia e investigación, ha trabajado más de 10 años en el ámbito clínico-asistencial y, ha percibido en primera persona la problemática.

Además, es una temática muy presente en la actualidad, pues estudios recientes han demostrado que el burnout podría estar fuertemente relacionado con un riesgo creciente de enfermedad cardiovascular y dolor musculo esquelético. En este sentido, puede representar un grave problema de salud pública en las sociedades industrializadas (Blanch y Aluja, 2015).



La urgencia para abordar el burnout surge no solo de la incomodidad inherente al síndrome, sino de todas estas otras consecuencias graves en el lugar de trabajo. La preponderancia de las evidencias de las investigaciones indica que el burnout no surge como una falla personal. Más bien, el burnout se desarrolla en respuesta a las relaciones problemáticas entre los/as empleados/as y sus lugares de trabajo; por lo tanto, es un problema social y organizacional (Dyrbye et al., 2017). El hecho de que más de la mitad de los/as médicos/as estadounidenses experimentan síntomas sustanciales de burnout, implica que los orígenes de este problema tienen sus raíces en el medio ambiente y el sistema de prestación de atención, más que en las características personales de unas pocas personas susceptibles (Shanafelt et al. 2012).

Los/as sanitarios/as que trabajan en las especialidades en la primera línea de atención (por ejemplo: medicina, enfermería, auxiliar de enfermería y celadores/as) se encuentran entre los de mayor riesgo de burnout. Este es casi dos veces más frecuente entre los/as sanitarios/as que los trabajadores estadounidenses en otros campos después de controlar las horas de trabajo y otros factores (Shanafelt, Hasan, & Dyrbye, 2015). Entre 2011 y 2014, la prevalencia de agotamiento aumentó en un 9 por ciento entre los/as médicos/as, mientras se mantuvo estable en otros/as trabajadores/as estadounidenses (Dyrbye et al., 2017).

Varios estudios europeos han evaluado el síndrome de burnout en enfermeros/as y médicos/as y se ha estimado que las tasas de agotamiento entre los/as médicos/as y enfermeros/as pueden variar de 2.4 a 72% (Roth et al., 2016). El síndrome de burnout también se ha asociado en Europa con una disminución del bienestar, el absentismo y la



disminución de la calidad de la atención entre el personal de enfermería (Carod-Artal y Vázquez-Cabrera, 2013).

Desafortunadamente, existe una tendencia general a culpar a la persona, en lugar del trabajo, por el agotamiento, y también a suponer que la persona es la única que puede encargarse de ello. Este tipo de perspectiva de "uno u otro" evita un enfoque más realista de ambos y reconoce que tanto la persona como la organización tienen un papel que desempeñar para mejorar el lugar de trabajo y el desempeño de las personas dentro de él.

Como señala Barranco (2014), aún existe un desencuentro entre el conocimiento generalizado y lo que atañe a las profesiones dedicadas al proceso salud-enfermedad. Es necesario adoptar la perspectiva de género como un imperativo de derechos que obliga a la mejor identificación de los problemas concernientes a las relaciones entre los géneros en las ciencias de la salud, en su desarrollo profesional y en la vida cotidiana. En esta investigación, se tendrá en cuenta la perspectiva de género para la recogida, análisis e interpretación de datos, así como para la consecuente propuesta formativa.

Hay que destacar también el estado actual de pandemia por COVID-19 en el que se encuentra inmerso nuestro país. Nuestros/as profesionales de la salud están en “la primera línea de batalla”.

Tampoco se puede olvidar en esta investigación el estudio del equilibrio entre el entorno familiar y laboral, debido a la influencia que ejerce en la salud mental de las personas. Casi un tercio de la población española refiere tener problemas en la coordinación de la vida laboral y familiar. Este hecho puede ocasionar consecuencias negativas para la salud (Prada et al., 2016).



Partiendo de lo anterior, la presente investigación está planteada para el estudio del burnout en una población de profesionales sanitarios/as contemplando la perspectiva de género. Se resalta la necesidad imperiosa de que los resultados puedan ser utilizados con un enfoque psicosocial y educativo para modificar blancos vulnerables a través del diseño y puesta en práctica de programas formativos. Estas acciones estarán encaminadas a realizar intervenciones con el fin de incidir en la disminución del burnout mejorando el bienestar profesional.

También hay una justificación legislativa que fundamenta esta investigación como es la Ley 31/95 de Prevención de riesgos laborales (última actualización publicada el 29/12/2014), por la que las empresas están obligadas a proteger la salud de sus trabajadores y trabajadoras en todos los ámbitos.

La citada normativa abarca de forma específica la psicología y ergonomía, por lo que es obligatorio cuidar la salud emocional de los/as trabajadores/as. También establece tres principios generales que son la prevención de los riesgos profesionales, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo y la información, consulta, participación y formación de los/as trabajadores/as en materia preventiva. Estos principios han sido tenidos en cuenta en la formulación de los objetivos de esta tesis doctoral, así como en la elaboración de la propuesta formativa planteada.





CAPÍTULO 2.

EL MALESTAR PROFESIONAL. EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO RESPUESTA AL ESTRÉS LABORAL

CAPÍTULO 2. EL MALESTAR PROFESIONAL. EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO RESPUESTA AL ESTRÉS LABORAL

2.1. MANIFESTACIONES PERSONALES EN LA SALUD POR LA PRÁCTICA LABORAL

En el siglo XXI el trabajo significa algo más que un mecanismo para obtener recursos con los que cubrir nuestras necesidades humanas más básicas de alimentación o cobijo.

La perspectiva laboral cumple una función mucho mayor en la actualidad, aporta un fuerte componente social en las personas, pues en el entorno laboral se relacionan y surgen amistades, adquiere un significado importante en el refuerzo de la autoestima personal y en la autorrealización e implica numerosos beneficios en la sociedad. Sin embargo, todas estas características pueden actuar en dos direcciones, tanto positivamente como negativamente en los/as trabajadores/as (Kalimo, El-Batawi y Cooper, 1988).

Un ambiente inadecuado de trabajo en el ámbito laboral puede desencadenar efectos adversos. Nos centraremos en detallar los efectos negativos que pueden ocasionar los



factores psicosociales de riesgo en los/as trabajadores/as, por ser los que guardan relación con los objetivos de la presente investigación y van a orientar la propuesta de intervención.

Estos factores hacen referencia a las condiciones de la organización en los siguientes casos (Benavides et al., 2002):

- Cuando tienen la posibilidad de ocasionar efectos nocivos sobre la salud de los/as empleados/as.
- Cuando son elementos con posibilidad de afectar de forma negativa la salud y el bienestar de las personas en su lugar de trabajo.
- Cuando actúan como factores que pueden desencadenar tensión y estrés laboral.

Los efectos negativos que pueden causar sobre la salud los factores psicosociales de riesgo generan en el/la trabajador/a una disfunción mental; es decir, precipitan efectos negativos en términos de salud mental, como ansiedad, depresión, disminución de la autoestima, estrés laboral, burnout, entre otros (Zapf et al., 2011). Todos estos conceptos serán definidos más adelante profundizando en los que son objeto de nuestra temática de estudio.

La selección del estrés laboral y burnout como temática de trabajo, de entre los múltiples efectos que desencadenan los factores psicosociales de riesgo, ha sido motivada por la tipología de personas por la que se compone la muestra. Este colectivo de profesionales de la salud se ha seleccionado porque se suele apreciar un estrés experimentado, especialmente por parte de médicos/as y personal de enfermería. Esto puede ser como resultado de su responsabilidad por la salud y el bienestar de otras



personas, por el comportamiento de los pacientes (a veces exigentes y agresivos) y por tener que sobrellevar también circunstancias como la muerte, lesiones o víctimas (Ogińska-Bulik, 2016).

Es importante tener en cuenta que los términos de estrés laboral y burnout no son sinónimos. El estrés laboral es un tipo de estrés asociado al ámbito del trabajo que puede ser puntual o crónico, aunque la mayoría de los casos responden al segundo tipo mencionado (Cavanaugh, Boswell, Roehling y Boudreau, 2000). Este estrés puede ser positivo o negativo (Kung y Chan, 2014). Sin embargo, el burnout ha sido recientemente conceptualizado y categorizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un tipo de estrés laboral crónico, que presenta agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Además, aunque en la actual Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) no exista el síndrome de burnout, con la definición y categorización de la OMS del término, entrará en vigencia en la CIE-11 (Vivas-Manrique y Fonseca, 2019).

2.2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DEL ESTRÉS

2.2.1. EL ESTRÉS

Durante mucho tiempo ha habido confusión en torno al término estrés con otros términos relacionados (Stevens, et al., 2013). De hecho, Paul Rosch, presidente del Instituto Americano del Estrés, (como se citó en Steven et al. 2013) señala lo siguiente: “Todos



hablan sobre el estrés, y presumiblemente todos saben lo que es, pero en realidad, nadie sabe qué es el estrés. No solo significa cosas diferentes para personas diferentes, son cosas diferentes para personas diferentes” (p. 2).

Hoy en día, no existe un acuerdo universal con respecto a la derivación del término estrés. Beehr y Franz (2008) sugieren que el término se deriva de la palabra latina *stringere*, que significa unir fuertemente. Por su parte, Johnson y Cooper (2003) sostienen que el término deriva de la palabra francesa *destres sé*, que significa angustia, y sugieren que el prefijo *dis* finalmente se eliminó.

Una descripción literal común y generalizada del estrés afirma que es “una fuerza o influencia limitante”. Cuando se aplica al organismo humano esto podría interpretarse como que el cuerpo puede resistir una fuerza o influencia dada. En este sentido, el fallecido Hans Selye (como se citó en Stevens et al. 2013) conocido generalmente como el “Padre del estrés”, lo describió como la "respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda hecho sobre él (p.2)”.

Esto significa que el estrés implica la movilización de los recursos del cuerpo en respuesta a algún estímulo (estresante). Estas respuestas pueden incluir varios cambios físicos y químicos. Esta descripción del estrés podría extenderse a indicar que implica demandas que agravan o exceden los recursos del cuerpo humano. Esto quiere decir que el estrés involucra estas respuestas corporales, pero que también implica desgaste a largo plazo en la persona provocada por estas respuestas.

En esencia, el estrés puede considerarse como cualquier factor que actuando interna o externamente, dificulta la adaptación al entorno y que induce un mayor esfuerzo por parte



de las personas para mantener un estado de equilibrio con el entorno externo. En este sentido, debe entenderse que el estrés es un estado en el que se encuentra una persona y esto no debe confundirse con ningún agente que produce tal estado. Dichos agentes se denominan estresores, los cuales nombraremos en otros apartados.

Para profundizar en este concepto hay que considerar el trabajo de Beehr y Franz (2008) donde realizan una clasificación del estrés en tres tipos, los cuales se detallan a continuación:

- El primer tipo se fundamenta en estímulos. Conciben el estrés como un estímulo basado en la situación o el medio ambiente, que afecta a la persona.
- El segundo tipo tiene que ver con la respuesta. Determina el estrés como la respuesta psicológica o fisiológica de un individuo a las fuerzas ambientales o situacionales.
- El tercer tipo, considera un enfoque interactivo conocido a menudo como el enfoque de estrés-tensión. Conlleva a su vez las definiciones de los dos primeros modelos en el sentido de que conceptualiza el estrés como el estímulo (fuente de estrés o estresante) y la respuesta (resultado o manifestación de estrés o tensión).

Las señales de estrés se pueden evidenciar especialmente en los cambios de comportamiento de las personas. Las respuestas cercanas al estrés pueden estar en las áreas de sentimientos (ansiedad, depresión, irritabilidad, fatiga), comportamiento (retramiento, agresividad, lloros, desmotivación), pensamiento (dificultades de concentración y resolución de problemas) o síntomas físicos (palpitaciones, náuseas, dolores de cabeza). Si



el estrés continúa, pueden aparecer cambios en el funcionamiento neuroendocrino, cardiovascular, autonómico e inmunológico, que conllevan a enfermedades mentales (Schabracq & Cooper, 2000).

Ahora bien, respecto al estrés en el trabajo, éste es considerado un factor bien conocido por presentar baja motivación, disminución del rendimiento, bajas por enfermedad, accidentes, poca satisfacción laboral, productos y servicios de baja calidad, mala comunicación interna y conflictos, entre otros.

En el mismo orden de ideas, Chusmir y Franks (1988) argumentaron que todos los problemas antes mencionados están asociados, directa o indirectamente y tienen un efecto en la eficiencia y efectividad organizacional en general. De allí que una encuesta realizada por la British Industrial Society (2011) indicara que el 91% de los 495 profesionales de recursos humanos y personal creyeran que el estrés es un problema en la organización, más específicamente, el 36% creía que era un problema significativo y el 5% por ciento indicó que era un problema grave.

En la siguiente Figura 1 se muestra un modelo de estrés laboral, con las fuentes que lo ocasionan, así como las características sintomáticas individuales y las enfermedades que acarrea.



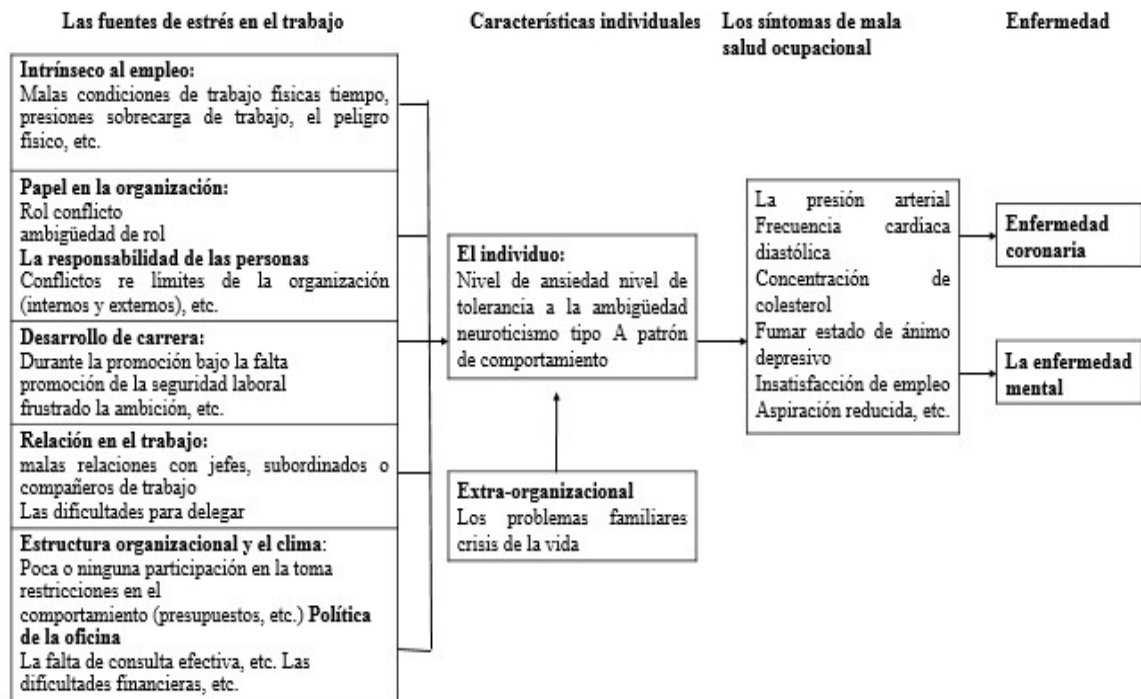


Figura 1. Un modelo de estrés laboral (Michie, 2002, p. 68)

Por su parte, en unos estudios realizados por McHugh & Treisman (2007) se sugiere que el estrés debería incluirse en la agenda de gestión del cambio. Además, argumentan que las personas relacionadas con esta gestión deben asumir el hecho de que se incrementa la presión y el estrés sobre los empleados/as debido al cambio organizacional continuo y que es necesario que las organizaciones piensen en incluir un programa para abordar este problema. Asimismo, Bedeian, Armenakis, y Curran, (2009) consideraron el estrés como un obstáculo para la planificación e implementación del cambio y señalaron que: “La receptividad, la resistencia, el compromiso, el cinismo, el estrés y las reacciones personales relacionadas son variables de criterio claramente relevantes para ser



consideradas en el marco de la planificación e implementación de un cambio organizacional. El cambio obviamente puede causar cinismo y estrés, inhibiendo así el éxito” (p. 307).

En la misma línea argumentativa, Mack, Nelson, & Campbell-Quick (2008) hicieron énfasis en la naturaleza del cambio organizacional que no se cumple con el modelo típico de descongelación-movimiento-reacondicionamiento, en vista que hoy los empleados no experimentan esta secuencia simple. Por el contrario, los/as empleados/as se encuentran en un estado de incertidumbre constante y generalmente nunca alcanzan el estado de congelación.

Michie (2002) señala que las situaciones que pueden causar estrés son aquellas que son impredecibles o incontrolables, inciertas, ambiguas o desconocidas, o que implican conflicto, pérdida o expectativas de rendimiento. Refiere el autor que el estrés puede ser causado por eventos de tiempo limitado, como pueden ser los plazos de trabajo, o por situaciones continuas como las demandas familiares, la inseguridad laboral o los largos viajes diarios.

Los recursos que ayudan a satisfacer las demandas y presiones que acontecen en el trabajo incluyen características personales tales como habilidades de afrontamiento (por ejemplo, resolución de problemas, asertividad, gestión del tiempo) y la situación laboral, como un buen ambiente de trabajo y el apoyo social. Estos recursos se pueden incrementar mediante inversión en infraestructuras de trabajo, la formación, buenas prácticas de gestión y empleo, y la forma en la que se organiza el trabajo.



Haciendo una revisión bibliográfica sobre la concepción del estrés por parte de las organizaciones, desde Atalaya (2011) se pudo conocer que históricamente la respuesta típica de los/as empleadores/as al estrés en el trabajo ha sido culpar a la víctima de estrés, en lugar de a su causa. Por ello, cada vez más se está reconociendo en las normativas laborales que los/as empleadores/as tienen la obligación de asegurar que los/as empleados/as no se enfermen.

De igual manera, debe ser de interés económico a largo plazo el prevenir el estrés, ya que es probable que conduzca a una alta rotación del personal, un aumento de las bajas por enfermedad, ausencia y jubilación anticipada, mayor estrés en el personal que aún trabaja, disminución del rendimiento, mayor tasa de accidentes y menor satisfacción del cliente.

Al respecto, Michie (2002) alude que para la prevención de todas las consecuencias antes mencionadas, la buena práctica laboral debe incluir una evaluación del riesgo de estrés entre los/as empleados/as, la cual implica lo siguiente:

- 1- Buscar aquellas presiones en el trabajo que puedan causar niveles de estrés altos y duraderos.
- 2- Determinar quiénes podrían verse perjudicado por estos.
- 3- Evaluar si se está haciendo lo suficiente para evitar ese daño.

Por lo que se ha visto, comprender el significado del estrés puede hacerse más difícil porque ciertos términos relacionados con el mismo pueden causar confusión. Parece



apropiado, en este punto, revisar el significado de términos como tensión, emoción, ansiedad, depresión y agotamiento laboral.

Respecto al término “tensión”, se usa con frecuencia en una variedad de formas con respecto al estrés. Las tensiones pueden considerarse contracciones musculares innecesarias o exageradas que podrían estar acompañadas de actividades anormalmente elevadas o reducidas de los órganos internos. Ésto significa que la tensión se puede ver en dos marcos de referencia: primero, como tensión fisiológica o no aprendida y segunda, como tensiones psicológicas o aprendidas (Stevens, et al. 2013).

Las primeras tensiones fisiológicas o no aprendidas sería "tensarse" con luces brillantes o sonidos intensos. Al respecto, Stevens et al. (2013) señalan que las tensiones psicológicas o aprendidas se pueden considerar como respuestas a estímulos que normalmente no implican contracciones musculares, pero que en algún momento anterior en la experiencia de una persona se asociaron con una situación en la que la tensión era parte de la respuesta normal. Un ejemplo de dicha tensión de acuerdo con los mencionados autores sería:

La incapacidad de relajarse cuando viaja en automóvil luego de experimentar, presenciar o imaginar un accidente automovilístico grave. Debido a que el cerebro conecta cualquier evento que lo estimule simultáneamente, esto significa que, dependiendo de los tipos ilimitados de experiencias personales que uno pueda tener, él o ella pueden mostrar tensión a prácticamente todo tipo de estímulos. (Stevens, et al., 2013, p. 3).



En cierto sentido, se puede inferir que las tensiones fisiológicas o no aprendidas son actuales y espontáneas, mientras que las tensiones psicológicas o aprendidas pueden estar latentes como resultado de una experiencia previa y pueden surgir en un momento posterior. Para otros autores/as puede haber una ligera distinción, quizás una diferencia esencial entre el estrés y la tensión: el primero es un estado físico y / o mental en cuestión con desgaste en el cuerpo, mientras que este último es una condición espontánea o latente que puede provocar este desgaste.

El otro término que queremos diferenciar es el de “emoción”, el cual se usa indistintamente al estrés en algunas publicaciones, por lo que se debe considerar el significado de la emoción. Al respecto, algunos autores refieren que:

La emoción se puede ver como la respuesta que hace un individuo cuando se enfrenta a una situación para la que no está preparado o que él o ella interpreta como una posible fuente de ganancia o pérdida. Por ejemplo, si uno se enfrenta a una situación para la cual puede no tener una respuesta satisfactoria, podría producirse el patrón emocional de miedo. O, si una persona está en una posición donde los deseos se frustran, puede ocurrir el fenómeno emocional de la ira. (Stevens et al., 2013, p. 4).

La emoción, entonces, no es el estado de estrés en sí, sino más bien un factor estresante que puede estimular el estrés.

Otro término usado a menudo cuando se habla de estrés es el de “ansiedad”. De hecho, cierta literatura utiliza la expresión "ansiedad o estrés", lo que presenta a simple



vista un parecido como si fueran lo mismo. No se considera el problema de causa y efecto. Es decir, ¿es el estrés la causa de la ansiedad o es la ansiedad la causa del estrés?

Un significado literal básico de ansiedad es "inquietud de la mente", pero esta generalización puede ser más compleja de lo que uno podría pensar. Eugene Walker (como se citó en Stevens et al. 2013) un destacado psicólogo clínico, señala que la ansiedad es "la reacción a una situación donde creemos que nuestro bienestar está en peligro o en peligro de alguna manera (p.4)".

En el mismo orden de ideas, David Viscott (como se citó en Stevens et al. 2013) considera la ansiedad como el miedo al daño o la pérdida. Él sostiene que esto lleva a la ira, con ira que conduce a la culpa, que si no se alivia, puede conducir a la depresión.

La “depresión”, se considera una reacción emocional dolorosa caracterizada por sentimientos intensos de pérdida, tristeza, inutilidad, fracaso o rechazo que no se justifica por una visión objetiva de los acontecimientos. Algunos autores señalan que:

La depresión es a menudo una reacción desproporcionadamente intensa a una situación de vida difícil. Puede estar acompañado de síntomas fisiológicos como tensión, desaceleración de la actividad motora y mental, fatiga, falta de apetito e insomnio, algunos de los mismos síntomas que acompañan al estrés indeseable” (Bados, Greco, y Toribio, 2013, p.303).

Por último, se tiene el “agotamiento laboral”, el estado por el cual algunas personas se vuelven incapaces de hacer frente al trauma físico y emocional generado por las demandas de su energía, emociones y tiempo. Algunas investigaciones realizadas sobre



ocupaciones orientadas a las personas indican que algunas se caracterizan por varias fuentes de frustración incorporadas, que eventualmente llevan a trabajadores dedicados a volverse ineficaces y apáticos, es decir, agotados (Forbes-Álvarez, 2011, p.2).

Las personas que experimentan agotamiento laboral pueden comenzar a percibir su trabajo como imposible. Pueden comenzar a cuestionar su habilidad. Sintiéndose impotentes y fuera de control, las personas que se acercan al agotamiento pueden cansarse fácilmente y experimentar dolores de cabeza y / o problemas digestivos. En algunos casos, lo harán y consideran que sus tareas y su profesión son cada vez más sin sentido, triviales o irrelevantes (Llorens- Gumbau y Salanova-Soria, 2011).

Con la breve discusión expuesta anteriormente de ciertos términos no se agota el vocabulario utilizado en relación con el estrés, pero se pretende contribuir a distinguir el uso de términos básicos para comprender el tema general de este trabajo.

2.2.2. FACTORES DETERMINANTES DEL ESTRÉS

Williams, Michie y Patani (2008) señalan que el grado de estrés experimentado depende del funcionamiento de dos mecanismos fisiológicos de protección, los cuales se detallan a continuación:

- 1- Reacción de alarma. Cuando una persona ve amenazada su seguridad, su primera respuesta es la excitación fisiológica: los músculos se tensan y la respiración y el



ritmo cardíaco se vuelven más rápidos. Esto sirve cuando la amenaza, por ejemplo, es un toro en el campo corriendo hacia la persona y ésta debe luchar o huir. Hoy en día las amenazas tienden a ser más psicológicas, como puede ser el ataque verbal injustificado de un superior en el trabajo. Por lo general, no es recomendable, ni tampoco es socialmente aceptable, actuar "luchando" por lo que se necesita un medio alternativo para expresar la energía emocional y física resultante, como lo es una comunicación asertiva.

- 2- Adaptación. Este segundo mecanismo permite dejar de responder cuando la persona se entera de que los estímulos en el medio ambiente ya no son una amenaza para su seguridad. Por ejemplo, cuando una persona pasa un tiempo en una casa cerca de una línea de ferrocarril, su respuesta a los trenes que pasan rápidamente debe ser el sobresalto. A medida que va pasando el tiempo, esta respuesta disminuye. Por el contrario, si esto no ocurriera eventualmente, la persona se colapsaría por el agotamiento y por el desgaste físico y mental.

El estrés se experimenta cuando alguno de estos mecanismos no funciona correctamente o cuando resulta difícil cambiar adecuadamente de uno a otro. Esto forma la base de enfoques individuales para el manejo del estrés que se muestra en la Figura 2.



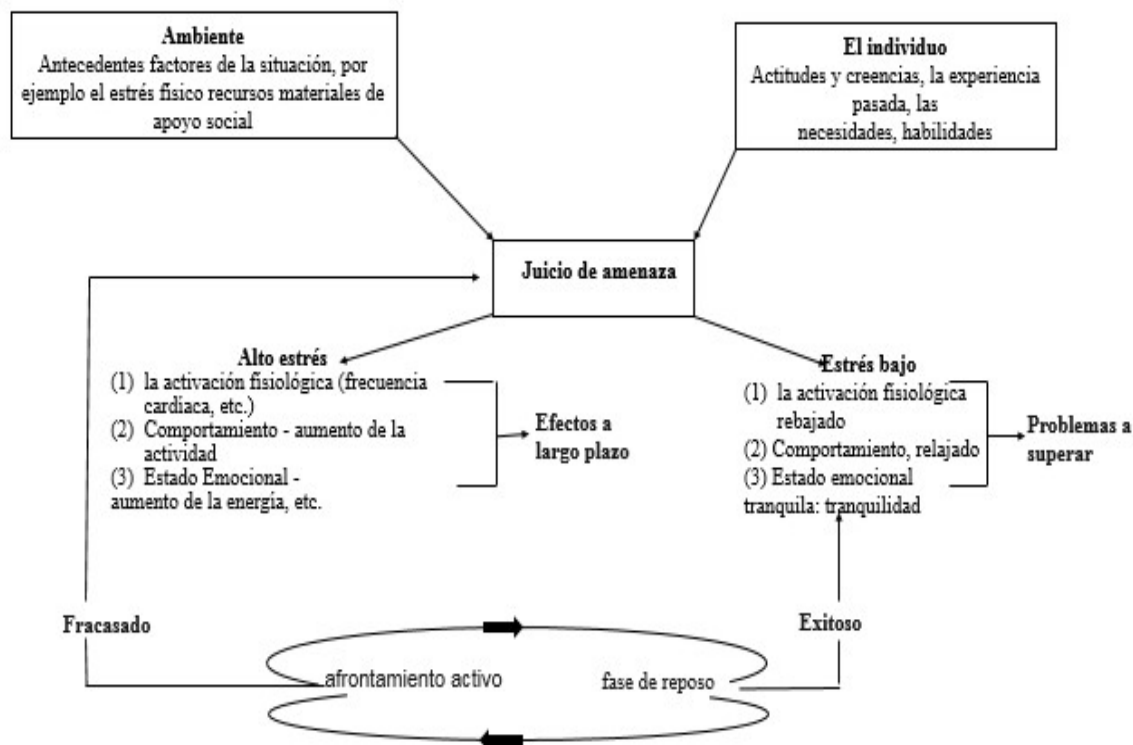


Figura 2. Un modelo de estrés y su manejo (Michie, 2002, p. 69)

En la Figura anterior, se muestra qué es la percepción o reconocimiento de la situación lo que es clave para determinar si causa o no estrés. Esta es la base del modelo transaccional de estrés propuesto por Lazarus (1994), por el cual la capacidad de una persona para prevenir o reducir el estrés está determinada por la evaluación misma de esa persona a la amenaza dentro de una situación (evaluación primaria), y la evaluación de sus habilidades de afrontamiento para hacer frente a esa amenaza (evaluación secundaria).

Dichas evaluaciones han sido moldeadas por experiencias pasadas de enfrentar el estrés y a su vez influir en el comportamiento y las evaluaciones futuras. Por lo tanto, el proceso de evaluación, comportamiento y estrés es continuo. El estrés puede ser el



resultado de cambiar la forma en la que se evalúa la situación (técnicas cognitivas) o se responde a ella (técnicas conductuales o cognitivas).

2.3. FACTORES ESTRESORES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Habitualmente el lugar de trabajo es una fuente importante de demandas y presiones que causan estrés y/o como recursos estructurales y sociales para contrarrestar el estrés. Los factores del lugar de trabajo que se han asociado con el estrés y los riesgos para la salud se pueden clasificar como aquellos que tienen que ver con el contenido del trabajo y los que tienen que ver con el contexto social y organizativo del mismo. Los que son intrínsecos al trabajo incluyen: largas horas, sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, tareas difíciles o complejas, falta de descansos, falta de variedad y malas condiciones físicas de trabajo (por ejemplo, espacio, temperatura, luz).

El trabajo poco claro o los roles y límites en conflicto pueden causar estrés, al igual que la responsabilidad de las personas. Las posibilidades de desarrollo laboral son amortiguadores importantes contra el estrés actual, ya que la falta de capacitación y la inseguridad laboral son estresantes. Hay otras dos fuentes de estrés o amortiguadores contra el estrés, como son las relaciones en el trabajo y la cultura organizacional. Los puestos gerentes que son críticos, exigentes, poco solidarios o acosadores crean estrés; mientras que una dimensión social positiva del trabajo y un buen trabajo en equipo lo reducen (Vakola y Nikolaou, 2005).



Por el contrario, Williams et al. (2008) señalan que una cultura organizacional de horas extras no remuneradas o "presentismo" produce estrés. Asimismo, el cambio organizacional, especialmente cuando la consulta ha sido inadecuada, es una gran fuente de estrés. Sin embargo, una cultura de involucrar a las personas en las decisiones, mantenerlas informadas sobre lo que está sucediendo en la organización y proporcionar buenos servicios e instalaciones recreativas reduce el estrés. Dichos cambios incluyen fusiones, reubicación, reestructuración o "reducción de personal", contratos individuales y despidos dentro de la organización.

Esa revisión sistemática realizada por Williams et al. (2008) arrojó la evidencia de los factores laborales asociados con problemas de salud psicológica y ausentismo laboral:

- Largas horas trabajadas, sobrecarga de trabajo y presión
- Los efectos de estos en la vida personal
- Falta de control sobre el trabajo y poca intervención al tomar decisiones
- Pobre apoyo social
- Gestión poco clara y rol de trabajo y estilo de gestión deficiente.

De acuerdo con Williams et al. (2008) tres de estos factores forman parte del influyente *Modelo de demandas – control – apoyo social* (Karasek, 1990). De acuerdo con este modelo, la tensión y los riesgos para la salud relacionados con el trabajo tienen más probabilidades de surgir cuando las altas demandas laborales se combinan con la baja



latitud de decisión (es decir, baja personal, control sobre el trabajo y limitadas oportunidades para desarrollar habilidades).

Por otro lado, las altas demandas de trabajo con alta latitud de decisión brindan la posibilidad de motivación para aprender, aprendizaje activo y una sensación de logro. Se encontró que la latitud de decisión es más importante que la demanda. Desde su introducción en 1979, el modelo se ha ampliado para incluir el apoyo social en el trabajo como predictor de la tensión laboral. El modelo de Karasek (1990) ha recibido suficiente apoyo empírico para proporcionar un marco útil para las intervenciones en el trabajo.

2.4. MANEJO DEL ESTRÉS

- **Manejo individual**

La mayoría de las intervenciones para reducir el riesgo para la salud asociado con el estrés en el lugar de trabajo involucran enfoques, tanto individuales como organizacionales. Los enfoques individuales incluyen capacitación y servicios de psicología uno a uno: clínica, ocupacional, salud o asesoramiento. Deben apuntar a cambiar las habilidades y recursos individuales y ayudar al individuo a cambiar su situación.



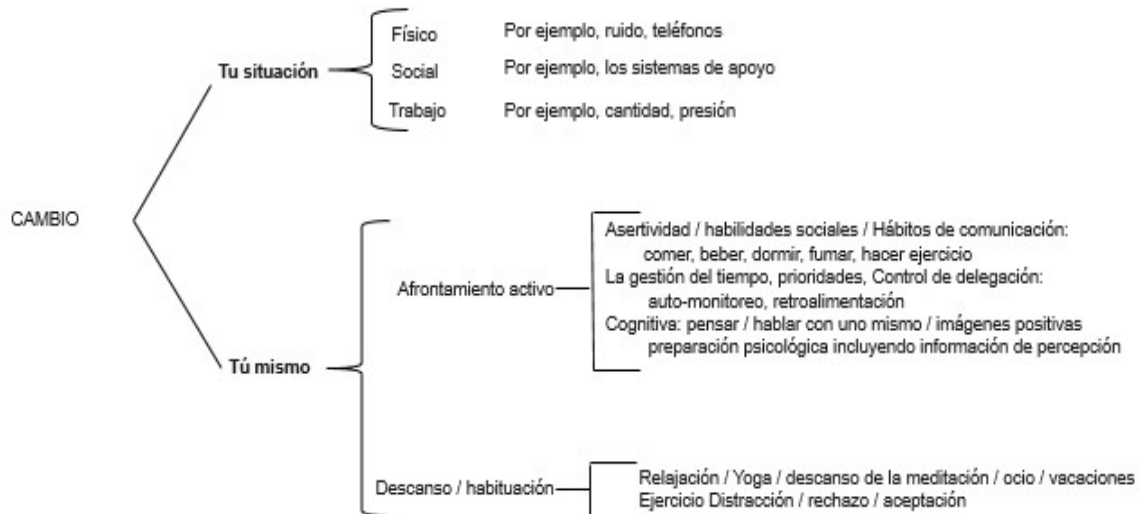


Figura 3. Técnicas para controlar el estrés (Michie, 2002, p. 70)

Las técnicas enumeradas en la figura 3 reflejan las fases de afrontamiento activo (lucha / huida) y descanso, del modelo de estrés presentado anteriormente en la Figura 2. El entrenamiento ayuda a prevenir el estrés a través de:

- Tomar conciencia de los signos de estrés y usar esto para interrumpir los patrones de comportamiento cuando la reacción al estrés apenas comienza. El estrés generalmente se acumula gradualmente. Cuanto más estrés se acumula, más difícil es lidiar con él.
- Canalizar la situación y desarrollar un plan activo para minimizar los estresores



- Habilidades de aprendizaje de afrontamiento activo y relajación, desarrollando un estilo de vida que crea un amortiguador contra el estrés
- Practicar lo anterior en situaciones de bajo estrés primero para maximizar las posibilidades de éxito temprano y aumentar la confianza en uno mismo y la motivación para continuar (Michie, 2002).

Otros autores que han estudiado el estrés en el contexto laboral, señalan que una amplia variedad de cursos de capacitación puede ayudar a desarrollar técnicas de afrontamiento activas, por ejemplo, asertividad, habilidades de comunicación, gestión del tiempo, resolución de problemas y gestión eficaz (Darwish, 2000).

Sin embargo, hay muchas fuentes de estrés que es probable que la persona perciba como ajeno a su poder de cambio, como la estructura, el estilo de gestión o la cultura de la organización. Es importante considerar que los enfoques de manejo del estrés que se concentran en cambiar al individuo sin cambiar las fuentes de estrés son de efectividad limitada y pueden ser contraproducentes al enmascarar estas fuentes.

Por ejemplo, respirando profundamente y pensando positivamente sobre una situación que causa estrés, puede generarse una sensación temporal de bienestar, pero permitirá que continúe una situación perjudicial, causando estrés persistente y, probablemente, estrés a otras personas. El objetivo principal del enfoque individual debe ser desarrollar las habilidades y la confianza de las personas para cambiar su situación, no ayudarles a adaptarse y aceptar una situación estresante.



- **Manejo organizacional**

La prevención y el manejo del estrés laboral requieren intervenciones a nivel organizacional, porque es la organización la que crea el estrés. Un enfoque que se limita a ayudar a quienes ya experimentan estrés es análogo a la administración de yeso adhesivo sobre las heridas, en lugar de tratar las causas del daño. Las intervenciones organizacionales pueden ser de muchos tipos, desde estructurales (niveles de personal, horarios de trabajo, entorno físico) hasta psicológicas (apoyo social, control sobre el trabajo, participación).

El énfasis en la organización, más que en el problema es bien ilustrado por los principios utilizados en el área administrativa de algunos países. Entre ellos Escandinavia, donde existe un excelente historial de creación de entornos de trabajo saludable y seguro. La evaluación del riesgo de estrés en el lugar de trabajo, de acuerdo con Johnson (2001), debe tener en cuenta:

- La probabilidad y el alcance de la mala salud que podría ocurrir como resultado de la exposición a un peligro particular.
- La medida en que una persona está expuesto al peligro.
- La cantidad de trabajadores/as con exposición al peligro.

El análisis de los peligros estresantes en el trabajo debe considerar todos los aspectos de su diseño, gestión y de su contexto social y organizativo. Aunque la prioridad



es la prevención, se pueden introducir medidas de protección para controlar el riesgo y reducir los efectos de un peligro determinado. Cada vez más, la legislación exige que quienes creen puestos de trabajo evalúen y aborden todos los riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores/as, incluida su salud mental (Johnson, 2001).

La creación de un sistema de trabajo seguro requiere apuntar a equipos, materiales, el medio ambiente y las personas (garantizar las habilidades suficientes para las tareas). También requiere tener sistemas de monitoreo y revisión para evaluar el grado en que las estrategias de prevención y control son efectivas. Aunque las asociaciones entre los factores del lugar de trabajo y la enfermedad psicológica y la ausencia de enfermedad asociada están bien documentados, las intervenciones basadas en evidencia para reducir estos problemas son escasas.

Las intervenciones exitosas utilizaron enfoques de capacitación y organización para aumentar la participación en la toma de decisiones y la resolución de problemas, aumentar el apoyo y la retroalimentación y mejorar la comunicación. Al respecto, los estudios llevados a cabo por Johnson y Cooper (2003), revelaron que:

- Las habilidades enseñadas para movilizar el apoyo en el trabajo y participar en la resolución de problemas y la toma de decisiones contenían más comentarios de apoyo, se sintieron más capaces de hacer frente y un mejor funcionamiento del equipo de trabajo y el clima. Entre quienes corren el mayor riesgo de irse, están quienes se sometieron al entrenamiento informaron depresión reducida.



- El personal que enfrenta un cambio organizacional. A quienes se les enseñaron habilidades de manejo del estrés, cómo participar y controlar, su trabajo mostraron una disminución de los niveles de hormona del estrés.
- El personal a quien se les enseñó la comunicación verbal y no verbal y las habilidades de empatía demostraron reducciones en la renuncia del personal y baja por enfermedad.
- Profesionales físicamente inactivos/as que se sometieron a capacitación en manejo del estrés mejoraron su capacidad de afrontamiento percibida y los que se sometieron a ejercicio aeróbico mejoraron sus sentimientos de bienestar y disminuyeron sus quejas de dolor muscular, pero también informaron una menor satisfacción laboral.
- Los empleados/as que se sometieron a uno de los siete programas de capacitación que enfatizan uno o más aspectos del manejo del estrés (procesos fisiológicos, afrontamiento de personas o procesos de conciencia interpersonal) mostraron reducciones en la depresión, ansiedad, tensión psicológica y agotamiento emocional inmediatamente después del programa. Hubo una mayor reducción en tensión psicológica y agotamiento emocional a los 9–16 meses de seguimiento.
- Quienes se ausentan por enfermedad a largo plazo que fueron remitidos temprano al departamento de salud ocupacional (dentro de dos o tres meses de ausencia) redujeron su ausencia por enfermedad de 40 a 25 semanas antes de la reanudación del trabajo y de 72 a 53 semanas antes de dejar el empleo por razones médicas, lo que generó grandes ahorros financieros.



De acuerdo con algunos autores (Chusmir y Franks, 2008), el éxito en la gestión y prevención del estrés dependerá de la cultura de la organización. En este trabajo se señala que estrés:

Debe verse como información útil para guiar la acción, no como debilidad en los individuos. Una cultura de apertura y comprensión, más que de la culpa y la crítica, es esencial. La construcción de este tipo de cultura necesita un liderazgo activo y modelos a seguir desde la parte superior de la organización, el desarrollo y la implementación de una política de estrés en toda la organización, y sistemas para identificar problemas temprano y para revisar y mejorar las estrategias desarrolladas para abordarlos. La política y su implementación deben negociarse con los sindicatos y los comités de salud y seguridad pertinentes.

(Chusmir y Franks, 2008, p.66).

Por último, pero no menos importante, se deben evaluar las intervenciones, de modo que se pueda valorar su efectividad. El método para lograr esto debería incluir una alta tasa de respuesta, medidas válidas y confiables, así como un grupo de control. Dos medidas que proporcionan un análisis exhaustivo del estrés laboral y que se han utilizado ampliamente son el Cuestionario de contenido laboral, que incluye medidas de los predictores de tensión laboral y el Indicador de estrés laboral (Chusmir y Franks, 2008).



2.5. EL ESTRÉS QUE PADECEN PROFESIONALES DE LA SALUD

El estrés es en la actualidad uno de los problemas más graves que está afectando a los/as profesionales/as de la salud, así como a los/as distintos empleados/as de diferentes áreas, al provocarles incapacidad física o mental. Esto es debido a la gran responsabilidad que asumen en horas laborales, la sobrecarga de trabajo y el contacto directo con pacientes en muchos casos en situaciones críticas. De allí que la literatura esté repleta de evidencia de que el estrés inherente a la atención sanitaria afecta negativamente a los/as profesionales de la salud, lo que conlleva a una mayor depresión, disminución de la satisfacción laboral y angustia psicológica.

Al respecto, Tyssen, Vaglum, Gronvold & Ekeberg (2011) señalan que existe evidencia considerable de que el estrés inherente a la atención sanitaria afecta negativamente a profesionales de la salud. El estrés puede conducir a un aumento de depresión, disminución de la satisfacción laboral, problemas en las relaciones personales, angustia psicológica e incluso suicidio (Flanagan & Flanagan, 2012). El estrés también puede dañar la efectividad profesional: disminuye la atención, reduce la concentración, incide en las habilidades de toma de decisiones y reduce las capacidades de los proveedores para establecer relaciones sólidas con los pacientes (Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005).

Sin embargo, a pesar de este llamamiento al cambio, la insatisfacción y la angustia han seguido aumentando. Por ejemplo, un estudio de médicos estadounidenses mostró una disminución en la satisfacción con todos los aspectos de su vida profesional desde 1996



hasta 2007 (Murray et al., 2011). Está claro que los/as profesionales de la salud necesitan apoyo para abordar los numerosos factores estresantes inherentes a su trabajo.

La mayoría de los trabajos y muchas experiencias de vida generan cierto grado de estrés y tensión, pero parece que este problema puede exacerbarse entre las personas que trabajan en entornos emocionalmente exigentes. Las/os profesionales de la salud trabajan en tales entornos y por lo tanto, son particularmente vulnerables al agotamiento emocional severo y la tensión psicológica que se cree que están más allá y son cualitativamente diferentes de otros estresores organizacionales.

La importancia de profundizar en la comprensión de las causas, el impacto y los mediadores del estrés y el agotamiento en los profesionales de la salud es esencial no solo para proteger la salud de los trabajadores y trabajadoras individuales, sino también para garantizar la promoción y la salud continua de las personas a quienes se les brinda el servicio.

Existen muchos factores que influyen en el campo laboral de las personas. La mayoría de los estresores laborales revisados en la literatura son aquellos considerados intrínsecos al trabajo; es decir, emanan de la organización o del rol laboral en particular. Aparentemente universales y verificables, entre estos factores estresantes en las organizaciones están la presión laboral, la sobrecarga de roles, el conflicto de ellos y su ambigüedad que, a su vez, están relacionados con la falta de trabajo y satisfacción, estrategias de afrontamiento inadecuadas y los "costos" del estrés (Moore & Cooper, 2016). Estos últimos abarcan tales efectos informados como el rendimiento deteriorado, el impacto



en la salud mental y física, el número de días de enfermedad tomados, la dependencia química, la ruptura matrimonial, la jubilación laboral e incluso el suicidio.

En un trabajo de investigación realizado por Shinn, Rosario, Oslash y Castaño (2004) se planteó una pregunta abierta y en las respuestas descubrieron que el factor estresante del trabajo identificado con mayor frecuencia por las/os profesionales de la salud (47%) en varias instituciones era un diseño de trabajo deficiente, que implicaba una carga de trabajo excesiva, conflictos de roles y una variedad de otras condiciones de trabajo.

Las grandes cargas de trabajo, como lo demuestran las grandes proporciones de pacientes por personal, se correlacionan con cuestiones de salud mental que aumentan la insatisfacción laboral e intentan separarlos de sus vidas (Pines & Maslach, 2008). Parece también que la experiencia de los trabajadores de la salud, o al menos la percepción de la presión en el trabajo es significativamente mayor que la representada por muestras de trabajadoras/es no sanitarias/os. (Rees y Cooper, 2009).

Rees y Cooper (2009) valoraron los niveles de estrés laboral en profesionales de la salud de Inglaterra. Lo relacionaron con los patrones de conducta, encontrándose en trabajadores de la salud, en particular las enfermeras, un mayor estrés de la estructura organizativa que en los médicos, los miembros de profesiones relacionadas con la medicina o el personal administrativo, mientras que tanto los/as médicos/s como el personal de enfermería calificaron los factores intrínsecos al trabajo como más estresantes que el personal administrativo.



Claramente, tales factores son importantes para comprender el estrés en profesionales de la salud, pero ¿qué hay de los estresores que se consideran exclusivos de las profesiones de salud?

Para tratar de responder a estos interrogantes, nos apoyaremos en Mamani-Encalada et al. (2009) quienes realizaron un trabajo de investigación para determinar los principales elementos provocadores de estrés laboral en profesionales de la salud para luego establecer su estructura factorial y las posibles diferencias entre diferentes unidades hospitalarias. Los resultados evidenciaron una serie de factores causantes del estrés laboral, los cuales se detallan a continuación: llamadas nocturnas (3.83), llamadas de emergencia durante las horas de cirugía (3.72), llamadas telefónicas temprano en la mañana (3.58), las presiones de tiempo (3.52), dividir el tiempo entre cónyuge y pacientes (3.22). También puede relacionarse con problemas de asignación de tiempo al igual que las demandas de trabajo en la vida social (3.13).

En estos resultados se observa que las llamadas nocturnas y temprano en la mañana, así como las llamadas de emergencia durante las cirugías y la presión del tiempo, son los factores con mayor capacidad para provocar estrés laboral. Para este estudio, las variables sociodemográficas y cualitativas consideradas ejercen un efecto modulador sobre el estrés laboral y fueron las siguientes: número de horas de trabajo en casa, porcentaje de trabajo directo con pacientes, colaboración de adjuntos y número de guardias.

También se encontraron la responsabilidad de 24 horas por la vida de los pacientes, expectativas poco realistas por parte de otros de su rol, administración de la práctica o mayor demanda por parte de pacientes y familiares de una segunda opinión. También la



preocupación por los/as pacientes, las quejas sugieren un tema relacionado con el desempeño laboral. Todos estos elementos sugieren altas demandas de trabajo para las personas que pertenecen a este colectivo, que se extienden más allá de las horas regulares de asistencia y afectan el ambiente del hogar.

En lo que se refiere al ámbito concreto de trabajo de los profesionales de salud, Moore & Cooper (2016) han constatado algunos factores que contribuyen al estrés laboral. Los puntajes obtenidos revelaron los siguientes datos: la cantidad de responsabilidad otorgadas (4.80), variedad en el trabajo (4.58), condiciones físicas de trabajo (4.44), horas de trabajo (4.69) y su tasa de pago (5.28).

Como se puede apreciar en estos resultados los factores que más resaltan en esta investigación fueron: la tasa de pago y la cantidad de responsabilidad asignada a las/os profesionales, seguido de las horas de trabajo y de las condiciones físicas del lugar de trabajo.

La evidencia empírica, en su gran mayoría obtenida empleando el modelo de tensión laboral de Karasek (como se citó en Serrano, Moya y Salvador, 2009), acota que el estrés laboral puede llevar a la aparición de otras patologías como la hipertensión, las enfermedades cerebro-vasculares, la arteriosclerosis, los infartos de miocardio, entre otros.



2.6. ALGUNAS TEORÍAS SOBRE EL ESTRÉS

Existen una serie de teorías respecto al estrés y una de las más conocidas es la teoría de Hans Selye (como se citó en Stevens et al. 2013) y se define como “la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga” (p.6). Los procesos fisiológicos y las reacciones involucradas en el modelo de estrés de Selye se conocen como Síndrome de Adaptación General, el cual consta de tres etapas: en primer lugar, la persona experimenta una reacción de alarma, seguido de una etapa de resistencia y, por último, un agotamiento.

En una reacción de alarma, el cuerpo reacciona al estresante y hace que el hipotálamo produzca un "mensajero" bioquímico, que a su vez hace que la glándula pituitaria secrete Hormona Adeno Cortico Trópica por sus siglas en inglés (ACTH) en la sangre. Esta hormona hace que la glándula suprarrenal descargue adrenalina y otros corticoides, lo que provoca la contracción del timo con una influencia en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y otras respuestas fisiológicas. Es durante este estado de alarma donde las funciones del sistema inmune del cuerpo pueden reducirse. Los investigadores Redford B. Williams y Virginia Williams (como se citó en Stevens et al. 2013) indican que esta etapa y el estrés profundo, en general, también pueden desencadenar ritmos cardíacos anormales.

La resistencia se desarrolla si el estresor no es demasiado pronunciado. La adaptación del cuerpo se desarrolla para combatir el estrés o posiblemente evitarlo, y el cuerpo comienza a reparar cualquier daño.



El modelo de estrés de Selye, que pone énfasis en las respuestas "no específicas", ha sido ampliamente aceptado. Sin embargo, la naturaleza inespecífica del estrés ha sido cuestionada por algunos trabajos. Esto significa que los estresores psicológicos activan otros sistemas endocrinos además de los activados por estresores fisiológicos como el frío, las descargas eléctricas y similares (Jiménez-Molina et al., 2008).

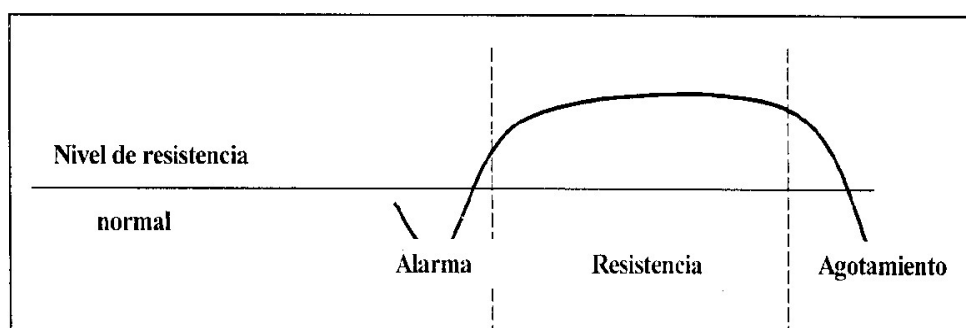


Figura 4. Episodio de tensión o estrés (Atalaya, 2011)

A lo largo de las últimas tres décadas, una de las teorías más populares sobre el estrés y la salud ha sido la de los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (Como se citó en Viner, 2009) quienes observaron dos tipos de comportamiento muy diferentes entre sus pacientes (Teoría tipo A versus Tipo B).

En un tipo de comportamiento, Tipo A, los investigadores descubrieron que es mucho más probable que conduzcan a ataques cardíacos en personas que de otra manera serían sanas. Las personas que exhiben un comportamiento tipo B, por otro lado, tenían menos probabilidades de terminar en una cama de hospital con problemas cardíacos.



La siguiente tabla 1 contiene algunas de las características distintivas de los dos tipos de comportamientos:

Tabla 1

Características distintivas de los tipos de comportamientos

Tipo A	Tipo B
Se mueve rápidamente	Se mueve sin prisa
Come rápido	Come pacíficamente
Habla rápido	Habla lentamente
Con frecuencia se siente impaciente	Paciente
Agresivo/a y competitivo/a en el trabajo	Cooperativa/o y colaborativa/o en el trabajo
Muy consciente del tiempo	No le influye el tiempo
Fácilmente molesta/o o enojada/o	Fácil de llevar
Altamente motivada/o para el logro	Generalmente satisfecha/o
Percibida/o como fuerte y contundente	Habla suave, relajado
Se siente inquieta/o durante los períodos de inactividad.	Disfruta del tiempo libre y tranquila/o
Con frecuencia intenta hacer múltiples	Hace una tarea a la vez



tareas en una vez	
-------------------	--

Fuente: Viner (2009)

Los Tipo A, a menudo logran un éxito profesional fenomenal y un gran reconocimiento por sus esfuerzos. Sin embargo, el costo físico y emocional puede ser bastante alto. Junto con una tasa de enfermedad coronaria que Friedman y Rosenman (como se citó en Viner, 2009) encontraron que era siete veces mayor que la del Tipo B, los Tipo A rara vez están satisfechos con lo que logran. Por lo tanto, se impulsan cada vez más y empujan a otras personas como consecuencia. Y el comportamiento tipo A no se limita al trabajo y la carrera. El tipo A también refleja menos satisfacción con la familia y otras relaciones, alienando aún más a las personas cercanas a ellos.

Esto podría llevarnos a la conclusión de que el dicho "está solo en la cima" puede tener más que ver con la alienación y la provocación que una simple pirámide de números.

Otra teoría popular sobre el estrés es la Teoría de ajuste persona-entorno, desarrollada en el Instituto de Investigación Social. El enfoque de esta teoría es la relación entre la percepción individual de una tarea, su percepción de su capacidad para completar esa tarea y la motivación para completarla. La hipótesis es que los sentimientos de estrés deberían aumentar a medida que se amplíe la brecha persona-entorno. Los resultados indican que este es el caso, y que el estrés varía en función del nivel de desafío (estrés) preferido por el individuo. (Jiménez-Molina et al., 2008)

Un ejemplo para este modelo teórico puede ser cuando algunos médicos/as, enfermeras y enfermeros se enfrentan a largas horas, un ritmo rápido y una atmósfera



caótica. Disfrutan de la sensación de importancia que conlleva ser un pez grande en un pequeño estanque donde mucha gente depende de ellos. Y no les importa particularmente dejar que su trabajo tenga prioridad sobre todo lo demás en su vida. Los pequeños centros de salud recién creados deben buscar personas como estas para crear un buen ajuste de persona-entorno. Estos profesionales prosperarán en ese tipo de clima.

Por otro lado, si el director/directora de un centro de nueva creación decidió reclutar profesionales con una buena reputación, pronto descubrirá que tiene algunas personas muy estresadas en sus manos. Las personas que prosperan en un entorno estable grande a menudo tienen un mal desempeño en el caos. Crea un nivel de estrés para ellos que a menudo es intolerable. Lo mismo es cierto a la inversa. Un/a médico/a, enfermera o enfermero emprendedor se sentirá sofocado, desmotivado y fuera de lugar en una institución tradicional y lenta (Jiménez-Molina et al., 2008).

Por otra parte, existe la Teoría del afrontamiento (Atalaya, 2011), la cual considera que nuestros cuerpos están bien equipados para lidiar con una cantidad razonable de estrés a lo largo de nuestras vidas, por ser un proceso acumulativo. Sin embargo, nuestro mundo se está volviendo cada vez más complejo y exigente. Es particularmente importante hoy, y será cada vez más crítico en las próximas décadas, para asegurarnos de que tengamos técnicas de afrontamiento adecuadas para manejar nuestras vidas estresantes.

Las técnicas de afrontamiento son patrones de pensamiento y hábitos de comportamiento que neutralizan los estresores o mitigan su impacto. Cuando recibimos una mala evaluación en el trabajo, nuestros pensamientos a menudo se centran en ideas como "mi jefe/a no conoce realmente mi trabajo" o "mi supervisor/a no valora mis cualidades



personales”. Estas ideas son racionalizaciones a estos pensamientos. Racionalizar es un mecanismo de afrontamiento (Atalaya, 2011).

En este sentido, hacer frente es nuestro esfuerzo por gestionar las demandas que percibimos como negativas. Las personas desarrollan automáticamente mecanismos complejos de afrontamiento; es parte del proceso de socialización y maduración. Estos mecanismos de afrontamiento difieren ampliamente de una individuo a otro. Y van de triviales a severos.

En el extremo o severo está lo que en psiquiatría se llaman represión. Cuando sucede algo realmente devastador en la vida, especialmente cuando ocurre a una edad temprana, nuestras mentes pueden simplemente destruir todo registro en un esfuerzo desesperado por mantener la normalidad. El recuerdo no está disponible para la mente consciente. Mucho se ha escrito últimamente sobre recuerdos reprimidos con respecto al abuso sexual infantil. Ese es el tipo de trauma severo que puede causar represión total. (Jiménez-Molina et al. 2008)

En el extremo más suave del espectro hay estrategias de afrontamiento inconscientes como moverse más despacio en un día caluroso o quedarse en la cama cuando no nos sentimos muy bien. También participamos en muchas actividades de afrontamiento deliberadas como poner algodón en nuestros oídos para trabajar en una habitación ruidosa, abrazarnos con el perro o el gato cuando nos sentimos solos o sin amor, o tomar un largo baño de burbujas después de un día difícil. (Jiménez-Molina et al. 2008).



Hay un elemento final que completa nuestra comprensión general de la naturaleza del estrés: su imagen especular, satisfacción. El estrés y la satisfacción a menudo operan como un tambaleante; cuando uno sube, otro baja. Pero este no es siempre el caso. Es posible que alguien tenga un alto estrés y una gran satisfacción, si tiene un sentimiento de control y elección en la situación, y tiene mecanismos de afrontamiento funcionales. Sin embargo, no es tan probable que alguien con baja satisfacción también tenga poco estrés. En general, los sentimientos de descontento o insatisfacción van de la mano con altos niveles de estrés. (Viner, 2009)

Como se ha podido ver y como ocurre en todas las investigaciones, la búsqueda de la verdad continuará. Surgirán procedimientos cada vez más precisos y sofisticados en el estudio científico del estrés. Las teorías actuales serán más críticas y evaluadas y otras teorías continuarán avanzando. Mientras tanto, abundante evidencia apoya la opinión de que el estrés incontrolado en la sociedad moderna es una amenaza muy grave para bienestar individual y, por supuesto, la persona es el factor más importante en dicho control.

2.7. EL BURNOUT

2.7.1. REVISIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTO

La relación que las personas tienen con su trabajo, y las dificultades que pueden surgir cuando esa relación sale mal, han sido reconocidas durante mucho tiempo como un



fenómeno significativo de la era moderna. El uso del término burnout comenzó a aparecer con cierta regularidad en la década de 1970 en los Estados Unidos, especialmente entre las personas que trabajan en los servicios humanos. Este uso popular fue presagiado por la novela de Greene de 1961, *A Burn-Out Case*, en la que un arquitecto espiritualmente atormentado y desilusionado deja su trabajo y se retira a la selva africana (como se citó en Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

De hecho, en escritos anteriores (como se citó en Freudenberger, 1975), tanto ficticios como no ficticios, se describieron fenómenos similares, incluida la fatiga extrema y la pérdida del idealismo y la pasión por el trabajo. Lo que es notable es que tanto los practicantes como los comentaristas sociales identificaron la importancia del agotamiento como un problema social mucho antes de que se convirtiera en un foco de estudio sistemático por parte de los investigadores.

De acuerdo a los datos suministrados en las distintas revisiones, los artículos iniciales aparecieron a mediados de la década de 1970 en los Estados Unidos y su contribución principal fue precisar el fenómeno básico, colocarle un nombre y mostrar que no se refería a una respuesta poco común. Este primer escrito se basó en la experiencia en profesionales de servicios humanos, especialmente trabajadores de la salud. El síndrome de burnout ha sido descrito como una incapacidad para hacer frente al estrés emocional en el trabajo o como uso excesivo de energía y recursos que conducen a sentimientos de fracaso y agotamiento (Farber, 2003).

Los primeros trabajos los realizó Freudenberger (1975), (como se citó en Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) que era un psiquiatra que trabajaba en una agencia de atención



médica alternativa y por Maslach (1976), una psicóloga social que estudiaba las emociones en el lugar de trabajo y desarrolló una medida que pesa los efectos del agotamiento emocional, despersonalización (actitudes negativas o cínicas hacia los pacientes) y reducción del sentido de realización personal. Este indicador tiende a convertirse en la herramienta estándar para medir el agotamiento en investigación sobre el síndrome. Freudenberger proporcionó relatos directos del proceso por el cual él y otros experimentaron agotamiento emocional y pérdida de motivación y compromiso, y lo catalogó con una expresión que se emplea comúnmente para señalar a los efectos del abuso crónico de drogas: burnout.

Por su parte, Maslach entrevistó a una amplia gama de trabajadores de servicios humanos sobre el estrés emocional de sus trabajos y descubrió que las estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para la identidad profesional y el comportamiento laboral de las personas (Embriaco et al., 2017).

El poder evocador del término de burnout para capturar las realidades de las experiencias de las personas en el lugar de trabajo es lo que lo ha hecho importante y se ha controvertido en el campo de la investigación.

Como el "lenguaje de las personas", el agotamiento se basó más en las complejidades de la relación de las personas con el trabajo y prestó nueva atención a algunos aspectos. Sin embargo, señalan Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), que el burnout también se ridiculizó al principio como "psicología popular".



A diferencia de otras investigaciones en el lugar de trabajo, que utilizaron un enfoque descendente derivado de una teoría académica, la investigación del burnout inicialmente utilizó un enfoque de abajo hacia arriba o "de base" derivado de experiencias laborales de las personas.

Al principio, los orígenes populares y no académicos del burnout eran más una responsabilidad que una ventaja. Sin embargo, dado el desarrollo posterior de modelos teóricos y numerosos estudios empíricos, el tema de la investigación académica ahora se ha dejado de lado.

Pines & Maslach (2008) identificaron la tensión al tratar con las personas cara a cara como uno de los antecedentes más importantes del agotamiento o burnout. La autora definió el burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y logros personales reducidos que (ocurre en respuesta a) la tensión emocional crónica de tratar extensivamente con otros seres humanos, particularmente cuando están preocupados o tienen problemas.

En otras palabras, se puede decir que lo que ha surgido de toda esa investigación llevada a cabo es una definición del agotamiento laboral como un síndrome psicológico en alternativa a estresores interpersonales graves en el trabajo. Las tres dimensiones clave de esta respuesta de acuerdo con Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) son:

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización.



- Falta de realización.

El componente de agotamiento simboliza la capacidad de estrés individual básico del burnout. Tiene que ver con los sentimientos de sobre extensión y agotamiento de los recursos físicos y emocionales. El componente despersonalización simboliza la dimensión del contexto interpersonal del agotamiento. Alude a una respuesta negativa, insensible o desapegada a varios aspectos del trabajo. El componente de eficacia o logro reducido simboliza la dimensión de autoevaluación del agotamiento. Hace referencia a signos de incompetencia y falta de logros y productividad en el trabajo.

De acuerdo con Shaufeli & Greenglass (2001) el burnout puede definirse como un “estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de la participación a largo plazo en situaciones de trabajo que son emocionalmente exigentes” (p. 501).

Cabe destacar que burnout fue inicialmente un concepto muy resbaladizo, no había una definición estándar de ello, aunque había una gran variedad de opiniones sobre qué era y qué podía hacerse al respecto. Diferentes personas usaron el término para significar cosas muy diferentes, por lo que no siempre hubo una base para una comunicación constructiva sobre el problema y sus soluciones. Sin embargo, en realidad había un consenso subyacente sobre tres dimensiones centrales de la experiencia de burnout, y la investigación posterior sobre este tema condujo al desarrollo de una teoría multidimensional del burnout (Maslach & Jackson, 1998). Este marco teórico sigue siendo el predominante en el campo de burnout.



El agotamiento o burnout ocurre si hay una exposición prolongada al mismo factor estresante. La capacidad de adaptación finalmente se agota y reaparecen los signos de la primera etapa (reacción de alarma). Selye sostuvo que nuestros recursos de adaptación son limitados y, cuando se vuelven irreversibles, el resultado es la muerte.

Spickard, Gabbe & Christensen (2012) también señalan que el estrés puede conducir a un mayor agotamiento o burnout, definido como un síndrome de despersonalización, agotamiento emocional y una sensación de bajo logro personal. Un estudio realizado por Shanafelt, Bradley, Wipf & Back (2012) encontraron que el agotamiento o burnout está asociado significativamente con la atención subóptima del/la paciente autoinformado/a. Por ello, hace más de una década, el campo identificó estos problemas y pidió un cambio, abogando por una mejor atención para los profesionales de la salud.

Por último, detallar que el burnout ha sido recientemente conceptualizado y categorizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un tipo de estrés laboral crónico, que presenta agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Además, aunque en la actual clasificación internacional (CIE-10) no exista el síndrome de burnout, con la definición y categorización de la OMS del término, entrará en vigencia en el CIE-11. (Vivas-Manrique y Fonseca, 2019).

En los siguientes apartados, se resumen los temas y problemas clave que han surgido al considerar los modelos de desarrollo, las dimensiones y evaluación de este fenómeno. Seguidamente, se revisan los hallazgos de factores situacionales y factores individuales. Luego las tres áreas en las que ha habido una expansión reciente del trabajo



sobre el burnout: una expansión internacional de la investigación, una expansión teórica a un modelo de ajuste persona-trabajo, y una expansión de la construcción básica para incluir el estado positivo del compromiso laboral.

2.7.2. EVALUACIÓN

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) señalan que la única medida que evalúa las tres dimensiones centrales del burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI).

La Encuesta MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) fue diseñada para su uso con personas que trabajan en los servicios humanos y la atención sanitaria. Se desarrolló una segunda versión para su uso por personas que trabajan en entornos educativos (*Educators Survey* (ES) o MBI-ES). Tanto en los formularios de *Human Services Survey* (HSS) como de ES, las etiquetas de las tres dimensiones reflejan el enfoque en las ocupaciones donde los trabajadores interactúan ampliamente con otras personas (clientes, pacientes, estudiantes, etc.): agotamiento emocional, despersonalización y logros personales reducidos.

Dado el creciente interés en el burnout dentro de ocupaciones que no están tan claramente orientadas a las personas, se desarrolló una tercera versión general del MBI (MBI-General Survey, o MBI-GS). Aquí, los tres componentes de la construcción de burnout se conceptualizan en términos ligeramente más amplios, con respecto al trabajo, y no solo a las relaciones personales que pueden ser parte de ese trabajo. Por lo tanto, las



etiquetas para los tres componentes son: agotamiento, cinismo (una actitud distante hacia el trabajo) y eficacia profesional reducida. El MBI-GS evalúa las mismas tres dimensiones que la medida original, utilizando elementos ligeramente revisados, y mantiene una estructura de factores consistente en una variedad de ocupaciones (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001, p.403).

2.7.3. TRES DIMENSIONES DEL BURNOUT

El burnout es el aspecto central del agotamiento y la representación más obvia de este complejo síndrome. Cuando las personas se describen a sí mismas o a otras personas como personas que experimentan agotamiento, con mayor frecuencia se refieren a la experiencia de burnout.

De los tres aspectos del burnout, el agotamiento es el más ampliamente informado y el más analizado a fondo. La fuerte identificación del burnout con el agotamiento ha llevado a algunos a argumentar que los otros dos aspectos del síndrome son incidentales o innecesario (Shirom, 2009).

Sin embargo, el hecho de que el agotamiento sea un criterio necesario para el burnout no significa que sea suficiente. Si uno observara el agotamiento fuera de contexto y simplemente se enfocará en el componente de agotamiento individual, uno perdería de vista el fenómeno por completo.



Por su parte, Schaufeli, Leiter & Maslach (2009) señalan que la despersonalización es un intento de poner distancia entre uno mismo y los destinatarios del servicio al ignorar activamente las cualidades que los hacen personas únicas y atractivas. Sus demandas son más manejables cuando se consideran objetos impersonales del trabajo de una persona. Las personas usan el distanciamiento cognitivo desarrollando una indiferencia o actitud cínica cuando están exhaustas y desanimadas.

La relación de ineficacia (realización personal reducida) con los otros dos aspectos del agotamiento es algo más compleja. En algunos casos, parece ser una función, hasta cierto punto, de agotamiento, despersonalización o una combinación de ambos (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Es probable que una situación laboral con demandas crónicas y abrumadoras que contribuyen al burnout o al cinismo en el sentido de efectividad. Además, tanto el burnout o la despersonalización inciden en la eficacia, en vista que es casi imposible alcanzar el logro cuando se está exhausto o cuando se busca ayudar a quienes uno es indiferente.

2.7.4. MODELOS DE DESARROLLO

Ha habido una gran cantidad de teorías sobre la trayectoria del desarrollo del burnout a lo largo del tiempo. Pero se ha investigado poco para probar alguna de estas hipótesis, principalmente debido a las dificultades inherentes de hacer la investigación longitudinal requerida.



La mayoría de los datos relevantes provienen de estudios transversales o de estudios que utilizan modelos estadísticos causales. Los pocos estudios que han usado medidas repetidas usualmente han usado un marco de tiempo que varía de unos pocos meses a un año; la única excepción notable es el conjunto de entrevistas de estudio de caso realizadas como seguimiento de 12 años por Cherniss (2005).

La investigación longitudinal más reciente ha desarrollado análisis más sofisticados para identificar cómo los cambios en los factores estresantes del trabajo pueden predecir cambios en el agotamiento (Peiro et al. 2001).

Varias teorías populares sobre el desarrollo del burnout surgieron de las entrevistas de la primera fase pionera comentada en apartados anteriores. Una teoría es que son quienes son mejores y más idealistas trabajadores/as quienes experimentan agotamiento. La idea aquí es que esas personas dedicadas terminan haciendo muchas tareas en apoyo de sus ideales, lo que lleva al agotamiento y al eventual cinismo cuando su sacrificio no ha sido suficiente para lograr sus objetivos.

Una segunda teoría es la que afirma que el burnout es el resultado final de una larga exposición a estresores crónicos del trabajo. Según sus planteamientos, el agotamiento debería ocurrir más tarde en las carreras de las personas, en lugar de antes, y debería ser relativamente estable con el tiempo si las personas permanecen en el mismo trabajo. También se ha cuestionado si el burnout resulta de una sobrecarga; es decir, si hay demasiadas demandas con muy pocos recursos o de una baja carga, lo que produce tedio y monotonía (Embriaco, et al. 2017).



Una vez que se identificaron las tres dimensiones del síndrome de burnout, se presentaron varios modelos de desarrollo en estos términos dimensionales. El modelo de fase propuso que cada una de las tres dimensiones planteadas se dividiera en puntajes altos y bajos, de modo que todas las combinaciones posibles de las tres dimensiones resultaran en ocho patrones, o fases de agotamiento (Golembiewski & Munzenrider, 1988).

En términos de desarrollo, una alternativa era que la despersonalización (cinismo) es la primera fase del burnout, seguida de la ineficacia. Finalmente, el agotamiento. Una alternativa era que las diferentes dimensiones se desarrollaran simultáneamente, pero de manera independiente, y por lo tanto podrían dar lugar a los ocho patrones diferentes. La investigación basada en el modelo de fase de acuerdo con Embriaco et al., (2017) ha establecido que la progresión de las fases de agotamiento bajo a alto se correlaciona con el empeoramiento de los índices de bienestar laboral y personal.

Otro modelo de las tres dimensiones planteó la hipótesis de una progresión secuencial diferente a lo largo del tiempo, en la que la aparición de una dimensión precipita el desarrollo de otra. Según este modelo, el agotamiento ocurre primero, lo que lleva al desarrollo del cinismo, lo que posteriormente lleva a la ineficacia. (Embriaco, et al., 2017)

Un estudio realizado por Leiter & Maslach (2008) con enfermeras de un hospital arrojó las siguientes secuencias:

- (a) Las interacciones estresantes con los supervisores aumentan los sentimientos de agotamiento de los trabajadores y trabajadoras; (b) altos niveles de agotamiento conducen al cinismo, especialmente si quien trabaja carece de contacto de apoyo con sus colegas de trabajo; (c) a medida que persiste el cinismo, los sentimientos



de eficacia de las/os trabajadoras/es disminuyen, aunque el contacto de apoyo con colegas de trabajo puede ayudar a desacelerar este proceso.

(Leiter & Maslach, 2008, p. 298).

En general, las investigaciones sobre el burnout han establecido el vínculo secuencial entre el agotamiento y el cinismo. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el vínculo posterior a la ineficacia es menos claro, ya que los datos actuales respaldan un desarrollo simultáneo de esta tercera dimensión en lugar de una secuencial. También es el caso de que los puntajes de agotamiento son bastante estables en el tiempo, lo que respalda la noción de que el burnout es una respuesta prolongada a estresores laborales crónicos.

La importancia del burnout, tanto para la persona como para el lugar de trabajo, radica en sus vínculos con resultados importantes. La mayoría de los resultados que se han estudiado han sido los relacionados con el desempeño laboral. También se ha prestado cierta atención a los resultados de salud, dado que el burnout se considera un fenómeno de estrés.

Sin embargo, los resultados de algunas investigaciones deben interpretarse con cierta cautela debido a la dependencia de las medidas de autoinforme (en lugar de otros índices de rendimiento o salud) y la relativa ausencia de diseños metodológicos que permitan inferencias causales.

Respecto al desempeño laboral, el burnout se ha asociado con varias formas de retiro del trabajo: absentismo, intención de dejar el trabajo y rotación real. Sin embargo,



para las personas que permanecen en el trabajo, el burnout conduce a una menor productividad y efectividad en el trabajo. En consecuencia, se asocia con una disminución de la satisfacción laboral y un compromiso reducido con el trabajo o la organización (Embriaco et al., 2017).

También señalan estos autores que las personas que experimentan burnout pueden tener un impacto negativo en sus compañeros/as, tanto al causar un mayor conflicto personal como al interrumpir las tareas laborales. Por lo tanto, el agotamiento puede ser "contagioso" y perpetuarse a través de interacciones informales en el trabajo. También hay algunas pruebas de que el agotamiento tiene un efecto negativo "indirecto" en la vida familiar de las personas.

En cuanto a la salud, el componente del burnout es más predictivo de los resultados de salud relacionados con el estrés que los otros dos componentes. Estos correlatos fisiológicos reflejan los encontrados con otros índices de estrés prolongado. Se han encontrado resultados paralelos para el vínculo entre el agotamiento y las diversas formas de abuso de sustancias.

En términos de salud mental, el vínculo con el burnout es más complejo. Se ha relacionado con la dimensión de la personalidad del neuroticismo y el perfil psiquiátrico de la neurastenia relacionada con el trabajo. Tales datos podrían apoyar el argumento de que el burnout es en sí mismo "una forma de enfermedad mental. Sin embargo, una suposición más común ha sido que el burnout causa disfunción mental, es decir, precipita efectos negativos en términos de salud mental, como ansiedad, depresión, disminución de la autoestima, entre otros (Zapf et al., 2011).



Un argumento alternativo es que las personas con salud mental son más capaces de lidiar con estresores crónicos y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de experimentar burnout. Aunque no se evaluó el agotamiento directamente, un estudio abordó esta pregunta analizando datos longitudinales de archivo de personas que trabajaban en trabajos interpersonalmente exigentes, es decir, roles de "ayudante" emocionalmente exigentes, o trabajos que tratan con personas en situaciones estresantes.

Los resultados mostraron que las personas que eran psicológicamente más saludables en la adolescencia y en la edad adulta temprana tenían más probabilidades de ingresar y permanecer en dichos trabajos, y mostraron una mayor participación y satisfacción con su trabajo (Jenkins & Maslach, 2004). Dado este conjunto de datos longitudinales, este estudio estableció posibles relaciones causales que los estudios correlacionales típicos no habían realizado.

Además de los modelos de proceso específicos de burnout, las investigaciones se han seguido centrando en las relaciones entre el agotamiento y sus correlatos. Esta investigación ha contribuido a nuestra comprensión sobre las causas generales y las consecuencias del agotamiento a nivel individual, interpersonal y organizacional, respondiendo al llamado para dicha investigación realizada por Schaufeli, Leiter & Maslach (2009). Específicamente, un mayor número de estudios ha incorporado su sugerencia de que los estudios abordan el burnout como un estado mediador entre sus causas y consecuencias (por ejemplo, Siegall y McDonald, 2004).

Una tendencia emergente durante la última década ha sido una creciente literatura que examina la interacción de factores ambientales y personales en el proceso de burnout.



Representante de esta línea de investigación ha sido el trabajo de Demerouti et al. (2001) en el contagio social del burnout. Al estudiar los factores que influyen en cómo el burnout podría pasar de un/a empleado/a a otro/a dentro de una organización, descubrieron que la susceptibilidad a los estímulos emocionales era un moderador importante entre los factores del entorno laboral y burnout entre docentes y médicos generales.

También se han estudiado otras variables de personalidad como posibles variables de diferencia individual que influyen en la relación ambiente- burnout. En concreto, Zellars, Perrewe y Hochwarter (2010) investigaron el papel de la personalidad en el burnout, después de controlar los factores estresantes, entre los trabajadores de la salud. Descubrieron que los factores de personalidad de los "Cinco Grandes" predijeron componentes del agotamiento más allá de los efectos de los factores estresantes.

Un estudio particularmente notable fue realizado por Barnett, Gareis, y Brennan (2009), quienes encontraron que las horas de trabajo por sí mismas no eran necesariamente una causa directa de burnout. En cambio, la relación entre las horas de trabajo y el burnout está mediada por la preferencia de un empleado por ciertas horas de trabajo y la relación entre las horas de trabajo del/a empleado/a y su cónyuge. Este hallazgo sugiere que trabajar una gran cantidad de horas no necesariamente puede llevar al agotamiento, pero ese agotamiento depende de factores de diferencia individuales, como el ajuste entre las horas de trabajo y las principales preocupaciones familiares.

Estos estudios también subrayan la distinción entre el estrés y el burnout y el papel que desempeña el agotamiento como resultado del estrés. Específicamente, sugieren que el estrés conducirá al burnout en la medida en que los factores de personalidad moderen esa



relación. Si bien hay mucho más trabajo por hacer para comprender el papel interactivo de la persona y el medio ambiente en la predicción del burnout, particularmente cuando consideramos cómo pueden integrarse con las nociones de demandas y recursos, estos estudios proporcionan una base sólida desde la cual construir.

2.8. SITUACIONES, FACTORES Y CAUSAS QUE PROVOCAN BURNOUT

Burnout es una vivencia individual que es específica del contexto laboral y durante los últimos 25 años ha mantenido un enfoque constante en algunos factores situacionales que son los principales causantes de fenómeno. A continuación, se detallan algunas investigaciones realizadas sobre estos factores y cómo han incidido en el burnout de las personas.

- Características del trabajo

Muchos investigadores/as del burnout como Leiter & Maslach (2008) han estudiado las exigencias cuantitativas del tiempo empleado en el trabajo. Los resultados han revelado que el burnout es una respuesta a la sobrecarga y que tanto ésta como la presión respecto al tiempo se encuentran estrechamente vinculados con el síndrome, especialmente la dimensión de agotamiento. Este patrón se encuentra respaldado con autoinformes de tensión experimentada y otras demandas, como por ejemplo el número de horas trabajadas y el número de clientes que se atienden.



Por su parte, los estudios sobre las demandas cualitativas de trabajo han estado orientadas básicamente a los conflictos y ambigüedades de roles, los cuales reflejan una correlación moderada alta con el burnout.

El conflicto de roles se produce en el momento que se cumple con exigencias conflictivas en el trabajo, mientras que la ambigüedad se genera cuando no se produce una buena comunicación y la falta de información impide hacer bien el trabajo.

La no retroalimentación de acuerdo con Leiter & Maslach (2008) se encuentra estrechamente relacionada con las tres dimensiones del burnout. Aquellas personas que tienen poca participación en la toma de decisiones tienen altas probabilidades de padecer burnout. De igual manera, la falta de autonomía se correlaciona con el burnout, aunque la fuerza de relación es más débil que las anteriores.

Otras exigencias laborales cualitativas han sido abordadas eventualmente, pero los resultados correlacionales van en la misma dirección (Leiter & Maslach, 2008). A parte de las demandas laborales, también se han estudiado los recursos y uno de ellos ha sido el apoyo social, el cual en los hallazgos ha resaltado demostrando una correlación consistente y sólida con el burnout (Leiter & Maslach, 2008). La falta de apoyo social principalmente en los supervisores es esencial, inclusive más que el apoyo que puedan dar los compañeros del trabajo.

- **Características ocupacionales**

De acuerdo con Schaufeli, Leiter, & Maslach (2009) los primeros trabajos relacionados con el burnout partieron del sector de servicios humanos y educación, los



cuales siguen siendo los contextos principales para el abordaje de burnout. Fue a partir de las preocupaciones de estos profesionales que surgió el interés por trabajar intensamente con otras personas, ya fueran como cuidadores o maestros.

Aunque el concepto de burnout parece pertenecer a un rango más amplio de ocupaciones, todavía existe la hipótesis de que los estresores emocionales del trabajo de las personas están relacionados de manera única con el burnout.

Investigaciones llevadas a cabo por Grazziano y Ferraz-Bianchi (2010) no encontraron mucha evidencia para apoyar tal hipótesis; en cambio, los factores estresantes comunes como la presión del tiempo, la carga y algunos conflictos de roles se correlacionaron más altamente con el burnout que los factores estresantes relacionados con problemas en la interacción con los clientes, frecuencia de contacto con pacientes con enfermedades crónicas o terminales o confrontación con muerte.

Sin embargo, una nueva investigación se ha centrado explícitamente en las variables del trabajo emocional (por ejemplo, el requisito de mostrar o suprimir las emociones en el trabajo o el ser emocionalmente empático). Se ha encontrado que estos factores emocionales explican una variación adicional en las puntuaciones de agotamiento por encima de los estresores laborales (Zapf et al., 2001).

Otro enfoque de estudio ha sido observar la prevalencia del burnout para diferentes ocupaciones, de acuerdo con lo definido por sus perfiles en las tres dimensiones. Se realizó una comparación de perfiles de agotamiento para cinco sectores ocupacionales (enseñanza, servicios sociales, medicina, salud mental y aplicación de la ley) en Holanda y Estados



Unidos. Los resultados revelaron perfiles ocupacionales similares en ambas naciones (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). Los perfiles de las fuerzas del orden y seguridad del estado (es decir, agentes de policía y guardias de la prisión) se caracterizaron por niveles comparativamente altos de despersonalización e ineficacia y bajos niveles de agotamiento.

La enseñanza se caracterizó por el mayor nivel de agotamiento. La medicina en ambos países se caracterizó por niveles algo más bajos de agotamiento y despersonalización, y por niveles ligeramente más altos de ineficacia. Sin embargo, los perfiles de los trabajadores en servicios sociales y atención de salud mental diferían según la nación (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Por otra parte, refieren los autores antes mencionados que, en los Estados Unidos, los niveles de despersonalización en los servicios sociales fueron relativamente altos, mientras que en Holanda fueron más o menos promedio.

Profesionales de salud mental en los Estados Unidos experimentaron niveles más bajos de agotamiento y despersonalización, pero en Holanda estos niveles fueron más altos.

Tales perfiles sugieren que hay características importantes de estas ocupaciones que afectan la experiencia de burnout de los trabajadores y trabajadoras. Sin embargo, estos hallazgos deben considerarse con cierta precaución, ya que hay otros factores que podrían estar involucrados. Por ejemplo, existe una mayor heterogeneidad de ocupaciones específicas dentro de algunos sectores que en otros, por lo que los perfiles generales pueden estar ocultando diferencias importantes.



Además, hay variables de confusión con algunas ocupaciones, que deben tenerse en cuenta. Por ejemplo, los hombres predominan en las ocupaciones policiales, y la despersonalización suele ser mayor para los hombres. En este momento, no está claro si los últimos hallazgos reflejan variaciones metodológicas (por ejemplo, en el muestreo) o diferencias nacionales sustantivas (por ejemplo, en la naturaleza de las demandas de trabajo o la selección personal). A pesar de estas diferencias en el nivel promedio, el punto más notable es que los patrones básicos de burnout son bastante similares en ambos países.

- **Características Organizacionales**

En la actualidad los sectores ocupacionales han necesitado un replanteamiento respecto al contexto situacional para el burnout, esto es debido a que todos los estudios anteriores se enfocaban en contexto donde se realizaba el trabajo, ya fuera el ambiente de una enfermera/o con pacientes en un centro de salud o algún maestro con sus estudiantes en un colegio. Sin embargo, este trabajo con frecuencia se desarrolla en una organización más amplia que incluye reglas, jerarquías, recursos y distribución de espacios. Todos estos elementos pueden influir de manera persistente y por mucho tiempo, principalmente cuando se violan las expectativas de equidad.

Esto ha llevado a la ampliación del enfoque contextual para incorporar al ambiente organizativo y de gestión donde se lleva a cabo el trabajo. Este enfoque ha resaltado la importancia que tienen los valores implícitos en los procesos y estructuras organizacionales y como éstos le dan sentido a las relaciones cognitivas y emocionales que las personas efectúan con su trabajo. Estas investigaciones tienen implicaciones importantes para el



burnout, pero debido a que todavía es bastante nueva, aún no se justifica un resumen de los patrones principales en los datos.

El contexto organizacional también está conformado por fuerzas sociales, culturales y económicas más grandes. Recientemente, esto ha significado que las organizaciones han sufrido muchos cambios, como la reducción de personal y las fusiones, que han tenido efectos significativos en la vida de sus empleados (Zapf et al., 2001). Hoy se espera que los empleados ofrezcan más en términos de esfuerzo, tiempo y habilidades, a pesar de que reciben menos en términos de oportunidades profesionales, seguridad laboral y empleos de por vida, entre otros.

2.9. SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT: CUALIDADES Y RASGOS PERSONALES

Los estudios que han identificado los factores individuales como fuentes de burnout también han tenido como objetivo responder a la pregunta sobre ¿quién experimenta mayores niveles de burnout?

En un estudio reciente en el servicio clínico, Ávila et al., (2015) declararon que las personas dedicadas y comprometidas son las personas propensas al burnout.

En algunos estudios de burnout en profesionales de la salud, jóvenes entre 20 y 30 años tienen una mayor propensión al burnout, que profesionales entre las edades de 30 y 40



años, particularmente en las dimensiones emocionales, agotamiento y despersonalización (Salazar et al., 2013).

Otros estudios han arrojado algunos hallazgos diferenciando los datos según sexo de la población. Este es el caso de una investigación realizada con docentes, donde se encontró diferencias significativas en el burnout en los maestros, quienes presentaron niveles más altos de agotamiento que las docentes. (Tifner et al., 2016). Sin embargo, en otros estudios se encontraron diferencias de género, hallazgos consistentes revelaron que las maestras presentaban niveles más altos de agotamiento emocional, mientras que los maestros tenían niveles más altos de despersonalización e ineficacia (Marente y Gestoso, 2018).

A continuación, se muestran algunas características que permiten conocer con más detalle quienes pueden experimentar un mayor nivel burnout.

- **Características demográficas**

De todas las variables demográficas que se han estudiado, la edad es la que se ha relacionado más consistentemente con el burnout. Al respecto, Quiceno y Alpi (2017) señalan que entre los/as empleados/as más jóvenes el nivel de agotamiento es mayor que entre los mayores de 30 o 40 años.

La edad muchas veces es confundida con la experiencia laboral, por lo que el burnout parece ser un mayor riesgo al iniciar la carrera. Las razones de tal interpretación no se han estudiado a fondo.



Sin embargo, estos resultados deben considerarse con precaución debido al problema del sesgo de supervivencia; es decir, es probable que aquellos/as que se agotan temprano en sus carreras dejen de trabajar, dejando atrás a los sobrevivientes que, en consecuencia, exhiben niveles más bajos de agotamiento (Leiter & Maslach, 2008).

La variable demográfica del sexo no ha sido un fuerte predictor de burnout (a pesar de algunos argumentos de que el burnout es más una experiencia femenina).

Algunos estudios muestran un mayor agotamiento para las mujeres (Marente y Gestoso, 2018), algunos muestran puntuaciones más altas para los hombres (Tifner et al., 2016) y otros no encuentran diferencias generales. La única diferencia de sexo pequeña, pero consistente es que los hombres a menudo obtienen puntajes más altos en despersonalización (Leiter & Maslach, 2008).

En cuanto al estado civil, aquellas personas que aún no se casan (especialmente los hombres) suelen estar más propensos al padecimiento de burnout a diferencia de los que están casados. Los que se encuentran solteros parecen vivir niveles de agotamiento aún más altos que los divorciados. Respecto a la etnia, ha habido pocos estudios que hayan abordado esta variable demográfica, por lo que se hace imposible sintetizar alguna tendencia empírica (Leiter & Maslach, 2008).

Por otro lado, la maternidad/paternidad y el cuidado de los/as hijos/as continúa siendo una limitación en el desarrollo de la carrera profesional de los/as trabajadores/as. Este efecto negativo se evidencia principalmente en el caso de las mujeres, ya que son ellas



quienes sacrifican con más asiduidad su vida laboral, bien por medio de licencias retribuidas o bien por licencias no retribuidas (Martínez, 2018).

El-Sahili (2015) concluyó en sus investigaciones que aquellas personas con un mayor nivel de educación presentaban mayores niveles de agotamiento que los/as empleados/as con menor nivel educativo. No está claro cómo se interpreta este hallazgo, dado que la educación se confunde con otras variables, como la ocupación y el estado. Es posible que las personas con educación superior tengan trabajos con mayores responsabilidades y mayor estrés. Puede ser que las personas con mayor nivel educativo tengan mayores expectativas para sus trabajos. Por lo tanto, puede que estén más angustiadas si estas expectativas no se cumplen.

Si bien las variables demográficas proporcionan resultados limitados y mixtos, los estudios que exploran los rasgos de personalidad arrojan resultados más consistentes.

Los primeros estudios de investigación sobre el burnout argumentaron que serían mejores profesionales quienes sean propensos/as al agotamiento, porque se dedican a su trabajo y terminan haciendo demasiado tareas en apoyo de sus ideales. Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) afirmaron que los trabajadores y trabajadoras quemados/as pueden sentir que su sacrificio no ha sido suficiente para lograr sus objetivos o simplemente pueden haber experimentado una larga exposición a estresores laborales crónicos.

- **Características de personalidad**

Se han estudiado varios rasgos de personalidad en un intento por descubrir qué tipos de personas pueden tener un mayor riesgo de sufrir burnout. Las personas que muestran



bajos niveles de resistencia (participación en actividades diarias, un sentido de control sobre los eventos y apertura al cambio) tienen puntajes de burnout más altos, particularmente en la dimensión de agotamiento. De acuerdo con McIntyre (2014) el burnout es mayor entre quienes tienen un locus de control externo (atribuyendo eventos y logros a otros poderosos o al azar) en lugar de un locus de control interno (atribuciones a la propia habilidad y esfuerzo).

Se han publicado resultados similares sobre estilos de afrontamiento y agotamiento. Quienes sienten agotamiento hacen frente a eventos estresantes de una manera más bien pasiva y defensiva, mientras que el afrontamiento activo y de confrontación se asocia con menos agotamiento. En particular, el afrontamiento confrontativo se asocia con la dimensión de la eficacia. En otra investigación, las tres dimensiones de burnout se han relacionado con una baja autoestima (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Se ha visto que los bajos niveles de resistencia, la baja autoestima, un locus de control externo y un estilo de afrontamiento evitativo generalmente constituyen el perfil de una persona propensa al estrés (Zapf et al., 2001).

Otras investigaciones que han estudiado la personalidad han encontrado que el burnout está relacionado con la dimensión del neuroticismo. Las personas neuróticas son emocionalmente inestables y propensas a sufrir trastornos psicológicos.

La dimensión de agotamiento del burnout también parece estar relacionada con el comportamiento de tipo A (competencia, estilo de vida presionado por el tiempo, hostilidad y una necesidad excesiva de control). También hay indicios de que las personas que son



"tipos de sentimientos" en lugar de "tipos de pensamiento" son más propensas al burnout, especialmente a la despersonalización (Viner, 2009).

Otros rasgos de personalidad que predicen el burnout son baja resistencia (por ejemplo, participación en actividades, apertura al cambio), baja autoestima y altas expectativas. Por último, el burnout también se relaciona con las dimensiones de la personalidad de los Cinco Grandes: que incluye ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia y vulnerabilidad (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2011).

- **Actitudes laborales**

Las expectativas que tienen las personas con respecto a su trabajo varían en cada caso. En algunas ocasiones, estas expectativas son muy altas, tanto en términos de la naturaleza del trabajo y la probabilidad de lograr el éxito (por ejemplo, curar a los pacientes, ser promovido). Si las expectativas altas se consideran idealistas o poco realistas, una hipótesis ha sido que son un factor de riesgo de burnout (Cámara y Cuesta, 2015). Presumiblemente, las altas expectativas llevan a las personas a trabajar demasiado, lo que lleva al agotamiento y a la eventual despersonalización cuando el gran esfuerzo no produce los resultados esperados. Esta hipótesis ha recibido un apoyo empírico mixto: aproximadamente la mitad de los estudios encuentra la correlación hipotética, mientras que el resto no.

Los estudios mencionados anteriormente se centran en factores individuales, características individuales y personalidades que conducen al burnout. Las variables demográficas han sido contradictorias y, por lo tanto, solo proporcionan una explicación limitada de las fuentes de agotamiento. Aunque las características de la personalidad



parecen predecir el agotamiento de manera más efectiva que las variables demográficas, su capacidad de predecir el agotamiento sigue siendo cuestionable. Las personalidades no son necesariamente variables fijas, y las personas pueden responder de manera diferente a los factores estresantes de una situación a otra (Lazarus, 1994).

2.10. EL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Las carreras del área de salud son física y emocionalmente exigentes. Cargas complejas de pacientes, turnos largos, médicos coordinadores exigentes, un entorno acelerado y trabajar en un área emocional y físicamente desafiante pueden causar burnout para los/as profesionales de la salud, principalmente los del departamento de emergencias (Hooper et al, 2010; Healy y Tyrrell, 2011).

El burnout es un síndrome complejo ampliamente estudiado entre los/as profesionales de la salud. Se puede definir en su multidimensionalidad como:

Agotamiento emocional, entendido como la incapacidad de los profesionales para dar más de sí mismos; despersonalización, definido como el establecimiento de frío, distante y relaciones cínicas con otros seres humanos; y falta de logro personal y profesional, que se caracteriza tanto por una sensación de omnipotencia como de frustración e insatisfacción con el trabajo y la vida personal. (Texeira et al., 2016, p.97).



A pesar de este concepto aparentemente simple, el burnout tiene un número considerable de consecuencias para el/la persona que lo experimenta, para otros los seres humanos relacionados con él / ella en términos profesionales y personales, así como para equipos de salud y para sistemas de salud. Texeira et al., (2016) señalan que algunos de los síntomas experimentados por una persona en burnout son inespecíficos. Pero, aun así, incluyen cansancio, fatiga, dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, insomnio, inestabilidad emocional e incapacidad para manejar las relaciones interpersonales. En términos organizacionales, el burnout puede conducir al absentismo, el deseo de cambiar el ambiente de trabajo e incluso el abandono de la profesión en sí, con aumentos sustanciales en los costos de atención médica.

Potter (2006) señala que la fatiga por compasión y el burnout son algunas de las condiciones que pueden convertirse en una carga abrumadora para los/as profesionales de la salud y pueden causar dificultades de salud física, mental y emocional. Por ejemplo, un/a enfermero/a afectado/a por fatiga por compasión puede volverse ineficaz, deprimida/o, apática/o y desapegada/o (Boyle, 2011). La fatiga por compasión y el burnout de la/el enfermera/o afectan negativamente tanto al cuidador/a como al paciente. Además, los altos niveles de burnout de las enfermeras/os se han relacionado con la insatisfacción del paciente (Vahey et al., 2014). Por lo tanto, es imperativo que la fatiga por compasión y el burnout sean reconocidos y abordados.

Además, la complejidad de la atención al paciente está aumentando y los recursos están disminuyendo. Es más importante ahora, tal vez más que en cualquier otro momento en la atención sanitaria, comprender la prevalencia y los predictores del burnout, pero



también la satisfacción en los/as enfermeros/as de urgencias. Al comprender los factores que influyen en los aspectos positivos y negativos del trabajo de los/as enfermeros/as, quizás se eleven los niveles de conciencia y los/as enfermeros/as puedan mantener relaciones afectivas y actitudes positivas. Sin embargo, se han realizado pocos estudios para explorar los factores que influyen en la prevalencia del burnout en las enfermeras/os de urgencias (Domínguez-Gómez & Rutledge, 2009; Hooper et al., 2010).

Por su parte, Leiter y Maslach (2009) refieren que gran parte de la investigación sobre el burnout se ha centrado en los correlatos tanto situacionales como individuales, en un intento por determinar qué lo causa y quién tiene más riesgo de experimentarlo. En particular, la investigación ha identificado seis áreas clave de la vida laboral, en las cuales las incongruencias o desajustes entre la persona y el trabajo predicen el agotamiento: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad y valores.

La investigación sobre las interrelaciones de estas seis áreas sugiere que existe un patrón consistente y complejo que predice el nivel de agotamiento experimentado. Utilizando la Escala de Áreas de Vida Laboral para evaluar las incongruencias persona-trabajo en estas seis áreas, Leiter & Maslach (2008) encontraron que la carga de trabajo y el control desempeñan roles críticos pero no son suficientes. Recompensa, comunidad y equidad agregan más poder para predecir valores, lo que a su vez fue crítico predictor de las tres dimensiones del agotamiento.

Curiosamente, la importancia crítica de los valores también se ha encontrado en la profesión de enfermería, donde el valor o los conflictos éticos socavan la satisfacción laboral de las enfermeras (Ganster & Schaubroeck, 2011).



Otras investigaciones de agotamiento se han centrado en el vínculo entre el agotamiento y los resultados importantes del trabajo. Por ejemplo, algunos estudios han establecido la conexión entre los niveles más altos de agotamiento de la enfermera o enfermero y la peor calidad de la atención al paciente (Vahey et al. 2014).

En general, el burnout se ha correlacionado con varias formas de respuestas negativas al trabajo, incluida la insatisfacción laboral, el bajo compromiso organizacional, el absentismo, la intención de dejar el trabajo y la rotación (ver Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009, para una revisión). Una mejor comprensión de la relación podría proporcionar una base para la detección temprana de la rotación potencial de los/as empleados/as y las posibles estrategias para prevenirla. Como fenómeno de estrés laboral, se supone que el agotamiento desempeña un papel mediador entre el impacto de las demandas externas de trabajo (estresores) y los resultados relacionados con el trabajo.

Investigaciones previas para probar este Modelo de mediación completo del agotamiento han establecido seis áreas de la vida laboral organizacional que predicen los niveles de agotamiento (o compromiso), que a su vez predicen el resultado del cambio organizacional percibido (Leiter & Maslach 2008, 2009). Este mismo modelo podría usarse para evaluar la relación de los factores estresantes y el agotamiento del lugar de trabajo con el resultado de la rotación, y para determinar si el agotamiento media el impacto de los factores estresantes del lugar de trabajo en las intenciones de abandonar el trabajo.

Más recientemente, la investigación longitudinal ha encontrado que los patrones particulares de puntajes en las medidas de agotamiento y las seis áreas de la vida laboral



pueden servir como predictores tempranos de cambios posteriores al burnout (Leiter & Maslach, 2008).

Un puntaje alto en una (pero no en todas) las dimensiones de burnout fue un indicador de alerta temprana de alguien en riesgo de agotamiento, pero solo aquellas personas que también informaron incoherencia laboral o desviación en al menos una de las seis áreas, realmente se trasladaron al burnout un año después. Esa investigación sugiere que el uso de estos dos patrones de puntaje podría identificar de antemano a aquellas personas que tienen más probabilidades de experimentar un burnout futuro y, por lo tanto, se podrían realizar estrategias preventivas (Leiter y Maslach, 2009).



CAPÍTULO 3.

**CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL,
FAMILIAR Y PERSONAL**

CAPÍTULO 3. CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL, FAMILIAR Y PERSONAL

Cuando se plantea la igualdad entre los sexos, es inevitable aludir a la conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Se trata de buscar estrategias que permitan a las personas compatibilizar las facetas: profesional, familia, el ocio y el tiempo personal.

Si nos centramos en la problemática que estamos abordando hay que señalar que, en las últimas tres décadas, el número de personas que actualmente compatibilizan las responsabilidades laborales y familiares ha aumentado considerablemente en España. Este aumento se ha traducido en más familias monoparentales, mayor porcentaje de mujeres que han ingresado al mundo laboral y empresarial, las parejas con diferentes horarios de trabajo en el hogar, y los padres cada vez más implicados en la crianza de los hijos y el reparto de tareas domésticas. (de Janasz, Behson, Jonsen & Lankau, 2013). Algunos cambios sociológicos importantes han ocasionado que el modelo familiar tradicional caiga en crisis, lo que ha llevado a gran parte de la población a tener que realizar verdaderos esfuerzos en el equilibrio entre los dos espacios más importantes en la vida de cualquier persona: la familia y el trabajo (Gómez y Jiménez, 2015).

La conciliación de la vida familiar y laboral es relevante para la gestión de los recursos humanos, no solo porque los/as trabajadores/as buscan una mejor calidad de vida,



sino también por los cambios en la estructura familiar y la promoción de la igualdad de género en el trabajo (Pérez, Vela, Abella y Martínez, 2015).

En la actualidad, debido a la incompatibilidad y la poca flexibilidad de los horarios y las largas horas de trabajo que reducen la vida familiar y el tiempo libre, casi un tercio de la población española refiere tener problemas en la coordinación de la vida laboral y familiar (Prada, Bocija, Luque, Reina, García, y Moreno, 2016). La conciliación entre la vida profesional y familiar no siempre es fácil. En ciertas ocupaciones con características específicas y especiales, existen algunos obstáculos para la aplicación efectiva de las medidas de conciliación (Gómez, 2004).

Además, la dificultad de las personas para encontrar un equilibrio entre el entorno familiar y profesional es un signo de la realidad social española actual. Aunque la conciliación es un desafío global para la Unión Europea, e incluso podemos extenderla a muchas otras partes del mundo, las dificultades entre países varían enormemente, España y otros países del Mediterráneo se enfrentan a situaciones particularmente difíciles en el entorno europeo (López-Hernández, 2016).

En definitiva, la influencia recíproca entre los contextos laboral y no laboral puede traducirse en una situación de equilibrio o en un conflicto/interferencia, se convertirá en la segunda situación si la influencia es negativa y, puede ocasionar consecuencias nocivas, como ansiedad o burnout, en las personas que viven este tipo de experiencias (Pérez, Palací y Topa, 2017). A continuación, detallaremos los diferentes tipos de interacción que puede haber entre la familia y el trabajo, así como la dirección hacia donde pueden ir estas interacciones.



3.1. DEFINICIÓN DE LA INTERACCIÓN TRABAJO – FAMILIA

El significado de la interacción Trabajo - Familia se ha analizado a fondo en España principalmente por Hambleton, Merenda, Spielberger, Muñiz & Bartram (2005) y se refiere a las demandas de incompatibilidades de la familia con el trabajo y del trabajo con la familia, los cuales desarrollan un tipo de intereses inconciliables y, por lo tanto, se crea un conflicto. A continuación, mostraremos ciertas definiciones conceptuales relevantes sobre esta temática.

Bellido (2000) señala el influjo de la cultura organizacional como causante del conflicto Trabajo – Familia, ya que, los/as empleados/as con mayor compromiso profesional y que asumen como prioridad el empleo, son los/as que muestran demandas laborales inconciliables con las demandas familiares, por lo que, este autor conceptualiza la interacción Trabajo - Familia como la incompatibilidad de las demandas familiares en los/as empleados/as con alta exigencia laboral.

El Servicio Nacional de la Mujer de Chile (2003) señala que la interacción Trabajo - Familia es relevante, en la medida en que, los/as empleados/as respeten y cumplan de manera conciliadora, las obligaciones en la familia y en el empleo, es decir, muestren una relación compatible entre la vida familiar y profesional. Además, plantea que una adecuada conciliación entre el empleo y la familia es sano para el/la empleado/a. Por lo tanto, refiere que el tiempo laboral, las solicitudes de ausencia, la seguridad en el trabajo y el adecuado



soporte de la organización de trabajo, son áreas determinantes a las demandas familiares de los/as empleados/as.

Por otro lado, Chinchilla, Poelmans y León (2003) sugieren que el esfuerzo de las empresas en tener un mayor equilibrio entre la vida profesional y la familiar refuerza la consecución de las metas de la empresa, es decir, definen a la interacción Trabajo - Familia como una relación positiva si existe un adecuado equilibrio de las demandas en ambos sentidos de las dos áreas de desarrollo del empleado/a.

Por último, Moreno et al. (2009) confeccionan un cuestionario para medir la interacción Trabajo – Familia, considerando las demandas de ambos ámbitos irreconciliables, tanto positivas como negativas entre el Trabajo - Familia y la Familia - Trabajo. Las subcategorías del cuestionario de estos autores son las empleadas para esta investigación, por lo tanto, también es la definición conceptual que se considera para analizar los resultados. Consideraremos estas subcategorías como dimensiones.

3.2. DIMENSIONES DE LA INTERACCIÓN

Moreno, Sanz, Rodríguez y Geurts (2009) definen la interacción Trabajo - Familia como una serie de demandas del empleo y la familia que son recíprocamente incompatibles, por lo tanto, originan conflictos en la persona, así mismo, “la clasifica en 4 dimensiones, interacción positiva trabajo-familia, interacción negativa trabajo-familia, interacción negativa familia-trabajo e interacción negativa trabajo familia” (p. 34).



Interacción negativa Trabajo - Familia

En esta dimensión, la vida en el trabajo repercute en la vida familiar. Moreno, Sanz, Rodríguez y Geurts (2009) señalan que en la relación de interacción entre los dos ámbitos, la familia es la que se ve afectada por la vida de los/as empleados/as. Por otro lado, Jiménez y Moyano (2008) plantean que en esta interacción los/as trabajadores/as generalizan sus emociones y comportamientos a otras áreas en las que se desenvuelven socialmente como la familia.

Interacción negativa Familia - Trabajo

Esta dimensión representa como la vida familiar repercute en la vida laboral, reflejándose en las múltiples consecuencias que presentan los/as empleados/as, en los/as cuales se afecta su productividad y eficiencia laboral (Moreno, Sanz, Rodríguez y Geurts, 2009). Otros autores como Jiménez y Moyano (2008) refieren que el conflicto originado por esta dimensión puede surgir cuando el rol del empleado/a no es único, es decir, el/la empleado/a ocupa además el rol paterno, materno, etc. al mismo tiempo, por lo que, provoca un conflicto de roles, caracterizándose por demandas familiares inconciliables y negativas con el empleo.

Interacción positiva Trabajo - Familia

Esta dimensión de la interacción trabajo familia describe cómo el empleo provoca consecuencias positivas en la familia, estas consecuencias se dan a través las ventajas que consigue la familia con los recursos que aporta el empleo (Moreno, Sanz, Rodríguez y



Geurts, 2009). Jiménez y Moyano (2008) señalan que las medidas de la organización como la flexibilidad horaria, los permisos, etc., favorecen este tipo de consecuencias.

Interacción positiva Familia - Trabajo

Esta dimensión de la interacción describe como un oportuno clima familiar favorece la vida laboral. Moreno et al. (2009) señalan que este tipo de relación refuerza la eficiencia y eficacia de los/as empleados/as. Por otro lado, Jiménez y Moyano (2008) detallan que este tipo de relación perfecciona la situación laboral.



CAPÍTULO 4.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

CAPÍTULO 4. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

4.1. GÉNERO Y SALUD LABORAL

Analizar el estrés laboral y el bienestar desde una perspectiva de la salud laboral basada en el género es una de las principales áreas en las que las/os psicólogos/as laborales y organizacionales están contribuyendo en la actualidad.

La creciente participación de las mujeres en entornos organizacionales es una gran transformación que las acciones sobre salud ocupacional deben abordar. De hecho, de acuerdo con la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2014) el número de mujeres incorporadas a la vida laboral pública en los últimos 50 años ha sido satisfactorio, y actualmente representan el 45% de la población empleada en la Unión Europea.

Sin embargo, las mujeres y los hombres son diferentes, también lo son los trabajos que realizan, sus condiciones de trabajo y el trato que reciben de la sociedad (EU-OSHA, 2014). Las personas se pueden concentrar en ciertos trabajos (segregación horizontal) enfrentándose a peligros que son específicos de esos puestos.

Además, a pesar de que la legislación establece pautas para avanzar hacia la igualdad, la participación y el tratamiento de ambos géneros, siguen siendo desiguales en



términos de áreas y niveles jerárquicos. Por lo tanto, las mujeres continúan teniendo trabajos más precarios (contrato temporal, práctica o aprendizaje, trabajo a tiempo parcial...), aunque los hombres tienen horarios menos flexibles, lo que dificulta la combinación con las demandas familiares. Esta segregación vertical podría reflejarse en el hecho de que hay menos mujeres en puestos de trabajo superiores.

La segregación conlleva la pérdida de talento y dinero (Blackwell, 2013). Si los talentos de cualquier grupo no se realizan plenamente, es importante reconocer estas diferencias y adoptar un enfoque de salud y seguridad en el trabajo que considere el género. En este sentido, la EU-OSHA (2014, p. 6) señaló cuatro enfoques de género con cuestiones que se deben tener en cuenta en seguridad laboral y salud:

- 1- La existencia de estereotipo de género, donde las diferencias son aceptadas o exageradas (por ejemplo, las mujeres son vistas como el sexo débil).
- 2- Género neutral/ciego, donde se promueve la igualdad al ignorar las diferencias. Puede haber discriminación oculta, si se profundiza, se puede evidenciar cómo se basan en normas masculinas.
- 3- Sensibilidad de género, basada en la incorporación de diferencias de género, problemas y desigualdades en estrategias y acciones.
- 4- Integración de género, que tiene en cuenta la dimensión de género e igualdad en la planificación, implementación y evaluación, que son fases de todas las políticas y actividades. También en el campo de la investigación, tanto la salud laboral de las mujeres como la de los hombres merecen atención científica.



Como plantean Messing et al., (2013), "los investigadores deben considerar el efecto del género, sobre cómo los problemas de salud se experimentan, expresan, definen y abordan" (p. 618).

Entonces, parece necesario pensar en adoptar la sensibilidad de género y/o la incorporación de la perspectiva de género al realizar actividades e investigaciones de salud y seguridad laboral. Tener en cuenta los factores relacionados con el género ayudará a identificar los factores de riesgo y de optimización para las mujeres y los hombres.

La perspectiva de género en la investigación debería promover la igualdad de género en la salud laboral, porque los sistemas de salud aún son "ciegos al género"; es decir, no se reconocen las diferencias de género en los servicios de salud, y esto, puede mantener y/o reforzar las desigualdades (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Estas cuestiones hay que tenerlas en cuenta no solo en Salud Laboral, en general, sino también en Psicología de la Salud Ocupacional (PSO), en particular. La PSO requiere no un enfoque interdisciplinario, sino transdisciplinario, para superar todos los factores de organización del trabajo que colocan a las personas en riesgo de lesiones, enfermedades y angustia. Por ello, Tetrick y Quick (2003) señalaron disciplinas dentro de la psicología (especialidades en factores humanos, psicología organizacional, psicología social, psicología de la salud) y otras ramas (como salud pública, medicina preventiva e ingeniería industrial) que deberían incorporarse con un enfoque principal de género en la prevención como el objetivo de la PSO.

Esto es importante ya que los datos sobre PSO tradicionalmente se han recopilado y analizado sin considerar el género, y los resultados se generalizan a ambos sexos. Sin



embargo, las mujeres y los hombres pueden sufrir estresores específicos que pueden afectar su salud física y mental. Por ejemplo, las mujeres pueden sufrir acoso sexual que puede provocar ansiedad, depresión, baja autoestima, alienación, insomnio, náuseas y dolores de cabeza. Intentar equilibrar el trabajo y las tareas familiares puede generar un estrés adicional en las mujeres que puede conducir a problemas de salud física como falta de apetito, falta de sueño, aumento de la presión arterial, fatiga y mayor susceptibilidad a la infección. Además, se pueden originar problemas de salud mental como agotamiento y depresión (Instituto Nacional de Seguridad Ocupacional y Salud, 2014).

Por otro lado, los hombres pueden padecer otras situaciones agravantes como realizar más horas de trabajo y tener más dificultades para acceder a medidas de conciliación organizacional (Cifre, Salanova y Franco, 2011). Las diferencias entre hombres y mujeres ocasionar que el mismo factor estresante les pueda afectar de manera diferente. Por ejemplo, Lineweber, Baltzer, Magnusson y Westerblund (2013) encontraron que el conflicto familiar laboral estaba relacionado con una consecuencia conductual en los hombres, pero con una consecuencia física para las mujeres.

Gallego, Vera, & Signani, (2015) hayan señalado algunas características ambientales (laborales y no laborales) que afectan al estrés laboral y al bienestar y que se describen a continuación. La primera de ellas son las demandas de tareas. Se ha demostrado que las demandas de tareas difieren entre mujeres y hombres, incluso dentro del mismo trabajo, principalmente debido a la doble segregación horizontal y vertical.

Además, los trabajos establecidos para mujeres incluyen tareas más repetitivas que las de hombres (Eurofound: Quinta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2014).



En la misma línea, García-Herrero, Mariscal, García y Ritzel (2014) identificaron las tareas que más contribuyen a aumentar las diferencias en los niveles de estrés entre mujeres y hombres (por ejemplo, las mujeres eran más sensibles para trabajar con plazos ajustados, rápido trabajo, tareas intelectualmente exigentes, tareas complejas y tareas que requieren un alto nivel de atención).

Otra característica de las diferencias es la brecha salarial de género, la cual es un recordatorio constante de la inequidad de entre sexos y la injusticia económica para las mujeres de todo el mundo. Esto sigue aconteciendo aunque existe un acuerdo general de que trabajar en una ocupación en la que una gran proporción de las trabajadoras son mujeres incurre en una penalización salarial, peores condiciones de trabajo y progresión profesional más lenta (Petersen & Morgan, 2015).

En la ergonomía, como subrayaron Habib & Messing (2012), aunque el género y el sexo son temas relativamente nuevos en este campo, el análisis de accidentes es muy importante. Hay que tener en cuenta el hecho de que, incluso dentro del mismo tipo de trabajo, hombres y mujeres pueden ser asignados a diferentes tareas. Por lo que, debido a las diferencias en las mediciones antropométricas, incluso el mismo lugar de trabajo no es experimentado de la misma manera por hombres y mujeres. Además, Punnett & Bergqvist (2017) señalan que el diseño de la herramienta, la altura de la superficie de trabajo y las dimensiones del equipo pueden hacer demandas muy diferentes en el cuerpo, dependiendo de las dimensiones de los trabajadores o trabajadoras.

Otra característica que pone de manifiesto las desigualdades entre hombre y mujeres es la conocida como “techo de cristal”. Esto ocurre cuando las mujeres se atreven a romper



el estigma de su rol de género, y luchar contra la segregación vertical u horizontal, al optar por trabajos que son incongruentes con su rol de género. Hay trabajos, tanto en niveles jerárquicos como en ocupaciones, donde las mujeres sufren más obstáculos para el logro, debido a la barrera invisible que les impide ascender su categoría profesional (Gyllensten y Palmer, 2015). Esto se debe a que es menos probable que sean elegidas en los procesos de selección y promoción y también a que es menos probable que reciban oportunidades de desarrollo.

Por otro lado, hay otra circunstancia que se puede considerar una lacra social en la actualidad como es el acoso sexual. Las mujeres tienen más probabilidades de estar expuestas a la discriminación sexual en el trabajo que los varones, incluido el sexismo y el acoso sexual, asociado con una amplia gama de resultados adversos para la salud física y mental. De acuerdo con Portello y Long (2001) el acoso sexual se ha considerado un riesgo laboral importante, y las mujeres profesionales lo denuncian como un factor estresante. Según la teoría del rol social, los hombres adoptan el rol de posición dominante, mientras que se espera un rol cooperativo y de sumisión por parte de las mujeres. Esto significa que cuando las mujeres violan estos roles sociales, es más probable que sean objeto de acoso sexual, especialmente si son supervisoras de otros empleados, incluidos los empleados masculinos, como lo demuestran McLaughlin, Uggen y Blackstone (2013).

La última característica es el tokenismo, el cual ocurre cuando las mujeres representan una minoría en un grupo. De acuerdo con la teoría de Kanter (como se citó en Gallego, Vera, & Signani, 2015) sobre "tokenismo", las personas que pertenecen a un



grupo minoritario dentro de un lugar de trabajo experimentarán consecuencias negativas debido a su visibilidad como "fichas".

A pesar de que la perspectiva de género no se adopta de forma generalizada en el ámbito de la investigación y de conocimiento, hay estudios que muestran diferencias entre hombre y mujeres. Y estas diferencias tienen que ver con los procesos cognitivos y emocionales. Watson, Goh y Sawang (2011), demostraron que una diferencia clave es que las mujeres experimentan estrés inmediatamente después de la activación de la evaluación primaria, mientras que los hombres experimentan estrés inmediatamente después de la activación de la evaluación secundaria.

Por lo tanto, y de acuerdo a los autores antes mencionados, el estrés aparece en las mujeres como resultado de la causa directa de percibir la situación como una amenaza, mientras que para los hombres, el estrés aparece como resultado de la evaluación de sus recursos para manejar la situación actual, de modo que el estrés aumenta a medida que se reducen los recursos para gestionar el evento.

Hay otros estudios que encuentran diferencias significativas entre los géneros como los que considera que los hombres experimentan niveles más altos de estrés que las mujeres. De acuerdo con Galanakis et al., (2016), los hombres experimentan estrés de manera más severa y frecuente cuando no participan en las decisiones políticas, cuando comparten actitudes negativas hacia la organización y cuando surgen conflictos entre los departamentos de la organización.



Además, por parte de Liu et al., (2008) se han identificado los siguientes factores estresantes de los hombres: trabajar horas extras, lidiar con crisis y tener personal insuficiente para realizar sus tareas, finanzas, poder relacionado con el trabajo, falta de participación, conflicto con otros departamentos, responsabilidad laboral, carga de trabajo y errores laborales.

Miller et al., (2011) se centraron en determinar qué género tiene mayores niveles de bienestar y descubrieron que los hombres exhiben un mejor bienestar mental y físico que las mujeres.

Otros se han centrado en las causas de estas diferencias. Boye (2009) por ejemplo, enfatizó que el tiempo dedicado al trabajo remunerado se ha asociado con altos niveles de bienestar en varios estudios, mientras que las largas horas dedicadas al trabajo no remunerado dentro de la familia se asocian con un bajo bienestar o no están relacionados con el bienestar. Este autor descubrió que cuanto más largas son las horas de trabajo remuneradas de las mujeres europeas y cuanto más cortas son sus horas de trabajo laboral en horario doméstico, mayor es su grado de bienestar. Sin embargo, el bienestar de los hombres no estaba relacionado con el tiempo que dedican al trabajo remunerado y al trabajo doméstico.



CAPÍTULO 5.

PANORAMA DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL BURNOUT DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

CAPÍTULO 5. PANORAMA DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL BURNOUT DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

5.1. ESTADO DEL ARTE: REVISIÓN DE LITERATURA

Para tener una información rigurosa sobre los hallazgos científicos del problema objeto de estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica (selección y recopilación) sobre las publicaciones científicas que estudian el estrés laboral crónico desde la perspectiva de género con información de interés para la investigación.

Para seleccionar la bibliografía pertinente a fin de obtener información sobre los contenidos de esta Tesis Doctoral, se ha accedido a cuatro bases de datos diferentes usando el siguiente perfil de búsqueda: ((burnout* health professionals [Title])) AND sex[Text Word]. Se han seleccionado los resultados de los últimos 5 años. En Google Books y BVS (LILACS) se hallaron 10 resultados, en BNE se encontraron 10 publicaciones.

Finalmente, en Medline obtuvimos 20 resultados que acotamos a 15. De acuerdo con nuestro primer objetivo, y, después de revisar cada una de las publicaciones, seleccionamos de forma definitiva 9 documentos bibliográficos cuyo análisis describimos a continuación.



El primer estudio que se presenta es el de Wiranuta et al., (2019) quienes a través de una investigación de verificación empírica se propusieron analizar las diferencias de estrés en el género y la edad de los/as empleados/as en la industria de restaurantes. Este estudio fue de tipo cuantitativo-descriptivo. La población investigada fueron los/as empleados/as de varios restaurantes formales en Surabaya.

Para la técnica de muestreo se utilizó un muestreo no probabilístico. Los investigadores también utilizaron muestreo intencional, una técnica para determinar la muestra basada en varias consideraciones particulares. La cantidad total de las muestras fue de 200, tomadas de siete restaurantes formales en Surabaya. La muestra se determinó en función de varios criterios, como los empleados/as masculinos o femeninos mayores de 17 años, que tuvieran al menos un año de experiencia trabajando en un restaurante formal, ya sea de forma permanente o contratada. Una encuesta, realizada mediante la distribución de cuestionarios, fue el método utilizado en esta investigación. Los investigadores adoptaron dos tipos de cuestionarios (preguntas cerradas y abiertas). Las preguntas cerradas se midieron utilizando escalas Likert de cinco, mientras que las preguntas abiertas se entregaron para investigar la causa del estrés de los/as empleados/as en general. De los 200 cuestionarios que se distribuyeron, hubo ocho cuestionarios descartados debido a la falta de preguntas respondidas. En los hallazgos encontrados no se evidenciaron diferencias en el nivel de estrés del género de los/as empleados/as.

Kim et al., (2019) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar el estrés laboral asociado con el desarrollo de la ideación suicida con un enfoque en las diferencias de género y edad entre los/as empleados/as coreanos/as. Para ello se analizaron los datos de



706 empleados/as sanos/as \geq de 18 años que se habían sometido al menos a dos exámenes de salud completos en el Centro de Evaluación de Salud del Hospital Kangbuk Samsung, Corea del Sur.

El riesgo de ideación suicida se evaluó mediante un cuestionario autoinformado que examinaba la ideación suicida durante el año pasado. El estrés laboral se midió utilizando la forma corta de la escala de estrés ocupacional coreano. También se utilizó un Modelo de riesgos proporcionales de Cox (Cox, 1972) para examinar la relación entre el estrés laboral y la ideación suicida. Considerando las diferencias de género y edad en la asociación entre el estrés laboral y la ideación suicida, los datos se estratificaron por género y grupos de edad.

Los resultados del estudio en cuestión revelaron que durante los años de seguimiento, se identificó la ideación suicida en 460 participantes. Para los trabajadores varones, las altas demandas laborales y la falta de recompensa se asociaron con el riesgo de ideación suicida en adultos jóvenes y en el grupo de la década de la mediana edad. La inseguridad laboral se asoció con el riesgo de ideación suicida en la década de la mediana edad y la edad adulta de mediana edad y mayores. La injusticia organizacional se asoció con el riesgo de ideación suicida en la edad adulta de mediana edad y mayores. La incomodidad en un clima organizacional se asoció con el desarrollo de ideas suicidas en todos los grupos de edad. Para las trabajadoras, la injusticia y la incomodidad organizacional en un clima organizacional se asociaron con el riesgo de ideación suicida en la edad adulta temprana.



Los resultados en este estudio sugieren que ciertos factores estresantes laborales son factores de riesgo de ideación suicida. También se observaron diferencias de género y edad en los componentes del estrés laboral asociados con la ideación suicida.

Por su parte, Tsuno et al., (2019) realizaron un trabajo de investigación titulado “Largas horas de trabajo y síntomas depresivos: efectos moderadores de género, nivel socioeconómico y recursos laborales”, donde el propósito fue investigar los posibles moderadores de esta asociación, utilizando datos de una encuesta transversal a gran escala.

En cuanto a la metodología, los investigadores aplicaron una serie de cuestionarios donde un total de 16136 empleados/as japoneses (83.5% hombres; 16.5% mujeres) respondieron a un cuestionario autoadministrado preguntando sobre las horas extra de trabajo durante el mes anterior y los síntomas depresivos (escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Shima et al., 1985), así como factores moderadores que incluyen género, edad, estado civil, estado socioeconómico, tiempo de viaje, horas de sueño por día, control de trabajo y apoyo social en el lugar de trabajo (cuestionario de contenido laboral de Karasek, 1985), neuroticismo (cuestionario de personalidad revisado de Eysenck et al., 1985) y discapacidad social (escala de discapacidad social de Kitamura y Suzuki, 1986) (tasa de respuesta, 85%). Además, realizaron un análisis de regresión secuencial para investigar los principales efectos y efectos de interacción de todas las variables de moderación.

Los resultados arrojaron que la asociación entre horas extra de trabajo y síntomas depresivos fue significativamente moderada por el efecto de interacción de género, gerente, horas de sueño, control de trabajo y neuroticismo. Entre los/as trabajadores/as dedicados/as



a más de 80 horas de tiempo extra, las mujeres, los/as empleados/as más jóvenes, los/as no gerentes, los/as empleados/as con bajo control laboral, bajo apoyo social en el lugar de trabajo y alto neuroticismo presentan síntomas depresivos más altos. También se observó un efecto principal significativo de las largas horas de trabajo extra en los síntomas depresivos, incluso después de controlar todas las variables independientes.

Como conclusión se obtuvo que las largas horas de trabajo extra se asocian con síntomas depresivos. También encontraron heterogeneidad significativa en la asociación según las características de los/as empleados/as, lo que puede explicar los hallazgos inconsistentes en la literatura previa.

Marchand, Blanc y Beauregard (2018) se propusieron en su estudio evaluar la relación entre edad, género y su interacción con el agotamiento en una muestra de trabajadores/as canadienses. Los datos para este estudio se recopilaron entre 2009 y 2012 con una muestra de 2073 trabajadores/as canadienses de 63 lugares de trabajo en la provincia de Quebec. Los datos se analizaron con modelos de regresión multinivel para evaluar las relaciones lineales y no lineales entre la edad y el agotamiento. Los análisis ajustados por estado civil, estado parental, nivel educativo y número de horas de trabajo se realizaron en la muestra total y se estratificaron por género.

Los resultados demostraron que de una tasa de respuesta del 73%, la edad siguió una relación no lineal con el agotamiento emocional y el agotamiento total, mientras que se relacionó linealmente con el cinismo y la reducción de la eficacia profesional. El nivel de agotamiento se redujo con el aumento de la edad en los hombres, pero la asociación fue



bimodal en las mujeres, y las mujeres de entre 20 y 35 años y mayores de 55 años mostraron el mayor nivel de agotamiento.

Las conclusiones en esta investigación señalan que los síntomas de burnout varían mucho según las diferentes etapas de la vida de los hombres y mujeres que trabajan. Los hombres más jóvenes y las mujeres de entre 20 y 35 años y mayores de 55 años son particularmente susceptibles, por lo que deberían ser objeto de programas para reducir el riesgo de agotamiento.

Gil-Monte, Vioti y Converso (2017) en su estudio tuvieron como propósito evaluar la propiedades psicométricas del “Spanish Burnout Inventory” (SBI) en una muestra de profesionales sanitarios/as italianos/as. La muestra estuvo conformada por 695 participantes: 453 profesionales de enfermería y 242 médicos/as. En cuanto al género, 451 eran mujeres (64,9%) y 244 eran hombres (35,1%). El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) se compone de 20 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: entusiasmo hacia el trabajo (5 ítems), agotamiento psicológico (4 ítems), indolencia (6 ítems) y culpa (5 ítems).

La estructura factorial se examinó mediante análisis factorial confirmatoria. Todos los ítems alcanzaron valores apropiados para los parámetros estadísticos y psicométricos. El modelo de cuatro factores consistente con el original español obtuvo un buen ajuste de datos para toda la muestra, mostrando invariancia de factores en ambas muestras (es decir, hombres versus mujeres).



En esta investigación se concluyó que el SBI tiene propiedades psicométricas adecuadas para estudiar el síndrome de burnout en profesionales de la salud italianos/as, independientemente de su género.

Ishak, Razak y Mohamad (2017) señalan que la diferencia de género ha causado que ambos sexos experimenten y perciban su estrés ocupacional de manera diferente. Por lo que se planearon en este estudio, examinar diferencias significativas del nivel de estrés ocupacional entre los/as empleados/as de un correccional. El estudio utilizó el método de encuesta en 417 personas que laboraban en el correccional. Los resultados de la investigación revelaron diferencias significativas entre el personal correccional masculino y femenino. La investigación fue concluyente al señalar que las diferencias de roles, personalidad, actitud y comportamiento entre hombres y mujeres se deben a influencias biológicas y sociales.

Giunchi et al., (2016) presentaron un estudio cuyo objetivo fue indagar sobre los efectos la inseguridad laboral percibida en el agotamiento del trabajo, considerando el papel de mediación de la carga de trabajo y explorando las diferencias entre los/as trabajadores/as temporales masculinos y femeninos.

Esta investigación involucró a 474 trabajadores/as temporales portugueses/as (209 hombres, 265 mujeres). Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario de autoinforme; los análisis de datos se realizaron utilizando IBM Spss Statistics 22 para estadísticas descriptivas, correlaciones y prueba t; Mplus7 se utilizó para estimar un modelo de ecuación estructural multigrupo y para probar la mediación.



Los resultados confirmaron que la carga de trabajo es un mediador e indicaron diferencias de género en la forma en que la inseguridad laboral percibida se relaciona con la carga de trabajo y el agotamiento del trabajo en los/as trabajadores/as temporales. De hecho, la mediación de la carga de trabajo en la relación entre inseguridad laboral percibida y agotamiento laboral fue parcial en hombres y total en mujeres: en el grupo de mujeres, el efecto directo de inseguridad laboral percibida sobre el agotamiento laboral no es significativo, y el efecto indirecto mediado por la carga de trabajo es significativo. En el grupo de hombres, los efectos directos e indirectos son significativos.

En cuanto a las conclusiones, se señala que este documento contribuye a ampliar la investigación sobre la inseguridad laboral de los/as trabajadores/as temporales en un contexto nacional específico y destaca las diferencias de género en la relación entre la inseguridad laboral percibida y el agotamiento del trabajo.

Por su parte, Karkoulian, Srour y Sinan (2016) realizaron un estudio con el objetivo de investigar la relación compuesta entre el locus de control externo e interno, los niveles de estrés percibido en el trabajo y el equilibrio entre la vida laboral y personal. Este estudio se centra en explorar el papel del género en la relación entre las variables antes mencionadas. Una muestra de 320 empleados/as (160 mujeres y 160 hombres) que trabajan en el sector bancario libanés contribuyó a los resultados empíricos de esta investigación.

Este estudio adopta un enfoque positivista contingente al estudiar estas variables y la relación entre ellas, también busca establecer el papel del estrés como mediador. Finalmente, el género también podría moderar la relación entre el locus de control y el equilibrio trabajo-vida, con la mediación del estrés.



Los/as empleados/as que trabajan en el sector bancario libanés completaron una encuesta por cuestionario, a quienes los investigadores le garantizaron el anonimato completo y confidencialidad. El estudio se dirigió a los/as empleados/as con un puesto directivo y en el rango de edad de 25 a 40 años, ya que los/as gerentes dentro de este rango de edad parecen ser los/as que más sufren conflictos laborales. La recopilación de datos se produjo entre los meses de agosto a noviembre de 2014, con un total de 320 respuestas. El cuestionario recolectó información sobre el locus de control externo e interno, los niveles de estrés percibido en el trabajo, los niveles de equilibrio entre la vida laboral y personal para los/as empleados/as y las características demográficas de los/as encuestados/as.

Metodológicamente se utilizó la escala para medir locus de control (WLOC) de Spector (1988). El cuestionario pidió a los/as encuestados/as que calificaran diez afirmaciones en una escala Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo), donde las puntuaciones más bajas representan niveles más bajos de control (es decir, locus de control externo) y las puntuaciones más altas representan niveles más altos de control (es decir, locus de control interno). Estudios previos con coeficientes alfa que van desde 0,75 a 0,85 confirmaron tanto la confiabilidad de la escala como su validez de constructo (Spector, 1988). Esta investigación encontró una puntuación alfa de Cronbach similar para los elementos WLOC, con un valor de 0,78.

También se utilizó la escala de Cohen et al. (1983) la cual midió el estrés percibido. Los/as encuestados/as calificaron cinco ítems en una escala de 5 puntos (1 = Muy a menudo; 5 = Nunca), donde las puntuaciones más altas representan niveles más altos de estrés percibido. Los estudios confirmaron la validez y fiabilidad de esta escala, con un alfa



de Cronbach de 0,82 (Andreou et al., 2011). Además, este estudio encontró un valor similar de 0.901. La escala de Hayman (2005) midió el equilibrio trabajo-vida, seleccionando dos de tres dimensiones para este estudio: interferencia personal con trabajo (PLIW) e interferencia laboral con la vida personal (WIPL). Los/as encuestados/as calificaron, en una escala de 5 puntos (1 = Nunca; 5 = Muy a menudo), cinco ítems que midieron interferencia personal con trabajo (PLIW) y seis ítems que midieron interferencia laboral con la vida personal (WIPL). Los puntajes más altos indican que los/as encuestados/as con frecuencia experimentan un conflicto entre el trabajo y la vida personal y, por lo tanto, tienen un menor nivel de equilibrio entre la vida laboral y personal. Los estudios confirman la fiabilidad y validez de este instrumento con un alfa de Cronbach de 0,70 (Fisher-McAuley et al., 2003).

Los resultados indicaron que para todos/as los/as encuestados/as, la relación entre el locus de control y el estrés percibido tiene un peso entre -0.08 y -0.06 , lo que indica una relación estadísticamente significativa pero levemente negativa entre las dos variables. Estos resultados implican que a medida que el locus de control se desplaza hacia un locus interno, el nivel de estrés disminuye ligeramente.

Para el grupo de locus externo de control, en las relaciones entre el estrés percibido y PLIW y WIPL, las puntuaciones son más altas en las mujeres que en los hombres: 0.59 y 0.56, en comparación con 0.37 y 0.39 respectivamente. Por lo tanto, a medida que aumenta el nivel de estrés percibido, también aumenta la dimensión PLIW del equilibrio trabajo-vida; sin embargo, aunque este aumento parece ser consistente entre las mujeres con un



locus de control interno y las mujeres con un locus de control externo (0,59 y 0,52, respectivamente), en los varones sí se evidenciaron diferencias.

Con los grupos masculinos, los encuestados con un locus de control externo experimentan una relación más débil entre el estrés y PLIW en comparación con los encuestados masculinos con un locus de control interno (0.37 y 0.72 respectivamente). A medida que aumenta el nivel de estrés percibido, también aumenta el nivel de WIPL para hombres y mujeres. Para los/as encuestados/as, esta relación es más fuerte con un lugar interno de control en lugar de un locus de control externo. Esto es cierto tanto para hombres como para mujeres: las puntuaciones fueron 0.39 para los hombres con un locus de control externo versus 0.43 para los hombres con un locus de control interno, y 0.56 para las mujeres con un locus de control externo versus 0.61 para las mujeres con un locus de control interno.

En definitiva, los resultados del estudio señalaron que las relaciones entre el locus de control y el estrés percibido, el estrés percibido y la interferencia de la vida personal con el trabajo (PLIW) y el estrés percibido y la interferencia laboral con la vida personal (WIPL) tienen una dirección e importancia similares entre hombres y mujeres.

5.2. ESTUDIOS SOBRE BURNOUT Y GÉNERO

Dado que los/as profesionales de servicios humanos han sido descritos como particularmente vulnerables al burnout (Faber, 2003), es importante examinar las



características de las ocupaciones y la respuesta del ocupante a los factores estresantes involucrados. Se han realizado considerables investigaciones sobre el burnout en los servicios humanos. Schaufeli & Greenglass (2001) calcularon que los grupos ocupacionales más frecuentemente estudiados son maestros (17%), enfermeras (17%) y trabajadores sociales (7%).

Si bien las fuentes de estrés pueden variar entre estas profesiones, comparten una alta vulnerabilidad al burnout debido a las demandas que les imponen los individuos y la escasez de tiempo para cumplir con las demandas que forman parte de su profesión. Al mismo tiempo, muchas de las trabajadoras profesionales de servicios humanos tienden a ser mujeres. Aunque los hombres también lo son, éstas se encuentra en muchas áreas de servicio, incluyendo trabajo social, policial, enseñanza y atención sanitaria.

En el pasado cuando los/as investigadores/as preguntaron quienes sufrían más de burnout, mujeres u hombres, los datos respaldaron la opinión que las mujeres eran más susceptibles al agotamiento ya que a menudo asumían la responsabilidad principal de niños además de su empleo. Sin embargo, en una investigación que examina las diferencias de sexo en el burnout, a menudo hombres y mujeres ocupan diferentes roles ocupacionales, lo que daría lugar a una confusión de sexo y ocupación.

Por ejemplo, Malach-Pines y Ronen (2016), examinaron las diferencias de sexo en una amplia gama de ocupaciones de servicios humanos. Las mujeres puntuaban más alto en agotamiento emocional y más bajo en logros personales que los hombres. En otras palabras, las mujeres tenían más probabilidades de sentirse emocionalmente agotadas por su trabajo que los hombres. Pero, en este estudio, el género era confundido con el tipo de ocupación.



Los oficiales de policía y los psiquiatras solían ser hombres y enfermeras y trabajadoras sociales eran generalmente mujeres. Por lo tanto, las diferencias de sexo mencionadas pueden de hecho reflejar diferencias en las ocupaciones.

Otros datos indican que los hombres experimentan puntuaciones más altas en la despersonalización que las mujeres (Schaufeli & Greenglass, 2001). ¿Por qué los hombres deberían ser más propensos a la despersonalización, una actitud caracterizada por la insensibilidad y la impersonalidad hacia clientes? Una explicación se encuentra en las normas aceptadas asociadas con el rol de género masculino, que enfatiza la fuerza, la independencia, la separación y la invulnerabilidad (Greenglass, 1991).

En este contexto, la despersonalización puede considerarse como un reflejo de la emocionalidad reprimida de los hombres. Otra explicación deriva del énfasis en el logro, que es una parte integral del rol de género masculino. Si los hombres también son competitivos y sus sentimientos de masculinidad dependen de logros exitosos, su cinismo puede derivarse de la desconfianza de aquellos con quienes compiten. Esto puede conducir a sentimientos antisociales y hostiles, particularmente cuando se los amenaza bajo estrés. Datos adicionales indican que los hombres son significativamente mayor que las mujeres en la desconfianza cínica, una medida de hostilidad y desconfianza en otros (Greenglass, 1991).

Estos hallazgos son paralelos a los hallazgos evidenciados anteriormente de que los hombres tienen mayor despersonalización. Estos resultados coinciden con las observaciones de Schaufeli & Enzmann (2001) de que los sentimientos de ira, hostilidad y agresión son una parte esperada del papel de género masculino, aunque “se alienta la



evitación de la expresividad”. Hobfoll et al., (2016), en sus estudios del Modelo multiaxial de afrontamiento, detallan que los hombres utilizan acciones más agresivas y antisociales en su afrontamiento. Estas observaciones indican la teoría de conexiones entre estilos de afrontamiento, roles de género y burnout y resaltan la necesidad de integrar la investigación de las tres áreas para ampliar nuestra comprensión del burnout.

Antoniou, Polychroni, y Vlachakis, (2016) realizaron un estudio con maestros donde los hallazgos también apoyan la hipótesis de que el género tiene un efecto sobre el estrés y el burnout, demostrando en sus resultados que las maestras experimentaron niveles más altos de estrés ocupacional en comparación con los hombres, en lo que respecta a las dificultades que enfrentan en el aula y la carga de trabajo que a menudo se extiende a la vida personal y familiar y las condiciones de trabajo.

Un estudio similar para explorar las diferencias de género en cuanto al burnout con maestras y maestros griegos fue realizado por Kantas (2015), cuyos resultados indican que las maestras informan niveles más altos de estrés y una mayor insatisfacción derivado de lo que perciben como condiciones adversas en el aula y el comportamiento de los estudiantes, así como la interfaz trabajo-familia. Por otra parte, existe también una tendencia general en la literatura, según la cual las mujeres experimentan niveles más altos de estrés ocupacional con respecto a los estresores específicos de género y tienen diferentes formas de interpretar y tratar problemas relacionados con su entorno de trabajo (Otero-López, 2015).

También, Villarruel-Fuentes et al., (2018) señalaron en su estudio que las mujeres presentaron niveles más altos de agotamiento emocional en comparación con sus contrapartes masculinas, lo que probablemente sugiere que no han adquirido o no pueden



utilizar los recursos psicológicos adecuados para hacer frente a las demandas de la profesión. También se han observado altos niveles de agotamiento emocional en las mujeres en estudios anteriores (Dipp et al., 2017). Sin embargo, interpretar estas diferencias es una tarea difícil ya que existe una serie de factores que intervienen, como la carga de trabajo, el puesto en la jerarquía laboral y la presencia de apoyo social.

En otra investigación realizada por Violanti y Aron (2015) encontraron que el género también puede afectar a los/las oficiales de policía, ocasionando estrés laboral y el burnout. Los resultados obtenidos en la investigación demostraron cómo las mujeres oficiales a menudo sienten una presión adicional de sus colegas varones para demostrar su valía en el trabajo.

Por su parte, McCarty, Zhao & Garland (2017) observaron que las circunstancias relacionadas con el estrés general entre las mujeres oficiales pueden ser diferentes a las que enfrentan los oficiales hombres. Más específicamente, las oficiales femeninas pueden ser objeto de discriminación de género por parte de los oficiales y supervisores masculinos, lo que a su vez puede aumentar sus niveles de estrés y burnout.

La primera fuente importante de estrés identificada en el trabajo policial se refiere al ambiente de trabajo único que enfrentan las/los oficiales. Conocidos como factores inherentes al trabajo policial, estos factores estresantes involucran elementos de peligro que son exclusivos de la profesión policial (Blanco-Álvarez y Thoen, 2017). El peligro asociado con el trabajo policial es a menudo el foco de varias encuestas que solicitan a los oficiales que identifiquen factores estresantes y posibles fuentes de agotamiento (Ponguillo y Sánchez, 2017).



También Innstrand et al., (2014) realizaron un estudio con 8 grupos de ocupaciones distintas para examinar las diferencias de género en el burnout dentro y entre las ocupaciones mediante el análisis de la media latente. Se demostraron diferencias medias latentes significativas en las dos dimensiones del burnout entre hombres y mujeres. En general, los análisis indican que, las mujeres presentan más agotamiento, pero no más despersonalización, que los hombres.

Sin embargo, análisis separados indican que las diferencias de género varían entre los grupos ocupacionales, especialmente para la dimensión de despersonalización. Los análisis dentro del género sugieren un perfil de burnout aproximadamente similar en todos los grupos ocupacionales para hombres y mujeres (Innstrand et al., 2014).

Las diferencias ocupacionales encontradas en los perfiles de agotamiento indican que algunas profesiones pueden ser más propensas al agotamiento que otras. Para los grupos ocupacionales con mayor riesgo, se necesita más investigación para revelar posibles factores organizacionales que pueden hacer que estos/as trabajadores/as sean más propensos/as al agotamiento que otros/as.



CAPÍTULO 6.

ESTADO DE PANDEMIA POR EL CORONAVIRIS COVIC-19

CAPÍTULO 6. ESTADO DE PANDEMIA POR EL CORONAVIRIS COVID-19

6.1. VISIÓN HISTÓRICA Y APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

No podemos olvidar en esta investigación una realidad social que puede actuar como variable dependiente, que además está afectando a todo el planeta y de manera directa y significativa a los/as profesionales de la salud. Se trata de la pandemia ocasionada por el coronavirus (COVID-19).

El virus COVID-19 ha sido determinado y secuenciado genéticamente (Lu, et al., 2020). Presenta relación con otros coronavirus que se encuentran en los murciélagos, por lo que se cree que su reservorio natural más factible son estos animales. El huésped intermediario, posiblemente otro mamífero, no ha sido determinado aún. El sitio de contacto con las personas pudo ser un mercado de animales vivos de Wuhan (Lu, et al., 2020; Callaway & Cyranoski, 2020). Está constatado que este virus se transmite de forma eficaz de persona a persona, habiéndose encontrado grupos de casos intrafamiliares y de transmisión a trabajadores/as de la salud.

En la Antigüedad predominaban las enfermedades infecciosas que eran de gran mortalidad, teniendo como ejemplo las grandes epidemias de cólera o peste bubónica, y llegando a fallecer aproximadamente un 40-60% de la población de Europa en aquel momento con esta última.



En cambio, con el tiempo hemos vivido una transición en la que las enfermedades infecciosas zoonóticas son las que han adquirido más importancia. Las zoonosis o enfermedades zoonóticas son aquellas que son propias de los animales y que, en un momento dado, son capaces de transmitirse al ser humano. En este grupo se encuentran el conocido virus del ébola, procedente de monos o murciélagos; la gripe o virus de la influenza, procedente de cerdos o aves acuáticas; y el actualmente conocido virus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), responsable de la pandemia actual y de la enfermedad por COVID-19. Al contrario de lo que se podría pensar, este no ha sido el primer coronavirus en la historia de la humanidad, en el año 2002 se notificaron casos por el virus SARS-CoV, con una tasa de mortalidad global del 13% y, posteriormente en el año 2012 se detectó el virus MERS-CoV o coronavirus del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, con una mortalidad del 30%.

La forma de transmisión más habitual del virus es por contacto y gotas respiratorias (aerosoles), en espacios cortos (1,5 m) y además por materiales contaminados por dichos aerosoles. No se puede afirmar que no haya ninguna probabilidad de transmisión por vía aérea. El contacto más duradero y cercano es el de más riesgo, existiendo menos probabilidad en el contagio por contactos casuales. Gran parte de los contagios se provocan a partir de pacientes con síntomas, pero también los asintomáticos o personas en periodo de incubación pueden transmitir la enfermedad (Rothe, et al., 2020; Kupferschmidt, 2020). Este tipo de transmisión, aunque es menos habitual, supone un obstáculo para el control de la expansión.

Las medidas de aislamiento son las normalmente recomendadas para este tipo de transmisión: distancia adecuada entre pacientes, uso de habitación individual, uso de batas



impermeables, guantes, gafas protectoras y mascarillas quirúrgicas o tipo FFP2 para el personal de salud, salvo en situaciones de especial riesgo (Ministerio de Sanidad, 2019; ECDC, 2020; CDC, 2019; OMS, 2020).

En la actualidad no hay un tratamiento específico, aunque se están utilizando distintos tratamientos con fármacos antivirales e interferón de forma experimental. Tampoco existe ninguna vacuna y posiblemente no esté disponible antes de un año en el mejor de los casos.

Para poder entender mejor la situación actual es necesario comentar una serie de conceptos. Una pandemia consiste en la propagación mundial de una nueva enfermedad, de cuya inmunidad carece la mayoría de la población. Además, según la OMS, esta enfermedad debe ser capaz de provocar casos graves de enfermedad o incluso la muerte, así como que el virus debe tener capacidad eficaz de transmitirse entre las personas.

Cabe diferenciar este concepto del de brote epidémico, siendo este la aparición limitada a una zona geográfica y a un momento determinado de una serie de casos de una enfermedad concreta como puede ser el caso de los brotes alimentarios de salmonelosis. A su vez, cuando un brote se mantiene en el tiempo pasa a denominarse epidemia.



6.2. PANDEMIA POR COVID-19 EN 2020

Desde enero de 2020 se desencadenó en España la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 afectando a más de 377.000 personas. Debido al aumento de la incidencia en el mes de marzo se declara el estado de alarma que duró hasta el 21 de junio.

La valoración de la gravedad de la pandemia por el COVID-19 depende, entre otras cuestiones, de los cambios del virus, de vulnerabilidad subyacente en la población y de la capacidad de responder que tienen las organizaciones y el sistema de salud en prevención y tratamiento.

En nuestro país, los sistemas de prevención, vigilancia y control del COVID-19 se adecuan a las pautas y protocolos del Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades (ECDC) y de la OMS. El Ministerio de Sanidad, desde el Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias, intenta coordinar la respuesta de forma eficaz, en coordinación con los Servicios de Salud Pública de las Comunidades Autónomas. Las acciones de prevención proceden de la epidemiología clásica: detectar, aislar y tratar los casos y hacer un seguimiento de los potenciales contactos.

Los juicios epidemiológicos y clínicos de la actualidad son con certeza versátiles con el curso de la pandemia, pero es primordial ceñirse constantemente a los mismos para mejorar la detección de potenciales casos y el uso de recursos para luchar contra esta amenaza, esencialmente en plena temporada de gripe estacional (Munster et al., 2020; Paules, Marston & Fauci, 2020; Perlman, 2020).



Para los/as profesionales de salud esta situación se convierte en un factor añadido al estrés laboral, ya que, por un lado, tienen que tomar medidas más fuertes de higiene y de colocación de equipos de protección individual; además, tienen un riesgo más alto de ser contagiados por los/as pacientes por tener un contacto directo con ellos/as. Estos hechos unidos al miedo de contagiar a sus familiares, puede provocar más estrés en el personal de salud (Santamaría et al., 2020; Erquicia et al., 2020; Pérez-Ortega et al., 2020).

En las investigaciones previas sobre epidemias, ya se han observado reacciones psicológicas adversas entre las y los trabajadores/as sanitarios, por ejemplo, ante el brote de SARS (Bai et al., 2004; Bennett et al., 2003), del MERS (Lee et al., 2018), y actualmente ante el COVID-19 (Chen et al., 2020). Estos estudios mostraron que dichos trabajadores temían el contagio y la infección de sus familiares, amistades y compañeros/as (Lee et al., 2018), y sentían incertidumbre y estigmatización (Bai et al., 2004; Bennett et al., 2003), lo que podría derivar en consecuencias psicológicas a largo plazo (Li et al., 2020). Además, tal como se ha demostrado en el contexto de otras epidemias, el estrés y la ansiedad entre el personal no sólo influyen directamente en su salud, sino que indirectamente afectan al sistema de sanitario al dejar de acudir al trabajo como consecuencia de las bajas laborales de los/as profesionales de la salud. (Shultz et al., 2016).

En el contexto de la situación de pandemia de COVID-19, la sobrecarga de trabajo y el temor a una posible infección pueden generar y subir los niveles de estrés en el personal de salud (Mo, et al., 2020).



Los datos actualizados de personas contagiadas en el mundo, diagnosticadas por PCR a 25 de agosto de 2020, ponen de manifiesto que el virus está presente y sigue infectando (Clemente et al., 2020):

	Diagnosticados	Muertes
Mundo	23.701.763	814.406
EE UU	5.746.940	177.536
Brasil	3.622.861	115.309
India	3.167.323	58.390
Rusia	963.655	16.524
Sudáfrica	611.450	13.159
Europa	3.703.944	212.531
España*	412.553	28.924

En la provincia de Huelva, los datos acumulados de COVID19 a fecha del 04/08/2020 fueron los siguientes: 591 confirmados por PCR, con 225 personas hospitalizadas, 31 personas ingresadas en UCI, 49 fallecidos y 492 curados (Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2020). Sin embargo, los casos de contagios, ingresos y fallecimientos en la provincia de Huelva podrían haber sido muchos más, ya que estos datos acumulados solo hacen referencia a los pacientes diagnosticados por PCR y no a los pacientes con sospecha de COVID-19 por presentar sintomatología clínica relacionada con el virus. Este hecho es debido a la normativa para la codificación de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) en España, en la que se detalla que, desde el 1 de julio de 2020, solo se hará referencia a la codificación U07.1 de casos confirmados por PRC según el



CIE-10, y no se menciona en ningún momento del código U07.2 para los casos sospechosos y probables (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

En esta situación, se evidencia la alta presencia de riesgos psicosociales. Los profesionales de la salud se tienen que enfrentar a altas presiones sociales, incluida una alta probabilidad de contraer infecciones a través del uso de las formas de protección disponibles para ellos/as. La sobrecarga, el aislamiento, la necesidad urgente de soluciones complejas, los pacientes emocionalmente fuera de control, el aislamiento de los miembros de su familia y la red social en sí, son otros riesgos que soportan y pueden conducir al agotamiento (Kang et al., 2020).

El efecto acumulativo de estos riesgos es lo suficientemente grave como para causar otros importantes problemas mentales, como ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y miedo. Esta problemática no solo afecta de forma individual en los/as profesionales de la salud, sino también puede afectar en la atención, la comprensión y la capacidad de toma de decisiones con los pacientes, lo que puede obstaculizar la lucha contra COVID-19 que llevan a cabo estos/as profesionales. Este efecto puede ser no solo una condición temporal, sino que puede tener un impacto duradero en la salud a largo plazo. Por lo tanto, proteger la salud mental de este personal de salud es relevante para controlar la pandemia y la salud de los mismos a largo plazo (Moreno-Jiménez et al., 2013).



6.3. MEDIDAS LEGISLATIVAS ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA GENERADA POR LA PANDEMIA COVID-19

Desde el inicio de la pandemia en España, se ha publicado un gran número de medidas legislativas para hacer frente a la emergencia sanitaria, tanto a nivel nacional como autonómico. Consideramos importante tenerlas en cuenta, ya que ha tenido repercusión directa sobre el colectivo objeto de estudio de esta Tesis Doctoral.

Para presentar una panorámica de las leyes más relevantes en el contexto del estudio se presenta la normativa publicada en la Comunidad Autónoma de Andalucía, aunque también citaremos alguna normativa a nivel nacional que sirve de marco legislativo en la actualidad en relación al personal de salud.

La temporalidad abarca desde el inicio del estado de alarma sanitaria, el 11 de marzo de 2020, hasta el 16 de agosto de 2020 (fecha en la que se hizo la recogida de información legislativa para este trabajo).

La normativa que destacamos es la siguiente:

- Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública.
- Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.



-Orden de 15 de marzo de 2020, por la que se determinan los servicios esenciales de la Administración de la Junta de Andalucía con motivo de las medidas excepcionales adoptadas para contener el COVID-19.

-Real Decreto-ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género.

-Orden de 11 de abril de 2020, por la que se prorrogan algunas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), contenidas en la Orden de 28 de marzo de 2020.

-Orden de 25 de abril de 2020, por la que se modifica y prorroga la de 13 de marzo de 2020 por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).

-Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).

-Orden de 23 de mayo de 2020, por la que se modifica y prorroga la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).

-Orden SND/440/2020, de 23 de mayo, por la que se modifican diversas órdenes para una mejor gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 en aplicación del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.



-Orden de 6 de junio de 2020, por la que se prorrogan las medidas preventivas de salud pública contenidas en las Órdenes de 14 de mayo de 2020, de 28 de mayo de 2020 y de 4 de junio de 2020, como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus COVID-19), y se modifica la Orden de 4 de junio de 2020.

-Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

-Orden de 15 de junio de 2020, por la que se modifica la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).

-Acuerdo de 9 de junio de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma razón del Plan Andaluz de Vigilancia y Prevención de Brotes del COVID-19.

-Decreto-ley 17/2020, de 19 de junio, por el que se modifica, con carácter extraordinario y urgente, la vigencia de determinadas medidas aprobadas con motivo de la situación generada por el coronavirus (COVID-19), ante la finalización del estado de alarma.

-Resolución de 4 de julio de 2020, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al protocolo de actuación de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica ante posibles casos importados de COVID-19 en el contexto de la inmigración irregular.

-Acuerdo de 30 de junio de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del protocolo para aplicación de medidas especiales en materia de salud pública en caso de infección por SARS-CoV-2.



-Orden de 29 de julio de 2020, por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 2020, para adoptar nuevas medidas de prevención en materia de salud pública para hacer frente al coronavirus (COVID-19).

-Orden de 16 de agosto de 2020, por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 2020, para implementar en la Comunidad Autónoma de Andalucía actuaciones coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19.



PARTE II. PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 7.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

CAPÍTULO 7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1. OBJETIVO GENERAL 1

Determinar la prevalencia del burnout y de sus dimensiones en un estado de pandemia, entre profesionales de atención especializada de la sanidad pública de Huelva, teniendo en cuenta una serie de variables sociodemográficas, para realizar una propuesta formativa de prevención y manejo del estrés laboral que aborde los determinantes causales de este problema.

7.1.1. Objetivo específico 1. Establecer si existe dependencia entre el padecimiento del burnout y/o sus dimensiones con la variable sexo.

7.1.2. Objetivo específico 2. Conocer la prevalencia del burnout y sus dimensiones en función de la categoría profesional, centro de trabajo y tiempo de servicio.

7.1.3. Objetivo específico 3. Estudiar asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las variables de edad, estado civil, maternidad/paternidad y contacto con COVID-19.

7.1.4. Hipótesis 1. Existe diferencia de género en el padecimiento del burnout y/o en todas sus dimensiones.



-
- 7.1.5. Hipótesis 2.** La prevalencia del burnout y de sus dimensiones es mayor en trabajadores y trabajadoras con más tiempo de servicio.
- 7.1.6. Hipótesis 3.** La afectación de las dimensiones del burnout es mayor en personas de mayor edad.
- 7.1.7. Hipótesis 4.** Existe dependencia entre las variables de las personas que padecen burnout o afectación de sus dimensiones y las variables de estado civil, del contacto con COVID-19 y de la condición de paternidad / maternidad.



7.2. OBJETIVO GENERAL 2

Establecer la relación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las dimensiones de interacción Trabajo – Familia / Familia - Trabajo entre distintos profesionales de la sanidad pública de Huelva.

- 7.2.1. **Objetivo específico 1.** Identificar el nivel de interacción Trabajo - Familia / Familia – Trabajo en profesionales de la sanidad pública de Huelva.
- 7.2.2. **Objetivo específico 2.** Estudiar la asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con la interacción trabajo – familia / familia – trabajo.
- 7.2.3. **Objetivo específico 3.** Analizar la dependencia entre la interacción Trabajo – Familia / Familia - Trabajo con relación al sexo y al contacto con COVID-19.
- 7.2.4. **Hipótesis 5.** En las personas que presentan una interacción negativa familia-trabajo o trabajo-familia, se evidencia una mayor afectación del síndrome de burnout y/o de sus dimensiones.
- 7.2.5. **Hipótesis 6.** Existe diferencia de género en las distintas puntuaciones de las dimensiones de la interacción Trabajo – Familia / Familia – Trabajo.



7.3. OBJETIVO GENERAL 3

Analizar la salud mental de profesionales de la salud de Huelva mediante el cuestionario GHQ-12 en un estado de pandemia.

- 7.3.1. **Objetivo específico 1.** Estudiar asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con el resultado en GHQ12.
- 7.3.2. **Objetivo específico 2.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas y/o dependencia entre los resultados del GHQ-12 con las variables edad, estado civil, maternidad/paternidad, tiempo de servicio y categoría profesional.
- 7.3.3. **Objetivo específico 3.** Establecer la relación entre posibles casos psiquiátricos no psicóticos (GHQ12) con haber tenido contacto con COVID-19.
- 7.3.4. **Hipótesis 7.** Las personas que presentan posibles casos psiquiátricos no psicóticos tienen mayor afectación de burnout o alguna de sus dimensiones y además, han tenido contacto con COVID-19.



CAPÍTULO 8.
METODOLOGÍA

CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA

8.1. DISEÑO

El estudio es de tipo cuantitativo y descriptivo. Se trata de una investigación correlacional porque examina el grado en que dos o más variables están asociadas o relacionadas (Creswell, 2005). Se considera no experimental porque no implica la introducción o manipulación activa de una intervención por parte de un investigador, que es un principio central de la investigación experimental grupal (Cook et al., 2008).

La selección de esta metodología de estudio ha sido motivada por los objetivos planteados, ya que las variables estudiadas pueden estar relacionadas en términos de dirección y fuerza. La dirección podría ser positiva (cuando una variable aumenta, la otra también) o negativa (cuando una variable aumenta, la otra disminuye). La fuerza es la consistencia con la que las variables se corresponden entre sí. Algunas investigaciones correlacionales han establecido una relación moderadamente fuerte y positiva entre los puntajes del burnout en el personal sanitario femenino (Cook et al., 2008).

La investigación correlacional también se utiliza para examinar las diferencias entre grupos en variables de interés. Este tipo de investigaciones busca identificar las relaciones que existen entre las variables y describirlas en relación con su dirección (positiva o



negativa) y su fuerza sin introducir una intervención para cambiar una variable de resultado (Cook & Cook, 2008).

8.2. ÁMBITO GEOGRÁFICO Y POBLACIÓN

En este estudio, la población seleccionada corresponde a profesionales sanitarios y celadores/as del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez y del Hospital Infanta Elena de Huelva.

El Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez está compuesto por el Hospital Juan Ramón Jiménez y el Hospital Vázquez Díaz. El Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez pertenece al Servicio Andaluz de Salud y se encuentra ubicado en Huelva capital. Son casi 3.000 personas las que consiguen que cada día este centro ponga sus servicios a disposición de la ciudadanía onubense y andaluza. Con una población de referencia de cerca de 509.000 personas, se convierte en la mayor organización de la provincia. Sus profesionales se organizan en personal de 41 especialidades (diagnósticas, generales, de tratamiento, prevención, rehabilitación y médico quirúrgicas), servicios generales, económico administrativo, empresas externas al complejo y voluntariado. Este hospital atiende a la población de Huelva del Distrito Huelva-Costa. El Hospital Vázquez Díaz es un centro mucho más pequeño destinado a consultas externas, quirófanos programados y unidades geriátricas y de cuidados paliativos, sus trabajadores/as están bajo la gerencia del



Hospital Juan Ramón Jiménez. La mayoría de trabajadores de ambos centros suelen rotar en los dos según las necesidades sanitarias.

El Hospital Infanta Elena pertenece también al Servicio Andaluz de Salud, su ubicación se encuentra en Huelva capital y trabajan alrededor de un millar de profesionales cada día en las consultas, quirófanos, alas de hospitalización y salas de pruebas diagnósticas. También tienen personal de laboratorios, administración, salas de calderas y áreas de mantenimiento. Este hospital atiende a menos población que el anterior, sin embargo, es también bastante significativa su población de referencia, abarcando al Distrito Condado – Campiña de la provincia de Huelva.

Para la presente investigación solo se consideró al siguiente personal sanitario: médicos/as, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y celadores/as, excluyéndose al resto de personal sanitario. Se han seleccionado solo a estas 4 categorías profesionales por ser considerados/as los/as profesionales con más implicación en los cuidados de pacientes y por lo tanto con más riesgo de padecer estrés laboral por la alta exposición debido a la atención directa. El estrés experimentado en este grupo ocupacional, es el resultado de su responsabilidad por la salud y el bienestar de otras personas, el comportamiento de los pacientes, que a veces son exigentes, agresivos y pueden referir quejas, y además, sobrellevan la muerte o lesiones de las personas (Ogińska-Bulik, 2016). Los/as trabajadores/as de estas categorías están expuestas también a eventos traumáticos, que pueden conducir a trastornos postraumáticos, que se manifiestan por sueños recurrentes, pensamientos intrusivos, trastornos del sueño, falta de concentración y evitación de situaciones relacionadas con el trauma. El estudio realizado por Ogińska-Bulik y Kaflik-



Pieróg (como se citó en Ogińska-Bulik, 2016) revela que los factores más estresantes en el entorno laboral de este grupo de profesionales de atención especializada son: sobrecarga de trabajo, falta de recompensas, falta de apoyo, amenaza, cargas físicas y trabajo en desagradables condiciones. En esta investigación se ha estudiado su incidencia en la población de la muestra de Huelva.

8.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los datos de la población han sido extraídos del portal web del Servicio Andaluz de Salud (Servicio Andaluz de Salud, 2019). Para la selección de la muestra se utilizó el modelo probabilístico, el cual se considera cuando los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos a través de cálculos de precisión matemática teniendo en cuenta el error muestral. Para su cálculo debe aplicarse la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

donde: n= Muestra

N= Cantidad de población

e= error muestral, 0,05



La población del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez es la siguiente:

Médicos/as: 390 personas

Enfermeras/os: 681 personas

Auxiliares: 623 personas

Celadores/as: 206 personas

Según estos planteamientos y la población existente, la muestra requerida para este centro hospitalario es:

$n = \underline{\underline{390}}$	$n = \underline{\underline{390}}$	$n = \underline{\underline{390}}$	$n = \underline{\underline{390}}$	n= 197 médicos/as
$1+390 \cdot (0.005)^2$	$1+390 \cdot (0.0025)$	$1+390 \cdot (0.0025)$	1,97	
$n = \underline{\underline{681}}$	$n = \underline{\underline{681}}$	$n = \underline{\underline{681}}$	$n = \underline{\underline{681}}$	n= 252 enfermeros/as
$1+681 \cdot (0.005)^2$	$1+681 \cdot (0.0025)$	$1+681 \cdot (0.0025)$	2,70	
$n = \underline{\underline{623}}$	$n = \underline{\underline{623}}$	$n = \underline{\underline{623}}$	$n = \underline{\underline{623}}$	n= 243 auxiliares
$1+623 \cdot (0.005)^2$	$1+623 \cdot (0.0025)$	$1+623 \cdot (0.0025)$	2,56	
$n = \underline{\underline{206}}$	$n = \underline{\underline{206}}$	$n = \underline{\underline{206}}$	$n = \underline{\underline{206}}$	n= 135 celadores/as
$1+206 \cdot (0.005)^2$	$1+206 \cdot (0.0025)$	$1+206 \cdot (0.0025)$	1,52	



Por lo que la muestra del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez debe tener 197 médicos/as, 252 enfermeras/os, 243 auxiliares de enfermería y 135 celadores/as para que sea representativa de la población considerando un error muestral de 0.05 (5%)

Estos cálculos de población muestral se realizaron con el 100% de trabajadores/as de las categorías del estudio, en nuestra investigación buscamos una población con contacto directo y relacionado con el cuidado de otras personas, ya que, es un factor importante en el padecimiento del síndrome. Además, se consideró que debe ser personal de incorporación no reciente al puesto de trabajo (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil, Ferrandiz-Sellés y Collado-Boira, 2016), es decir, con experiencia consolidada. Por estos motivos, se descartó de la población a médicos/as y enfermeros/as residentes de primer año, personal que se encuentra en puestos de gestión o sin contacto con pacientes y a personal de reciente incorporación (contratado hace menos de un mes). Por todo ello, la población total y la muestra para cada categoría se describen en la siguiente tabla (Tabla 2):

Tabla 2

Población y muestra necesaria en Hospital Juan Ramón Jiménez

	Población [n]	Muestra considerando un error muestral de 0.05 (5%) [n]
Médicos/as	253	128
Enfermeros/as	543	201
Auxiliares de enfermería	505	197



Celadores/as

127

84

De igual forma, a continuación describimos la población del Hospital Infanta Elena que es la siguiente:

Médicos/as: 112 personas

Enfermeras/os: 224 personas

Auxiliares: 219 personas

Celadores/as: 75 personas

La muestra requerida para este centro hospitalario ha sido la siguiente:

$n = \underline{112}$	$n = \underline{112}$	$n = \underline{112}$	$n = \underline{112}$	n= 88 médicos/as
$1+112.(0.005)^2$	$1+112.(0.0025)$	$1+112.(0.0025)$	1,28	
$n = \underline{224}$	$n = \underline{224}$	$n = \underline{224}$	$n = \underline{224}$	n= 144 enfermeros/as
$1+224.(0.005)^2$	$1+224.(0.0025)$	$1+224.(0.0025)$	1,56	
$n = \underline{219}$	$n = \underline{219}$	$n = \underline{219}$	$n = \underline{219}$	n= 142 auxiliares
$1+219.(0.005)^2$	$1+219.(0.0025)$	$1+219.(0.0025)$	1,54	
$n = \underline{75}$	$n = \underline{75}$	$n = \underline{75}$	$n = \underline{75}$	n= 64 celadores/as
$1+75.(0.005)^2$	$1+75.(0.0025)$	$1+75.(0.0025)$	1,18	



La muestra del Hospital Infanta Elena debe tener 88 médicos/as, 144 enfermeras/os, 142 auxiliares de enfermería y 64 celadores/as para que sea representativa de la población considerando un error muestral de 0.05 (5%).

Al igual que realizamos para el Complejo Hospitalario de Juan Ramón Jiménez, los cálculos de población muestral para el Hospital Infanta Elena fueron con el 100% de trabajadores/as de las categorías del estudio, en nuestra investigación buscamos una población con contacto directo y relacionado con el cuidado de otras personas, ya que, es un factor importante en el padecimiento del síndrome y, además, debe ser personal de incorporación no reciente al puesto de trabajo (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil, Ferrandiz-Sellés y Collado-Boira, 2016). Por estos motivos, se descartó de la población a médicos/as y enfermeros/as residentes de primer año, personal que se encuentra en puestos de gestión o sin contacto con pacientes y a personal de reciente incorporación (contratado hace menos de un mes). La población total y la muestra para cada categoría se muestran en la siguiente tabla (Tabla 3):

Tabla 3

Población y muestra necesaria en Hospital Infanta Elena

	Población [n]	Muestra considerando un error muestral de 0.05 (5%) [n]
Médicos/as	64	50
Enfermeros/as	182	117



Auxiliares de enfermería	179	116
Celadores/as	49	40

8.4. VARIABLES E INSTRUMENTOS

8.4.1. VARIABLES

VARIABLES		INDICADOR	UNIDADES O CATEGORÍAS
INDEPENDIENTES			
Factores sociodemográficos	Edad	Edad	Ordinal
	Sexo	Características sexuales	-Femenino. -Masculino. Nominal
	Estado civil	Condición marital	-Casado/a. -Soltero/a. -Divorciado/a. -Viudo/a. -Con pareja. Nominal.
	Paternidad/maternidad	Según ficha de recolección de datos	-Con hijos: Si. -Con hijos: No. Nominal.



Factores laborales	Profesión	Según ficha de recolección de datos	-Médico/a. -Enfermero/a. -Auxiliar de enfermería. -Celador/a.	Nominal.
	Tiempo de servicio	Según ficha de recolección de datos		Ordinal.
	Centro de Trabajo	Según ficha de recolección de datos	-Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez. -Hospital Infanta Elena.	Nominal.
	Contacto con pacientes con COVID-19	Según ficha de recolección de datos	-Si ha tenido contacto. -No ha tenido contacto.	Nominal.
DEPENDIENTES				
Síndrome de burnout	Dimensión de Agotamiento emocional (AE)	Escala Maslach (AE): Preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.	-Bajo: ≤ 18 -Medio: 19 - 26 -Alto: ≥ 27	Ordinal.
	Dimensión de Despersonalización (DP)	Escala Maslach (DP): Preguntas 5, 10, 11, 15 y 22.	-Bajo: ≤ 5 -Medio: 6 - 9 -Alto: ≥ 10	Ordinal.



	Dimensión de Realización personal (RP)	Escala Maslach (RP): Preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.	-Bajo: ≤ 33 -Medio: 34 - 39 -Alto: ≥ 40 Ordinal.
	Síndrome de burnout	Escala MBI – HSS. Dimensiones de AE, DP y RP.	-Si: $AE \geq 27$, $DP \geq 10$ y $RP \leq 33$. -No: $AE \leq 26$, $DP \leq 9$ ó $RP \geq 34$. Nominal.
Interacción Trabajo – Familia / Familia - Trabajo	Interacción negativa Trabajo - Familia	Escala SWING. Preguntas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.	-Si. Es la dimensión con más puntuación. -No. No es la dimensión con mayor puntuación. Nominal.
	Interacción negativa Familia – Trabajo	Escala SWING. Preguntas: 9, 10, 11 y 12.	-Si. Es la dimensión con más puntuación. -No. No es la dimensión con mayor puntuación. Nominal.
	Interacción positiva Trabajo – Familia	Escala SWING. Preguntas: 13, 14, 15, 16 y 17.	-Si. Es la dimensión con más puntuación. -No. No es la dimensión con mayor puntuación. Nominal.
	Interacción positiva Familia -	Escala SWING. Preguntas: 18, 19, 20, 21 y 22.	-Si. Es la dimensión con más puntuación. -No. No es la dimensión con mayor

	Trabajo		puntuación. Nominal.
Salud General	Probable caso psiquiátrico no psicótico	Escala GHQ12.	-Sí: ≥ 12 . -No: < 12 . Nominal.

8.4.2. INSTRUMENTOS

8.4.2.1. MBI – HUMAN SERVICES SURVEY (MBI – HSS)

Uno de los instrumentos utilizados es el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), versión general desarrollada por Maslach y Jackson (1998) adaptación polaca de Pasikowski (2000), el cual está validado internacionalmente. Se seleccionó la versión dirigida a los profesionales de salud, MBI – Human Services Survey (MBI – HSS). La selección de este cuestionario para la detección del burnout ha sido motivada por los índices de confiabilidad que presenta, de 0.90 para agotamiento emocional, 0.71 para realización personal y 0.79 en despersonalización, con una consistencia interna para todos los ítems de 0.80, así mismo para validar el instrumento se han realizado estudios factoriales en donde se define una estructura tridimensional que apunta a las dimensiones del síndrome de burnout, es decir que el instrumento mide realmente lo que la variable en



estudio quiere medir (Maslach & Jackson, 1982). Este tipo de validez factorial es apoyado por estudios de validez convergente, llevados a cabo por los mismos investigadores. Por otra parte, otros estudios analizan el MBI y muestran resultados del coeficiente Alfa de Cronbach de 0.78 para la dimensión de cansancio emocional, 0.71 para la dimensión de despersonalización y 0.76 para la dimensión de realización personal (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Con lo cual, se evidencia la eficacia del MBI para el presente estudio.

El cuestionario es autoadministrado e indaga sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y sus pacientes, consta de 22 ítems y mide tres componentes del síndrome de burnout:

-El agotamiento emocional: sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo. Puede manifestarse física o psíquicamente o como una combinación de ambas. La puntuación máxima que se puede obtener es de 54 y las deseables son las bajas, puesto que cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el cansancio emocional. Es evaluado a través de las preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Las personas que obtienen puntuaciones ≤ 18 tendrán un bajo agotamiento emocional, puntuaciones entre 19 – 26 un medio agotamiento emocional y puntuaciones ≥ 27 , un alto agotamiento emocional.

-La despersonalización: los elementos de esta subescala describen una respuesta interpersonal fría hacia los receptores de los servicios prestados, acompañada de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia los mismos. La puntuación máxima que se puede obtener es de 30, y las deseables son las bajas, puesto que cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la despersonalización. Es evaluado a través de las



preguntas: 5, 10, 11,15 y 22. Las personas que obtienen puntuaciones ≤ 5 tendrán una baja despersonalización, puntuaciones entre 6 – 9 una media despersonalización y puntuaciones ≥ 10 , una despersonalización alta.

-La realización personal: contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas, por lo que lo contrario (medido a través de puntuaciones bajas) supone una serie de vivencias negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo profesional. Esta subescala funciona obviamente en sentido opuesto a las anteriores y así las puntuaciones deseables, son las altas y, las bajas, nos indicarían igualmente baja sensación de logro. La puntuación máxima que se puede obtener es de 48. Es evaluado a través de las preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Las personas que obtienen puntuaciones ≤ 33 tendrán una baja realización personal, puntuaciones entre 34 – 39 una media realización personal y puntuaciones ≥ 40 , una realización personal alta.

A los sujetos se les evalúa su nivel de síntomas particulares utilizando una escala de calificación de 7 puntos (de 0 a 6). Cuanto mayor sea el puntaje, mayor será el nivel de variables particulares. El alto puntaje de agotamiento emocional y despersonalización y el bajo nivel de realización personal indican el síndrome de burnout. La puntuación total en la escala se obtiene al sumar los valores de los 22 ítems, por lo que la máxima puntuación posible sería de 132.



8.4.2.2. CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA (SWING)

Otro de los instrumentos utilizados ha sido el cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING), desarrollado por Geurts y otros (2005) para medir las relaciones negativas y positivas entre el trabajo y la familia. Consta de 22 ítems con formato de respuesta Likert de 4 puntos: 0: Nunca, 1: A veces, 2: A menudo, 3: Siempre. Este cuestionario se utiliza para identificar el tipo de relación trabajo-familia y familia-trabajo de los/as trabajadores/as. Se ha recurrido a la versión validada en idioma español de Moreno, Sanz, Rodríguez y Geurts (2009). Estos autores realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar las propiedades psicométricas de la versión española del “Survey Work-Home Interaction-Nijmegen” (SWING), desarrollado por S. Geurts y colaboradores para evaluar las relaciones entre el trabajo y la familia. Analizaron las propiedades psicométricas de la escala en una población muestral de 283 trabajadores/as de emergencias. Los datos del análisis factorial confirmatorio señalaron que el modelo de cuatro factores en el que no se correlacionan los componentes de interacción positiva y negativa es el que mejor se ajusta a los datos. Se conservó el formato original del instrumento, que se compone de 22 ítems distribuidos en cuatro subescalas: interacción negativa trabajo-familia, interacción negativa familia-trabajo, interacción positiva trabajo-familia e interacción positiva familia-trabajo. El análisis de la fiabilidad de la escala detalló que esta versión española posee una adecuada consistencia interna, con valores que se situaron entre 0,77 y 0,89. Se hallaron correlaciones significativas entre el SWING y variables relativas a aspectos laborales,



familiares, así como de bienestar, lo que aporta un apoyo sobre su validez convergente. Se concluye por lo tanto que esta versión presenta propiedades psicométricas adecuadas.

En cuanto a su estructura, se utiliza una escala que diferencia tanto la dirección como la calidad de la interacción entre trabajo y familia. Sus 22 ítems están divididos en cuatro subescalas:

a. Interacción negativa trabajo-familia (las obligaciones laborales hacen difícil sentirse relajado en casa). Esta subescala presenta 8 ítems. Es evaluada a través de las preguntas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

b. Interacción negativa familia-trabajo (problemas con la pareja/familia/amistades afectan al rendimiento en el trabajo). Esta subescala presenta 4 ítems. Es evaluada a través de las preguntas: 9, 10, 11 y 12.

c. Interacción positiva trabajo-familia (se interactúa mejor con la pareja/familia/amistades como resultado de las cosas que se aprenden en el trabajo). Esta subescala presenta 5 ítems. Es evaluada a través de las preguntas: 13, 14, 15, 16 y 17.

d. Interacción positiva familia-trabajo (se gestiona más eficientemente el tiempo en el trabajo porque en casa se ha de hacer también). Esta subescala presenta 5 ítems. Es evaluada a través de las preguntas: 18, 19, 20, 21 y 22.

La clasificación de cada participante en una u otra subcategoría se define en función de la puntuación que obtenga en cada una de las mismas, de manera que el/la participante será catalogado en la categoría en la que obtenga una puntuación más alta. Los puntajes se asignan como de 0 = Nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo 3 = Siempre. Para la Interacción



negativa Trabajo – Familia, se realiza la suma de los ítems 1 - 8 y se divide entre la cantidad de 8 ítems, para la interacción negativa Familia-Trabajo, se realiza la suma de los ítems 9 - 12 y se divide entre la cantidad de 4 ítems, en la interacción positiva Trabajo – Familia, se realiza la suma de los ítems 13 - 17 y se divide entre la cantidad de 5 ítems y en la interacción positiva Familia- Trabajo, se realiza la suma de los ítems 18 - 22 y se divide entre la cantidad de 5 ítems.

8.4.2.3. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE 12 ÍTEMS (GHQ – 12)

Por último, hay que indicar que hemos utilizado el Cuestionario General de Salud GHQ-12 (General Health Questionnaire) correspondiente a la forma corta de 12 ítems del GHQ.

Se trata de un instrumento diseñado para detectar probables patologías psiquiátricas no psicóticas en población general (Goldberg & Williams, 1988). Cada pregunta utiliza en sus respuestas escalas tipo Likert como cribado para evaluar sintomatología relacionada con probables trastornos mentales en las últimas semanas. El valor general del cuestionario se deriva de la suma de las respuestas a las doce preguntas, las dos primeras respuestas tienen una puntuación de 0 y 1 y las dos últimas tienen una puntuación de 2 y 3 (0-1-2-3). Hemos considerado los resultados de estudios de validación español y las recomendaciones de los autores del cuestionario para utilizar un punto de corte de ≥ 12 en la identificación de las personas que pueden tener trastornos mentales o emocionales. (Vázquez & Rodríguez, 1979; Sánchez-López & Dresch, 2008).



El GHQ-12 ha sido validado en España y se ha utilizado ampliamente para evaluar a la población general (Goldberg & Williams, 1988; Muñoz, Vázquez & Rodríguez, 1979; Sánchez-López & Dresch, 2008; Gispert, Schiaffino & Herdman, 2003). Otros investigadores (Ruiz, García-Beltrán & Suárez-Falcón, 2017), realizaron estudios de validación del cuestionario en una muestra de 1641 participantes, obteniendo una adecuada consistencia interna y mostraron unos resultados del coeficiente Alfa de Cronbach general de 0,90. Por último, investigaciones realizadas en otros países como la de Burrone et al. (2015) muestran también buenas propiedades psicométricas y de fiabilidad del instrumento en una población 854 personas y con un Alfa de Cronbach de 0,80.

8.5. PROCEDIMIENTO

8.5.1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Después de calcular la población representativa para cada una de las categorías profesionales en relación a la población real, se realizó el trabajo de campo en los mencionados hospitales de Huelva capital. Se contactó en primer lugar con supervisores/as de enfermería y Jefes/as de Servicio de medicina, a quienes se les informó de la investigación y se les solicitó la información relativa a los distintos turnos de trabajo de todas las categorías profesionales implicadas en el estudio.



Seguidamente, se realizó un cronograma de trabajo y se organizaron las visitas a los hospitales, en los distintos turnos de trabajo de mañana y tarde, y en distintas unidades y servicios, para evitar información duplicada.

En el Hospital Infanta Elena el instrumento fue distribuido por uno de los investigadores del presente estudio y dos enfermeras generalistas, colaboradoras y trabajadoras del centro hospitalario. En el Complejo Hospitalario de Juan Ramón Jiménez, se contó con la colaboración de un enfermero especialista en enfermería obstétrico-ginecológica y dos enfermeras generalistas, los tres trabajadores de ese centro hospitalario.

En cada visita, los cuestionarios se pasaron en el plazo de 30 minutos a cada profesional y en formato papel, en presencia del investigador o el/la colaborador/a para realizar las aclaraciones necesarias.

Las variables principales recogidas fueron: burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, interacción familia - trabajo / trabajo – familia y salud autopercebida, y, las de comparación fueron: sexo, edad, categoría profesional, tiempo de servicio, centro de trabajo, estado civil, maternidad/paternidad y contacto con COVID-19.

La tasa de respuesta fue de 77% para celadores/as, 79,7% para enfermeros/as, 75,1% para médicos/as y 81% para auxiliares de enfermería en el Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez y de 79,6% en celadores/as, 81,2% en enfermeros/as, 77,2% en médicos/as y 81,6% en auxiliares de enfermería en el Hospital Infanta Elena. Entre las razones que



argumentaron para justificar la no respuesta de las encuestas era que tenían mucho trabajo o falta de tiempo.

8.5.2. TEMPORALIZACIÓN

Se realizó un estudio de campo, descriptivo, correlacional y comparativo en la población de trabajadores/as del sistema sanitario público de los hospitales de Huelva capital (Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez y Hospital Infanta Elena). A continuación, detallamos el cronograma de trabajo del Plan de investigación:

- Enero - junio de 2019

Fase I: Exploración y fundamentación teórica de la investigación: primera revisión bibliográfica, identificación y concreción de los elementos que configuran la problemática, delimitación y definición del problema y objeto de estudio, formulación del objeto, reestudio en hipótesis y variables, segunda revisión bibliográfica, selección y caracterización de la investigación (métodos y técnicas) y consulta de sistemas de validación de instrumentos.

Fase II: Selección y elaboración de instrumentos para la recogida de datos: estructuración del cuestionario (Ítems, tipología de preguntas y respuestas, etc.), elaboración de los cuestionarios provisionales y rectificación y elaboración de los cuestionarios definitivos (respetando el contenido de los ítems).



- Julio 2019 - junio de 2020

Fase III: Diseño y plan para la recogida de datos: identificación de la población y muestra, selección de criterios para la distribución de la muestra, preparación del protocolo y distribución de los cuestionarios, planificación y recogida de la información, tratamiento de la información y análisis de los criterios de credibilidad de la investigación.

- Julio 2020 - agosto de 2020

Fase IV: Análisis e interpretación de los datos: elaboración descriptiva de los datos a través de las gráficas de síntesis, determinación los niveles de análisis y de inferencia, relaciones entre variables, identificación de los aspectos más importantes, integración e interpretación de los resultados, valoración general y específica de la información.

Fase V: Elaboración de conclusiones, planteamiento de propuesta pedagógica y elaboración del informe final del estudio.

8.5.3. ANÁLISIS DE DATOS

Este apartado ha sido dividido en función de las pruebas estadísticas realizadas con relación a los objetivos del estudio. Todos los cálculos estadísticos han sido realizados con el programa estadístico SPSS (Statistical Products and Service Solutions) versión 23.0.

En primer lugar, hay que indicar que se realizó un análisis descriptivo, que por un lado contaba con el cálculo de la media, la desviación típica, el valor máximo y el valor



mínimo de las variables de edad, tiempo de servicio, agotamiento emocional (datos cuantitativos), despersonalización (datos cuantitativos) y realización personal (datos cuantitativos).

Por otra parte, se efectuó el cálculo de la frecuencia y porcentaje para las variables de sexo, estado civil, paternidad / maternidad, profesión, centro de trabajo, burnout y sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, contacto con COVID-19, interacción trabajo – familia / familia – trabajo y salud autopercebida (probable o no probable caso psiquiátrico no psicótico).

Se incluyeron también pruebas de normalidad de las variables cuantitativas para obtener información de pruebas futuras a aplicar de contrastes de hipótesis, es decir, si debíamos aplicar test paramétricos o no paramétricos. Además, como nuestro número de datos es mayor a 50, se optó por la selección del estadístico de Kolmogorov-Smirnov para las pruebas de normalidad.

Posteriormente se realizaron pruebas estadísticas en cada uno de los estudios según sus objetivos y para contrastes de hipótesis. A continuación, se detallan los análisis en cada uno de los estudios:

- Objetivo general 1.
 - Se han realizado tablas cruzadas para el burnout y sus dimensiones en función del sexo, categoría profesional, centro de trabajo, estado civil y paternidad / maternidad. Además, se hicieron las pruebas de chi-cuadrado en estas variables para el contraste de hipótesis.



- Por otro lado, debido a que las pruebas de normalidad de las variables edad, tiempo de servicio, agotamiento emocional (cuantitativo), despersonalización (cuantitativa) y realización personal (cuantitativa) han dado como resultado una distribución anormal, se ha utilizado el test de *U Mann-Whitney* para el contraste de hipótesis con variables categóricas de dos categorías y la prueba de *H de Kruskal-Wallis* si son 3 o más grupos.
- Por último, se analizaron las correlaciones entre distintas variables objeto del objetivo general 1, a través de la correlación de *Rho de Spearman*.
- Objetivo general 2.
 - Se han realizado tablas cruzadas para las distintas dimensiones de la interacción trabajo – familia / familia - trabajo en función del burnout y sus dimensiones, sexo y contacto con COVID-19. Además, se hicieron las pruebas de chi-cuadrado en estas variables para el contraste de hipótesis.
- Objetivo general 3.
 - Se han realizado tablas cruzadas para la variable posible o no posible caso psiquiátrico no psicótico con relación al burnout y sus dimensiones y contacto con COVID-19. Además, se hicieron las pruebas de chi-cuadrado en estas variables para el contraste de hipótesis.
 - Se han realizado tablas cruzadas en función de los resultados obtenidos en el GHQ12 y con relación al sexo, categoría profesional, estado civil y



paternidad / maternidad. Además, se hicieron las pruebas de chi-cuadrado en estas variables para el contraste de hipótesis.

- Por otro lado, se ha utilizado el test de *U Mann-Whitney* en el contraste de hipótesis con las variables cuantitativas de edad y tiempo de servicio.

8.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para esta investigación se ha contado con la autorización al Comité de ética de la investigación de Huelva, siendo el código del estudio TD-EPSH-2019 y el código interno 1585-N-19. También se contó con la autorización de la gerencia de los dos hospitales. Todos/as los/as participantes han recibido la información de la investigación y han aceptado el consentimiento informado por escrito.

La presente investigación es observacional sin medicamentos, lo que no implica intervenciones clínicas, ni la utilización de muestras biológicas de origen humano. Los resultados serán utilizados con un enfoque psicosocial y educativo para modificar blancos vulnerables a través del diseño y puesta en práctica de programas formativos encaminados a realizar intervenciones con el fin de incidir en la disminución del burnout.

Los datos personales han sido tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de



Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.

Además, para el desarrollo de este estudio, se han seguido los principios y criterios éticos del Código de Buenas Prácticas Científicas aprobado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2017) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.



CAPÍTULO 9.
RESULTADOS

CAPÍTULO 9. RESULTADOS

En este capítulo se van a detallar los resultados obtenidos en los análisis estadísticos realizados de las puntuaciones de los diferentes ítems de los cuestionarios cumplimentados por los/as trabajadores/as. De esta manera, se trabajaran los distintos objetivos planteados en la investigación y los contrastes de hipótesis.

9.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación detallaremos un análisis descriptivo de todas las variables de la investigación categorizadas en función del sexo. Las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio, mínimo y máximo y, las variables cualitativas se han presentado en porcentajes y en recuentos.



9.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

En primer lugar, podemos observar en la ilustración 5 la distribución del sexo en la muestra total. Se evidencia que la muestra está compuesta por un 77,38% de mujeres (n=722) y un 22,62% de hombres (n=211).

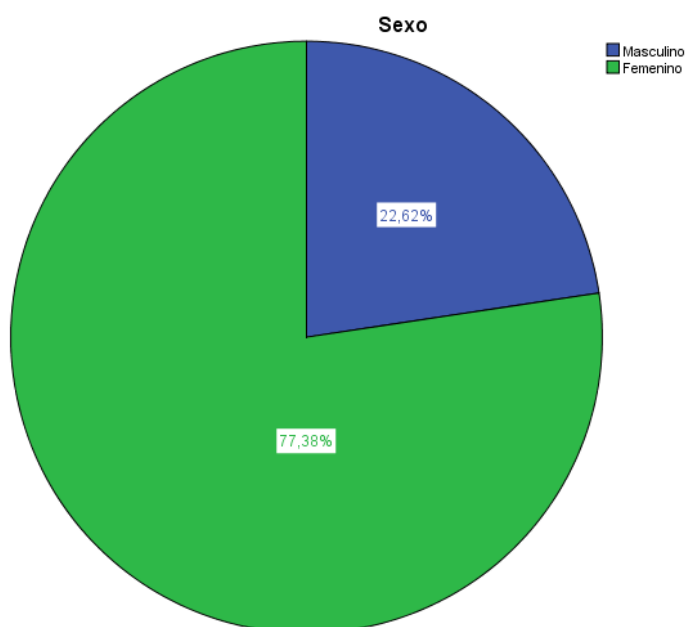


Figura 5. Distribución por sexo (Elaboración propia)



9.1.2. DISTRIBUCIÓN POR CENTRO DE TRABAJO Y CATEGORÍA

PROFESIONAL

A continuación, se detallarán datos descriptivos de otras variables del estudio, como se observa en la tabla 4, la distribución de hombres y mujeres en función del centro de trabajo y a la categoría profesional.

El 65,40% (n=138) de los varones de la muestra pertenece al Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez, de los cuáles un 10,42% son médicos (n=22), un 14,21% (n=30) enfermeros, un 13,74% (n=29) auxiliares de enfermería y un 27,01% celadores (n=57). El porcentaje de hombres en el Hospital Infanta Elena es del 34,59% (n=73), de los cuáles un 16,11% (n=34) son médicos, el 8,53% enfermeros (n=18) y el 9,95% celadores (n=21).

En cuanto a la distribución de las mujeres, se observa un porcentaje del 65,38% (n=472) de las mismas en el Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez, de las cuáles, el 14,68% (n=106) son médicas, el 23,68% (n=171) enfermeras, el 23,26% (n=168) auxiliares de enfermería y el 3,7% (n=27) celadoras. El resto de porcentaje de mujeres, con un total del 34,62% (n=250), pertenece al Hospital Infanta Elena, de las cuales, el 2,21% (n=16) son médicas, el 13,71% (n=99) enfermeras, el 16,06% (n=116) auxiliares de enfermería y el 2,61% (n=19) celadoras.



Tabla 4

Distribución por centro de trabajo y categoría profesional

			Sexo			
			Varón		Mujer	
Profesión			n	%	n	%
		Complejo				
		Hospitalario Juan				
Médico/a	Centro	Ramón Jiménez	22	10,42%	106	14,68%
		Hospital Infanta				
		Elena	34	16,11%	16	2,21%
		Complejo				
		Hospitalario Juan				
Enfermero/a	Centro	Ramón Jiménez	30	14,21%	171	23,68%
		Hospital Infanta				
		Elena	18	8,53%	99	13,71%
		Complejo				
		Hospitalario Juan				
Auxiliar de	Centro	Ramón Jiménez	29	13,74%	168	23,26%
enfermería		Hospital Infanta				
		Elena	0	0%	116	16,06%



		Complejo				
		Hospitalario Juan				
Celador/a	Centro	Ramón Jiménez	57	27,01%	27	3,7%
		Hospital Infanta				
		Elena	21	9,95%	19	2,61%
		Complejo				
		Hospitalario Juan				
	Centro	Ramón Jiménez	138	65,40%	472	65,38%
		Hospital Infanta				
		Elena	73	34,59%	250	34,62%
Total	Total		211	22,62%	722	77,38%

9.1.3. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL Y PATERNIDAD / MATERNIDAD

En la tabla 5, se observa la distribución de hombres y mujeres en función de su estado civil o su condición de paternidad / maternidad.

El 63,5% (n=134) de hombres son padres y el 36,5% (n=77) no. Igualmente, para esta misma variable y con respecto a las mujeres, el 64,3% (n=464) son madres y el 35,7% (n=258) no lo son.

En cuanto a la condición marital en hombres, el 55,4% (n=117) tiene un estado civil de casado, el 28% (n=59) está soltero y el 16,6% (n=35) tiene pareja. Para esta misma



variable y con relación a las mujeres, se observa que el 44,2% (n=319) de las mismas está casada, el 31,7% (n=229) soltera, el 6,2% (n=45) divorciada, el 3,9% (n=28) viuda y el 14% (n=101) con pareja.

Tabla 5

Distribución por estado civil y paternidad / maternidad

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		n	%	n	%
Paternidad / maternidad	Sí.	134	63,5%	464	64,3%
	No.	77	36,5%	258	35,7%
Estado civil	Casado/a	117	55,4%	319	44,2%
	Soltero/a	59	28%	229	31,7%
	Divorciado/a	0	0%	45	6,2%
	Viudo/a	0	0%	28	3,9%
	Con pareja	35	16,6%	101	14%

9.1.4. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y TIEMPO DE SERVICIO

En la tabla 6, se objetiva la distribución de la edad y el tiempo de servicio en función del sexo en nuestra muestra.



Para la variable edad y en relación a los hombres, se puede observar un valor mínimo de 27 años y un valor máximo de 63 con una media de 51,19. En cuanto a la variable tiempo de servicio para los hombres, se evidencia un valor mínimo de 4 años y un valor máximo de 35, con una media de 20,68.

En cuanto a las mujeres y con relación a la edad, se observa un valor mínimo de 22 años y un valor máximo de 64, con una media de 44,48. Para la variable tiempo de servicio en mujeres, el valor mínimo es de 1 año y un valor máximo de 40, con una media de 16,51.

Tabla 6

Valores descriptivos de las variables edad y tiempo de servicio

	Sexo					
	Varón			Mujer		
	Mínimo	Máximo	\bar{x}	Mínimo	Máximo	\bar{x}
Edad	27,00	63,00	51,1959	22,00	64,00	44,4835
Tiempo de Servicio	4,00	35,00	20,6816	1,00	40,00	16,5139



9.1.5. DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE CONTACTO O NO CONTACTO CON COVID-19

El 51,2% (n=108) de hombres refiere haber tenido algún contacto con COVID-19 mientras que el 48,8% (n=103) señala no haberlo tenido (ver figura 6). En cuanto a las mujeres, el 57,1% (n=425) señala haber tenido algún contacto con COVID-19 y el 42,9% (n=297) refiere no haberlo tenido

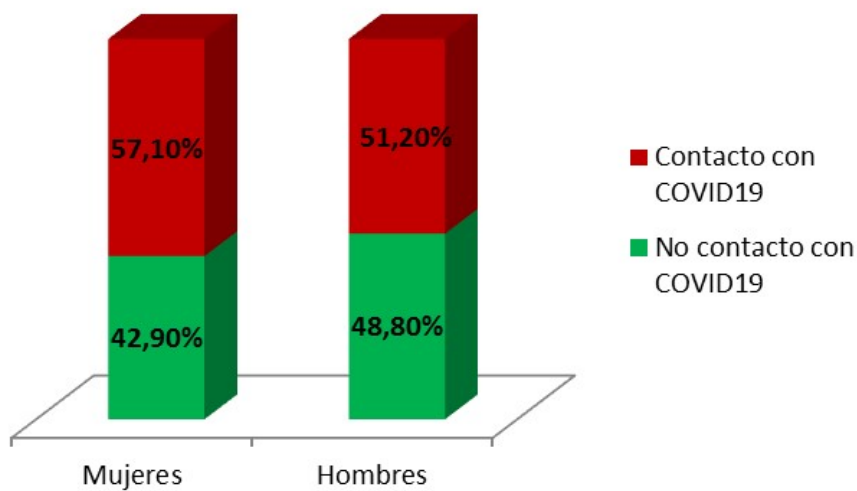


Figura 6. Porcentajes de hombres y mujeres con contacto con COVID-19 (Elaboración propia)



9.1.6. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO MBI-HSS

En la figura 7, se evidencia una mayor prevalencia del Síndrome de burnout en hombres, con un porcentaje del 17,5% frente al porcentaje de mujeres de un 6%.

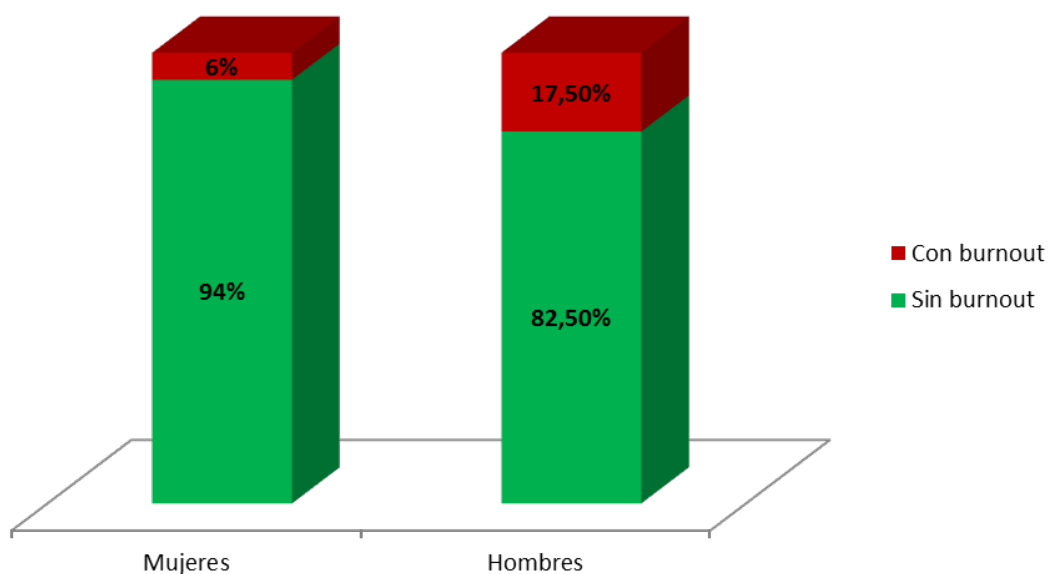


Figura 7. Porcentajes del padecimiento de burnout en mujeres y hombres (Elaboración propia)

Las características definitorias para el padecimiento de burnout son alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal. En la tabla 7, se representa el nivel de afectación de las dimensiones del burnout en función del sexo.



Para la dimensión de agotamiento emocional, se observa que los hombres presentan un leve porcentaje mayor de alto agotamiento emocional, con un 44,5% frente al porcentaje de las mujeres con un 41,8%.

En cuanto a la dimensión de despersonalización, se objetiva claramente mayor afectación de los hombres en el porcentaje de alta despersonalización con un 40,8%, frente a las mujeres, con un porcentaje de 26,9%.

Por último, en cuanto a la realización personal, se evidencia también una mayor afectación en hombres, con un porcentaje de 34,1% en baja realización personal, frente al porcentaje de 22% en las mujeres.

Tabla 7

Tabla cruzada de las dimensiones del síndrome de burnout

		Sexo			
		Varón		Mujer	
		n	%	n	%
Agotamiento Emocional	Bajo	44	20,9%	211	29,2%
	Medio	73	34,6%	209	28,9%
	Alto	94	44,5%	302	41,8%
Despersonalización	Baja	45	21,3%	361	50%
	Media	80	37,9%	167	23,1%
	Alta	86	40,8%	194	26,9%



Realización Personal	Baja	72	34,1%	159	22%
	Media	58	27,5%	243	33,7%
	Alta	81	38,4%	320	44,3%

En la tabla 8, detallamos también las tres dimensiones del síndrome con relación al sexo, mostrando las puntuaciones medias obtenidas en cada dimensión.

En la dimensión de agotamiento emocional, podemos observar unos puntajes medios más altos en hombres (27,8) que en mujeres (24,3).

Para la dimensión de despersonalización, se evidencian también puntajes medios más altos en hombres (8,5), frente a los de las mujeres (6,2).

Por último, en la dimensión de realización personal, los hombres presentan puntuaciones medias más bajas (36,6) que las mujeres (37,8).

Tabla 8

Valores descriptivos de las dimensiones del Síndrome de burnout

	Sexo			
	Varón		Mujer	
	\bar{x}	Desviación típica	\bar{x}	Desviación típica
Agotamiento				



Emocional	27,7918	10,5030	24,3052	9,6812
Despersonalización	8,5673	5,0918	6,1968	4,5021
Realización	36,5796	6,4394	37,7133	6,1171
Personal				

9.1.7. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO SWING

La figura 8 ilustra la dirección en la interacción del trabajo con la familia, así como si esa interacción es positiva o negativa, en los hombres y mujeres de nuestra muestra.

Se observa cómo los hombres presentan unos mayores porcentajes (41,7%) de interacción negativa trabajo – familia, frente al de las mujeres de 31%.

Por otro lado, se objetiva unos mayores porcentajes de interacción positiva trabajo – familia en mujeres (11,6%) frente al de los hombres con un 3,8%.

Finalmente, hay que reseñar que en la interacción positiva familia – trabajo, hombres y mujeres presentan porcentajes similares, con un 54,5% y un 57,3%,



respectivamente.

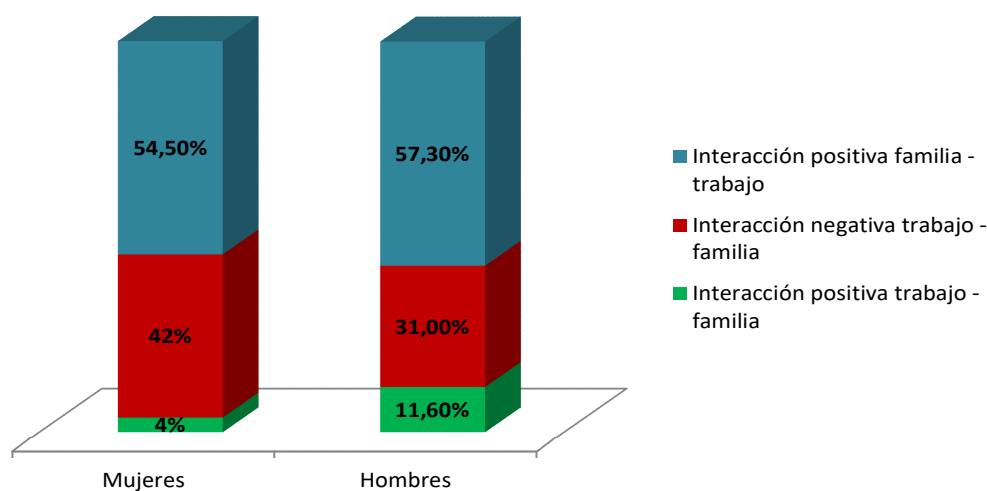


Figura 8. Porcentajes de interacciones del trabajo con la familia en hombres y mujeres (Elaboración propia)

9.1.8. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO GHQ-12

En la figura 9, se presentan las respuestas obtenidas en el cuestionario GHQ-12 en función del sexo, para detectar posibles casos psiquiátricos no psicóticos en la muestra.

Se evidencian porcentajes muy similares en hombres y en mujeres en personas detectadas como posibles casos psiquiátricos no psicóticos, presentando un 45,5% y un 47%, respectivamente.



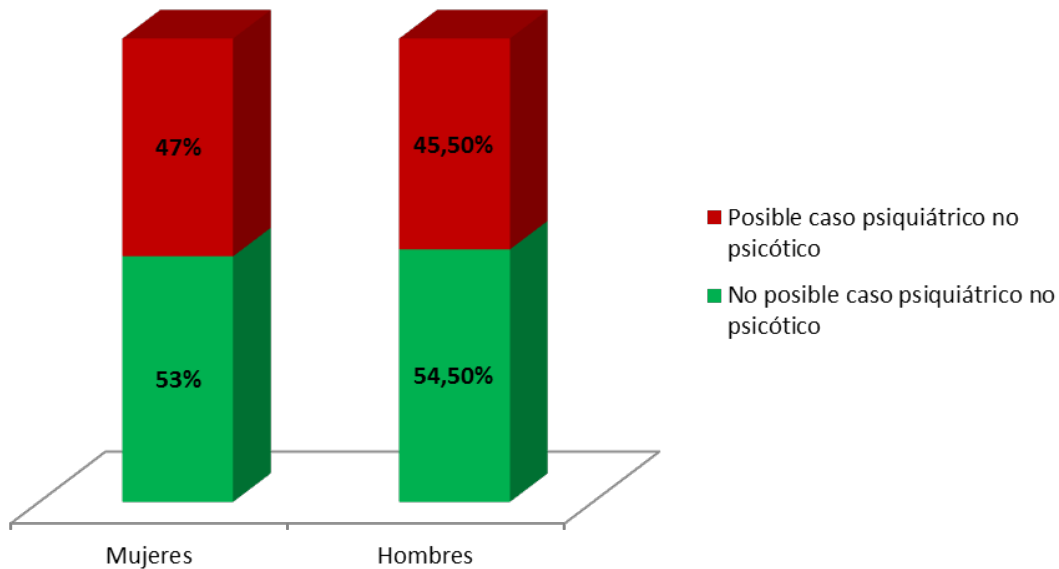


Figura 9. Respuestas al GHQ-12 (Elaboración propia)

9.2. ANÁLISIS BIVARIADOS

En este apartado, se realiza la comparación de variables cualitativas, para las que se ha utilizado la prueba de Chi-cuadrado, considerando significativa una $p \leq 0,05$. Para la comparación de medias en variables cuantitativas se ha utilizado la U de Mann-Whitney y el test Kruskal-Wallis. Se ha considerado significativa una $p \leq 0,05$. A continuación, detallamos el análisis de datos clasificado en función de los tres objetivos generales de la investigación.



9.2.1. OBJETIVO GENERAL 1.

Determinar la prevalencia del burnout y de sus dimensiones en un estado de pandemia, entre profesionales de atención especializada de la sanidad pública de Huelva, teniendo en cuenta una serie de variables sociodemográficas, para realizar una propuesta formativa de prevención y manejo del estrés laboral, que aborde los determinantes causales de este problema.

A. Objetivo específico 1. Establecer si existe dependencia entre el padecimiento del burnout y/o sus dimensiones con la variable sexo.

a. Estudio de la dependencia entre la afectación de las dimensiones del burnout con la variable sexo

En la tabla 9, se puede observar que el p-valor de la prueba de independencia Chi-cuadrado sale significativo ($p < 0,05$), por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre las variables. Es decir, la afectación en las dimensiones del síndrome de burnout difiere en función del sexo.



Tabla 9

Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con variable sexo

Dimensión del burnout	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
Agotamiento Emocional	10,320	,006*
Despersonalización	58,728	,000*
Realización Personal	18,419	,000*

*El p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado sale significativo si $p < 0,05$

Para aportar un mayor rigor a la afirmación del párrafo anterior, se han aplicado pruebas de independencia a las distintas puntuaciones de las dimensiones del burnout con la variable sexo.

En la tabla 10, se presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para variables cuantitativas, se ha seleccionado este estadístico ya que nuestro número de datos es mayor a 50. En ésta se objetiva que el p-valor de la prueba de normalidad sale significativo ($p < 0,05$) en las tres dimensiones, por lo que podemos aceptar la hipótesis de que la variable no tiene distribución normal; es decir, hay que aplicar un test no paramétrico para el contraste de hipótesis en estas tres variables cuantitativas.



Tabla 10

Pruebas de normalidad para las variables cuantitativas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Agotamiento emocional	,078	1002	,000*
Despersonalización	,106	1002	,000*
Realización personal	,084	1002	,000*

a. Corrección de significación de Lilliefors

*p-valor de la prueba de normalidad

En la tabla 11 se presentan los datos de la aplicación de la prueba de *U de Mann-Whitney*, ya que la variable categórica (sexo) en este caso tiene 2 categorías. Se observa que en las pruebas de independencia el p-valor sale significativo ($p < 0,05$) para las tres dimensiones, por lo que podemos, con un 95% de confianza, aceptar la hipótesis de que si hay diferencias estadísticamente significativas en la afectación de las dimensiones del burnout con respecto al sexo.

Tabla 11

Pruebas de U de Mann-Whitney para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal^a

Dimensión del burnout	U de Mann-Whitney	Significación asintótica (bilateral)
Agotamiento Emocional	76661,000	,000*
Despersonalización	67291,500	,000*
Realización Personal	82162,500	,007*

a.Variable de agrupación sexo

*p-valor de la prueba de *U de Mann-Whitney*

b. Estudio de la dependencia entre la afectación del burnout con la variable sexo

El p-valor de la prueba de independencia Chi-cuadrado sale significativo ($p < 0,05$) (ver tabla 12); por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se puede aceptar la hipótesis de dependencia entre las variables; es decir, el padecimiento del síndrome de burnout difiere en función del sexo.



Tabla 12

Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson para Síndrome de burnout con variable sexo

	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
Síndrome de burnout	31,795	,000*

*El p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado sale significativo si $p < 0,05$

CONTRASTE DE HIPÓTESIS 1: con los resultados obtenidos en los análisis de las distintas variables implicadas en esta hipótesis, se determina que la hipótesis 1 se confirma, de forma que existe diferencia de género en el padecimiento del burnout, así como en la afectación de sus dimensiones.

B. Objetivo específico 2. Conocer la prevalencia del burnout y sus dimensiones en función de la categoría profesional, centro de trabajo y tiempo de servicio.

a. Prevalencia del burnout y sus dimensiones en función de la categoría profesional

En la tabla 13, podemos observar el recuento y el porcentaje de personas con padecimiento de burnout en nuestra muestra, así como el porcentaje de afectación de sus dimensiones, en función de la categoría profesional.



Se evidencia que la profesión con mayor porcentaje de burnout es la de celador/a (26,6%), seguida de auxiliares de enfermería (9,6%); en tercer lugar, los/as médicos/as (5,1%) y en cuarto lugar, la de enfermería (2,5%).

En la dimensión de agotamiento emocional, la profesión con mayor afectación es la de celador/a (73,4%), seguida de enfermería (45,3%), luego los/as auxiliares de enfermería (35,1%) y, por último, los/as médicos/as (28,7%).

En cuanto a la despersonalización, los/as celadores/as son los que presentan mayor afectación (50,8%); en segundo lugar, los/as médicos/as (31,5%), seguidos/as de auxiliares de enfermería (28,8%) y finalmente, los/as enfermeros/as (22,3%).

Por último, la profesión más afectada en la baja realización personal es la de celador/as (34,7%); en segundo lugar la de auxiliar de enfermería (28,8%); seguida por la de medicina (20,2%) y en cuarto lugar, la de enfermería (19,5%).

Tabla 13

Tabla cruzada para las variables de burnout y sus dimensiones con categoría profesional

Variables	Categoría profesional							
	Médico/a		Enfermero/a		Auxiliar de enfermería		Celador/a	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Síndrome de burnout	9	5,1%	8	2,5%	30	9,6%	33	26,6%



Agotamiento Emocional	Alto	51	28,7%	144	45,3%	110	35,1%	91	73,4%
	Medio	73	41%	99	31,1%	87	27,8%	23	18,5%
	Bajo	54	30,3%	75	23,6%	116	37,1%	10	8,1%
Despersonalización	Alta	56	31,5%	71	22,3%	90	28,8%	63	50,8%
	Media	32	18%	120	37,7%	68	21,7%	27	21,8%
	Baja	90	50,6%	127	39,9%	155	49,5%	34	27,4%
Realización Personal	Alta	60	33,7%	138	43,4%	147	47%	56	45,2%
	Media	82	46,1%	118	37,1%	76	24,3%	25	20,2%
	Baja	36	20,2%	62	19,5%	90	28,8%	43	34,7%

b. Prevalencia del burnout y sus dimensiones en función del centro de trabajo

En la tabla 14, podemos observar el recuento y el porcentaje del padecimiento de burnout en nuestra muestra, así como la afectación de sus dimensiones, en función del centro de trabajo.



Se objetiva un porcentaje similar en el padecimiento del síndrome en ambos centros, presentando el Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez una cifra levemente mayor (9%) que la del Hospital Infanta Elena (7,7%).

En cuanto al agotamiento emocional, se evidencia un porcentaje de mayor afectación en el Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez (44,6%) frente al porcentaje del Hospital Infanta Elena (38,4%).

Sin embargo, en la despersonalización, el Hospital Infanta Elena presenta un mayor porcentaje de personas con afectación (35%) que el Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez (27,4%).

Por último, en la baja realización personal, el Hospital Infanta Elena presenta también un mayor porcentaje (29,4%) frente al del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez (22,3%).

Tabla 14

Tabla cruzada para las variables de burnout y sus dimensiones con centro de trabajo

Variables	Centro de Trabajo			
	Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez		Hospital Infanta Elena	
	n	%	n	%
Síndrome de burnout	55	9%	25	7,7%



Agotamiento Emocional	Alto	272	44,6%	124	38,4%
	Medio	160	26,2%	122	37,8%
	Bajo	178	29,2%	77	23,8%
Despersonalización	Alta	167	27,4%	113	35%
	Media	173	28,4%	74	22,9%
	Baja	270	44,3%	136	42,1%
Realización Personal	Alta	234	38,4%	167	51,7%
	Media	240	39,3%	61	18,9%
	Baja	136	22,3%	95	29,4%

c. Prevalencia del burnout y sus dimensiones en función del tiempo de servicio

En la tabla 15, se evidencian los puntajes medios en los años de tiempo de servicio en relación con padecimiento de burnout en nuestra muestra, así como en la afectación de sus dimensiones.

Se observa una media de 14,5 años de tiempo de servicio en las personas que presentan padecimiento de burnout. Para las dimensiones de agotamiento emocional,



despersonalización y baja realización personal, las medias de tiempo de servicio en las personas que presentan afectación de estas dimensiones son 18,4 años, 19 años y 17,3 años, respectivamente.

Tabla 15

Tabla cruzada para las variables de burnout y sus dimensiones con tiempo de servicio

Variables		Tiempo de servicio	
		\bar{x} (años)	Desviación típica
Síndrome de burnout	Si	14,5699	8,6870
	No	17,8361	10,4926
Agotamiento Emocional	Alto	18,4884	9,4828
	Medio	18,9513	11,9668
	Bajo	14,3220	9,0485
Despersonalización	Alta	19,0550	9,8389
	Media	13,4138	7,7029
	Baja	18,9329	11,4570
Realización Personal	Alta	17,7036	10,0377
	Media	17,5895	11,6316



Baja	17,3882	9,5538
------	---------	--------

A continuación, vamos a aplicar pruebas de independencia a las variables de burnout y sus dimensiones con la variable tiempo de servicio.

Para seleccionar la prueba adecuada de independencia, en primer lugar analizamos la distribución de la variable cuantitativa tiempo de servicio a través de las pruebas de normalidad. En la tabla 16, podemos observar la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y se objetiva un p-valor de la prueba significativo ($p < 0,05$), por lo que podemos aceptar la hipótesis de que la variable no tiene distribución normal, es decir, tendremos que aplicar un test no paramétrico para el contraste de hipótesis en esta variable cuantitativa.

Tabla 16

Pruebas de normalidad para la variable cuantitativa de tiempo de servicio

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Tiempo de servicio	,123	1002	,000*

a. Corrección de significación de Lilliefors

*p-valor de la prueba de normalidad

En la tabla 17 se observa que en las pruebas de independencia de *U de Mann-Whitney* el p-valor sale significativo ($p < 0,05$) para el tiempo de servicio.



Con un 95% de confianza se puede aceptar la hipótesis de que si hay diferencias estadísticamente significativas en el padecimiento del burnout con respecto al tiempo de servicio. Si vemos la tabla 15, se objetiva que la media en el tiempo de servicio de las personas que presentan burnout (14,5 años) es menor que la media de las personas que no lo presentan (17,8 años), por lo que, resultados obtenidos revelan que el burnout está más presente en personas con menor tiempo de servicio.

Tabla 17

Pruebas de U de Mann-Whitney para la variable tiempo de servicio^a

Variable cuantitativa	U de Mann-Whitney	Significación asintótica (bilateral)
Tiempo de servicio	32591,000	,000*

a.Variable de agrupación burnout

*p-valor de la prueba de *U de Mann-Whitney*

En la tabla 18 hemos seleccionado las pruebas de independencia de *Kruskal Wallis* por tener nuestras variables cualitativas de agrupación más de dos categorías. Se observa que el p-valor sale significativo ($p < 0,05$) para el tiempo de servicio con las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, pero no sale significativo para la dimensión de realización personal, por lo que podemos con un 95% de confianza aceptar la hipótesis de que si hay diferencias estadísticamente significativas entre la afectación del agotamiento emocional y la despersonalización con respecto al tiempo de servicio.



Tabla 18

Pruebas de Kruskal Wallis para la variable tiempo de servicio^a

Variables	H de Kruskal-Wallis	Significación asintótica (bilateral)
Tiempo de servicio (Con Agotamiento Emocional)	28,557	,000*
Tiempo de servicio (Con Despersonalización)	22,959	,000*
Tiempo de servicio (Con Realización Personal)	2,094	,622*

a. Variables de agrupación: dimensiones del burnout

*p-valor de la prueba de *Kruskal Wallis*

A continuación, vamos a estudiar la correlación que existe entre las variables de agotamiento emocional y despersonalización con tiempo de servicio. Para poder aplicar pruebas de correlación, tomaremos los datos cuantitativos de las dos dimensiones (puntuaciones).

En la tabla 19, se observa el grado de variación conjunta existente entre las variables de agotamiento emocional y despersonalización con tiempo de servicio a través de la prueba de Rho de Spearman.



En la dimensión de agotamiento emocional, se evidencia un coeficiente de correlación de 0,149 con el tiempo de servicio, es decir, hay una correlación positiva entre ambas variables pero esta correlación es muy baja.

En cuanto a la dimensión de despersonalización, se objetiva un coeficiente de correlación 0,014 con el tiempo de servicio, es decir, al igual que con la dimensión anterior, la correlación es positiva entre ambas variables pero muy baja.

Tabla 19

Correlación de Rho de Spearman para las variables de agotamiento emocional y despersonalización con tiempo de servicio

		Tiempo de servicio	Agotamiento emocional	Despersonalización
Tiempo de servicio	Coefficiente de correlación	1,000	,149**	,014
	Sig. (bilateral)	.	,000	,662
	N	933	933	933
Agotamiento emocional	Coefficiente de correlación	,149**	1,000	,363**
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000
	N	933	933	933
Despersonalización	Coefficiente de correlación	,014	,363**	1,000



Sig. (bilateral)	,662	,000	.
N	933	933	933

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

CONTRASTE DE HIPÓTESIS 2: con los resultados obtenidos en los análisis de las distintas variables implicadas en esta hipótesis, se determina que no existe evidencia a favor de la hipótesis 2, ya que los porcentajes de padecimiento de burnout y de afectación en sus dimensiones no son mayores en las personas con más tiempo de servicio y, además, aunque exista una correlación positiva entre dos dimensiones del síndrome y el tiempo de servicio, ésta es muy baja.

C. Objetivo específico 3. Estudiar la asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las variables de edad, estado civil, maternidad/paternidad y contacto con COVID-19

a. Asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con la variable edad

En la tabla 20, se observa que en las pruebas de independencia de *U de Mann-Whitney* el p-valor no sale significativo ($p < 0,05$) para la edad, por lo que no existen



diferencias estadísticamente significativas entre el padecimiento del síndrome con respecto a la edad.

Tabla 20

Estadísticos de grupo y prueba de U de Mann-Whitney para la variable edad^a

		Edad			
Variable dependiente		\bar{x} (años)	Desviación típica	U de Mann-Whitney	Significación asintótica (bilateral)
Síndrome de burnout	Si	44,5591	8,6218	37881,000	0,099*
	No	46,2849	11,2972		

a.Variable de agrupación: burnout

*p-valor de la prueba de *U de Mann-Whitney*

En la tabla 21 se observan las pruebas de independencia de *Kruskal Wallis* en las que el p-valor sale significativo ($p < 0,05$) para la edad con las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, pero no sale significativo para la dimensión de realización personal.



Con un 95% de confianza, se puede aceptar la hipótesis de que si hay diferencias estadísticamente significativas entre la afectación del agotamiento emocional y la despersonalización con respecto a la edad.

Tabla 21

Estadísticos de grupo y prueba de Kruskal Wallis para la variable edad^a

		Edad				
Variable dependiente		\bar{x} (años)	Desviación típica	H de	Significación	
				Kruskal-Wallis	asintótica (bilateral)	
Agotamiento Emocional	Alto	47,4465	9,3302	28,557	0,000* ^b	
	Medio	47,2305	11,8046			
	Bajo	42,6818	12,1134			
Despersonalización	Alta	47,9450	9,6527	22,959	0,000* ^c	
	Media	43,2567	11,5328			
	Baja	46,5556	11,4438			
Realización Personal	Alta	46,9249	10,9231	2,094	0,351* ^d	
	Media	45,5648	11,2444			



Baja	46,0753	11,0534
------	---------	---------

a.Variable de agrupación: Dimensiones del burnout

*b.Variable de agrupación: Agotamiento emocional; p-valor de la prueba de *Kruskal Wallis*

*c.Variable de agrupación: Despersonalización; p-valor de la prueba de *Kruskal Wallis*

*d.Variable de agrupación: Realización personal; p-valor de la prueba de *Kruskal Wallis*

A continuación, vamos a estudiar la correlación que existe entre las variables de agotamiento emocional y despersonalización con edad. Para poder aplicar pruebas de correlación, tomaremos los datos cuantitativos de las dos dimensiones (puntuaciones).

En la tabla 22, se observa el grado de variación conjunta existente entre las variables de agotamiento emocional y despersonalización con la edad a través de la prueba de Rho de Spearman.

En la dimensión de agotamiento emocional, se evidencia un coeficiente de correlación de 0,157 con la edad, es decir, hay una correlación positiva entre ambas variables pero esta correlación es muy baja.

En cuanto a la dimensión de despersonalización, se objetiva un coeficiente de correlación 0,035 con la edad, es decir, al igual que con la dimensión anterior, la correlación es positiva entre ambas variables, pero muy baja.



Tabla 22

Correlación de Rho de Spearman para las variables de agotamiento emocional y despersonalización con edad

Rho de Spearman		Agotamiento		
		Edad	emocional	Despersonalización
Edad	Coefficiente de correlación	1,000	,157**	,035
	Sig. (bilateral)	.	,000	,266
	N	933	933	933
Agotamiento emocional	Coefficiente de correlación	,157**	1,000	,363**
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000
	N	933	933	933
Despersonalización	Coefficiente de correlación	,035	,363**	1,000
	Sig. (bilateral)	,266	,000	.
	N	933	933	933

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

CONTRASTE DE HIPÓTESIS 3: con los resultados obtenidos en los análisis de las distintas variables implicadas en esta hipótesis, se determina que no hay evidencia a favor de la hipótesis 3 por los siguientes motivos:



- La edad media de las personas que padecen burnout es menor que la edad media de las personas que no lo padecen y, además, las diferencias no han sido estadísticamente significativas.
- La media de edad ha sido más alta en la afectación del agotamiento emocional y la despersonalización y las diferencias han sido significativas, sin embargo, al estudiar la correlación, aunque ha salido positiva, ha sido muy baja.

b. Asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las variables de estado civil, paternidad/maternidad y contacto con COVID-19

En la tabla 23, podemos observar que el p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado sale significativo ($p < 0,05$) para las variables de estado civil y contacto con COVID-19, por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre estas variables con el padecimiento de burnout. Se evidencia que en el caso del estado civil, las personas divorciadas son las que presentan un mayor porcentaje de burnout (23,5%), mientras que las personas viudas son las que menor porcentaje presentan (0%). En el caso de las personas que han tenido contacto con COVID-19, el porcentaje de personas que presentan burnout (89,2%), es muy superior al porcentaje de personas que han tenido contacto con el virus y no presentan el Síndrome (10,8%).



Tabla 23

Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de estado civil, paternidad / maternidad y contacto con COVID-19^a

Variables	Síndrome de		Chi-cuadrado de Pearson	Sig. asintótica (bilateral)	
	Sí	No			
Estado civil	Casado/a (%)	8,7%	91,3%	27,245	,000*
	Soltero/a (%)	5,7%	94,3%		
	Divorciado/a (%)	23,5%	76,5%		
	Viudo/a (%)	0%	100%		
	Con pareja (%)	15,6%	84,4%		
Paternidad/ maternidad	Sí (%)	9,3%	90,7%	,001	,978*
	No (%)	9,3%	90,7%		
Contacto con COVID-19	Sí (%)	89,2%	53,2%	44,514	,000*
	No (%)	10,8%	46,8%		

a. Variable de agrupación: burnout

*p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado*

En la tabla 24, podemos observar que el p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado sale significativo ($p < 0,05$) para las variables de estado civil y contacto con COVID-19, por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre estas variables con las dimensiones del burnout. A continuación detallamos los porcentajes de diferencias más significativos entre las variables que han presentado dependencia:



- Estado civil: Las personas que presentan mayor porcentaje de afectación en la dimensión de agotamiento emocional son las que tienen pareja, y, las que presentan menor porcentaje de afectación son las viudas. Las personas que presentan mayor porcentaje de afectación en despersonalización son las personas casadas, y, las que presentan menor porcentaje de afectación son las divorciadas. Por último, las personas que presentan mayor porcentaje de afectación en la baja realización personal son las viudas, y, las que presentan menor porcentaje de afectación son las divorciadas.
- Contacto con COVID-19. Las personas que han tenido contacto con COVID-19 presentan mayor porcentaje de afectación en la dimensión de alto agotamiento emocional y alta despersonalización, en contraposición, con las personas que no han tenido contacto que presentan mayor porcentaje de afectación en la baja realización personal.

Tabla 24

Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de estado civil, paternidad / maternidad y contacto con COVID-19^a

Estado civil	Paternidad / maternidad	Contacto con COVID19
--------------	----------------------------	-------------------------

Casado Soltero/ Divorc Viudo/ Con



		/a	a	iado/a	a	pareja	Sí	No	Si	No
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Variable dependiente										
AE	Alto	48,7%	33,9%	39,2%	0,0%	53,7%	45,4%	38,6%	49,6%	34,3%
	Med	28,9%	36,7%	45,1%	28,6%	19,0%	29,2%	33,4%	21,7%	42,5%
	Bajo	22,4%	29,4%	15,7%	71,4%	27,2%	25,4%	27,9%	28,7%	23,2%
Chi-cuadrado de Pearson		67,688			4,360			51,059		
Sig. asintótica (bilateral)		,000*			,113*			,000*		
DP	Alta	33,7%	26,9%	23,5%	28,6%	33,3%	32,3%	28,2%	38,3%	21,1%
	Med.	21,5%	24,7%	35,3%	0,0%	44,9%	24,0%	29,6%	24,0%	28,7%
	Baja	44,8%	48,4%	41,2%	71,4%	21,8%	43,6%	42,2%	37,7%	50,1%
Chi-cuadrado de Pearson		60,043			4,154			34,273		
Sig.										



asintótica (bilateral)		,000*					,125*		,000*	
RP	Alta	23,0%	23,4%	39,2%	0,0%	36,1%	25,9%	24,1%	28,9%	20,5%
	Med.	24,3%	38,3%	41,2%	28,6%	42,2%	30,6%	35,3%	35,6%	28,0%
	Baja	52,6%	38,3%	19,6%	71,4%	21,8%	43,5%	40,5%	35,4%	51,5%
Chi- cuadrado de Pearson		76,535					2,373		26,298	
Sig. asintótica (bilateral)		,000*					,305*		,000*	

a. Variables de agrupación: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal

*p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado*

CONTRASTE DE HIPÓTESIS 4: con los resultados obtenidos en los análisis de las distintas variables implicadas en esta hipótesis, se determina que la hipótesis 4 se cumple parcialmente:

- Las personas de nuestro estudio han presentado diferencias significativas en el padecimiento del síndrome o afectación de alguna de sus dimensiones en función de su estado civil, de manera que, dependiendo del estado civil al que pertenezca, tiene mayor o menor afectación del síndrome o de sus dimensiones. Además, se



evidencian mayores porcentajes de burnout o afectación de sus dimensiones en personas que han tenido contacto con COVID-19.

- No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las personas de nuestra muestra que tienen burnout o afectación de sus dimensiones en relación a su condición de paternidad o maternidad.

9.2.2. OBJETIVO GENERAL 2.

Establecer la relación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las dimensiones de interacción Trabajo – Familia / Familia - Trabajo entre distintos profesionales de la sanidad pública de Huelva.

A. Objetivo específico 1. Identificar el nivel de interacción Trabajo - Familia / Familia – Trabajo en profesionales de la sanidad pública de Huelva.

En la tabla 25 podemos observar la dirección y el tipo de interacción entre las dimensiones del trabajo y la familia en los profesionales de nuestra muestra.

Se evidencia que el 33.44% de la muestra presenta una interacción negativa Trabajo – Familia. En esta dimensión y en función de la categoría profesional los



porcentajes son los siguientes: un 48,9% en médicos/as, un 35,5% en enfermeros/as, un 12,8% en auxiliares de enfermería y un 58,1% en celadores/as.

Por otro lado, se objetiva un porcentaje del 9,86% para la interacción positiva Trabajo – Familia. Para esta dimensión y en función de la categoría profesional, los porcentajes son los siguientes: un 6,2% en médicos/as, un 10,1% en enfermeros/as y un 15,7% en auxiliares de enfermería.

Por último, el 56,69% de la muestra presenta una interacción positiva Familia – Trabajo. Para esta dimensión y en función de la categoría profesional, los porcentajes son los siguientes: un 44,9% en médicos/as, un 54,4% en enfermeros/as, un 71,6% en auxiliares de enfermería y un 41,9% en celadores/as.

Tabla 25

Tabla cruzada de dimensiones de la interacción Trabajo – Familia / Familia – Trabajo y la categoría profesional

		Profesión							
		Médico/a				Enfermero/a			
						Auxiliar de enfermería			
						Celador/a			
		n	%	n	%	n	%	n	%



	Interacción									
	negativa									
	87	48,9%	113	35,5%	40	12,8%	72	58,1%		
	Trabajo - Familia									
SWING	Interacción									
	positiva Trabajo	11	6,2%	32	10,1%	49	15,7%	0	0,0%	
	- Familia									
	Interacción									
	positiva Familia	80	44,9%	173	54,4%	224	71,6%	52	41,9%	
	- Trabajo									

B. Objetivo específico 2. Estudiar las asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con la interacción trabajo - familia/familia – trabajo.

a. Asociación de burnout con interacción trabajo - familia/familia – trabajo

En la tabla 26, podemos observar que el p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado sale significativo ($p < 0,05$) para las variables de las dimensiones de SWING (Trabajo – familia / familia – trabajo), por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre estas variables con el padecimiento de burnout. Se evidencia un porcentaje mucho mayor de personas con una interacción negativa



Trabajo – familia (76,3%) en el padecimiento del síndrome, frente a las personas con esta misma interacción pero que no presentan burnout (30,9%). Sin embargo, las personas que tienen una interacción positiva trabajo – familia, representan un porcentaje mayor en el no padecimiento de burnout (58,9%), frente al porcentaje de personas de esta misma dimensión que si presentan el síndrome (23,7%).

Tabla 26

Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de las dimensiones de SWING^a

Variable dependiente		Interacción negativa	Interacción positiva	Interacción
		Trabajo - Familia	Trabajo - Familia	positiva Familia - Trabajo
		%	%	%
Síndrome	Sí	76,3%	0,0%	23,7%
de				
burnout	No	30,9%	10,2%	58,9%
	Chi-cuadrado de Pearson	77,889		
	Sig.			



asintótica	,000*
(bilateral)	

a.Variable de agrupación: burnout

*p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado*

b. Asociación de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con interacción trabajo - familia / familia – trabajo

En la tabla 27, podemos observar que el p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado sale significativo ($p < 0,05$) para las variables de las dimensiones de SWING (Trabajo – familia / familia – trabajo), por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre estas variables con el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

Se evidencia un porcentaje mucho mayor de personas con una interacción negativa Trabajo – familia que presentan un alto agotamiento emocional (54,4%), frente a las personas con esta misma interacción que representan porcentajes bajos de agotamiento emocional (21,6%%). Sin embargo, las personas que tienen una interacción positiva trabajo – familia, representan un porcentaje mayor en el bajo agotamiento emocional (70,8%), frente al porcentaje de personas de esta misma interacción que si presentan un alto agotamiento emocional (38,6%).

Del mismo modo, en la dimensión de agotamiento emocional, las personas que tienen una interacción negativa Trabajo – Familia, representan un mayor porcentaje



(47,6%) en la despersionalización alta, que el porcentaje de personas en esta misma interacción que presentan una baja despersionalización (25,2%). Sin embargo en la interacción positiva Familia – Trabajo, las personas que se encuentran categorizadas en ella, representan un porcentaje mayor en la baja despersionalización (64,4%), frente a las personas que representan una alta despersionalización en esta misma interacción (45,3%).

Por último, en la dimensión de realización personal, el porcentaje mayoritario en la interacción negativa Trabajo – familia presenta una alta realización personal (54,2%), en contraposición con un porcentaje del 21,4% que representa una baja realización personal en esta misma interacción. Para la interacción positiva Familia – Trabajo, el porcentaje más alto se objetiva a realización personal baja (71,5%), frente a un porcentaje del 37,9% de realización personal alta en esta misma interacción.

Tabla 27

Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de las dimensiones de SWING^a

Variable dependiente		Interacción negativa	Interacción positiva	Interacción
		Trabajo - Familia	Trabajo - Familia	positiva Familia - Trabajo
		%	%	%
Agotamient	Alto	54,4%	7,0%	38,6%



	o	Medio	19,8%	14,0%	66,2%
Emocional		Bajo	21,6%	7,6%	70,8%
Chi-cuadrado de					
		Pearson		130,090	
Sig. asintótica					
		(bilateral)		,000*	
Despersona		Alta	47,6%	7,1%	45,3%
lización		Media	36,8%	10,0%	53,3%
		Baja	25,2%	10,4%	64,4%
Chi-cuadrado de					
		Pearson		40,254	
Sig. asintótica					
		(bilateral)		,000*	
Realización		Alta	54,2%	7,9%	37,9%
Personal		Media	38,3%	13,3%	48,5%
		Baja	21,4%	7,1%	71,5%
Chi-cuadrado de					
		Pearson		94,629	
Sig. asintótica					



(bilateral)

,000*

a. Variables de agrupación: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal

p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado

CONTRASTE DE HIPÓTESIS 5: con los resultados obtenidos en los análisis de las distintas variables implicadas en esta hipótesis, se determina que se ha encontrado evidencia a favor de la hipótesis 5. El porcentaje mayoritario de personas que han presentado una interacción negativa Trabajo – Familia, presentan también burnout y alta afectación de sus dimensiones.

C. Objetivo específico 3. Analizar la dependencia entre la interacción Trabajo – Familia / Familia - Trabajo con relación al el sexo y contacto con COVID-19.

En la tabla 28 podemos observar los porcentajes y el valor de la prueba de *Chi-cuadrado* de las distintas dimensiones de SWING en nuestra muestra en función de diferentes variables independientes.

En la variable sexo, se observa que el porcentaje de mujeres es mayor en la interacción positiva Trabajo – Familia (11,2%), mientras que el porcentaje de hombres es mayor en la interacción negativa Trabajo – Familia (43,7%). Sin embargo, en la interacción



positiva Familia – Trabajo ambos presentan porcentajes similares, con un 56,4% las mujeres y un 53,1% los hombres.

Por otro lado, si estudiamos la pertenencia a un tipo de interacción u otro en función del contacto o no contacto con COVID-19, se evidencia un mayor porcentaje en la interacción negativa Trabajo – Familia en personas que sí han tenido contacto con COVID-19 (47,1%), mientras que la interacción positiva Trabajo – Familia e interacción positiva Familia – Trabajo, presentan mayores porcentajes en personas que no han tenido contacto con COVID-19 (9,4% y 71% respectivamente).

Por último, si se observa el p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado en todas las variables, se evidencia que sale significativo ($p < 0,05$) en todas excepto con la condición de paternidad/maternidad. Por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre las variables de sexo y contacto con COVID-19, con las dimensiones de SWING presentes en nuestra muestra.

Tabla 28

Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de sexo y contacto con COVID-19^a

Variables dependientes		
Interacción negativa Trabajo –	Interacción positiva Trabajo –	Interacción positiva Familia -



		Familia	Familia	Trabajo		
Variables independientes		%	%	%	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
Sexo	♂	43,7%	3,3%	53,1%	19,757	,000*
	♀	32,4%	11,2%	56,4%		
Contacto con COVID-19	Sí	47,1%	9,2%	43,7%	86,190	,000*
	No	19,5%	9,4%	71,0%		

a. Variables de agrupación: dimensiones de SWING

*p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado*

CONTRASTE DE HIPÓTESIS 6: con los resultados obtenidos en los análisis de las distintas variables implicadas en esta hipótesis, se determina que la hipótesis 6 se cumple. Existe diferencia de género en las distintas dimensiones de la interacción Trabajo – Familia / Familia trabajo.



9.2.3. OBJETIVO GENERAL 3.

Analizar la salud mental de los/as distintos/as profesionales de la salud de Huelva mediante el cuestionario GHQ-12 en un estado de pandemia.

A. Objetivo específico 1. Estudiar la asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con el resultado en GHQ12.

En la tabla 29 podemos observar los porcentajes y el valor de la prueba de *Chi-cuadrado* en función de los posibles y no posibles casos psiquiátricos no psicóticos en nuestra muestra en relación al Síndrome de burnout, al agotamiento emocional, a la despersonalización y a la realización personal.

Se evidencia un mayor porcentaje de personas que presentan burnout y también un GHQ-12 positivo (89,2%) que de personas que presentan burnout y un GHQ-12 negativo (10,8%).

En cuanto al agotamiento emocional, ocurre lo mismo, es mayor el porcentaje de personas con una alta afectación de agotamiento emocional y un GHQ-12 positivo (58,7%) que de personas con un alto agotamiento emocional y un GHQ-12 negativo (28,5%).



Variables del burnout		%	%	de Pearson	bilateral (asintótica)
Síndrome del burnout	Sí	89,2%	10,8%	70,564	,000*
	No	43,6%	56,4%		
Agotamiento emocional	Alto	58,7%	28,5%	167,362	,000*
	Medio	33,0%	28,7%		
	Bajo	8,4%	42,8%		
Despersonalización	Alta	37,2%	25,0%	30,645	,000*
	Media	18,8%	32,7%		
	Baja	44,1%	42,3%		
Realización personal	Alta	31,5%	19,5%	21,725	,000*
	Media	27,3%	36,9%		
	Baja	41,1%	43,6%		

a.Variable de agrupación: GHQ-12

*p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado*



B. Objetivo específico 2. Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas y/o dependencia entre los resultados del GHQ-12 con las variables sexo, edad, estado civil, paternidad/maternidad, tiempo de servicio y categoría profesional.

a. Análisis de la dependencia entre los resultados del GHQ-12 con las variables de sexo, estado civil, paternidad/maternidad y categoría profesional

En la tabla 30 podemos observar los porcentajes y el valor de la prueba de Chi-cuadrado con relación a las distintas puntuaciones del GHQ-12 y en función de diferentes variables independientes.

En primer lugar, se evidencia un porcentaje mayor de hombres (48,6%) que de mujeres (47,6%) con resultados positivos en el GHQ-12, sin embargo, no se objetiva dependencia entre ambas variables.

Por otro lado, si se observan los porcentajes de resultados en el GHQ-12 en función del estado civil, se evidencia que el mayor porcentaje en resultado positivo del GHQ-12 lo representan las personas viudas (64,3%) y el menor porcentaje las personas con pareja (32%). Se observa dependencia en la prueba de chi-cuadrado entre ambas variables, por lo que con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de que los resultados en el GHQ-12 difieren en función del estado civil.

En relación al resultado del GHQ-12 en función de la condición de paternidad/maternidad, se observa que las personas sin hijos/as representan un porcentaje



mayor en resultado positivo de GHQ-12 (50,7%), frente al porcentaje de personas que tienen hijos/as y que han dado un resultado positivo en el cuestionario (46,2%), sin embargo, no existe dependencia entre ambas variables.

En cuanto a la categoría profesional, se observa que los/as celadores/as son los que representan el mayor porcentaje (69,7%) en resultados positivos del GHQ-12, mientras que los/as auxiliares de enfermería son los que menor porcentaje representan (36,7%). En este caso, el p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado sale significativo ($p < 0,05$), por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre las variables. Es decir, la puntuación en el GHQ-12 difiere en función de la categoría profesional.

Tabla 30

Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variables de sexo, estado civil, paternidad / maternidad y categoría profesional^a

Variables	Posible caso psiquiátrico		Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
	Sí (%)	No (%)		
independientes				



Sexo	Hombre	48,6%	51,4%		
	Mujer	47,6%	52,4%	,076	,782*
Estado civil	Casado/a	52,6%	47,4%		
	Soltero/a	48,1%	51,9%		
	Divorciado/a	39,2%	60,8%		
	Viudo/a	64,3%	35,7%	23,588	,000*
Paternidad / maternidad	Con pareja	32,0%	68,0%		
	Sí	46,2%	53,8%		
	No	50,7%	49,3%	1,909	,167*
Categoría profesional	Médico/a	49,1%	50,9%		
	Enfermero/a	47,2%	52,8%		
	Auxiliar de enfermería	36,7%	63,3%	45,264	,000*
	Celador/a	69,7%	30,3%		

a. Variables de agrupación: resultados de GHQ-12

*p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado*



b. Análisis de las diferencias significativas entre los resultados del GHQ-12 con las variables de edad y tiempo de servicio

En la tabla 31 podemos observar la media de edad y tiempo de servicio en función de los resultados del GHQ-12. Se evidencia que las personas con un resultado positivo en el cuestionario presentan una media menor de años que las personas con un resultado negativo, sin embargo, la media de años de tiempo de servicio es similar para ambos grupos. En cuanto a las pruebas de independencia de *U de Mann-Whitney*, se evidencia que el p-valor sale significativo ($p < 0,05$) para la edad, por lo que podemos con un 95% de confianza aceptar la hipótesis de que si hay diferencia estadísticamente significativa entre las personas con posibles patologías psiquiátricas no psicóticas y las personas que no las tienen en función de la edad. Sin embargo, el p-valor no sale significativo para la variable de tiempo de servicio.



Tabla 31

Estadísticos de grupo y prueba de U de Mann-Whitney para las variables de edad y tiempo de servicio^a

Variable dependiente		Edad				Tiempo de servicio			
		\bar{x} (años)	Desv. tip.	U de Mann- Whitney	Sig. (bilateral)	\bar{x} (años)	Desv. tip.	U de Mann- Whitney	Sig.(bilateral)
Posible caso psiquiátrico no psicótico	Sí	45,4	10,5	115915,500	,041*	17,6	10,3	123951,000	,775*
	No	46,7	11,4			17,4	10,4		

a. Variables de agrupación: resultados de GHQ-12

*p-valor de la prueba de *U de Mann-Whitney*



C. Objetivo específico 3. Establecer la relación entre posibles casos psiquiátricos no psicóticos (GHQ12) con haber tenido contacto con COVID-19.

En la tabla 32 podemos observar los porcentajes y el valor de la prueba de *Chi-cuadrado* en función de los posibles y no posibles casos psiquiátricos no psicóticos, en nuestra muestra en relación al contacto o no contacto con COVID-19.

Se evidencia un claro mayor porcentaje de personas con probable caso psiquiátrico no psicótico que han tenido contacto con COVID-19 (58,7%), que de personas que no han tenido contacto con COVID-19 y también son posibles casos psiquiátricos no psicóticos (41,3%).

Además, si se observa el p-valor de la prueba de independencia chi cuadrado, se evidencia que sale significativo ($p < 0,05$), por tanto, con un nivel de confianza del 95% podemos aceptar la hipótesis de dependencia entre las variables de contacto con COVID-19 con la presencia o no presencia de posibles casos psiquiátricos no psicóticos en nuestra muestra.



Tabla 32

Estadísticos de grupo y prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las variable de contacto con COVID-19^a

Variable	Posible caso psiquiátrico no psicótico		Chi-cuadrado de Pearson	Significación bilateral (asintótica)
	Si	No		
Contacto con COVID-19	Sí	No		
	%	%		
	58,7%	41,3%		
	No	33,6%	66,4%	62,483
				,000*

a. Variable de agrupación: GHQ-12

*p-valor de la prueba de *Chi-Cuadrado*

CONTRASTE DE HIPÓTESIS 7: con los resultados obtenidos en los análisis de las distintas variables implicadas en esta hipótesis, se determina que encontramos evidencia empírica a favor de la hipótesis 7.

Las personas catalogadas como posibles casos psiquiátricos no psicóticos representan un mayor porcentaje en el padecimiento del síndrome de burnout, el alto agotamiento emocional y la alta despersonalización, frente al menor porcentaje de personas que no han sido catalogadas como posibles casos y que tampoco padecen burnout. Además, los posibles casos también representan un porcentaje mayor en situaciones de contacto con



COVID-19, frente al menor porcentaje en situaciones de contacto con alguna situación de la pandemia en el entorno laboral de los no casos.



CAPÍTULO 10.

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta la discusión de resultados de acuerdo con los objetivos e hipótesis presentados en el capítulo 8. De igual manera que se realizó en el anterior capítulo de resultados, la discusión se clasifica y se detalla en función de los tres objetivos generales planteados en esta Tesis Doctoral.

10.1. OBJETIVO GENERAL 1

Determinar la prevalencia del burnout y de sus dimensiones en un estado de pandemia, entre profesionales de atención especializada de la sanidad pública de Huelva, teniendo en cuenta una serie de variables sociodemográficas, para realizar una propuesta formativa de prevención y manejo del estrés laboral que aborde los determinantes causales de este problema.



10.1.1. Objetivo específico 1. Establecer si existe dependencia entre el padecimiento del burnout y/o sus dimensiones con la variable sexo.

Tras el análisis de los datos, se puede concluir que en el objetivo específico 1 planteado en el objetivo general 1, se ha encontrado dependencia entre las variables de burnout y la variable sexo, con lo que se demuestra que las mujeres en nuestra muestra presentan un menor porcentaje de burnout que los hombres. Además, es importante resaltar que existen diferencias estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal en función del sexo. Es decir, también se evidencia un porcentaje de mayor afectación en las dimensiones del síndrome en los hombres con respecto a las mujeres.

Estos resultados coinciden con las conclusiones de otros trabajos (Adriaenssens et al., 2015), que detallan diferencias significativas entre hombres y mujeres, manifestando que el padecimiento del síndrome en ellas presenta niveles más bajos.

Por otro lado, los porcentajes en la afectación de las dimensiones del síndrome son también mayores en los hombres. Estos resultados concuerdan con otros estudios en los que se atribuye y se relaciona el alto agotamiento emocional con la baja realización personal, siendo los varones los más afectados (Adriaenssens et al., 2015; Tifner et al., 2016).

Estas diferencias de sexo podrían estar fundamentadas en la conexión del género con otras características y variables sociodemográficas. La pertenencia a un determinado sexo podría conllevar una mayor frecuencia en la presencia de otras variables que actuarían como moduladoras o acentuadoras del burnout (Mamani-Encalada et al., 2009). En nuestro



estudio, se ha observado en los hombres un mayor porcentaje de interacción negativa del trabajo con la familia. Sin embargo, el porcentaje de mujeres es mayor en interacción positiva en ambas direcciones, tanto del trabajo sobre la familia, como de la familia sobre el trabajo. En el objetivo general 2, se observa cómo son las relaciones entre el ámbito familiar y laboral en nuestra muestra. Además, se objetivan las influencias y direcciones de estas relaciones y se estudia la dependencia entre estas variables y el padecimiento del burnout y la afectación de sus dimensiones. Con estos datos se obtiene una información relevante para poder detallar las conclusiones del presente estudio y plantear las intervenciones oportunas.

10.1.2. Objetivo específico 2. Conocer la prevalencia del burnout y sus dimensiones en función de la categoría profesional, centro de trabajo y tiempo de servicio.

En cuanto al estudio del objetivo específico 2 del objetivo general 1, es llamativo el mayor porcentaje de profesionales con padecimiento del síndrome o afectación en alguna de sus dimensiones en función de la categoría profesional, perteneciendo estos porcentajes a auxiliares de enfermería y celadores/as. Este hallazgo concuerda con investigaciones de otros autores (Solanes, Martín-del-Río, Rodríguez-de-Limia, Benavide, y Martínez, 2013) en las que se evidencia que a menor categoría profesional, mayor es la presencia de estresores y características relacionadas con el burnout. Estos resultados son novedosos y ponen de manifiesto el carácter relevante que tiene el problema objeto de estudio en la



actualidad, ya que otros estudios han obtenido datos contrapuestos. El-Sahili (2015) encontró en trabajadores/as con mayor nivel educativo mayores niveles de agotamiento que en empleados/as que lo tenían más bajo.

Este dato pone de manifiesta que hay que tener en cuenta el estado actual de pandemia en el que nos encontramos, ya que los resultados hallados en investigaciones en personal de salud son novedosos y habrá que estudiar con detalle las características del puesto de trabajo de cada categoría profesional en relación con el COVID-19 para poder extraer conclusiones fundamentadas.

La información obtenida sobre el padecimiento del burnout en función del centro de trabajo ha sido similar. Este hecho puede estar motivado porque son centros de características similares y ofertan los mismos servicios a nivel cualitativo. Se diferencian a nivel cuantitativo, ya que, el Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez atiende a más población y cuenta con un número mayor de profesionales trabajando.

La población a la que atienden ambos centros, presenta características heterogéneas, los dos atienden a población de distintas localidades y de distintos distritos dentro de estas localidades. En ambos hospitales se ha detectado una baja prevalencia del síndrome. Estos resultados no concuerdan con otros estudios con poblaciones con características similares en los que se han detectado una mayor prevalencia del síndrome (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Ferrandiz-Sellés y Collado-Boria, 2016).

En ambos centros se evidencia un mayor porcentaje de personas con alta realización personal frente a los de baja realización personal. Este hecho podría tener un efecto modulador sobre el estrés (Mamani-Encalada et al., 2009).



En cuanto a las dimensiones del burnout, el Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez ha presentado mayor porcentaje de personas con agotamiento emocional alto y el Hospital Infanta Elena supera al anterior en la alta despersonalización y en la baja realización personal.

Los datos de mayor porcentaje en alto agotamiento emocional del personal del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez podrían explicarse debido a que, aunque ambos centros ofertan las mismas prestaciones, el servicio de cuidados paliativos y unidad de crónicos asistidos del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez abarca un gran número de pacientes y de profesionales. Por lo que, en concordancia con lo expuesto por otros autores (Ogińska-Bulik, 2016), llegamos a la conclusión de que estos/as profesionales experimentan mayor agotamiento emocional debido al mayor número de servicios que sobrellevan factores como dolor o muerte.

Otros autores (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) vinculan la relación de realización personal baja con despersonalización para el diagnóstico de personas próximas de padecer el síndrome. Este hecho se ha observado más en personal del Hospital Infanta Elena, donde la mayor parte de profesionales que tienen alteración de las dimensiones del burnout, presentan esta afectación en el agotamiento emocional (nivel alto) y en la realización personal (nivel bajo). Sin embargo, estos mismos autores también recogen una combinación de baja realización personal y alto agotamiento emocional o de alto agotamiento emocional con alta despersonalización, para diagnosticar a personas que se encuentran próximas al padecimiento del síndrome. A pesar de que en nuestra investigación no se ha encontrado un porcentaje elevado de personas que padecen burnout, sí hay un número moderado de personas que presentan características próximas a padecerlo



(afectación de dos de las tres dimensiones), por lo que la población se encontraría muy cercana a otros grupos similares en los que la prevalencia del síndrome es más alta (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Ferrandiz-Sellés y Collado-Boria, 2016).

Por último, hay que destacar que los resultados obtenidos sobre la relación del tiempo de servicio con el padecimiento del burnout o afectación de sus dimensiones, aportan una información contraria a la hipótesis inicial de la que partíamos: no fueron los/as trabajadores/as con mayor tiempo de servicio quienes presentaban mayor porcentaje en la afectación del síndrome o de sus dimensiones.

La media de mayor afectación fue de 14 a 19 años de tiempo de servicio, lo que concuerda con otros estudios (Ballester et al., 2016; Ramírez, 2017) que analizaron la experiencia profesional en relación con el grado de quemazón y situaron esta variable superior a 14 años como el periodo en el que este problema aparece con mayor frecuencia, pero no con tiempos de servicio más longevos.

El hecho de que el personal de salud presente un mayor nivel de burnout en una media de tiempo de servicio de unos 15 años, puede estar motivado por la precariedad en la estabilidad laboral que sufre en la actualidad este colectivo en el Servicio Andaluz de Salud, en el que pueden tardar de 15 a 20 años en conseguir su plaza en propiedad, factores como la motivación podrían actuar como moduladores en los primeros años de tiempo de servicio y la estabilidad laboral después de conseguir la plaza en propiedad podrían también paliar los efectos de la inestabilidad (Carrillo, 2019).



10.1.3. Objetivo específico 3. Estudiar la asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las variables de edad, estado civil, maternidad/paternidad y contacto con COVID-19.

Para el tercer y último objetivo específico del objetivo general 1, detallamos que se evidencia una edad media levemente inferior en personas que padecen burnout (44,5 años), frente a la media de edad de personas que no lo padecen (46,2 años). Sin embargo, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en el padecimiento del síndrome de burnout con respecto a la edad.

Este dato no concuerda con otras investigaciones (Quiceno y Alpi, 2017) que señalan que entre los/as trabajadores/as más jóvenes el nivel de burnout es mayor que entre los mayores de 30 o 40 años. Hay que tener en cuenta que los resultados con respecto a la edad deben considerarse siempre con prudencia en esta temática debido al problema del sesgo de supervivencia, es decir, es probable que aquellos/as que sufren un agotamiento temprano en sus carreras abandonen sus empleos, dejando atrás a los/as sobrevivientes que, en consecuencia, presentan niveles más bajos de agotamiento (Leiter & Maslach, 2008).

En cuanto a las dimensiones del burnout, hemos encontrado diferencias significativas en el agotamiento emocional y la despersonalización con respecto a la edad. La media de edad en personas con alto agotamiento emocional ha sido de 47,4 años frente a la media de 42,2 años de las personas con agotamiento emocional bajo. La media de edad en la despersonalización alta ha sido de 47,9 años frente a los 44,9 años de media de las personas con despersonalización media-baja.



En la relación de las dimensiones del burnout con la edad, la información que existe en numerosos estudios muestra resultados contradictorios, puesto que la relación que se establece entre la edad y las dimensiones ha sido directa para unos como Cabrera y Elvira (2004) y no tanto para otros como Carlotto (2008). Pensamos que al igual que ocurre con el síndrome, las dimensiones del mismo podrían estar influenciadas por el problema del sesgo de supervivencia en diferentes estudios.

En cuanto a la posible relación del estado civil con el padecimiento del síndrome y afectación de sus dimensiones, nuestros resultados evidencian dependencia entre las variables (prueba de Chi-cuadrado), de manera que el mayor porcentaje de personas con burnout lo representan las divorciadas y el menor porcentaje las viudas (que solo son mujeres).

Por otro lado, el porcentaje de personas con mayor agotamiento emocional y mayor despersonalización es el de aquéllas que tienen pareja y están casadas, respectivamente, mientras que el menor porcentaje en ambas dimensiones lo han representado las personas viudas y divorciadas, respectivamente.

Sin embargo, las personas divorciadas han representado el menor porcentaje de afectación en baja realización personal y las viudas el mayor.

Los datos en relación a la asociación de esta variable con el burnout también son muy diversos. Mientras que en algunas investigaciones (Muñoz-del-Carpio, Agueda, Arias, Walter & Caycho-Rodríguez, 2019) se presentan niveles más altos de burnout o afectación de sus dimensiones en personas con pareja o casadas, otras encuentran niveles más altos de burnout o afectación de sus dimensiones en personas solteras (Leiter & Maslach, 2008).



Según los resultados obtenidos, consideramos que estudiar solo el estado civil como única influencia de la familia en el trabajo, podría tener adherido una serie de sesgos. El apoyo familiar no tiene por qué venir acompañado solamente de la pareja, ya que una persona puede recibir apoyo de sus padres, madres, sobrinos/as, hijos/as, primos/as u otro/a familiar. Por ello, para poder presentar conclusiones más fundamentadas, más adelante nos centraremos en detallar cómo son las relaciones de la familia con el trabajo y su posible influencia en la afectación del síndrome o en la de sus dimensiones en nuestra muestra.

En este objetivo también se estudió la relación de dependencia entre la variable paternidad/maternidad y la presencia de burnout o afectación en alguna de sus dimensiones; pero, no se encontró dependencia entre las variables. A pesar de que se podría pensar que las personas con paternidad/maternidad presentan una influencia negativa en su carrera profesional y por lo tanto en su realización personal debido a la falta de tiempo (Martínez, 2018), en nuestra población no se han encontrado hallazgos referidos a este hecho. Sería interesante estudiar también si los/as trabajadores/as sienten satisfacción con las medidas de conciliación familiar recibidas por cada centro, la edad de sus hijos/as para saber si tienen autonomía, etc.

Por último, debido al estado de pandemia que aconteció en el período de realización de esta investigación, no podíamos olvidar incluir en nuestro estudio una variable que consideramos importante en estos momentos en relación al burnout en profesionales de la salud, como es el contacto con COVID-19.

Hemos evidenciado en nuestros resultados que las personas que han tenido contacto en su entorno laboral con COVID-19, representan un porcentaje mayor de burnout, alto



agotamiento emocional y alta despersonalización. Son todavía pocos los estudios realizados en España que relacionan el estrés o burnout de profesionales sanitarios con el estado de pandemia COVID-19, debido a que es una situación muy reciente y que en la actualidad todavía se encuentra activa. Sin embargo, entre los estudios recientes que se han publicado sobre la temática, se detalla información en concordancia a nuestros resultados. Los datos revelan porcentajes altos de profesionales sanitarios/as que han tenido contacto con alguna persona de riesgo en la situación de la pandemia en su entorno laboral, y que sufren síntomas de ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño (Santamaría, Etxebarria, Rodríguez, Albondiga-Mayor y Gorrochategui, 2020; Erquicia, Valls, Barja, Gil, Miquel, Leal-Blanquet, Schmidt, Checa y Vega, 2020; Pérez-Ortega, Mesa, Fernández y Valverde, 2020). Esta situación ha conllevado un fuerte impacto emocional en todos/as los/as trabajadores/as de la salud, donde su mayor preocupación ha sido, en general, el déficit recursos, falta de apoyo e información y el miedo por contagiar a sus familiares (Erquicia, Valls, Barja, Gil, Miquel, Leal-Blanquet, Schmidt, Checa y Vega, 2020).

10.2. OBJETIVO GENERAL 2

Establecer la relación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las dimensiones de interacción Trabajo – Familia / Familia - Trabajo entre distintos profesionales de la sanidad pública de Huelva.



10.2.1. Objetivo específico 1. Identificar el nivel de interacción Trabajo - Familia / Familia – Trabajo en profesionales de la sanidad pública de Huelva.

En el objetivo general 2, nos planteamos un primer objetivo específico para analizar cómo eran las relaciones entre el trabajo y el entorno familiar en nuestra muestra, si la relación era negativa o positiva, y además, si la interacción iba del trabajo con respecto a la familia o al contrario.

En nuestros resultados hemos obtenido un notable mayor porcentaje en la interacción positiva de la familia sobre el trabajo tanto en hombres como en mujeres. Estos resultados van en concordancia con otros estudios similares (García-Muñoz, et al., 2016) que estudiaron la relación entre el compromiso laboral y la interacción familia-trabajo en personal de salud. Estos trabajos obtuvieron una interacción positiva de la familia sobre el trabajo, es decir, un enriquecimiento de la familia sobre el trabajo en personas que presentaban un alto compromiso laboral.

Esta información nos podría estar encaminando hacia las conclusiones del presente estudio, ya que, como se detalló en el objetivo general 1, el porcentaje de personas con alto agotamiento emocional ha sido superior en ambos sexos al porcentaje de agotamiento emocional bajo.

Mujeres y hombres han destacado por presentar mayor porcentaje de personas con una alta realización personal frente al de personas que tienen una realización personal baja. Estos datos podrían empezar a explicar el bajo porcentaje de profesionales afectados por el



síndrome debido a la presencia de estas variables moduladoras en esta población (Mamani-Encalada et al., 2009).

10.2.2. Objetivo específico 2. Estudiar la asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con la interacción trabajo – familia / familia – trabajo.

Otro objetivo específico que nos planteamos en el objetivo general 2 fue estudiar la posible asociación entre el padecimiento del burnout o afectación de sus dimensiones con un concreto tipo de interacción entre el trabajo y la familia.

Nuestros resultados muestran un mayor porcentaje de personas que presentan una interacción negativa del trabajo sobre la familia con padecimiento de burnout frente al porcentaje de personas que no manifiestan burnout, que representaban un mayor porcentaje en la interacción positiva de la familia sobre el trabajo.

El p-valor de Chi-cuadrado mostró dependencia entre las variables. Del mismo modo, el mayor porcentaje de personas con una interacción negativa del trabajo sobre la familia, presentaba también una alta despersonalización y un alto agotamiento emocional. En la afectación de la baja realización personal, el mayor porcentaje lo representaron las personas que presentaban una interacción positiva de la familia sobre el trabajo. El p-valor de Chi-cuadrado también mostró dependencia entre estas últimas variables.



En la dirección de nuestros resultados concluyen otros estudios (Rodríguez, Vélez y Meléndez, 2012) que fundamentan que cuando las personas perciben una interacción positiva entre los aspectos del trabajo y la familia, tienden a presentar mayor bienestar con su trabajo.

En otras investigaciones (Minaya, 2018), personas con interacciones positivas entre el trabajo y el entorno familiar, han presentado mayores niveles de burnout o afectación en sus dimensiones.

A pesar de la diversidad de datos en cuanto a esta temática, es indiscutible el efecto de variables moduladoras en el padecimiento del burnout. El apoyo familiar se considera de primer nivel en intervenciones preventivas del síndrome y, se han demostrado asociaciones significativas entre diferentes dimensiones de apoyo y el burnout y sus dimensiones, excepto con la realización personal que se ha asociado con formas emocionales, sociales e instrumentales de soporte. (Mamani-Encalada et al., 2009; Marenco-Escuderos y Ávila-Toscano, 2016).



10.2.3. Objetivo específico 3. Analizar la dependencia entre las variables interacción Trabajo – Familia / Familia - Trabajo con relación al sexo y contacto con COVID-19.

En el objetivo general 2, obtuvimos los siguientes resultados del análisis de datos del tercer objetivo específico:

En relación a la variable sexo con la interacción Trabajo – Familia, observamos un mayor porcentaje de hombres frente al de mujeres que presentaban una interacción negativa del trabajo con respecto a la familia.

Hubo un mayor porcentaje de mujeres que de hombres con interacción positiva del trabajo sobre la familia. Los porcentajes de interacción positiva de la familia sobre el trabajo, fueron similares para ambos sexos. En la prueba de independencia de chi-cuadrado, estas variables mostraron dependencia.

Estos datos concuerdan con otros trabajos (Minaya, 2018) en los que se evidencia mayor porcentaje de hombres con una interacción negativa del trabajo sobre la familia, y, mayor porcentaje de mujeres con interacción positiva del trabajo sobre la familia. Es importante señalar también que estas diferencias no se ponen de manifiesto en todos los casos, ya que hay investigaciones en las que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las interacciones con relación al sexo (Vidal y Sánchez, 2017).

Lo cierto es, que algunos estudios revelan, que los hombres podrían sufrir más dificultad para acceder a medidas de conciliación organizacional (Cifre, Salanova y Franco,



2011). Por otro lado, el mayoritario porcentaje de mujeres con una interacción positiva del trabajo sobre la familia, podría estar relacionado también con su mayor porcentaje de alta realización personal frente a los hombres (Silvestre, Figueroa y Cruz, 2019).

En cuanto al tipo de interacción entre el trabajo y la familia en función del contacto con COVID-19, se observa en nuestros resultados un mayor porcentaje de personas que presentan una interacción negativa del trabajo sobre la familia cuando han tenido contacto con COVID-19, frente al porcentaje de personas que no han tenido contacto con COVID-19 y que presentan una interacción positiva del trabajo sobre la familia y viceversa.

Estos datos van en la línea de los escasos estudios que todavía existen sobre el impacto del COVID-19 en el personal sanitario, donde se detalla un malestar en los/as profesionales, siendo uno de los factores el miedo a contagiar a sus familiares (Erquicia, Valls, Barja, Gil, Miquel, Leal-Blanquet, Schmidt, Checa y Vega, 2020). Hemos corroborado, a través de la prueba de independencia de Chi-cuadrado, que en nuestra muestra existe dependencia entre ambas variables. Es decir, la presencia de un tipo u otro de interacción del trabajo con la familia ha dependido del contacto con COVID-19.

10.3. OBJETIVO GENERAL 3

Analizar la salud mental de los/as distintos/as profesionales de la salud de Huelva mediante el cuestionario GHQ-12 en un estado de pandemia.



10.3.1. Objetivo específico 1. Estudiar la asociación entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con el resultado en GHQ12.

En el tercer y último objetivo general, nos planteamos estudiar la salud mental de los/as trabajadores/as con relación a una serie de variables. A continuación detallamos los resultados encontrados para el primer objetivo específico del objetivo general 3.

Se observa un porcentaje superior de personas que presentan burnout y que también presentan un resultado positivo en GHQ-12, frente al menor porcentaje que presentan burnout y un resultado en GHQ-12 negativo.

Del mismo modo ocurre con las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, donde el mayor porcentaje de personas con alta afectación en ambas dimensiones presenta también un resultado positivo en GHQ-12. Sin embargo, quienes presentan un GHQ-12 positivo, han mostrado un porcentaje mayor en realización personal alta, que el de las personas con GHQ-12 negativo.

Nuestros resultados concuerdan con los de otras investigaciones que detallan que el síndrome de burnout o la afectación de alguna de sus dimensiones representa un riesgo para otro tipo de trastornos emocionales o trastornos psiquiátricos no psicóticos como depresión y ansiedad, (Alvarado, Álvarez y Berríos, 2018; Loaiza, 2019; Ortiz, Toro y Hermosa, 2019).

Las personas neuróticas son también emocionalmente inestables y propensas a sufrir trastornos psicológicos y estrés (Viner, 2009). Además, pueden existir personas que aunque



presenten alto agotamiento emocional, alta despersonalización y una mala salud general autopercibida, manifiesten una alta realización personal, debido a que el cumplimiento de metas les permite superar desafíos en el trabajo (Quevedo, 2018). Este hecho podría explicar el alto porcentaje de personas en nuestra muestra que aun presentando un resultado positivo en el cuestionario GHQ-12, presentan también una alta realización personal.

10.3.2. Objetivo específico 2. Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas y/o dependencia entre los resultados del GHQ-12 con las variables sexo, edad, estado civil, maternidad/paternidad, tiempo de servicio y categoría profesional.

En el segundo objetivo específico del objetivo general 3, obtuvimos los resultados que sintetizamos a continuación.

Con relación al sexo, obtuvimos mayor porcentaje de mujeres que de hombres con un resultado positivo en el cuestionario GHQ-12. Estos datos van en la línea de otros estudios (Rodríguez-Contreras y Santos-Iglesias, 2007) que señalaron que las mujeres perciben su estado de salud peor que los hombres. A diferencia de estos estudios, en nuestra investigación no hay dependencia entre la variable sexo y los resultados en GHQ-12. Este hecho podría explicarse porque aunque las mujeres hayan obtenido un porcentaje levemente superior a los hombres en este cuestionario, sus porcentajes son inferiores en otros indicadores de salud mental, como son los de la escala del cuestionario MBI-HSS.



Al estudiar si había diferencias estadísticamente significativas entre el resultado en GHQ-12 en función del tiempo de servicio y a la edad, salieron significativas para la edad, pero no para el tiempo de servicio. Quienes dieron positivo en probables patologías psiquiátricas no psicóticas tenían una media de edad de 45,4 años y las personas negativas una media de edad superior al anterior grupo, con 46,7 años.

Investigaciones en poblaciones con profesiones que se dedican al cuidado de otras personas, han concluido que la percepción de salud de las personas mejora a medida que la edad del profesional es mayor. Esta tendencia parece que se sigue en nuestra muestra también, sin embargo, estos estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas (Piñeiro, et al, 2017).

Con relación al estado civil, las viudas representaron el mayor porcentaje en resultado positivo en GHQ-12 y las personas con pareja el menor. Además, el valor-p de la prueba de Chi-cuadrado nos salió significativo, por lo que ambas variables tienen dependencia en nuestra muestra. Otras investigaciones en personal sanitario se encuentran en la línea de nuestros resultados y, detallan también, más problemas de salud mental en personas que no tienen pareja frente a personas que sí la tienen (Leiter & Maslach, 2008).

En cuanto a la condición de paternidad/maternidad en relación con el resultado de GHQ12, no salen diferencias estadísticamente significativas, pero se evidencia un porcentaje mayor de personas sin hijos/as con resultado positivo en el cuestionario frente al menor porcentaje de personas con hijos/as y resultado positivo. A la vista de los resultados en cuanto a las puntuaciones del GHQ-12, en relación al estado civil y a la condición de paternidad/maternidad, el entorno familiar podría estar actuando como variable moduladora



también en la salud mental de los/as profesionales (Mamani-Encalada et al., 2009; Marenco-Escuderos y Ávila-Toscano, 2016).

Por último, al evaluar el resultado del GHQ12 en función de la categoría profesional, hemos obtenido el mayor porcentaje de afectación en celadores/as, seguido por enfermeros/as y médicos/as con porcentajes próximos. La categoría profesional con menor porcentaje de afectación ha sido la de auxiliares de enfermería. Estas variables en nuestro estudio han resultado ser dependientes en la prueba de Chi-cuadrado. Este hallazgo concuerda parcialmente con otras investigaciones (Solanes, Martín-del-Río, Rodríguez-de-Limia, Benavide, y Martínez, 2013) en las que se evidencia que a menor categoría profesional, peor salud mental de los/as trabajadores/as. En nuestro estudio no ocurre esto para los/as auxiliares de enfermería, ya que representan el porcentaje de menor afectación del GHQ12. Este hecho podría estar relacionado con que este colectivo manifiesta en nuestra muestra una mejor salud mental que los/as celadores y, se evidencia, en que los/as celadores/as han tenido los porcentajes más altos de afectación en agotamiento emocional y despersonalización. Estos porcentajes en auxiliares, enfermeros/as y médicos/as son similares e inferiores, por lo que en la población de celadores/as la afectación de las dimensiones del burnout podrían estar representando un riesgo para otro tipo de trastornos emocionales o trastornos psiquiátricos no psicóticos como depresión y ansiedad (Alvarado, Álvarez y Berríos, 2018; Loaiza, 2019; Ortiz, Toro y Hermosa, 2019).



10.3.3. Objetivo específico 3. Establecer la relación entre posibles casos psiquiátricos no psicóticos (GHQ12) con haber tenido contacto con COVID-19.

El tercer y último objetivo específico del objetivo general 3, nos ha aportado información sobre la relación entre los posibles casos psiquiátricos no psicóticos y el contacto de los/as profesionales con el COVID-19.

Nuestros resultados nos han mostrado un porcentaje mucho mayor de personas con GHQ12 positivo que han tenido contacto con COVID-19 que de personas con GHQ12 positivo que no lo han tenido. Además, el p-valor de la prueba de independencia Chi-cuadrado sale significativo, por lo que ambas variables son dependientes. Es decir, la presencia de posibles casos psiquiátricos no psicóticos difiere en función del contacto con el COVID-19.

Son todavía pocos los estudios realizados en España que relacionan los problemas mentales o emocionales de profesionales sanitarios con el COVID-19, debido a que es una situación muy reciente y que en la actualidad todavía se encuentra activa.

Sin embargo, entre los estudios que ya han investigado sobre la temática se detalla información en concordancia a nuestros resultados. Los datos revelan porcentajes altos de profesionales sanitarios/as que han tenido contacto con alguna situación de la pandemia y sufren síntomas de ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño (Santamaría, Etxebarria, Rodríguez, Albondiga-Mayor y Gorrochategui, 2020; Erquicia, Valls, Barja,



Gil, Miquel, Leal-Blanquet, Schmidt, Checa y Vega, 2020; Pérez-Ortega, Mesa, Fernández y Valverde, 2020).

Por tanto, una futura línea de investigación sería profundizar en estas cuestiones.

CAPÍTULO 11.
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS
FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

11.1. CONCLUSIONES

Tras los análisis realizados, se ha comprobado que de los datos obtenidos de la muestra correspondiente a dos centros hospitalarios de Huelva capital, se pueden extraer las siguientes conclusiones, que se van a describir clasificando la diferente información desde la perspectiva de género, diferenciando a hombres y mujeres.

11.1.1. CONCLUSIONES DE LA MUESTRA DE HOMBRES

1) Se ha encontrado una baja-media prevalencia de hombres con síndrome de burnout. Sin embargo, la incidencia del problema aumenta en la afectación de las dimensiones del síndrome, llegando a estar afectados casi la mitad de la muestra de los profesionales en las dimensiones de alto agotamiento emocional y alta despersonalización.



2) En cuanto al tipo de interacción del trabajo con el entorno familiar y la dirección de esa interacción, se ha constatado que la mayoría de hombres presentan una interacción positiva de la familia sobre el trabajo. En segundo lugar, destaca una interacción negativa del trabajo sobre la familia y, por último hay que resaltar que, la interacción positiva del trabajo sobre la familia ha sido la de menor representación. Hay que tener en cuenta que ningún hombre fue categorizado con una interacción negativa de la familia sobre el trabajo.

3) En relación a los varones con posibles patologías psiquiátricas no psicóticas o posibles trastornos emocionales, hay que concluir que casi la mitad de los mismos obtuvieron un resultado positivo en este estudio.

4) Por último, hay que destacar que en el reciente estado de pandemia, más de la mitad de hombres en nuestra muestra reflejaron haber tenido contacto con alguna situación de COVID-19 en su entorno laboral. Este factor ha influido de forma negativa en la salud mental de la mayoría de varones que han experimentado esta vivencia.

11.1.2. CONCLUSIONES DE LA MUESTRA DE MUJERES

1) Se ha encontrado una baja prevalencia de mujeres con el síndrome de burnout. Sin embargo, la incidencia del problema aumenta en la afectación de las dimensiones del síndrome, llegando a estar afectadas casi la mitad de las mujeres de la muestra en las dimensiones de alto agotamiento emocional y media



despersonalización.

2) En cuanto al tipo de interacción del trabajo con el entorno familiar y la dirección de esa interacción, se ha constatado que la mayoría de las profesionales presentan una interacción positiva de la familia sobre el trabajo. En segundo lugar, destaca una influencia negativa del trabajo sobre la familia. Por último, hay que destacar que la interacción positiva del trabajo sobre la familia ha sido la de menor representación, teniendo en cuenta también que ninguna mujer fue categorizada con una influencia negativa de la familia sobre el trabajo.

3) En relación a las profesionales de la salud con posibles patologías psiquiátricas no psicóticas o posibles trastornos emocionales, de los datos obtenidos se concluye que casi la mitad de las mismas obtuvieron un resultado positivo en este estudio.

4) Por último, hay que destacar, de igual forma que pasa para los varones, que más de la mitad de mujeres en nuestra muestra reflejaron haber tenido contacto con alguna situación de COVID-19 en su entorno laboral, ocasionando esta vivencia en la mayoría de mujeres que la han experimentado, las mismas consecuencias que en ellos.



11.1.3. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

1) Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas y dependencia entre las variables sexo con síndrome de burnout y sus dimensiones. En este sentido, destacar que ha habido un mayor porcentaje de hombres que de mujeres con padecimiento de burnout; así como un mayor porcentaje también en la afectación del alto agotamiento emocional, la alta despersonalización y la baja realización personal.

2) En cuanto al tipo de interacción del trabajo con el entorno familiar y la dirección de esa interacción en función del sexo, se ha constatado que existe dependencia entre ambas variables. En este sentido, las mujeres representan mayores porcentajes que los hombres en interacciones positivas del trabajo sobre la familia y viceversa. Los hombres representan mayores porcentajes que las mujeres en interacción negativa del trabajo sobre la familia. Estos datos ponen de manifiesto el poder que sigue teniendo la cultura y la educación en la conformación de la personalidad.

3) En relación posibles patologías psiquiátricas no psicóticas o posibles trastornos emocionales en función del sexo, aunque el porcentaje de mujeres ha sido levemente superior al de hombres, no ha existido dependencia entre ambas variables.

4) Por último, en cuanto al contacto con alguna situación de COVID-19 en el entorno laboral y en función del sexo, hemos encontrado porcentajes similares en



hombres y en mujeres, presentando estas últimas unas cifras levemente superiores con respecto al otro sexo.

11.1.4. CONCLUSIONES FINALES

- 1) La prevalencia de personas con burnout en los hospitales públicos de Huelva ha sido baja. Sin embargo, la prevalencia en la afectación de algunas de las dimensiones del síndrome sí que ha sido media-alta, llegando en algunos casos a afectar a la mitad de la población, concretamente en el agotamiento emocional y en la despersonalización.
 - a. La mayor prevalencia de burnout en función de la categoría profesional la han presentado los/as celadores/as y la menor los/as enfermeros/as.
 - b. La mayor prevalencia en el agotamiento emocional en función de la categoría profesional la han presentado los/as celadores/as y la menor los/as médicos.
 - c. La mayor prevalencia en la despersonalización en función de la categoría profesional la han presentado los/as celadores y la menor los/as enfermeros/as.
 - d. La mayor prevalencia en la baja realización personal en función de la categoría profesional la han presentado los/as celadores y la menor los/as enfermeros/as.



- e. La prevalencia del burnout y de sus dimensiones en función del centro de trabajo, ha sido similar para ambos centros de trabajo.
- 2) Hay diferencias estadísticamente significativas en el padecimiento de burnout y afectación del agotamiento emocional y de la despersonalización en función del tiempo de servicio. Además, se han encontrado correlaciones positivas entre las variables, sin embargo, estas correlaciones han sido muy bajas.
- 3) Hay diferencias estadísticamente significativas en la afectación del agotamiento emocional y la despersonalización en función de la edad. Se han encontrado correlaciones positivas entre las variables, aunque han sido muy bajas.
- 4) Se ha constatado la dependencia entre las variables de estado civil y de burnout, de manera que las personas divorciadas han sido las que mayor porcentaje de burnout han representado, mientras que las personas viudas son las que menor porcentaje han representado. Del mismo modo, se ha constatado la dependencia entre las dimensiones del síndrome y el estado civil, de forma que las personas que presentan mayor porcentaje de afectación en la dimensión de agotamiento emocional son quienes tienen pareja. Las que presentan menor porcentaje de afectación en la anterior variable son las viudas. Las personas que presentan mayor porcentaje de afectación en despersonalización son las personas casadas, y, las que presentan menor porcentaje de afectación son las divorciadas. Por último, se pone de manifiesto que las personas que presentan mayor porcentaje de afectación en la baja



realización personal son las viudas y las que presentan menor porcentaje de afectación son las divorciadas.

- 5) Se ha constatado la dependencia entre las variables contacto con COVID-19 y burnout. El porcentaje de personas que presentan burnout y han tenido contacto con COVID-19 es mayor que el porcentaje de personas que han tenido contacto con COVID-19 y no presentan burnout. Del mismo modo, se ha constatado la dependencia entre el contacto con COVID-19 y las dimensiones del burnout. Las personas que han tenido contacto con COVID-19 presentan mayor porcentaje de afectación en la dimensión de alto agotamiento emocional y alta despersonalización, en contraposición, con las personas que no han tenido contacto que presentan mayor porcentaje de afectación en la baja realización personal.
- 6) En el tipo de interacción del trabajo con el entorno familiar y la dirección de esa interacción, el mayor porcentaje de nuestra muestra tiene una interacción positiva de la familia sobre el trabajo.
- 7) Las personas que han presentado mayor porcentaje de burnout, han presentado también mayor porcentaje de interacción negativa del trabajo sobre la familia. Se ha constatado la dependencia entre estas variables. Igualmente ocurre con las personas con alto agotamiento emocional y alta despersonalización, también presentan mayor porcentaje de interacción negativa del trabajo sobre la familia y también se ha constatado la dependencia entre las variables.



- 8) Las personas que han tenido contacto con alguna situación de COVID-19 en su entorno laboral, presentan también un mayor porcentaje de interacción negativa del trabajo sobre la familia. Se ha constatado la dependencia entre las distintas interacciones del trabajo con la familia en relación con el contacto con COVID-19.
- 9) Las personas que han presentado un resultado positivo en el cuestionario GHQ12 (posible caso psiquiátrico no psicótico o posible trastorno emocional), han reflejado también mayores porcentajes de burnout, alto agotamiento emocional y alta despersonalización. Sin embargo, las personas con un resultado positivo en GHQ12 han presentado también un mayor porcentaje de alta realización personal. Se ha evidenciado dependencia entre las variables burnout y sus dimensiones con relación a los resultados del cuestionario GHQ12.
- 10) Las mujeres viudas han representado el mayor porcentaje en GHQ12 positivo y las personas con pareja el menor. Estas variables han tenido un resultado de dependencia en las pruebas de Chi-cuadrado.
- 11) Los/as celadores/as han representado el mayor porcentaje en GHQ12 positivo y los/as auxiliares de enfermería el menor. Estas variables han tenido un resultado de dependencia en las pruebas de Chi-cuadrado.
- 12) Hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados del GHQ12 en función de la edad, de manera que, la media de edad de las personas con probables



patologías psiquiátricas no psicóticas es levemente inferior a la media de edad de las personas que no las presentan.

- 13) Las personas que han tenido contacto con alguna situación en relación con el COVID-19 en su entorno laboral, representan un mayor porcentaje en el resultado positivo del cuestionario GHQ12. Estas variables han tenido un resultado de dependencia en la prueba de Chi-cuadrado.

11.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Con esta investigación se han analizado tres focos de atención en el personal de salud de hospitales públicos de la capital de Huelva, como son: el burnout, el tipo de interacción entre el trabajo y el entorno familiar y la salud autopercebida. Además, se ha estudiado la relación entre estas variables con otras variables de tipo sociodemográfico y con el estado actual de pandemia que ha acontecido en todo el planeta en el año 2020. Sin embargo, el estudio presenta una serie de limitaciones que se detallan a continuación.

El hecho de ser una investigación de corte transversal, en la que se mide la relación entre las variables en un momento puntual y no realizar un seguimiento en el tiempo, hace que muchas de esas variables puedan sufrir cambios, como nos consta que está ocurriendo por los cambios acontecidos en la sanidad pública española (González-Jiménez, López-Martínez, Zapata-Boluda, Cala y Dalouh, 2016) que pueden modificar las puntuaciones de



muchos indicadores de salud objetivos y subjetivos. De forma que sería muy interesante realizar estudios prospectivos, con la misma muestra de estudio, para valorar estos supuestos cambios.

Otra de las limitaciones se deriva del tamaño muestral. Aunque el número de profesionales de la salud sí representan la realidad de este colectivo en los centros hospitalarios estudiados, no podemos extrapolar los resultados a otros hospitales y provincias. Además, se han clasificado solo en función de la categoría profesional, pero no se ha tenido en cuenta la clasificación en función de la unidad o el servicio en el que trabajaba en ese momento el/la profesional. Para la presentación de resultados hemos seguido el modelo de Golembiewski & Munzenrider (1988), en el que clasificamos al trabajador/a en relación con la virulencia del síndrome. Es necesario realizar nuevos estudios con tamaños muestrales mayores para que los resultados tengan mayor validez externa, participando más centros sanitarios y en los que se clasifique a su personal según sus distintos servicios y unidades de pertenencia.

Por último, planteamos también realizar futuros estudios longitudinales en los que se compruebe además, la influencia de los rasgos de personalidad y/o de conducta, ya que ellos influyen en la percepción y valoración que se realiza de las situaciones.



CAPÍTULO 12.

PROPUESTA PEDAGÓGICA DE INTERVENCIÓN Y/O PREVENCIÓN

CAPÍTULO 12. PROPUESTA PEDAGÓGICA DE INTERVENCIÓN Y/O PREVENCIÓN

Tras conocer cuáles son los determinantes del burnout en el personal de salud de Huelva, detallados en los resultados y conclusiones de esta investigación, a continuación se presenta una guía de propuesta pedagógica para prevenir, paliar y mejorar los problemas detectados.

En primer lugar y con el objetivo de describir exhaustivamente el panorama actual de la intervención sobre el burnout, se presentan los resultados de una revisión sistemática de las propuestas formativas relacionadas con las variables afectadas.

En segundo y último lugar, se presenta el diseño de un planteamiento de intervención y/o prevención, elaborado para implantarlo en los colectivos del presente estudio que presentan variables afectadas.



12.1. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN RELACIONADAS CON LAS VARIABLES AFECTADAS

En esta revisión sistemática se realizó una búsqueda en *Web of Science*, *Google Académico*, *Scopus*, *Dialnet* y *SportDiscus*, hasta el 06 de agosto de 2010. Se hicieron combinaciones de palabras claves en inglés estructuradas en tres grupos: 1) «burnout» OR «depersonalization» OR «job satisfaction» OR «workload» OR «occupational stress» OR «mental health» OR «patient health questionnaire» OR «health personnel» AND 2) «occupational health» OR «work-life balance» OR «mental health associations» AND 3) «physical education» OR «mental health assistance».

Además, las investigaciones se limitaron usando otro operador más: NOT «faculty». Los resultados encontrados fueron exportados a Endnote Web para facilitar la organización de éstos y eliminar los duplicados.

Los estudios y/o propuestas de intervención/prevención incluidos en esta revisión, tenían que cumplir una serie de requisitos: a) participantes con una profesión relacionada con la salud, b) realizados en centros en los que hubiera contacto con pacientes, c) evaluación cuantitativa de al menos una de estas variables: burnout, agotamiento emocional, despersonalización, estado general de salud, conciliación familia – trabajo, prevención del burnout, d) Propuesta de intervención y/o prevención en burnout, salud mental o conciliación familiar. Posteriormente, fueron incluidos todos los artículos que cumplieron estos criterios en las bases de datos utilizadas, desde el año 2004 hasta agosto de 2020.



Después de realizar las búsquedas en las diferentes bases de datos, se evaluó el título, el resumen y la metodología utilizada en cada artículo para identificar aquéllos relacionados con el objetivo final de nuestra investigación de propuesta pedagógica y descartar los que no cumplieran los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente.

Se encontraron 82 trabajos en las distintas bases de datos. Seguidamente, se descartaron los duplicados, quedando un total de 64 trabajos (artículos o propuestas de intervención/prevención). De esta búsqueda fueron 13 los trabajos que cumplieron los criterios de elegibilidad y se incluyeron en la revisión sistemática.

A continuación, se describen los estudios seleccionados que tratan sobre las problemáticas que hemos encontrado en nuestra investigación. Se han seleccionado aquellas intervenciones realizadas en estos trabajos que más se ajustan a las necesidades que se han detectado en nuestro estudio según los resultados obtenidos. Estos hallazgos nos han servido para fundamentar una propuesta pedagógica de intervención, concreta para el colectivo seleccionado y con relación a las variables afectadas.

En primer lugar, hay que señalar que Gracia et al. (2018), realizaron la evaluación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. El programa presentó una disminución del cansancio emocional y una mayor autocompasión, características que pueden generar bienestar e incidir en el burnout de los/as profesionales de la salud.

Nogareda et al., (2007) elaboraron una serie de medidas preventivas con perspectivas de intervención en riesgos psicosociales. Estos autores realizaron estrategias individuales y organizacionales en función del objetivo/foco de la intervención psicosocial



(prevención primaria, secundaria y terciaria). Utilizaron estas estrategias para prevenir y/o tratar la salud mental de los/as trabajadores/as en relación al ámbito laboral.

Hoek et al., (2018) propusieron una estrategia integral de prevención del estrés laboral crónico que llamaron SP@W y la cual consta de dos elementos: 1) una plataforma digital (PD) con un protocolo paso a paso para seleccionar e implementar intervenciones de manejo del estrés relacionadas con el trabajo, y 2) una red de aprendizaje colaborativo. Esta estrategia de dos elementos se desarrolló en estrecha colaboración con varias organizaciones de diversos sectores, incluido el sector de la salud. Este formato participativo permitió adaptar la estrategia a las necesidades de las organizaciones como elemento necesario porque el estrés relacionado con el trabajo tiene una amplia gama de determinantes. Ambos elementos de SP@W se describen a continuación:

La PD consta de un protocolo paso a paso, múltiples intervenciones e instrumentos de detección. A su vez señalan Hoek et al., (2018) que el protocolo paso a paso consta de cinco pasos: 1) conciencia, 2) evaluación, 3) priorización y planificación, 4) implementación y 5) evaluación. Las intervenciones son a nivel organizacional o de empleados con un enfoque en: grupos o individuos en línea o fuera de línea; prevención primaria o secundaria, o sectores específicos y tipos de organización (por ejemplo, pequeñas y medianas empresas).

Un ejemplo de intervención organizacional fuera de línea es una guía para iniciar un diálogo entre los empleados y sus gerentes sobre la presencia de estrés laboral dentro de la organización o equipo. Un ejemplo de intervención individual en línea es un módulo de autoayuda para reducir los factores de riesgo psicosociales relacionados con el trabajo.



Además, la PD proporciona instrumentos de detección para el estrés (relacionado con el trabajo) y factores de riesgo psicosocial, y contiene referencias a proveedores de intervención que pueden ayudar en el proceso de implementación si es necesario (Hoek et al., 2018).

El segundo elemento de SP@W es la red de aprendizaje colaborativo, la cual tiene como objetivo estimular la comunicación entre las organizaciones para permitir, compartir e intercambiar conocimientos sobre experiencias de implementación y discutir buenas prácticas sobre la implementación de una intervención de manejo del estrés e historias de casos para la implementación entre organizaciones (Hoek et al., 2018).

El objetivo de esta red es que la organización pueda aprender de otras organizaciones, pero también pueda ser estimulada y energizada por otras organizaciones. El fin es organizar tres reuniones de la red de aprendizaje durante el período de prueba de un año, en tres regiones, y una reunión general anual para todas las regiones geográficas juntas. Cada reunión dura aproximadamente dos horas y aborda, por ejemplo, un paso específico del protocolo paso a paso guiado por las necesidades específicas de las organizaciones participantes. Las reuniones están presididas por un experto en implementación.

Además, de evaluaciones del programa se determinó que la combinación de varias estrategias de implementación en una estrategia integral de prevención del estrés es importante para superar las barreras en múltiples niveles dentro de las organizaciones. SP @ W puede reducir el estrés y las bajas por enfermedad y aumentar la productividad, lo que es beneficioso tanto para los empleados como para la organización.



En España, el Instituto de la mujer en colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias y la Asociación Noruega de Autoridades Locales y Regionales (2010), realizó un proyecto con una guía de equilibrio entre la vida personal, familiar y profesional en España y Noruega. Esta guía recoge interesantes recomendaciones dirigidas a las empresas y a la administración local. Además, recoge una serie de recomendaciones para la provisión de servicios e infraestructuras en las localidades. Tener en cuenta estas recomendaciones será de vital importancia en nuestra propuesta formativa, ya que, el adecuado equilibrio entre el entorno laboral y profesional, aporta bienestar a los/as profesionales (Rodríguez, Vélez y Meléndez, 2012).

La Sociedad Española de Psiquiatría (2020) ha publicado una serie de documentos relacionados con la COVID-19 entre los que incluye una serie de actuaciones para cuidar la salud mental del personal sanitario. Estas recomendaciones abordan estrategias tanto en el entorno laboral, como familiar y personal.

Dwivedi & Singh (2016) diseñaron una propuesta a través de la implementación de Yoga Nidra como estrategia de intervención para el manejo del estrés, el objetivo de la propuesta fue explorar el papel y la efectividad de Yoga Nidra para mitigar el nivel de estrés de los empleados en el lugar de trabajo. De acuerdo con los autores la Yoga Nidra es uno de los mejores mecanismos de intervención yóguicos para hacer frente al problema del estrés que estimula el sistema parasimpático y disminuye el sistema simpático que produce cuerpo en estado homeostático.

Para la evaluación de dicha propuesta, los 30 empleados/as que trabajan en diferentes capacidades (sanitarios/as y no sanitarios/as, ambos) fueron entrevistados con la



ayuda de preguntas estructuradas y sus respuestas y experiencias se analizaron mediante el Método de Análisis de Contenido.

Yoga Nidra es la poderosa técnica para inducir relajaciones físicas, mentales y emocionales completas. El estado de Yoga Nidra refleja una respuesta integrada por el hipotálamo resultante en disminución de la actividad nerviosa simpática (excitador) y aumento de la función parasimpática (relajante). Esta respuesta de relajación puede ser considerada como la contraparte inversa de la llamada respuesta de "lucha o huida". El objetivo final de Yoga Nidra es combatir las influencias estresantes y rectificar los desequilibrios creados por mal manejo del estrés. No es solo una forma de lidiar con el estrés, sino que proporciona un medio para transformar y utilizar positivamente la tensión como un trampolín para una mayor conciencia, eficiencia y logros en la vida (Dwivedi & Singh, 2016).

Ortiz-Fune (2018), realizó una revisión bibliográfica del burnout y presenta una serie de propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional. Esta autora detalla dos vías de intervención, una para profesionales que ya acusan afectación del síndrome, y otra a un nivel preventivo. El abordaje en ambas vías se realizaría a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Esta terapia se emplearía por un lado como instrumento de intervención, y, por otro, como programa formativo para la prevención del síndrome.

Magdalena, Fernández y Roso (2020), después de realizar una revisión sistemática exhaustiva sobre la temática, concluyeron que las intervenciones más adecuadas para la prevención e intervención del burnout son: la terapia de aceptación y compromiso, el



sentido del humor, la creatividad, estrategias y técnicas de relajación, y estrategias de comunicación.

Gómez y Gómez (2004) presentaron un programa de intervención cognoscitiva conductual para el síndrome del burnout. Lo más interesante de este programa es que se realiza teniendo en cuenta dos niveles de abordaje, el individual y el organizacional. Además, la intervención también va dirigida hacia las tres dimensiones que caracterizan el síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal).

Alonso (2020) después de realizar una revisión sistemática sobre la prevención del burnout en sanitarios/as, sugirió los siguientes recursos para prevenir este síndrome:

- Implementación de herramientas psicométricas para la evaluación del síndrome como el Inventario Maslach de Burnout.
- Revisión periódica de objetivos laborales realistas y accesibles.
- Métodos de evaluación del desempeño, descripciones de tareas y cargas de trabajo y de preferencias.
- Fomento del empoderamiento a trabajadores/as (mediante capacitación y formación).
- Toma de decisiones, autonomía, autocontrol y diálogo.
- Favorecer la mejora de la autoestima, disminución de la ansiedad, irritabilidad, cansancio o fatiga.



-Revisión de los puestos de trabajo, procedimientos, carga y equidad laboral y creación o fortalecimiento de vínculos sociales entre trabajadores/as de las instituciones.

Carrasco, de la Corte y León (2010), analizaron el engagement como forma de prevenir el burnout en los/as empleados/as desde el campo de la Psicología Organizacional Positiva. En su investigación concluyen que el engagement, considerado un constructo opuesto al burnout, debe ser tenido en cuenta por las organizaciones y se debe considerar la salud del trabajador/a como una meta de la empresa. Solo así, se conseguirán trabajadores/as motivados/as y psicológicamente sanos/as.

Torres (2018) realizó en el año 2018 una propuesta de intervención para la prevención y disminución del síndrome de burnout, en la que detallaba intervenciones activas e intervenciones pasivas.

En las intervenciones activas, esta autora (Torres, 2018) refiere técnicas de relajación efectivas para el cansancio emocional y la despersonalización, entrenamiento del autoconocimiento, terapia cognitivo-conductual para la disminución de burnout, estrategias adaptativas de afrontamiento para un correcto autocuidado, autoeficacia con intervenciones psicosociales en las que se abordan habilidades técnicas, comunicativas e interpersonales. Con ello se mejora el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. En cuanto a las intervenciones pasivas, detalla una serie de cambios organizacionales. Destaca la formación continuada mediante cursos de reciclaje o taller; además, señala la importancia de la información en este colectivo sobre técnicas novedosas, cuidados, programas o tecnologías para la renovación de conocimientos. En este tipo de intervenciones pasivas, refiere que son de vital importancia las adecuadas



relaciones interpersonales y el reconocimiento por parte de compañeros/as y superiores para la prevención del burnout y bienestar mental. Además, es fundamental la adecuación de un horario de trabajo para fomentar un equilibrio y conciliación entre entorno laboral y familiar, la provisión de recursos como la plantilla, instrumentos de trabajo, espacio, etc., para mejorar el ambiente laboral favoreciendo así, la comodidad de los/as profesionales.

Por último, Sarrión y Roldán (2020), propusieron un diseño de un programa de intervención psicosocial frente al estrés laboral en el colectivo sanitario. Para ello diseñaron un cronograma de intervención con 8 sesiones de trabajo en las que se abordaba información y formación sobre la temática, a través de técnicas de relajación e interacción grupal y talleres de inteligencia emocional.

12.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS

En la Tabla 33 se presentan las características de los 13 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tabla 33
Características de los estudios

Estudio [País]	Diseño	Variables	Principales resultados
Gracia et al.	Estudio longitudinal de	Burnout. Mindfulness.	Este programa, en la población descrita, mostró un descenso



(2018). [España]	diseño intrasujeto pre-post intervención. N=32.	Empatía. Autocompasión. Variables. sociodemográficas y laborales	del agotamiento emocional y un aumento de la autocompasión, factores que pueden producir bienestar e incidir en el burnout de este colectivo vulnerable.
Nogareda et al. (2007). [España]	Propuesta de intervención.	Factores inherentes al trabajo. Dimensiones macro- organizativas y condiciones de riesgo psicosocial. Factores individuales. Factores interpersonales.	Esta propuesta presenta estrategias individuales y organizacionales en función del objetivo/foco de la intervención psicosocial (prevención primaria, secundaria y terciaria). Utilizan estas estrategias para prevenir y/o tratar la salud mental de los/as trabajadores/as en relación al ámbito laboral.
Hoek et al. (2018). [EEUU]	Propuesta de intervención.	Plataforma digital (PD) con un protocolo paso a paso para seleccionar e implementar intervenciones de manejo del estrés relacionadas con el trabajo Una red de aprendizaje colaborativo.	Resultados esperados: una mayor productividad y una disminución del estrés y las bajas por enfermedad en otras organizaciones.
Instituto de la Mujer, Federación Española de Municipios y			Esta guía recoge interesantes



Provincias y Asociación Noruega de Autoridades Locales y Regionales (2010). [España]	Propuesta de intervención.	Conciliación de la vida laboral, personal y profesional.	recomendaciones dirigidas a las empresas y a la administración local para la eficacia de medidas de conciliación laboral, personal y familiar.
Sociedad Española de Psiquiatría (2010). [España]	Propuesta de intervención.	Apoyo emocional del personal sanitario.	Se incluyen una serie de actuaciones para cuidar la salud mental del personal sanitario en estado de pandemia. Estas recomendaciones abordan estrategias tanto en el entorno laboral, como familiar y personal.
Dwivedi & Singh (2016). [La India]	Estudio Longitudinal. N=30.	Yoga Nidra. Nivel de estrés.	De acuerdo con los autores la Yoga Nidra es uno de los mejores mecanismos de intervención yóguicos para hacer frente al problema del estrés que estimula el sistema parasimpático y disminuye el sistema simpático que produce cuerpo en estado homeostático.
Ortiz-Fune (2018). [España]	Revisión bibliográfica.	Burnout. Flexibilidad psicológica. Terapia de aceptación y compromiso.	Esta autora detalla dos vías de intervención, una para profesionales que ya acusan afectación del síndrome, y otra a un nivel preventivo. El abordaje en ambas vías se realizaría a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso.
			El trabajo en la mejora de las



<p>Magdalena, Fernández y Roso (2020). [España]</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>Terapia de aceptación y compromiso. Sentido del humor. Creatividad. Estrategias y técnicas de relajación. Estrategias de comunicación.</p>	<p>habilidades en materia de prevención tiende a desembocar en la consecución de profesionales con la capacidad necesaria para afrontar sus estresores, con menores riesgos de desencadenar el síndrome de desgaste o burnout. Esta capacidad proporcionará una mejor atención al usuario y un mejor funcionamiento de la atención sanitaria.</p>
<p>Gómez y Gómez (2004). [Colombia]</p>	<p>Programa de intervención.</p>	<p>Burnout. Agotamiento emocional. Despersonalización. Baja realización personal.</p>	<p>Lo más interesante de este programa es que se realiza teniendo en cuenta dos niveles de abordaje, el individual y el organizacional.</p>
<p>Alonso (2020). [España]</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>Burnout. Estrés laboral. Absentismo. Recursos.</p>	<p>Recursos para prevenir el síndrome: implementación de herramientas psicométricas para la evaluación del síndrome como el Inventario Maslach de Burnout, revisión periódica de objetivos laborales realistas y accesibles, métodos de evaluación del desempeño, descripciones de tareas y cargas de trabajo y de preferencias, fomento del empoderamiento a trabajadores/as (mediante capacitación y formación), toma de decisiones, autonomía, autocontrol y diálogo, favorecer la mejora de la autoestima, disminución de</p>



			la ansiedad, irritabilidad, cansancio o fatiga, revisión de los puestos de trabajo, procedimientos, carga y equidad laboral y creación o fortalecimiento de vínculos sociales entre trabajadores/as de las instituciones.
Carrasco, de la Corte y León (2010). [España]	Revisión bibliográfica.	Estrés laboral. Engagement. Burnout.	En su investigación concluyen que el engagement, considerado un constructo opuesto al burnout, debe ser tenido en cuenta por las organizaciones y se debe considerar la salud del trabajador/a como una meta de la empresa. Solo así, se conseguirán trabajadores/as motivados/as y psicológicamente sanos/as.
Torres (2018). [España]	Revisión bibliográfica.	Relajación. Autoconocimiento Autoeficacia. Cambios organizacionales. Agotamiento emocional. Despersonalización. Baja realización personal.	Esta autora refiere el manejo de intervenciones activas y pasivas para aumentar el bienestar mental en el entorno laboral y disminuir el burnout.
Sarrión y Roldán (2020). [España]	Revisión sistémica.	Intervención psicosocial. Síndrome de burnout. Estrés laboral.	Programa de intervención con un cronograma de intervención con 8 sesiones de trabajo en las que se aborda información y formación sobre la temática, a través de técnicas de relajación e interacción grupal y talleres



12.1.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta revisión se realizó con el objetivo de conocer las intervenciones de propuestas formativas que más se adecuaban a nuestros resultados.

En lo que respecta al manejo del agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, Gracia et al. (2018) detallaron una disminución del agotamiento emocional después de un tratamiento con mindfulness.

Hoek et al. (2018) realizaron una propuesta de intervención en la que tenían como objetivo principal la disminución del estrés. Dwivedi & Singh (2016) presentaron también resultados satisfactorios en el manejo de esta variable a través de la aplicación de sesiones de Yoga Nidra.

Ortiz-Fune (2018) realiza una revisión bibliográfica en la que concluye un abordaje para las tres variables a través de la Terapia de aceptación y Compromiso. Magdalena, Fernández y Roso (2020) detallaron una serie de conclusiones después de realizar una revisión bibliográfica, estas conclusiones estaban basadas en la mejora de habilidades en materia de prevención para afrontar de forma efectiva los estresores laborales y disminuir así, la incidencia en la afectación de las tres variables.



Gómez y Gómez (2004) presentaron un programa de intervención para el abordaje de las tres dimensiones del burnout desde dos niveles, el individual y el organizacional.

Alonso (2020) realizó una revisión bibliográfica y presentó una serie de conclusiones con recursos para aplicar en el tratamiento de las tres dimensiones. Carrasco, de la Corte y León (2010) plantearon un abordaje del estrés laboral y burnout a través de la potenciación del engagement.

Por último, Sarrión y Roldán (2020), después de realizar una revisión sistémica, propusieron un programa de intervención psicosocial para abordar las tres dimensiones.

Por otro lado, para abordar la temática de conciliación del entorno laboral, personal y familiar, el Instituto de la Mujer en colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias y la Asociación Noruega de Autoridades Locales y Regionales (2010), detalla una propuesta de intervención en la que se abordan medidas en relación con esta temática.

Por último, para abordar la salud mental de los/as profesionales de la salud, Nogareda et al., (2007) presentó una propuesta de intervención para abordar esta temática a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria. La Sociedad Española de Psiquiatría (2010), detalló también una propuesta de intervención para abordar la salud mental de los/as trabajadores/as de la salud, en el entorno laboral, familiar y personal, en un estado de pandemia.

En definitiva, los resultados incluidos en esta revisión muestran un amplio abanico de estrategias de intervención y prevención para aplicar en nuestra población. A



continuación, mostramos la guía de propuesta pedagógica de intervención para el colectivo estudiado.

12.2. PROPUESTA PEDAGÓGICA: GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN

En este apartado vamos a presentar una serie de propuestas pedagógicas de intervención y prevención con dos objetivos:

-En primer lugar, se describe una relación de las acciones para llevar a cabo la intervención en los problemas detectados.

-En segundo lugar, vamos a indicar una propuesta de intervención individualizada para cada colectivo afectado, en función de los determinantes que es necesario tratar, como se ha puesto de manifiesto en los resultados descritos del presente estudio.

12.2.1. INTERVENCIONES GENERALES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES AFECTADAS

En este epígrafe, presentamos una serie de intervenciones dirigidas al tratamiento y/o prevención del agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal.



Además, se detallan también algunas recomendaciones para hacer posible la efectiva conciliación de la vida familiar, laboral y personal, así como actuaciones para evitar riesgos psicosociales y mejorar la salud mental de los/as profesionales de salud.

12.2.1.1. ALTO AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Estrategias a nivel grupal con repercusión individual

A continuación, se presenta un cronograma de intervención para el tratamiento del agotamiento emocional (Tabla 34). Se plantea una secuencia de 8 sesiones impartidas por profesionales especialistas en la temática del contenido de cada de una ellas. La primera sesión tiene un carácter introductorio, planteando una toma de contacto con la temática que se va a abordar en la intervención. En cada una de las siguientes se trabajan distintos tipos de afrontamiento que se pueden llevar a cabo para el agotamiento emocional.

Tabla 34

Estrategias a nivel grupal con repercusión individual

Cronograma de intervención. “Recargando pilas”			
SESIÓN	SEMANA	DURACIÓN	RECURSOS NECESARIOS
Sesión 1: charla sobre “Agotamiento	Semana 1	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: médico/a



emocional”			especialista en salud laboral
Sesión 2: charla sobre “Inteligencia emocional y agotamiento emocional”	Semana 2	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos, ceras, rotuladores, colores, lápices, pintura de dedos Recursos humanos: psicólogo/a
Sesión 3: taller sobre “Inteligencia emocional. Relaciones interpersonales”	Semana 3	60 minutos	PC, proyector, papel, cinta para ojos Recursos humanos: trabajador/a social
Sesión 4: taller “Interacción grupal: risoterapia”	Semana 4	60 minutos	PC, proyector, vídeo, globos, rotulador permanente, cinta para ojos Recursos humanos: Técnico/a Superior en Animación Sociocultural y turística
Sesión 5: taller “Meditación: respiración”	Semana 5	60 minutos	PC, proyector, audio, vídeo, esterillas Recursos humanos: Técnico/a especialista en Yoga Nidra
Sesión 6: taller de “Meditación: atención plena”	Semana 6	60 minutos	PC, proyector, audio, esterillas Recursos humanos: Técnico/a especialista en Mindfulness



Sesión 7: taller de “Técnicas de relajación: relajación muscular progresiva”	Semana 7	60 minutos	PC, proyector, audio, esterilla Recursos humanos: Graduado/a Universitario/a en Fisioterapia
Sesión 8: “Relajación y cierre”	Semana 8	60 minutos	Papel, bolígrafos, esterillas, cuestionarios Recursos humanos: Técnico/a Deportivo Superior y Psicopedagogo/a
Lugar: sala de reuniones		Horas totales: 8 horas	

Fuente: Dwivedi & Singh, 2016; Torres, 2018; Gracia et al., 2018; Hoek et al., 2018; Magdalena, Fernández y Roso, 2020; Gómez y Gómez, 2004.

Estrategias desde la organización

Como se ha puesto de manifiesto en los resultados de este estudio, parte de la etiología del agotamiento emocional es debida al entorno laboral; por lo tanto, los centros de trabajo como organización tienen que llevar a cabo una serie de medidas. En la Figura 10 se enumeran las estrategias de intervención desde las organizaciones, que abarcan desde la gestión administrativa hasta la humanización de los cuidados de los empleados/as.





Figura 10. Intervenciones de tipo organizacional (Fuente: Torres, 2018; Hoek et al., 2018; Gracia et al., 2018; Hoek et al., 2018; Magdalena, Fernández y Roso, 2020; Gómez y Gómez, 2004).



Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial

Otra medida, en este caso a nivel individual, sería el apoyo psicosocial. En ocasiones, si la persona presenta un fuerte agotamiento emocional, puede precisar también una intervención personalizada (Figura 11). En este apartado se presenta una orientación de los tipos de terapias fundamentales para la intervención psicosocial. Una vez realizado el diagnóstico en concreto de la persona a tratar, se determinarían acciones más específicas y la secuencia de intervención de las mismas. Algunas acciones que recomendamos de entre las que se recogen en la bibliografía para llevar a cabo ese tipo de tratamiento, son las planteadas por Torres (2018) y Sarrión y Roldán (2020):



Figura 11. Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Fuente: Torres, 2018; Sarrión y Roldán, 2020).



Estos tratamientos serán llevados a cabo preferentemente por un Graduado en Psicología y será quien determine qué intervención aplicar en función de su juicio clínico.

12.2.1.2. ALTA DESPERSONALIZACIÓN

En la misma línea que hemos seguido con la anterior variable, para la intervención en la alta despersonalización, se presentan estrategias grupales, desde la organización e individuales atendiendo a las características personales.

Estrategias a nivel grupal con repercusión individual
--

En esta intervención se describen 8 sesiones de trabajo, que van desde los planteamientos conceptuales sobre la despersonalización hasta la intervención sobre la misma (Tabla 35). Cada una de estas sesiones tendrán una duración aproximada de una hora y se concluye con una valoración sobre los talleres a través de la aplicación de un cuestionario.



Tabla 35

Estrategias a nivel grupal con repercusión individual

Cronograma de intervención. “Humanización del cuidado”			
SESIÓN	SEMANA	DURACIÓN	RECURSOS NECESARIOS
Sesión 1: charla sobre “despersonalización”	Semana 1	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: médico/a especialista en salud laboral
Sesión 2: charla sobre “Inteligencia emocional y despersonalización”	Semana 2	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos, ceras, rotuladores, colores, lápices, pintura de dedos Recursos humanos: psicólogo/a
Sesión 3: taller sobre “Inteligencia emocional. Relaciones interpersonales”	Semana 3	60 minutos	PC, proyector, papel, cinta para ojos Recursos humanos: trabajador/a social
Sesión 4: charla sobre “engagement”	Semana 4	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: Psicólogo
Sesión 5: taller “engagement en la práctica”	Semana 5	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos



clínica”			Recursos humanos: Psicólogo/a
Sesión 6: taller de “Empatía”	Semana 6	60 minutos	PC, proyector, audio, auriculares, vendas Recursos humanos: Trabajador/a social y pacientes voluntarios colaboradores con patologías crónicas
Sesión 7: taller de “Habilidades sociales”	Semana 7	60 minutos	PC, proyector, audio, vídeo Recursos humanos: Enfermero/a de atención especializada del área de cuidados paliativos
Sesión 8: “Conclusiones finales y cierre”	Semana 8	60 minutos	Papel, bolígrafos, cuestionarios Recursos humanos: Psicólogo/a
Lugar: sala polivalente		Horas totales: 8 horas	

Fuente: Carrasco, de la Corte y León, 2010; Dwivedi & Singh, 2016; Gracia et al., 2018; Hoek et al., 2018; Magdalena, Fernández y Roso, 2020.

Estrategias desde la organización

Para abordar la despersonalización a nivel grupal y desde la organización, se plantean una serie de acciones a llevar a cabo por la misma que se relatan en la Figura 12.



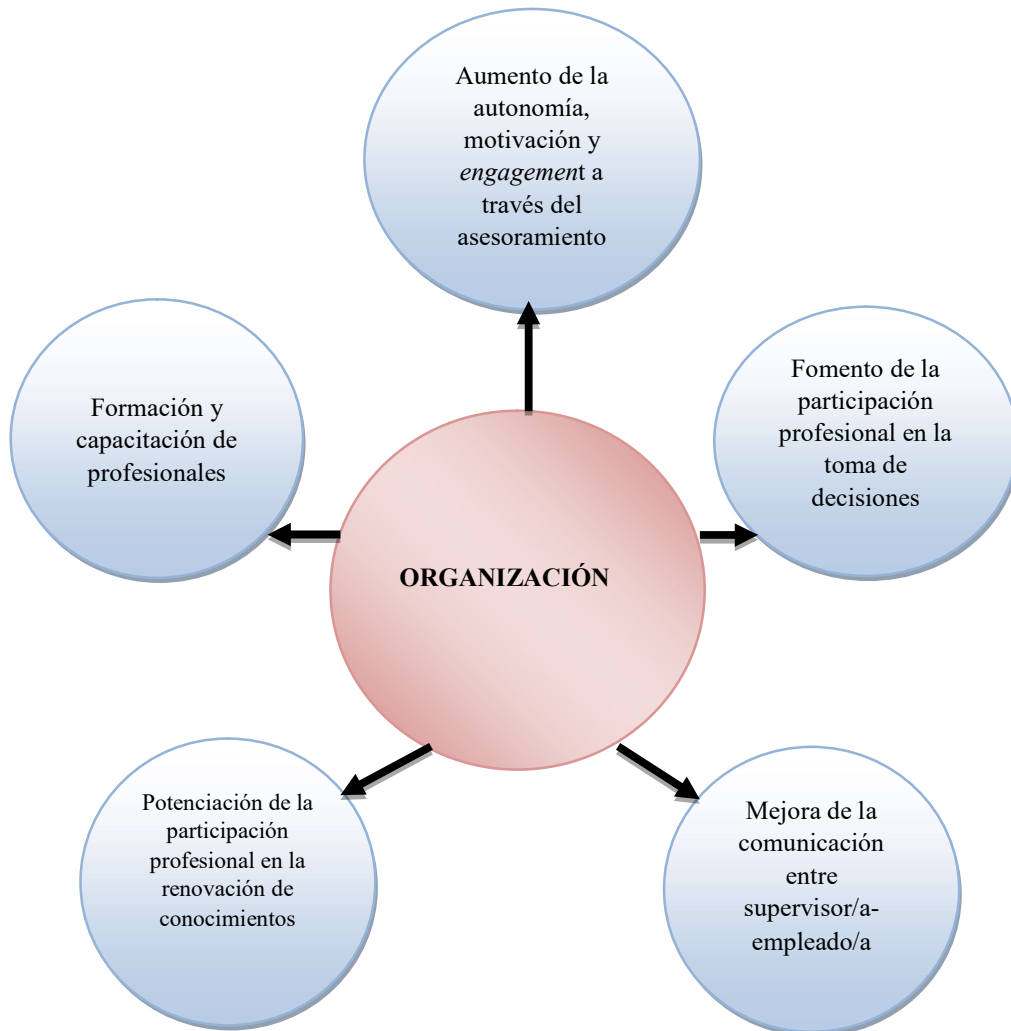


Figura 12. Intervenciones de tipo organizacional (Fuente: Gómez y Gómez, 2004; Ortiz-Fune, 2018).



Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial

Para el tratamiento psicosocial de la despersonalización, la información obtenida en la revisión bibliográfica realizada pone de manifiesto que las propuestas más óptimas que se plantean son las que se enumeran en la Figura 13. Estas acciones las tomamos como guía de intervención en los casos detectados en este estudio. Estas estrategias serán aplicables en las ocasiones en las que la persona presente una fuerte despersonalización y pueda precisar, además de las actuaciones mencionadas en los epígrafes anteriores, una intervención individual de apoyo psicosocial.



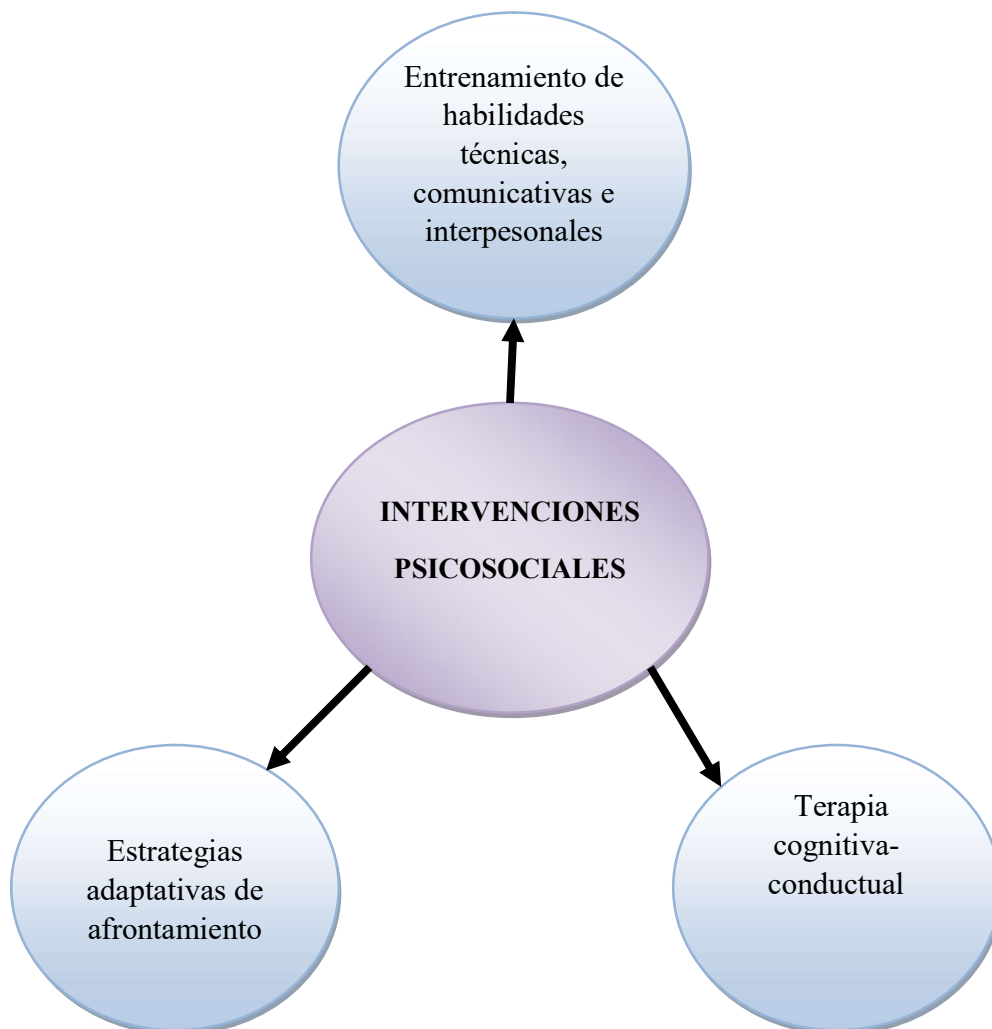


Figura 13. Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Fuente: Torres, 2018; Sarrión y Roldán, 2020).



12.2.1.3. BAJA REALIZACIÓN PERSONAL

Siguiendo con la secuencia de actuaciones sobre las dimensiones del burnout, es necesario abordar la baja realización personal presente en muchos/as de los/as profesionales de este estudio.

Estrategias a nivel grupal con repercusión individual

Entre las estrategias a nivel grupal, se plantea una secuencia de 6 sesiones con características organizativas similares a las planteadas anteriormente para las otras dimensiones, pero con contenido específico para esta variable (Tabla 36).

Tabla 36

Estrategias a nivel grupal con repercusión individual

Cronograma de intervención. “Empodérate”			
SESIÓN	SEMANA	DURACIÓN	RECURSOS NECESARIOS
Sesión 1: charla sobre “Realización personal”	Semana 1	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: médico/a especialista en salud laboral
Sesión 2: charla sobre “empoderamiento”	Semana 2	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: psicólogo/a



Sesión 3: taller sobre “engagement”	Semana 3	60 minutos	PC, proyector, papel, cartulinas, lápices de colores Recursos humanos: Graduado/a en empresariales
Sesión 4: taller sobre “refuerzo de la autoestima”	Semana 4	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: Psicopedagogo/a y Trabajador/a social
Sesión 5: taller “engagement en la práctica clínica”	Semana 5	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: Psicólogo/a
Sesión 6: “Conclusiones finales y cierre”	Semana 6	60 minutos	Papel, bolígrafos, cuestionarios Recursos humanos: Psicólogo/a
Lugar: sala de reuniones		Horas totales: 6 horas	

Fuente: Carrasco, de la Corte y León, 2010; Dwivedi & Singh, 2016; Gracia et al., 2018; Hoek et al., 2018; Magdalena, Fernández y Roso, 2020.



Estrategias desde la organización

A nivel organizacional, para la realización personal, se plantean una serie de acciones encaminadas a desarrollar la capacitación personal y profesional de la personas. A estas acciones hay que añadir como han puesto de manifiesto otros estudios realizados, la importancia que tiene la comunicación en las organizaciones, como otras acciones que habría que trabajar para atajar este problema (Figura 14).





Figura 14. Intervenciones de tipo organizacional (Fuente: Carrasco, de la Corte y León, 2010; Gómez y Gómez, 2004; Ortiz-Fune, 2018).



Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial

Para la baja realización personal puede ser necesaria la intervención individual de apoyo psicosocial que como se presenta en la Figura 15, iría desde la mejora de la autoestima, fundamental para generar una actividad profesional eficiente; hasta la generación de motivación, creatividad y empoderamiento personal. Todas estas acciones contribuirían a los buenos resultados profesionales con los efectos sobre la autorrealización personal.



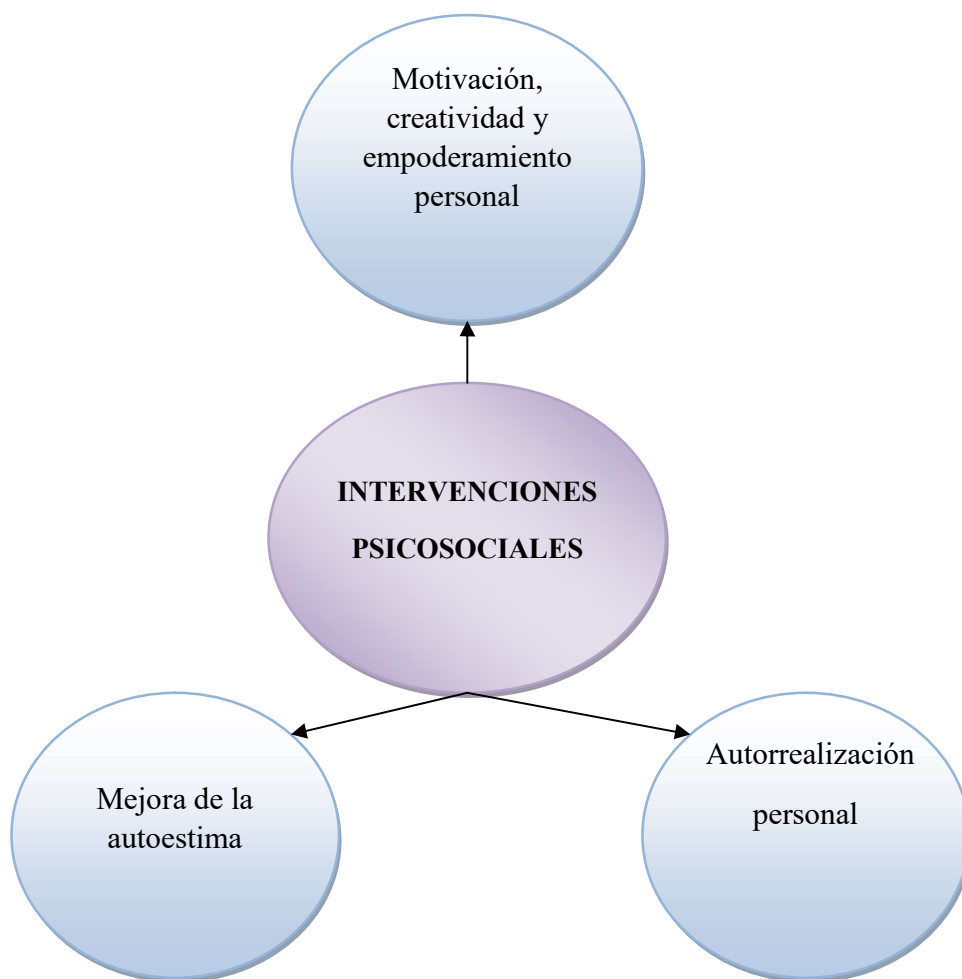


Figura 15. Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Fuente: Alonso, 2020; Sarrión y Roldán, 2020).



12.2.1.4. INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL BURNOUT

Dentro de los planteamientos de la promoción de la salud, proponemos una serie de acciones preventivas de burnout que forman también parte de uno de los objetivos generales de este trabajo. En este caso planteamos dos tipos de acciones: por un lado una estrategia formativa (Tabla 37) y por otro, una serie de actuaciones desde la organización (Figura 16).

Estrategia formativa

Tabla 37

Estrategia formativa

Cronograma de intervención preventiva. “Cuidando mi salud laboral”			
SESIÓN	SEMANA	DURACIÓN	RECURSOS NECESARIOS
Sesión 1: charla sobre “burnout”	Semana 1	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: médico/a especialista en salud laboral
Sesión 2: charla sobre “empoderamiento y engagement”	Semana 2	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: psicólogo/a
			PC, proyector, vídeo, papel,



Sesión 3: charla sobre “inteligencia emocional”	Semana 3	60 minutos	bolígrafos Recursos humanos: Psicólogo/a
Sesión 4: charla sobre “habilidades sociales”	Semana 4	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: Trabajador/a social
Sesión 5: charla sobre “recursos de apoyo y ayuda disponibles para profesionales”	Semana 5	60 minutos	PC, proyector, vídeo, papel, bolígrafos Recursos humanos: Trabajador/a social
Sesión 6: “Conclusiones finales y cierre”	Semana 6	60 minutos	Papel, bolígrafos, cuestionarios Recursos humanos: Psicólogo/a
Lugar: salón de actos		Horas totales: 6 horas	

Fuente: Dwivedi & Singh, 2016; Torres, 2018; Carrasco, de la Corte y León, 2010; Gracia et al., 2018; Hoek et al., 2018; Magdalena, Fernández y Roso, 2020.



Actuaciones desde la organización

En la tabla 38 se presentan actuaciones preventivas para las tres dimensiones del burnout: alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

Tabla 38

Actuaciones preventivas desde la organización

	Disminución de la burocratización
ACTUACIONES DESDE LA ORGANIZACIÓN	Potenciación de la participación profesional en la renovación de conocimientos
	Fomento de la participación profesional en la toma de decisiones
	Revisión de la carga y equidad laboral
	Mejora de las vías de comunicación interprofesional y profesional/paciente
	Aumento de la autonomía, motivación y engagement a través del asesoramiento
	Fomento del buen ambiente de trabajo
	Mejora de la comunicación entre supervisor/a-empleado/a
	Provisión de recursos materiales
	Aumento de recursos humanos
	Protocolo de detección e intervención



**Disminución de la ratio
profesional/paciente**

**Formación y capacitación de
profesionales**

Fuente: Carrasco, de la Corte y León, 2010; Gómez y Gómez, 2004; Ortiz-Fune, 2018; Torres, 2018; Hoek et al., 2018.

12.2.1.5. INTERVENCIONES PARA LA CONCILIACIÓN DEL ENTORNO LABORAL Y FAMILIAR

A continuación, se presentan una serie de acciones encaminadas a una intervención en personas con afectación en la interacción del entorno laboral y familiar. Esta intervención se compone de medidas que van desde el ámbito empresarial hasta la administración local (Tabla 39).

Tabla 39

Intervenciones para la efectiva conciliación del entorno laboral y familiar

AMBITO DE INTERVENCIÓN	ACTUACIÓN
Ámbito empresarial	Sensibilización e información encaminadas a modificar la cultura de la presencialidad en el puesto de trabajo.
	Aplicación de nuevas formas de organización del tiempo y el espacio de trabajo (flexibilidad horaria, jornada laboral continua, semana laboral comprimida, etc.) y la incorporación



	de las nuevas tecnologías como instrumento fundamental para lograr el equilibrio (teletrabajo, videoconferencias...).
Administración Local	Mejora y ampliación de la normativa general sobre conciliación familiar.
	Cambio en la cultura organizacional, basada en la autogestión y la confianza.
	Potenciación del uso de nuevas tecnologías para favorecer la conciliación.
	Mejorar el acceso a los servicios de cuidado de menores y personas dependientes.
	Ofrecer cualquier tipo de servicio para facilitar la conciliación de las personas de su trabajo con su entorno familiar o con personal a un coste accesible.
	Mejorar la gestión de los servicios destinados a la conciliación familiar y aprovechar las estructuras ya existentes (centros educativos o centros sociales).

Fuente: Instituto de la mujer, Federación Española de Municipios y Provincias y Asociación Noruega de Autoridades Locales y Regionales, 2010.



12.2.1.6. INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y/O TRATAMIENTO DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO LABORAL

La salud autopercebida de los/as participantes de este estudio se ha analizado a través del GHQ-12. Para la prevención y/o tratamiento de las personas que presentan afectación de esta variable se ha elaborado una serie de acciones con estrategias individuales y organizacionales (Tabla 40).

Tabla 40

Intervenciones para la prevención y/o tratamiento de riesgos psicosociales en el ámbito laboral

Estrategia de intervención: “Cuidando la salud mental de los/as trabajadores/as”		
Objetivo/Foco	Estrategias individuales	Estrategias organizacionales
Diagnóstico	Autodiagnóstico.	Auditoría de salud psicosocial.
Prevención primaria	<ul style="list-style-type: none"> -Gestión del tiempo. -Entrenamiento en habilidades sociales. -Entrenamiento en afrontamiento del estrés. -Equilibrio trabajo-vida privada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora del contenido del puesto. -Horarios de trabajo. -Desarrollo directivo.



Prevención secundaria	-Grupos de mejora. -Coaching and consulting.	-Programas de acogida a nuevos empleados. -Desarrollo organizacional.
Prevención terciaria/tratamiento	-Asesoramiento. -Psicoterapia.	-Institucionalización de servicios.

Fuente: Nogareda et al., 2007.

12.2.1.7. INTERVENCIONES PARA EL PERSONAL SANITARIO EN ESTADO DE PANDEMIA

Para abordar la situación actual en la que nos encontramos de estado de pandemia (COVID-19) en el personal de salud, se enumeran algunas recomendaciones recogidas por la Sociedad Española de Psiquiatría en el año 2020 (Tabla 41).

Tabla 41

Intervenciones preventivas en personal sanitario en estado de pandemia

Cuidar las necesidades básicas
Estar en contacto con la familia y seres queridos
Mantenerse actualizado
Limitar la exposición a los medios de



INTERVENCIONES	comunicación
	Pedir ayuda
	Utilización de ventilación emocional
	Autoobservación (emociones y sensaciones)
	Estrategias de regulación emocional
	Provisión de recursos humanos y materiales
	Reconocimiento profesional
	Planificar una rutina fuera del trabajo
	Compartir información constructiva
	Respeto a las diferencias
Mantener el contacto con compañeros/as	
Descansar	

Fuente: Sociedad Española de Psiquiatría, 2020.



12.2.2. INTERVENCIONES EN FUNCIÓN DEL COLECTIVO AFECTADO

Para intervenir sobre las variables afectadas hemos realizado una clasificación de las personas por colectivos en función de las problemáticas que manifiestan en los resultados obtenidos. Entre los colectivos afectados se encuentran los/as celadores/as, personas con pareja, casadas, quienes han tenido contacto con COVID-19, las que presentan interacción negativa del trabajo sobre la familia y las personas con posibles patologías psiquiátricas no psicóticas. Todas ellas en ambos sexos.

Además, otro grupo que requiere intervención lo conforman los varones y las viudas, con las afecciones manifestadas en los resultados. En la tabla 42 se describe la relación de estos grupos con las variables afectadas y las actuaciones que se llevarían a cabo para intervenir en cada una de ellas.

Tabla 42

Estrategia de intervención en función del colectivo afectado

Colectivo	Variable afectada	Actuaciones
	Agotamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> -Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 34). -Intervenciones de tipo organizacional (Figura 10). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 11).



Hombres	Despersonalización	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 35). -Estrategias desde la organización (Figura 12). Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 13).
	Baja realización personal	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 36). -Estrategias desde la organización (Figura 14). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 15).
	Interacción negativa del trabajo sobre la familia	-Intervenciones para la efectiva conciliación del entorno laboral y familiar (Tabla 39).
	Agotamiento emocional	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 34). -Intervenciones de tipo organizacional (Figura 10). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 11).
	Despersonalización	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 35). -Estrategias desde la organización (Figura 12). Estrategias a nivel individual de apoyo



Celadores/as		psicosocial (Figura 13).
	Baja realización personal	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 36). -Estrategias desde la organización (Figura 14). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 15).
	Posibles patologías psiquiátricas no psicóticas	-Intervenciones para la prevención y/o tratamiento de riesgos psicosociales en el ámbito laboral (Tabla 40).
Personas con pareja	Agotamiento emocional	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 34). -Intervenciones de tipo organizacional (Figura 10). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 11).
Personas casadas	Despersonalización	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 35). -Estrategias desde la organización (Figura 12). Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 13).
		-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 36). -Estrategias desde la organización (Figura 13).



Viudas	Baja realización personal	14). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 15).
	Posibles patologías psiquiátricas no psicóticas	-Intervenciones para la prevención y/o tratamiento de riesgos psicosociales en el ámbito laboral (Tabla 40).
Personas que han tenido contacto con alguna situación de COVID-19 en su entorno laboral	Agotamiento emocional	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 34). -Intervenciones de tipo organizacional (Figura 10). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 11).
	Despersonalización	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 35). -Estrategias desde la organización (Figura 12). Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 13).
	Interacción negativa del trabajo sobre la familia	-Intervenciones para la efectiva conciliación del entorno laboral y familiar (Tabla 39).
	Posibles patologías psiquiátricas no psicóticas	-Intervenciones para la prevención y/o tratamiento de riesgos psicosociales en el ámbito laboral (Tabla 40).



		-Intervenciones preventivas en personal sanitario en estado de pandemia (Tabla 41).
Personas con interacción negativa del trabajo sobre la familia	Agotamiento emocional	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 34). -Intervenciones de tipo organizacional (Figura 10). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 11).
	Despersonalización	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 35). -Estrategias desde la organización (Figura 12). Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 13).
		-Intervenciones para la efectiva conciliación del entorno laboral y familiar (Tabla 39).
Personas	Agotamiento emocional	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 34). -Intervenciones de tipo organizacional (Figura 10). -Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 11).



con posibles patologías psiquiátricas no psicóticas	Despersonalización	-Estrategias a nivel grupal con repercusión individual (Tabla 35). -Estrategias desde la organización (Figura 12). Estrategias a nivel individual de apoyo psicosocial (Figura 13).
		-Intervenciones para la prevención y/o tratamiento de riesgos psicosociales en el ámbito laboral (Tabla 39).

Fuente: elaboración propia.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo de 9 de junio de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma razón del Plan Andaluz de Vigilancia y Prevención de Brotes del COVID-19.

Acuerdo de 30 de junio de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del protocolo para aplicación de medidas especiales en materia de salud pública en caso de infección por SARS-CoV-2.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., y Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2014). *Nuevos riesgos y tendencias en la seguridad y salud de las mujeres en el trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Alonso, M.S. (Mayo de 2020). Revisión teórica sobre recursos para prevenir el síndrome de Burnout. En J.J. Castillo, *VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud*. Simposio llevado a cabo en el VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, Murcia, España.

Alvarado, M.J., Álvarez, K.Z., & Berríos, A. (2018). *Síndrome de Burnout asociado con depresión en médico residentes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nicaragua.



- Amo, M. (2008). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived stress scale: Reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3287–3298.
- Antoniou, A.S, Polychroni, F. y Vlachakis, A.N (2016). Diferencias de género y edad en el estrés laboral y el agotamiento profesional entre los maestros de primaria y secundaria en Grecia. *Revista de psicología gerencial*, 21 (7), 682-690.
- Atalaya P, M. (2011). El estrés laboral y su influencia en el trabajo. *Industrial Data*, 4(2), 25-26.
- Ávila, J. H., Zainum, E. B., Gómez Hernández, L. T., y Montiel, M. M. (2015). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8 (15), 9-17.
- Bados, A., Greco, A., y Toribio, L. (2013). Eventos traumáticos en universitarios de psicología y sintomatología postraumática, de depresión, ansiedad y estrés en la actualidad. *Psicología Conductual*, 21(2), 303.
- Bai, Y., Lin, C., Chen, J., M.D., Chue, C.M., y Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*, 55(9), 1055-57.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil, J.B., Ferrandiz-Sellés, M., y Collado-Boira E. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 129-36.



- Barnett, R. C., Gareis, K. C. y Brennan, R. T. (2009). Fit como mediador de la relación entre las horas de trabajo y el agotamiento. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 307–317.
- Barranco, D. (2014). Género, profesionales de la Salud y Sociedad. *Salud Colectiva*, 10(3), 297-9.
- Beauvoir, S. (1949). *El Segundo Sexo*. Paris: Galimard.
- Bedeian, A.G., Armenakis, A.A., y Curran, S.M (2009). La relación entre el estrés del rol y los factores climáticos relacionados con el trabajo, interpersonales y organizacionales. *La revista de psicología social*, 113(2), 247-260.
- Beehr, T.A y Franz, T.M (2008). El debate actual sobre el significado del estrés laboral. *Revista de Gestión de Comportamiento Organizacional*, 8(2), 5-18.
- Bellido, M. (2000). *Políticas empresariales de conciliación vida familiar y laboral: Buenas Prácticas*. Infopolis S.L. Recuperado de <http://bit.ly/2oW3GWO>
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J.M., Jarque, S., y Berra, A. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gac Sanit*, 16 (3), 222-229.
- Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L.M., Steinberg, R., y Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168(10), 1245-51.
- Billings A.G, Moos R.H. (2001). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal Behavior Medical*, (4), 139–57.



- Blackwell, L. (2013). Género y etnicidad en el trabajo: segregación y desventaja ocupacional en el censo británico de 2010. *Sociology*, 37, 713-731.
- Blanco-Álvarez, T., y Thoen, M. A. (2017). Factores asociados al estrés laboral en policías penitenciarios costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 36(1), 45-59.
- Blanch, A. y Aluja, A. (2015). Apoyo social (familia y supervisor), conflicto trabajo-familia y agotamiento: diferencias de sexo. *Relaciones humanas*, 65 (7), 811-833.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 06 -12- 2018.
- Boye, K. (2009). Relativamente diferente? ¿Cómo dependen las diferencias de género en el bienestar del trabajo remunerado y no remunerado en Europa? *Social Indicators Research*, 93, 509-525.
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1-16.
- British Industrial Society (2011). *Managing Best Practice, Occupational Stress*, British Industrial Society, London, No. 83, pp. 4-23.
- Burrone, M.S. et al. (2015). Evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba - argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 72(4), 236-242. Recuperado de <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13827>
- Cabrera, J. H., y Elvira, J. A. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International journal of clinical and health psychology*, 4(3), 597-621.



- Calderon, O.L., Jaimes, C.E., Leal, E.L., Pacheco, P.A., y Rondón, E.L. (2016). *Características y costos del ausentismo laboral en el personal de enfermería de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga en el año 2015* (Doctoral dissertation). Universidad CES.
- Callaway, E., y Cyranoski D. (2020). What scientists want to know about the coronavirus outbreak. *Nature*, 577, 605–607.
- Cámara, R. S., y Cuesta, M. I. (2015). Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería clínica*, 15(3), 123-130.
- Campo, F.Y., Pombo, O.L.M., y Teherán, V.A.A. (2016). Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(3), 301-309.
- Carlotto, M.S. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, 39(2), 152-158.
- Carrasco, A.M., de-la-Corte, C., y León, J.M. (2010). Engagement, un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista Digital de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 1, 1-22.
- Carod-Artal, F.J y Vázquez-Cabrera, C. (2013). Síndrome de burnout en un entorno internacional. *En Burnout para expertos* (pp. 15-35). Springer, Boston, MA.
- Carrillo, M. (27 de mayo de 2019). La eventualidad: la pesadilla del personal sanitario. *OtroPeriodismo*. Recuperado de <https://otroperiodismo.com/la-eventualidad-la-pesadilla-del-personal-sanitario>



- Castañeda, I. (2013). La salud es también cuestión de género. *Salud Vida. Revista de divulgación científica y cultura de la salud en Cuba*, 51.
- Cavanaugh, M. A., Boswell, W.R., Roehling, M.V. y Boudreau, J.W. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among US managers. *Journal of applied psychology*, 85(1), 65.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). *2019 Novel Coronavirus*. Recuperado de: [<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>]
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in china during the COVID19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X
- Cherniss, C. (2005). *Beyond Burnout*. New York: Routledge.
- Chinchilla, M., Poelmans, S., y León, C. (2003). *Políticas de conciliación trabajo- familia en 150 empresas españolas*. Recuperado de: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0498.pdf>
- Chusmir, L.H., y Franks, V. (1988). El estrés y la mujer gerente. *Revista de Capacitación y Desarrollo*, 10(1), 66-70.
- Cifre, E., Salanova, M., y Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿Una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 82, 28-36.
- Cifre, E., Vera, M., Rodríguez-Sánchez, A., & Pastor, M. C. (2013). Job-person fit and well-being from a gender perspective. *Journal of Work and Organizational Psychology* 29, 161-168.



- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 386–396.
- Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. (2020). *Datos acumulados de COVID-19 en Andalucía*. España. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/operaciones/consulta/anual/39464?CodOper=b3_2314&codConsulta=39464
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). (2017). *Código de Buenas prácticas científicas*. Encuentros multidisciplinares, Madrid.
- Cook, B. G., & Cook, L. (2008). Nonexperimental quantitative research and its role in guiding instruction. *Intervention in School and Clinic*, 44 (2), 98-104.
- Cook, L., Cook, B. G., Landrum, T. L. y Tankersley, M. (2008). Examinando el papel de la investigación experimental grupal en el establecimiento de prácticas basadas en evidencia. *Intervención en la escuela y la clínica*, 44 (2), 76–82
- Corral, A., Castañeda, I., y Santana, M.C. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista cubana de Salud Pública*, 36(1), 66-77.
- Cox, D. R. (1972) Regression Models and Life Tables (with Discussion), *Journal of the Royal Statistical Society*, 34, 187–220.
- Creswell, J. W. (2005). *Diseño de investigación educativa: planificación, realización y evaluación de investigación cuantitativa y cualitativa*. (2ª ed.). Upper Saddle River, Nueva Jersey: Pearson Education.



- Cuadra, D J., Jorquera, R.Á., y Pérez, M.A. (2015). Las teorías subjetivas del profesor acerca de su salud laboral: Implicancias en la promoción de la salud preventiva en el trabajo docente. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 1-6.
- Darwish, Y. (2000). Organizational commitment and job satisfaction as predictors of attitudes toward organization change in a non-western setting. *Personnel Review*, 29 (5), 6-25.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. B. (2001). El modelo de trabajo-recursos demanda de agotamiento. *Revista de Psicología Aplicada*, (86), 499-512.
- Dong, L., y Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerg Infect Dis*, 26(7). Doi: [10.3201/eid2607.200407](https://doi.org/10.3201/eid2607.200407)
- De Janasz, S., Behson, S.J., Jonsen, K. y Lankau, M. J. (2013). Dual Sources of Support for Dual Roles: How Mentoring and Work–Family Culture Influence Work–Family Conflict and Job Attitudes. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(7), 1435-1453.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199-204.
- Dipp, A. J., Gutiérrez, R. V., Salas, M. G., y Flores, J. A. (2017). Valoración del desempeño docente y presencia de Burnout en maestros de educación superior. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*, 11(21), 71-87.
- Dowler, K. (2015). Job satisfaction, burnout, and perception of unfair treatment: the relationship between race and police work. *Police Quarterly*, 8 (4), 476-489.



- Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Sinsky, C.A., Cipriano, P.F., Bhatt, J., Ommaya, A., y Meyers, D. (2017). Burnout entre profesionales de la salud: una llamada para explorar y abordar esta amenaza poco reconocida para una atención segura y de alta calidad. *Perspectivas Academia Nacional de Medicina*, 1-11.
- Dwivedi, M. K., & Singh, S. K. (2016). Yoga Nidra as a Stress Management Intervention Strategy. *Purushartha: A Journal of Management Ethics and Spirituality*, 9(1).
- Eguiluz, M., Samitier, M.I., Yago, T., Tomas, C., Ariño, D., Oliveros, T., Palacio, G., Magallón, R., y Eguiluz, M. (2011). Una mirada al género en la investigación. Análisis cualitativos”. *Atención Primaria*, 43(10), 531-535.
- El-Sahili, L. F. (2015). *Burnout profesional*. México, D.F.: Editorial Helénica SA.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2017). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*, 13(5), 482-488.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). *Novel coronavirus*
Recuperado de: [<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>]
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., y Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia del Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa, *Medicina Clinica*. Doi: [10.1016/j.medcli.2020.07.006](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006)
- Esteve, J.M. (1984). *Profesores en conflicto*. Madrid: Narcea.
- Esteve, J.M. (1987). *El malestar docente*. Barcelona: Laia.



- Esteve, J.M. (1995). *Los profesores ante el cambio social*. Madrid: Narcea
- Eurofound (2014). *Quinta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Eysenck, S.B., Eysenck, H.J., & Barrett, P. (1985) A revised version of the psychoticism scale. *Person Individ Difl*, (6), 21–29.
- Farber, B. A, (Ed.). (2003). *Stress and Burnout in the Human Services*. New York: Pergamon.
- Fisher-McAuley, G., Stanton, J., Jolton, J., & Gavin, J. (2003). Modelling the relationship between work-life balance and organisational outcomes. *Paper presented at the Annual Conference of the Society for Industrial-Organizational Psychology, Orlando, April 12, 2003* (pp. 1–26).
- Flanagan, N. A., & Flanagan, T. J. (2012). An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Research in Nursing and Health*, 25(4), 282–294.
- Forbes-Álvarez, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, (160), 1-4.
- Freudenberger, H.J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy Theory Research Practicing*. 12 (5), 72–83.
- Gagnon, S.G., Huelsman, T.J., Kidder-Ashley, P., y Lewis, A. (2019). *Preschool student–teacher relationships and teaching stress*. *Early Childhood Education Journal*, 47(2), 217-225.



- Galanakis, M., Stalikas, A., Kallia, H., Karagianni, C. y Karela, C. (2016). Diferencias de género en el estrés laboral: el papel de la edad, la educación y el estado civil. *Estrés y salud*, 25, 397-404.
- Gallego, E. C., Vera, M., & Signani, F. (2015). Women and men at work: analyzing occupational stress and well-being from a gender perspective. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(2), 172-191.
- Ganster, D.C. & Schaubroeck, J. (2011). Work Stress and Employee Health. *Journal of Management*, (17). 235. Doi: 10.1177/014920639101700202
- García, C. (2020). *Las madres de menores que teletrabajan son las que más estrés soportan en el confinamiento*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2020/05/06/mamas_papas/1588747482_017346.html
- García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P. y Daudén, E. (2016). Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas Dermosifiliográficas*, 107(5), 400-6.
- García-Herrero, S., Mariscal, M. A., García, J. y Ritzel, D. O. (2014). Influencia de las demandas de la tarea en el estrés laboral: diferencias de género. *Journal of Safety Research* 43, 365-374.
- García-Muñoz, P., et al. (2016). Relación entre compromiso laboral y la interacción familia-trabajo en médicos y enfermeros. *ReiDoCrea*, 5 (Monográfico): 78-82.
Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/42130>



- García, M.D., Jiménez, M.L., y Martínez, E. (2010). *Políticas de investigación en Salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género*. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM).
- Gasparino, R.N. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare de Enfermagem*, 19(2), 210-16.
- Geurts, S., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Dikkers, J.S.E., Van-Hooff, M.L.M., & Kinnunen, U.M. (2005). Workhome interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19(4), 319-39. Doi: 10.1080/02678370500410208
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P., Viotti, S., y Converso, D. (2017). Propiedades psicométricas del «Cuestionario para el Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit*, 23(2), 153-169. Doi: 10.24265/liberabit.2017.v23n2.01
- Gindi, S., Galili, G., Volovic-Shushan, S. y Adir-Pavis, S. (2016). Integrar la terapia ocupacional en el tratamiento de la reacción de estrés de combate dentro de una unidad militar: un modelo de intervención. *Trabajo*, 55 (4), 737-745.
- Gispert R., Rajmil L., Schiaffino A., y Herdman M. (2003). Sociodemographic and healthrelated correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 677–83.
- Giunchi, M., Emanuel, F., Chambel, M.J y Ghislieri, C. (2016). Inseguridad laboral, carga de trabajo y agotamiento laboral en trabajadores de agencias temporales (TAW) Diferencias de género. *Desarrollo profesional internacional*, 21 (1), 3-18.



- Goldberg D., y Williams P. (1988). *User's guide to the general health questionnaire*. Berkshire: NFER-Nelson.
- Golembiewski, R.T., y Munzenrider, R.F. (1988). *Phases Of Burnout: Developments In Concepts And Applications*. New York, EEUU: Praeger.
- Gómez, M. (2014). *La familia en las Fuerzas Armadas españolas*. Recuperado de www.bibliotecavirtualdefensa.es
- Gómez, V., y Jiménez, A. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género Polis. Universidad de Los Lagos Santiago, Chile. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 14, 1-15.
- Gómez, S.X., y Gómez, I.C. (2004). Síndrome de burnout: intervención cognoscitiva conductual. *Pensamiento psicológico*, 3, 25-40.
- González-Jiménez, A.J., López-Martínez, M.J., Zapata-Boluda, R.M., Cala, V., y Dalouh, R. (2016). *Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales*. Almería, España: Editorial Universidad de Almería.
- Gorski, P.C. (2015). Aliviar el agotamiento y el "síndrome de mártir" entre los activistas de educación en justicia social: las implicaciones y los efectos de la atención plena. *The Urban Review*, 47 (4), 696-716.
- Gracia, R.M., et al. (2018). Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Medicina intensiva*, 43 (4), 207 – 216.
- Grazziano, E. S., y Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, (18), 0-0.
- Greene, G. (1961). *A Burnt-out Case*. New York: Viking Press.



- Greenglass, E. (1991) Cook-Medley hostility, anger, and the Type A behavior pattern in Finland. *Psychological Reports*, 68, 1059-1066.
- Gyllensten, K. y Palmer, S. (2015). El papel del género en el estrés laboral: una revisión crítica de la literatura. *Revista de Educación y Salud*, 64, 271-288.
- Habib, R. R., & Messing, K. (2012). Gender, women's work and ergonomics. *Ergonomics*, 55, 129-132.
- Hambleton, R., Merenda, P., Spielberger, C., Muñiz, J., y Batram, D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Hayman, J. (2005). Psychometric assessment of an instrument designed to measure work-life balance. *Research and Practice in Human Resource Management*, 13(1), 85–91.
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31-37.
- Hobfoll, S. E., Schwarzer, R. y Kym-Koo, C. (2016). *Desenredando el yrinth del laboratorio de estrés: Interpretando el significado del término estrés tal como se estudia*. Documento de posición presentado en la Primera Reunión de la Sociedad Internacional de Psicología de la Salud, Montreal, Quebec.
- Hoek, R. J., Havermans, B. M., Houtman, I. L., Brouwers, E. P., Heerkens, Y. F., Zijlstra-Vlasveld, M. C., ... & Boot, C. R. (2018). Stress Prevention@ Work: A study protocol for the evaluation of a multifaceted integral stress prevention strategy to prevent employee stress in a healthcare organization: a cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 18(1), 26.



Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-425.

Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. (2018). *Indicadores de género*. Unidad de la Igualdad de género.

Instituto de la Mujer, Federación Española de Municipios y Provincias y Asociación Noruega de Autoridades Locales y Regionales (2010). *Equilibrio entre la vida personal, familiar y profesional en España y Noruega*. Recuperado de <http://femp.femp.es/files/566-1012-archivo/Guia%20BP%20conciliac%20cast%20electronic.pdf>

Instituto Nacional de Seguridad Ocupacional y Salud (2014). Asuntos de seguridad y salud de las mujeres en el trabajo. Recuperado de <http://www.cdc.gov/niosh/topics/women/>

Ishak, A.K, Razak, H.A y Mohamad, A. (2017). ¿Importa el género? Comprender el estrés laboral del personal correccional. En *Conferencia Internacional de Gestión Empresarial* (IBMC 2017, diciembre), p. 11.

Jenkins, S.R., & Maslach, C. (2004). Psychological health and involvement in interpersonally demanding occupations: a longitudinal perspective. *Journal of Organizational Behavior*, (15), 10–27.

Jiménez, A., y Moyano, E. (2008). Factores laborales entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Revista Universum*, 1(23), 116-133.



- Jiménez-Molina, T., Gutiérrez-García, A.G., Hernández-Domínguez, L., y Contreras, C.M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de psicología*. 24(2), 353-360.
- Johnson, S.J. (2001). *Estrés laboral entre trabajadores sociales y trabajadores de la administración dentro de un departamento de servicios sociales*. (Tesis de Maestría) Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester, Manchester.
- Johnson, S., y Cooper, C. (2003). La validez de constructo de la medida de estrés ASSET. *Estrés y Salud*, 19(1), 181.
- Karasek, R.A. (1985) *Job Content Questionnaire and user's guide*. University of Massachusetts at Lowell, Lowell.
- Karasek, R.A. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karkoulian, S., Srour, J. y Sinan, T. (2016). Una perspectiva de género sobre el equilibrio trabajo-vida, el estrés percibido y el lugar de control. *Journal of Business Research*, 69 (11), 4918-4923.
- Kantas, A. (2015), "Factors of stress and occupational burnout of teachers", in Vasilaki, E., and Triliva, S. (Eds), *Stress, Anxiety and Intervention*, Ellinika Grammata, Athens, pp. 217-29.
- Kim, S.Y. (2019). Asociación entre el estrés laboral y el riesgo de ideación suicida: un estudio de cohorte entre empleados coreanos que examina las diferencias de género y edad. *Revista escandinava de trabajo, medio ambiente y salud*. doi:10.5271/sjweh.3852



- Kitamura T. & Suzuki, T. (1986) Nihongo-ban Social Desirability Scale ni tsuite [Japanese version of Social Desirability Scale]. *Soc Psychiatry*, (9), 173–180.
- Kung, C.S. y Chan, C.K. (2014). Differential roles of positive and negative perfectionism in predicting occupational eustress and distress. *Personality and Individual Differences*, 58, 76-81.
- Innstrand, S.T, Langballe, E.M, Falkum, E. y Aasland, O.G (2014). Explorando las diferencias dentro y entre los géneros en el agotamiento: 8 grupos ocupacionales diferentes. *Archivos Internacionales de Salud Ocupacional y Ambiental*, 84 (7), 813-824.
- Kalimo, R., El-Batawi, M., y Cooper, C.L. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Xiang, B., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. Recuperado de <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366%2820%2930047-X.pdf>
- Kupferschmidt, K. (2020). *Study claiming new coronavirus can be transmitted by people without symptoms was flawed*. Science.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Lalonde, M.A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services, Canada.



- Lazarus, F. (Ed.). (1994). *El estrés, la valoración y afrontamiento*. Nueva York, Estados Unidos: Editorial Springer.
- Lee, S.M., Kang, W.S., Cho, A.R., Kim, T., y Park, J.K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*, 87, 123-27. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (2008). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, (9), 297–308.
- Leiter, M. P y Maslach, C. (2009). Rotación de enfermeras: el papel mediador del agotamiento. *Revista de gestión de enfermería*, 17 (3), 331-339.
- Leka, S., Griffiths, A., y Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores N° 3*. Instituto del Trabajo, Salud y Organizaciones (I-WHO), Francia. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., y Zhan, G. (2020). *Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control*. *Brain Behav Immun*. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007
- Lineweber, C., Baltzer, M., Magnusson, L.L. y Westerblund, H. (2013). Conflicto trabajo-familia y salud en mujeres y hombres trabajadores suecos: un análisis prospectivo de 2 años (el estudio SLOSH). *The European Journal of Public Health*, 23 (4), 710-716.
- Liu, C., Spector, P. E. y Shi, L. (2008). Uso de enfoques cualitativos y cuantitativos para estudiar el estrés laboral en diferentes grupos de género y ocupacionales. *Revista de Psicología de la Salud Ocupacional*, 13, 357-370.



- Llorens-Gambau, S., y Salanova-Soria, M. (2011). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 59-67.
- Loaiza, K.B. (2019). *Características generales, nivel de síndrome de burnout y su asociación con el nivel de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en internos de medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- López-Hernández, D. (2016). "El reto de la conciliación trabajo y familia ¿qué nos estamos jugando?". En A.M. González, P. Arregui, y C. Montoro. (coords.), *Familia y sociedad en el siglo XXI* (pp. 27-38). Madrid: Dykinson.
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56.
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., y Wu, H. (2020). *Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding*. Lancet.
- Mack, D.A., Nelson, D.L., & Campbell-Quick, J. (2008). The stress of organizational change: a dynamic process model. *Applied Psychology*, 47 (2), 21-32.
- Martinez, T. (2018). *Las políticas de conciliación laboral y familiar en España: Análisis de los trabajadores con hijos a su cargo* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Valladolid, España.
- McCarty, W. P., Zhao, J., & Garland, B. E. (2017). Occupational stress and burnout between male and female police officers: Are there any gender differences? *Policing: an international journal of police strategies & management*, 30(4), 672-691.



- McIntyre, T. C. (2014). The relationship between locus of control and teacher burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 54(2), 235-238.
- McLaughlin, H., Uggen, C., & Blackstone, A. (2013). Sexual harassment, workplace authority, and the paradox of power. *American Sociological Review*, 77, 625- 647.
- Magdalena, J.M., Fernández, C., & Roso, L. (Mayo de 2020). La prevención de Burnout en el ámbito laboral sanitario. En J.J. Castillo, *VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud*. Simposio llevado a cabo en el VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, Murcia, España.
- Marenco-Escuderos, A.D., y Ávila-Toscano, J.H. (2016). Dimensiones de apoyo social asociadas con síndrome de burnout en docentes de media académica. *Pensamiento Psicológico*, 14(2),7-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80146474001>
- Marente, J. A. y Gestoso, C. L. (2018). Burnout y mobbing en enseñanza secundaria. *Revista complutense de educación*, 19(1), 157.
- Malach-Pines, A. y Ronen, S. (2016). Diferencias de género en el agotamiento: una revisión de la literatura. *En Nuevas direcciones en psicología organizacional y medicina conductual*, 6 (32), 125-140.
- Marchand, A., Blanc, M.E y Beauregard, N. (2018). ¿La edad y el género contribuyen a los síntomas de agotamiento de los trabajadores? *Medicina del trabajo*, 68 (6), 405-411.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human. Behavior*. 5 (2), 16–22.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982). *Maslach Burnout Inventory manual* (3ªed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.



- Maslach, C., & Jackson S. E. (1998). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, (2) 99–113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B y Leiter, M. P. (2001). Desgaste profesional. *Revisión anual de psicología*, 52 (1), 397-422.
- Maslach, C. y Leiter, M.P (2017). Nuevas ideas sobre el agotamiento y la atención médica: estrategias para mejorar la civilidad y aliviar el agotamiento. *Profesor de medicina*, 39 (2), 160-163.
- Mamani-Encalada, A., Obando-Zegarra, R., Uribe-Malca, A. M., & Vivanco-Tello, M. (2009). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y enfermería*, 3(1).
Recuperado de
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/543/415>
- Messing, K. Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S. R. y De Grosbois, S. (2013). Sé el más justo de todos: desafíos y recomendaciones para el tratamiento del género en la investigación en salud ocupacional. *Revista Americana de Medicina Industrial*, 43, 618-629.
- McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: a problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(4), 211-222. Doi: 10.1016/j.janxdis.2006.09.003
- Michie, S. (2002). Causas y manejo del estrés en el trabajo. *Medicina ocupacional y ambiental*, 59(1), 67-72. Recuperado de
<https://oem.bmj.com/content/oemed/59/1/67.full.pdf>
- Miller, K., Greyling, M., Cooper, C., Lu, L., & Sparks, K. (2011). Occupational stress and gender: a cross-cultural study. *Stress Medicine*, 16, 271-278.



- Minaya, N.M. (2018). *Síndrome de burnout e interacción trabajo-familia en una asociación de comerciantes de san juán de Miraflores*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Perú. Lima, Perú.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Neumonía por un nuevo coronavirus (2019-nCov) en China* Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm]
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). *Normativa para la codificación de la infección por SARS-CoV-2 (covid-19)*. España. Recuperado de https://www.diariofarma.com/ministerio-de-sanidad?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., et al. (2020). Work stress among chinese nurses to support wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 2-22 doi: 10.1111/jonm.13014
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (2016). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.992.3272&rep=rep1&type=pdf>
- Moreno, B., Sanz, A.I., Rodríguez, A. & Geurts, S. (2009). Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING). *Psicothema*, 21(2), 331-37.
- Moreno-Jiménez, B., Carmona-Cobo, I., Blanco-Donoso, L.M. y Lara, R.M. (2013). Trauma y trabajo: el estrés traumático secundario. En *Salud laboral: riesgos*



- laborales psicosociales y bienestar laboral*, (pp. 197-222). Madrid: Pirámide.
- Munster, V.J., Koopmans, M., van-Doremalen, N., van-Riel, D., de Wit, E. (2020). *A novel coronavirus emerging in China - Key questions for impact assessment*. N Engl J Med.
- Muñoz-del-Carpio, A., Arias, L., y Caycho-Rodríguez, T. (2019). Burnout syndrome in medicine men from Arequipa city (Peru). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 139-148. [Doi: 10.4067/S0717-92272019000200139](https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000200139)
- Muñoz P.E., Vázquez J.L., Rodríguez F., et al. (1979). Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (GHQ) of Goldberg. *Arch Neurobiol*, 42, 139-58.
- Murray, A., Montgomery, J. E., Chang, H., Rogers, W. H., Inui, T., y Safran, D. G. (2011). El descontento del médico: una comparación de la satisfacción del médico en diferentes entornos del sistema de entrega - 1996 y 2007. *Revista de medicina interna general*, 16(2), 452-459.
- Nogareda, C. et al. (2007). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Medidas Preventivas*. Cataluña, España: Foment del Treball Nacional.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). Estrés laboral y sus consecuencias en los profesionales sanitarios: el papel de la personalidad tipo D. *Revista Internacional de Medicina del Trabajo y Salud Ambiental*, 19 (2), 113-122.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Carta Constitucional*. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Salud para todos en el año 2000*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.



Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública, Ottawa.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Resumen de políticas 12. *¿Cómo se puede abordar la equidad de género a través de los sistemas de salud?* Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Coronavirus*. Recuperado de: [<https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus/coronavirus>]

Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).

Orden de 15 de marzo de 2020, por la que se determinan los servicios esenciales de la Administración de la Junta de Andalucía con motivo de las medidas excepcionales adoptadas para contener el COVID-19.

Orden de 11 de abril de 2020, por la que se prorrogan algunas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), contenidas en la Orden de 28 de marzo de 2020.

Orden de 25 de abril de 2020, por la que se modifica y prorroga la de 13 de marzo de 2020 por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).

Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).



Orden de 23 de mayo de 2020, por la que se modifica y prorroga la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).

Orden SND/440/2020, de 23 de mayo, por la que se modifican diversas órdenes para una mejor gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 en aplicación del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.

Orden de 6 de junio de 2020, por la que se prorrogan las medidas preventivas de salud pública contenidas en las Órdenes de 14 de mayo de 2020, de 28 de mayo de 2020 y de 4 de junio de 2020, como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus COVID-19), y se modifica la Orden de 4 de junio de 2020.

Orden de 15 de junio de 2020, por la que se modifica la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).

Orden de 29 de julio de 2020, por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 2020, para adoptar nuevas medidas de prevención en materia de salud pública para hacer frente al coronavirus (COVID-19).

Orden de 16 de agosto de 2020, por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 2020, para implementar en la Comunidad Autónoma de Andalucía actuaciones coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID.

Ortiz, V.G., Toro, L.E.P., y Hermosa, A.M. (2019). Riesgos para la salud de profesores universitarios derivados de factores psicosociales laborales. *Universitas Psychologica*, 18, 1-15.



- Ortiz-Fune, C. (2018). Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional. *Apuntes de Psicología*, 36 (3), 135-143.
- Otero-López, J. M. (2015). *Estrés Laboral y Burnout. En profesores de Educación Secundaria*. (1ª): Díaz de Santos.
- Paules, C.I., Marston, H.D., Fauci, A.S. (2020). *Coronavirus infections – More than just the common cold*. JAMA.
- Peiro J.M., González-Roma, V., Tordera, N., & Manas M.A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychology Health*. In press.
- Pérez, M., Vela, M.J., Abella, S., y Martínez, A. (2015). El Enriquecimiento Trabajo-Familia: Nuevo Enfoque en el Estudio de la Conciliación y la Satisfacción Laboral de los Empleados. Portal Universia S.A. Madrid. *Universia Business Review*, 45, 16-33.
- Pérez-Ortega, S., Mesa, R., Fernández, C., y Valverde, J. (2020). Situación de la enfermera de cardiología durante la pandemia COVID-19. *Enferm Cardiol*, 27 (79), 82-89.
- Pérez, V., Palací, F., y Topa, G. (2017). Cultura de conciliación y conflicto trabajo/familia en trabajadores con turnos laborales. *Acción Psicológica*, 14(2), 193-120. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3440/344054646013>
- Perlman, S. (2020). *Another decade, another coronavirus*. N Engl J Med.
- Petersen, T., & Morgan, L. (2015). Separate and unequal: occupation-establishment sex segregation and the gender wage gap. *American Journal of Sociology*, 101, 329-65.



- Pines, A, & Malasch, C. (Eds.) (2008) *Burnout: the loss of human caring. Experiencing social psychology*. New York: Editorial Knopf.
- Piñeiro, I., et al. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), 185-196.
- Ponguillo, K. A. B., y Sánchez, F. C. (2017). Burnout: el síndrome laboral. *Journal of business and entrepreneurial studie*, 1(1), 1-9.
- Portello, J. Y. y Long, B. C. (2001). Evaluaciones y afrontamiento del estrés interpersonal en el lugar de trabajo: un modelo para mujeres gerentes. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 144-150.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout? A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(2), 57-64.
- Prada, F.A., Bocija, M.C., Luque, B., Reina, A., García, J., y Moreno, B. (2016). Conciliación de la vida laboral y familiar en profesionales que trabajan con menores de riesgo social en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Pediatr*, 72(4), 224-229.
- Punnett, L., & Bergqvist, U. (2017). Musculoskeletal disorders in visual display unit work: Gender and work demands. *Occupational Medicine State of the Art Reviews*, 14, 113-124.
- Quevedo, H.C. (2016). *La realización personal y la creatividad del estudiante de diseño arquitectónico I de la universidad César Vallejo de Trujillo en el ciclo 2016-II*. [Tesis maestría]. Universidad César Vallejo.
- Quiceno, J. M., y Alpi, S. V. (2017). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125.



- Ramírez, M. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1):241-52. Doi:10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1053
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- Real Decreto-ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género.
- Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública.
- Resolución de 4 de julio de 2020, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al protocolo de actuación de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica ante posibles casos importados de COVID-19 en el contexto de la inmigración irregular.
- Rees, D.W., & Cooper, C.L. (2009) Estrés laboral en empleados de servicios de salud. *Servicios de salud Investigación de gestión*, (3), 163-172.
- Rodríguez, R., Vélez, M., y Meléndez, M. (2012). El Engagement y la Interacción Familia-Trabajo: Un Estudio Exploratorio. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 31(2), 73-84.



- Rodríguez-Contreras, P., y Santos-Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3),883-898.Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33770320>
- Roth, M., Morrone, K., Moody, K., Kim, M., Wang, D., & Moadel, A. (2016). Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatric Blood & Cancer*, 57, 1168–1173.
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., y Wallrauch C. (2020). *Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany*. N Engl J Med.
- Ruiz, F.J., García-Beltrán, D.M., y Suárez-Falcón, J.C. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Res.*, 256,53-58.
doi:10.1016/j.psychres.2017.06.020
- Ruiz, M.T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruotsalainen, J.H, Verbeek, J.H, Mariné, A. y Serra, C. (2014). Prevención del estrés laboral en trabajadores sanitarios. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*, (11).
- Salazar, J.A., Sanabria, Y. S., Olivera, M. F., y Cort, J. D. (2013). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. *Psicogente*, 16 (29).



- Sánchez-López M. del P., y Dresch V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 839-43.
- Santamaría, M.D., Etxebarria, N.O., Rodríguez, I.R., Albondiga-Mayor, J.J., y Gorrochategui, M.P. (2020). Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*. Doi: [10.1016/j.rpsm.2020.05.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004)
- Sarrión, E., & Roldán, E., (Mayo de 2020). Estrés laboral: diseño de un programa de intervención psicosocial. En J.J. Castillo, *VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud*. Simposio llevado a cabo en el VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, Murcia, España.
- Schabracq, M. J., & Cooper, C. L. (2000). The changing nature of work and stress. *Journal of managerial psychology*, 15(3), 227-241. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Marc_Schabracq/publication/235314113_The_changing_nature_of_work_and_stress/links/0c9605233122b0fdaa000000/The-changing-nature-of-work-and-stress.pdf
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14 (3), 204–220.
- Schaufeli, W.B. (2003). La evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista de Prevención, Trabajo y Salud*. 20, 4-9.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (2001) *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Londres: Taylor y Francis.



- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & health*, 16(5), 501-510.
- Shima, S., Shikano, T., & Kitamura, T. (1985) Atarashii yokuutsusei jiko hyouka shakudo ni tsuite [New self-rating scale for depression]. *Clin Psychiatry* (27), 717–723.
- Sean, G., George, A., y Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y la política*. Washington: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Serrano, M. A., Moya, L.A., y Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*. 25(1), 156-157.
- Servicio Andaluz de la Salud. (2019). *Portal Web del Servicio Andaluz de Salud*. España: Junta de Andalucía. Recuperado de:
<https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/guia-laboral/plantilla-de-centros-sanitarios>
- Servicio Nacional de la Mujer (2003). *Vida Laboral, como conciliar vida familiar. Guía práctica para empresas*. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer acción - empresarial.
- Shultz, J.M., Cooper, J.L., Baingana, F., Oquendo, M.A., Espinel, Z., Althouse, B.M., Marcellin, L.H., Towers, S., Espinola, M., McCoy, C.B., Mazurik, L., Wainberg, M.L., Neria, Y., y Rechkemmer, A. (2016). The role of fear-related behaviors in the 2013–2016 west africa ebola virus disease outbreak. *Current Psychiatry Reports*, 18(11), 104. doi: 10.1007/s11920-016-0741-y
- Siegall, M. y McDonald, T. (2004). Congruencia, agotamiento y desvío de recursos de la relación persona-organización. *Revisión de personal*, 33.



- Silla, J. (2011). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*, 18(13), 38. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Jose_Peiro5/publication/39174637_El_estres_laboral_Una_perspectiva_individual_y_colectiva/links/0a85e53c40d925b326000000.pdf
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2012). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358–367. Doi: 10.7326 / 0003-4819-136-5-200203050-00008
- Shanafelt T.D., Hasan, O., & Dyrbye, L (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015, (90), 600-13.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*, 12 (2), 164.
- Shinn, M., Rosario, M.D., Oslash; R.H. y Castaño, D.E. (2004) Enfrentando el estrés laboral y el burnout en los servicios humanos. *Revista de personalidad y psicología social*, (46), 864-876.
- Shirom A. (Ed.) (2009). Burnout in work organizations. *In International Review of Industrial and Organizational Psychology*, New York: Wiley.
- Silvestre, E., Figueroa, V., y Cruz, O. (2019). Validación de la Escala SWING de Interacción Trabajo-Familia en Docentes Universitarios, 38, 1.



- Sociedad Española de Psiquiatría (2020). *Cuidando la salud mental del personal sanitario*. Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
- Solanes, A., Martín-del-Río, B., Rodríguez-de-Limia, K., Benavides, G., y Martínez, F. (2013). Factores de riesgo psicosocial laboral y burnout en función de la categoría profesional. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(1), 45-64. DOI: 10.21134/pssa.v1i1.373
- Spector, P. E. (1988). Development of the work locus of control scale. *Journal of Occupational Psychology*, 61(4), 335–340.
- Spickard, A., Gabbe, S., & Christensen, J. (2012). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, (288), 1447–1450.
- Stevens, R.E., Loudon, D.L., Yow, D.A, Bowden, W.W y Humphrey, J.H. (2013). Estrés en el atletismo universitario: causas, consecuencias, afrontamiento. Routledge.
- Tasa, E., Mora, M., y Raich, R. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 113, 14-25.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A., y Carvalho, AS (2016). Toma de decisiones éticas en unidades de cuidados intensivos: ¿un factor de riesgo de agotamiento? Resultados de un estudio multicéntrico realizado con médicos y enfermeras. *Revista de ética médica*, 40 (2), 97-103.
- Tetrick, L.E. y Quick, J.C. (2003). Prevención en el trabajo: salud pública en entornos laborales. En J.C. Quick y L.E. Tetrick (eds), *Manual de Psicología de la Salud*



- Ocupacional* (pp. 3-17). Washington, DC, EE. UU: Asociación Americana de Psicología.
- Tifner, S., Martín, P., de Nasetta, S. A., y de Bortoli, M. A. (2016). Burnout en el colectivo docente. *Studium: Revista de humanidades*, (12), 279-291.
- Torres, N. (2018). *Síndrome de Burnout en la enfermería. Intervenciones para su prevención y disminución*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad del País Vasco.
- Tsuno, K., Kawachi, I., Inoue, A., Nakai, S., Tanigaki, T., y Nagatomi, H. (2019). Largas horas de trabajo y síntomas depresivos: efectos moderadores de género, nivel socioeconómico y recursos laborales. *Archivos internacionales de salud ocupacional y ambiental*, 92 (5), 661-672.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Gronvold, N. T., & Ekeberg, O. (2011). Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, (64), 69 –79.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2), 1157-1166.
- Vakola, M. y Nikolaou, I. (2005). Actitudes hacia el cambio organizacional: ¿cuál es el papel del estrés y el compromiso de los empleados? *Relaciones con los empleados*, 27 (2), 160-174.
- Vértiz-Osores, J.J., Vílchez Ochoa, G.L., Vértiz-Osores, R.I., Damián-Núñez, E., Chico Tasayco, H., y Rodríguez-Fuentes, A. (2019). Malestar docente: reflexiones frente al bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 273-286.



- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R.A.L.P.H., Rodríguez, M.C., y Chávez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 61-74.
- Vidal, G., y Sánchez, L. (2017). Interacción trabajo-familia y salud. Una aproximación desde los actores para la formación integral en la sociedad *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 7, 38 -53.
- Villarruel-Fuentes, M., Morales, R. C., Arano, I. H., Luna, F. N., Gómez, J. S., Ávila, E. R., y Tejeda, R. R. (2018). Estrés y desgaste profesional en maestros de educación superior tecnológica en Veracruz, México. *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 17(34), 113-125.
- Viner, R. (2009). Poner el estrés en la vida: Hans Selye y la elaboración de la teoría del estrés. *Estudios sociales de la ciencia*, 29 (3), 391-410.
- Violanti, J.M. y Aron, F. (2015), Estresores policiales: variaciones en la percepción entre el personal policial. *Revista de Justicia Criminal*, 23 (3), 287-94.
- Vivas-Manrique, S., y Fonseca, M. (2019). Síndrome de Burnout, de un fenómeno laboral a un diagnóstico médico. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 9(1), e-5662. Doi: 10.18041/2322-634X/rcso.1.2019.5962
- Watson, S. B., Goh, Y. W. y Sawang, S. (2011). Influencias de género en el proceso de afrontamiento del estrés relacionado con el trabajo. *Revista de diferencias individuales*, 32, 39-46.
- Williams, S, Michie, S, y Patani, S. (Eds.). (2008). *Mejorando la salud de la fuerza laboral del NHS*. Londres: The Nuffield Trust.



-
- Wiranuta, A.A, Kartika, E.W, Wirayang, J. y Wibowo, Y. (2019). Análisis de diferencia de estrés basado en género y edad en los restaurantes formales de Surabaya. *En el 3er Seminario Internacional de Turismo (ISOT 2018)*. Atlantis Press.
- Yuguero-Torres, O., Melnick, E.R, Marsal-Mora, J.R, Esquerda-Aresté, M. y Soler-González, J. (2018). Estudio transversal de la asociación entre la empatía y el agotamiento de los profesionales sanitarios y el número de visitas anuales de atención primaria por paciente bajo su cuidado en España. *BMJ Open*, 2018, vol. 8.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B, & Mertini, H. (2011). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology Health*. In press.
- Zellars, K. L., Perrewe, P. L. y Hochwarter, W. A. (2010). Burnout en el cuidado de la salud: el papel de los cinco factores de la personalidad. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 30, 1570-1598.



ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE HUELVA

FACULTAD: FACULTAD DE EDUCACIÓN, PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DEL DEPORTE.

INVESTIGADORAS RESPONSABLES: DRA. EMILIA MORENO SÁNCHEZ; DRA. M^a ISABEL

MENDOZA SIERRA

DOCTORANDO: D. FCO JAVIER GAGO VALIENTE

EMAIL: franciscojavier.gago.edu@juntadeandalucia.es

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (Número de versión, fecha): 1, 15/09/2019

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

La presente investigación está diseñada para el estudio del *burnout* en una población de profesionales sanitarios/as, resaltando la necesidad imperiosa de que los resultados puedan ser utilizados con un enfoque psicosocial y educativo para modificar blancos vulnerables a través del diseño y puesta en práctica de programas formativos encaminados a realizar intervenciones con el fin de incidir en la disminución del *burnout*.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:



Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

- A) Su participación es totalmente voluntaria y anónima. Dentro del proceso de asistencia hospitalaria por su profesión, se le realizará una encuesta. Esta encuesta no interferirá en su rutina de trabajo.
- B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.
- C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio.
- D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.
- E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático.
- F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, **Dra. Emilia Moreno Sánchez** y del Doctorando, **D. Fco Javier Gago Valiente**. Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no queda satisfecho.
- G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos.



H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE POR ESCRITO.

Estudio APRENDIENDO A CUIDAR. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO DE LOS DETERMINANTES DEL BURNOUT PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL PERSONAL DE SALUD DE HUELVA

Yo, _____

(nombre y apellidos de participante)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada. He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con _____

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.



Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los investigadores de la UNIVERSIDAD DE HUELVA contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...SI.....NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el
consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha ____

Firma:

ANEXO II. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN



Información sociodemográfica

- Sexo _____
- Edad _____
- Estado civil _____
- Paternidad/maternidad _____
- Profesión y servicio para el que trabaja _____
- Tiempo de servicio _____
- Centro de trabajo _____
- ¿Ha tenido contacto con alguna situación de COVID-19 en su entorno laboral? _____

Burnout profesionales sanitarios/as y celadores/as

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, entendiéndose: 0="Nunca" y 6="Todos los días"

Preguntas	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
Item Nº	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me siento emocionalmente agotado/a en mi trabajo							
2.- Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo							
3.- Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4.- Comprendo fácilmente como se sienten los/as pacientes							
5.- Trato a algunos/as pacientes como si fueran objetos impersonales							
6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							



7.- Trato muy eficazmente los problemas de los/as pacientes							
8.- Me siento “quemado/a” por mi trabajo							
9.- Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12.- Me siento muy activo/a							
13.- Hay momentos en los que me siento frustrado/a en mi trabajo							
14.- Creo que estoy trabajando demasiado							
15.- Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes							
16.Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17.- Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18.- Me siento estimulado/a después de trabajar con mis pacientes							
19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20.- Últimamente me siento acabado							
21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22.- Siento que los/as pacientes me culpan por alguno de sus problemas							



Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING)

A continuación encontrará una serie de situaciones acerca de cómo se relacionan los ámbitos laboral y personal. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado cada una de las siguientes situaciones durante los últimos seis meses. Marque con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta: 0="Nunca", 1="A veces", 2="A menudo" y 3="Siempre".

Preguntas	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Item Nº	0	1	2	3
1.- Me siento irritable en casa porque mi trabajo es muy agotador				
2.- Me resulta complicado atender a mis obligaciones domésticas porque estoy constantemente pensando en mi trabajo				
3.- Tengo que cancelar planes con mi pareja/familia/amistades debido a compromisos laborales				
4.- Mi horario de trabajo hace que resulte complicado atender a mis obligaciones domésticas				
5.- No tengo energía suficiente para realizar actividades de ocio con mi pareja/familia/amistades debido a mi trabajo				
6.- Tengo que trabajar tanto que no tengo tiempo para mis hobbies				
7.- Mis obligaciones laborales hacen que me resulte complicado relajarme en casa				
8.- Mi trabajo me quita tiempo que me hubiera gustado pasar con mi pareja/familia/amistades				
9.- La situación en casa me hace estar tan irritable que descargo mi frustración en mis compañeros/as de trabajo				
10.- Me resulta difícil concentrarme en mi trabajo porque estoy preocupado/a por asuntos domésticos				
11.- Los problemas con mi pareja/familia/amistades afectan a mi rendimiento laboral				
12.- Los problemas que tengo con mi pareja/familia/amistades				



hacen que no tenga ganas de trabajar				
13.- Después de un día o una semana de trabajo agradable, me siento de mejor humor para realizar actividades con mi pareja/familia/amistades				
14.- Desempeño mejor mis obligaciones domésticas gracias a habilidades que he aprendido en mi trabajo				
15.- Cumplo debidamente con mis responsabilidades en casa porque en mi trabajo he adquirido la capacidad de comprometerme con las cosas				
16.- El tener que organizar mi tiempo en el trabajo ha hecho que aprenda a organizar mi tiempo en casa				
17.- Soy capaz de interactuar mejor con mi pareja/familia/amistades gracias a las habilidades que he aprendido en el trabajo				
18.- Después de pasar un fin de semana divertido con mi pareja/familia/amistades, mi trabajo me resulta más agradable				
19.- Me tomo las responsabilidades laborales muy seriamente porque en casa debo hacer lo mismo				
20.- Cumplo debidamente con mis responsabilidades laborales porque en casa he adquirido la capacidad de comprometerme con las cosas				
21.- El tener que organizar mi tiempo en casa ha hecho que aprenda a organizar mejor mi tiempo en el trabajo				
22.- Tengo más autoconfianza en el trabajo porque mi vida en casa está bien organizada				

GHQ12

A continuación se le plantean una serie de preguntas acerca de cómo ha estado de salud en las ÚLTIMAS semanas. Responda haciendo una cruz a la izquierda de la respuesta que mejor se ajuste a su experiencia.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
 0. Mejor que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.



2. Menos que lo habitual.
 3. Mucho menos que lo habitual.
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?
 0. No, en absoluto.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Más que lo habitual.
 3. Mucho más que lo habitual.
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
 0. Más que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos que lo habitual.
 3. Mucho menos que lo habitual.
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 0. Más capaz que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos capaz que lo habitual.
 3. Mucho menos capaz que lo habitual.
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
 0. No, en absoluto.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Más que lo habitual.
 3. Mucho más que lo habitual.
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?
 0. No, en absoluto.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Más que lo habitual.
 3. Mucho más que lo habitual.
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
 0. Más que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos que lo habitual.
 3. Mucho menos que lo habitual.
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
 0. Más capaz que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos capaz que lo habitual.



___ 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- ___ 0. No, en absoluto.
___ 1. No más que lo habitual.
___ 2. Más que lo habitual.
___ 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- ___ 0. No, en absoluto.
___ 1. No más que lo habitual.
___ 2. Más que lo habitual.
___ 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- ___ 0. No, en absoluto.
___ 1. No más que lo habitual.
___ 2. Más que lo habitual.
___ 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- ___ 0. Más feliz que lo habitual.
___ 1. Igual que lo habitual.
___ 2. Menos feliz que lo habitual.
___ 3. Mucho menos feliz que lo habitual.

Muchas gracias por su colaboración. Si tiene cualquier sugerencia puede escribirla en este apartado. Si quiere conocer los resultados de su cuestionario o tiene cualquier duda puede dejarnos su correo electrónico y le mandaremos la respuesta a la mayor brevedad posible. Un cordial saludo.



ANEXO III. AUTORIZACIÓN PEIBA

JUNTA DE ANDALUCÍA **CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS**

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D^a: María Dolores Santos Rubio Santos Rubio como secretario/a del CEI de Huelva

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: Diseñando un futuro para el bienestar profesional: análisis de los determinantes del Burnout en el personal sanitario de Huelva desde la perspectiva de género. ,(Diseñando un futuro para el bienestar profesional.)

Protocolo, Versión: 17/08/2019
HIP, Versión: 17/08/2019
CI, Versión: 17/08/2019

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.


La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Huelva a 04/11/2019



D/D^a. María Dolores Santos Rubio Santos Rubio, como Secretario/a del CEI de Huelva



CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 29/10/2019 y recogida en acta 10/10 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	Diseñando un futuro para el bienestar profesional: análisis de los determinantes del Burnout en el personal sanitario de Huelva desde la perspectiva de género. ,(Diseñando un futuro para el bienestar profesional.)
Protocolo, Versión:	17/08/2019
HIP, Versión:	17/08/2019
CI, Versión:	17/08/2019

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a

D/D^a. María Inmaculada Mesa Gallardo

Vicepresidente/a

D/D^a. Clara María Rosso Fernández

Secretario/a

D/D^a. María Dolores Santos Rubio Santos Rubio

Vocales

D/D^a. Carlota Méndez del Barrio

D/D^a. Manuel Trujillo Lara

D/D^a. Juan María Vázquez Morón

D/D^a. Yolanda Arco Prados

D/D^a. Francisco Javier Caballero Granado

D/D^a. Manuel García de la Vega Sosa

D/D^a. DAVID MORALES PANCORBO

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Huelva a 04/11/2019



D/D^a. María Dolores Santos Rubio Santos Rubio, como Secretario/a del CEI de Huelva