

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

SÍNDROME DE BURNOUT EN TERAPEUTAS OCUPACIONALES

TESIS DOCTORAL

Rubén Juy Martín



VNiVERSiDAD
DSALAMANCA

Directores

Dr. Francisco Ramos Campos

Dr. Israel Contador Castillo

Salamanca, 2022

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Programa de Doctorado en Psicología



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

SÍNDROME DE BURNOUT EN TERAPEUTAS OCUPACIONALES

TESIS DOCTORAL

Rubén Juy Martín

Directores

Dr. Francisco Ramos Campos

Dr. Israel Contador Castillo

Salamanca, 2022

El Dr. Francisco Ramos Campos, Catedrático del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, y

El Dr. Israel Contador Castillo, Profesor Titular del Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento,

CERTIFICAN

Que D. Rubén Juy Martín, con el fin de optar al Grado de Doctor, ha realizado este trabajo, titulado “El síndrome de burnout en terapeutas ocupacionales”, bajo nuestra supervisión. Los directores autorizan expresamente su lectura y defensa.

Y para que conste donde proceda, firmamos el presente certificado en Salamanca a 28 de junio de 2022.

Fdo: Dr. Francisco Ramos Campos

Fdo: Dr. Israel Contador Castillo

*“Ese vértigo que hoy te detiene
es el mismo que mañana
te hará volar”.*

AGRADECIMIENTOS

Realizar un trabajo de esta envergadura ocupa muchas horas y requiere de un esfuerzo mayúsculo, eso es algo que solo podemos entender los que hemos llevado a cabo nuestra tesis con pasión, entrega y dedicación. Por mucho tiempo que hubiera estado detrás de la investigación, nada habría sido posible sin el apoyo de esas personas que suponen un baluarte vital en mi vida, aquellas que comparten mis días pasados, los presentes y esos que están aún por venir. Agradezco este trabajo a mi padre y a mi madre; en especial a ella, quien no ha parado de recordarme durante estos últimos cinco años la importancia que tiene esta etapa en mi vida, y así me ha insuflado todos los ánimos para lograrlo. Hoy podemos decirlo alto y claro. Papá, mamá, lo hemos logrado. Al resto de mi familia: abuelos, tíos y primos, que me han enseñado los valores importantes de la vida y hoy todavía lo siguen haciendo con la mejor de sus sonrisas. Gracias por facilitarme los recursos y la ilusión para finalizar esta gran aventura. A mi compañera de viaje, por todos esos abrazos que me brindó en los momentos indicados. Nunca llegaré a tu altura, pero hoy por fin puedo decir que ambos somos doctores.

A esa persona maravillosa que ha respaldado cada una de mis decisiones y me ha aconsejado cuando la inexperiencia ha hecho acto de presencia. Hablo del Dr. Francisco Ramos Campos, tutor de esta tesis. Por sus consejos, por su aliento en esos momentos complicados en los que no confiaba ni yo mismo en mi trabajo. Gracias, Paco, por estos ocho años de educación, por recibirme con los brazos abiertos cuando pedí su dirección y por todas esas madrugadas en las que me ha mandado artículos, información o un simple consejo. Guardo todos ellos como tesoros que son.

Al Dr. Israel Contador Castillo, codirector de este trabajo, por sus valiosas orientaciones y rigurosas revisiones, que sin duda han contribuido a mejorar esta tesis doctoral y finalizarla con éxito.

Agradezco a la Universidad de Salamanca y, en especial, a la Facultad de Psicología, Terapia Ocupacional y Bellas Artes, por ser mi segunda casa durante tantos años y por reportarme enseñanza, experiencia y felicidad. Mis agradecimientos, también, al Dr. Jesús López Lucas por esclarecerme horizontes a la hora de organizar mis cuestionarios y a todos los colegios oficiales de Terapeutas Ocupacionales de España, que con su ayuda han contribuido a la correcta realización de esta investigación.

Por último, me gustaría dedicar unas palabras de agradecimiento a los 127 participantes de este estudio, que han empleado su valioso tiempo en responder a los cuestionarios y lo han hecho de forma impecable y alentándome en todo momento para la consecución de este trabajo. También me consta que gran cantidad de vosotros habéis compartido la información con vuestros colegas terapeutas ocupacionales, haciendo más sencilla su difusión y la consecución de una muestra más representativa. Muchos sois antiguos compañeros de clase y otros completos desconocidos, pero quiero agradecer vuestra contribución a que la labor y el conocimiento de la Terapia Ocupacional sean cada día un poquito más importantes. Somos pocos, pero valientes, y por ello estoy seguro de que esta profesión seguirá creciendo y enriqueciéndose al contar con profesionales tan implicados como vosotros.

Hoy es un día muy feliz en mi vida y no quiero perder la oportunidad de dar las gracias a todos aquellos que forman parte de ella y, por desgracia, ya no están presentes físicamente. Esas almas que un día partieron para salvaguardar nuestros sueños desde un lugar que solo ellos conocen. Sentiros partícipes, porque este logro también es vuestro.

A todos, de corazón, mil gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: EL SÍNDROME DE ‘BURNOUT’	3
1.1. CONCEPTO DEL ‘BURNOUT’: ORIGEN Y DESARROLLO	3
1.2. SÍNDROME DE ‘BURNOUT’: PREVALENCIA.....	8
1.3. CARACTERIZACIÓN DEL ‘BURNOUT’	13
1.3.1. SÍNTOMAS DEL ‘BURNOUT’	13
1.3.2. VARIABLES DEL ‘BURNOUT’	13
1.3.2.1. Variables sociodemográficas	13
1.3.2.1.1. Sexo	14
1.3.2.1.2. Edad	14
1.3.2.1.3. Nivel de estudios	14
1.3.2.2. Variables psicológicas	15
1.3.2.2.1. Personalidad resistente.....	15
1.3.2.2.2. Capacidad de gestión emocional	15
1.3.2.2.3. Estrategias de afrontamiento inadecuadas.....	16
1.3.2.2.4. Autoeficacia	16
1.3.2.2.5. Patrón de conducta tipo a	16
1.3.2.2.6. Baja tolerancia a la ambigüedad.....	17
1.3.2.2.7. Locus de control	17
1.3.2.2.8. Auto-concepto y autoestima.....	17
1.3.2.2.9. Expectativas personales	18
1.3.2.2.10. Interés social	18
1.3.2.3. Variables del contexto ambiental	18
1.3.2.3.1. Apoyo social	18
1.3.2.3.2. Comunicación.....	19
1.3.2.3.3. Satisfacción vital.....	19
1.3.2.3.4. Exigencias vitales.....	19
1.3.2.4. Variables organizacionales	20
1.3.2.4.1. Sobrecarga del trabajo	20
1.3.2.4.2. Conflicto y ambigüedad de rol.....	20
1.3.2.4.3. Falta de control o autonomía en el trabajo	21
1.3.2.4.4. Cultura corporativa	21
1.3.2.5. Variables del contexto laboral.....	21
1.3.2.5.1. No adecuación profesional.....	21
1.3.2.5.2. Adicción al trabajo	21

1.3.2.5.3. Ergonómicos	22
1.3.2.5.4. Bajos sueldos	22
1.3.2.5.5. Trabajo por turnos	22
1.3.2.5.6. Uso de nuevas tecnologías	22
1.4. MODELOS TEÓRICOS Y EXPLICATIVOS DEL 'BURNOUT'	23
1.4.1. BASADOS EN LA TEORÍA SOCIOCOGNITIVA DEL YO.....	23
1.4.2. BASADOS EN LAS TEORÍAS DEL INTERCAMBIO SOCIAL	23
1.4.3. BASADOS EN LA TEORÍA ORGANIZACIONAL	24
1.4.4. BASADOS EN LA TEORÍA ESTRUCTURAL.....	24
1.4.5. OTROS MODELOS DE 'BURNOUT'	25
1.4.6. MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS	26
CAPÍTULO 2: TERAPIA OCUPACIONAL Y SÍNDROME DE 'BURNOUT'	28
2.1. TERAPIA OCUPACIONAL: DEFINICIÓN Y ÁMBITOS.....	28
2.2. EL 'BURNOUT' EN TERAPIA OCUPACIONAL. EVIDENCIAS	31
2.2.1. PREVALENCIA.....	31
2.2.2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	33
2.2.3. FACTORES PSICOSOCIALES.....	34
CAPÍTULO 3: ESTUDIO EMPÍRICO	39
3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
3.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO	41
3.2.1. OBJETIVOS.....	41
3.2.1.1. Objetivo general.....	41
3.2.1.2. Objetivos específicos	41
3.2.2. HIPÓTESIS.....	42
3.3. MÉTODO	43
3.3.1. PARTICIPANTES	43
3.3.2. INSTRUMENTOS.....	43
3.3.2.1. Cuestionario sociodemográfico	43
3.3.2.2. Maslach Burnout Inventory (MBI)	44
3.3.2.3. Inventario de personalidad reducido de cinco factores (NEO-FFI)	45
3.3.2.4. Cuestionario de interacción trabajo – familia (SWING)	46
3.3.2.5. Cuestionario de ambigüedad/claridad y conflicto de rol	47
3.3.2.6. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	48
3.3.2.7. Cuestionario de Salud Goldberg (GHQ-12).....	49
3.4. PROCEDIMIENTO.....	50
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	50

CAPÍTULO 4: RESULTADOS	52
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS	52
4.2. PREVALENCIA DEL DESGASTE PROFESIONAL	55
4.3. COMPARACIONES MÚLTIPLES: CONTRASTES	55
4.4. ESTUDIO CORRELACIONAL: FACTORES ASOCIADOS CON EL 'BURNOUT'	58
4.5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN	59
4.6. ANÁLISIS DE REGRESIÓN: 'BURNOUT' VS SALUD	61
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN	62
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÉNDICE 1	101
APÉNDICE 2	102
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	103
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	106
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE MASLACH	108
ANEXO 4. CUESTIONARIO NEO FFI	110
ANEXO 5. CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA (SWING).....	114
ANEXO 6. CUESTIONARIO DE AMBIGÜEDAD Y CONFLICTO DE ROL	116
ANEXO 7. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS CAE	118
ANEXO 8. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ-12	120

ABREVIATURAS

A	Amabilidad
AFN	Autofocalización negativa
BAS	Búsqueda de apoyo social
C	Conciencia o responsabilidad
CAE	Cuestionario de afrontamiento del estrés
CE	Cansancio Emocional
DP	Despersonalización
DT	Desviación Típica
E	Extraversión
EEA	Expresión Emocional Abierta
EVT	Evitación
FSP	Afrontamiento Focalizado en la Solución del Problema
GHQ-12	Cuestionario de Salud General de Goldberg, versión de 12 ítems
M	Media
MBI	Maslach Burnout Inventory
N	Neuroticismo
NEO-FFI	Inventario de personalidad NEO, versión reducida
O	Openness (Apertura)
P	Valor de probabilidad
REP	Reevaluación Positiva
RLG	Religión
RP	Realización Personal
SB	Síndrome de Burnout
SIG	Coefficiente de Significación
SWING	Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia
TO	Terapeuta Ocupacional

INTRODUCCIÓN

Me gustaría empezar utilizando una de las frases célebres más reconocidas en la terapia ocupacional, la cual ha orientado mi desempeño profesional desde que terminé mis estudios de grado hace ya más de cinco años. “Un médico te da la vida y un terapeuta ocupacional (TO) te enseña a vivirla”. No se tiene certeza sobre quien utilizó esta afirmación por primera vez, pero sí es respetada por todo el colectivo sanitario y, en especial, por todos los profesionales que, con su esfuerzo diario, guían a las personas que lo necesitan en la búsqueda de un desempeño y una independencia que ansían. Todos trabajamos con la intención de facilitar la vida a nuestros usuarios y para lograrlo creamos un vínculo profesional con ellos que, en muchas ocasiones, traspasa la relación laboral.

El problema viene cuando son los propios profesionales los que necesitan ayuda para encontrar una motivación y así afrontar su trabajo diario con ilusión y esperanza. Llegados a este punto, la mecha se habrá encendido y la cuenta atrás habrá comenzado. En cuestión de poco tiempo, estos trabajadores dejarán de encontrar atractivo su trabajo y este pasará a ser un escollo con el que lidiar cada día. Nuestra profesión, como todas las asociadas al campo sanitario, conlleva un peso emocional y un desgaste psicológico alto. No solo los médicos y las enfermeras tienen que sobrellevar pérdidas humanas con la mayor de las enterezas. Los TO estamos expuestos a multitud de factores estresantes que pueden afectar, de forma directa, a nuestro estado anímico y repercutir así en nuestro trabajo. El saber controlar estas emociones determinará, en buena medida, si terminamos quemados o si conseguimos afrontarlo de una manera correcta, sana y, en definitiva, funcional.

En esta investigación, trataremos de caracterizar el Síndrome de ‘Burnout’ (SB; traducido como desgaste profesional) en una muestra de TO y averiguar qué variables contribuyen a predecirlo. Usaremos estos dos términos, “burnout” y “desgaste profesional”, de manera indistinta a lo largo de la tesis.

Para llevarla a cabo, la hemos dividido en dos partes bien diferenciadas, una teórica y otra empírica. La parte teórica está constituida por dos capítulos. El primero dedicado a revisar el estado actual de la investigación del 'burnout' (Capítulo 1) y el segundo a revisar el desgaste profesional dentro del contexto de la Terapia Ocupacional (Capítulo 2). En este destacamos por qué los TO, como profesionales sanitarios, padecen SB y aportamos datos concisos sobre la forma en la que compromete sus vidas. También expondremos información contrastada sobre su prevalencia dentro de la población sanitaria general y dentro del colectivo de TO.

La segunda parte de la tesis constituye la parte empírica. En ella mostramos la investigación que hemos realizado. En el tercer capítulo, describimos el problema, los objetivos de nuestra investigación y las hipótesis formuladas, además de la metodología utilizada (diseño, participantes, cuestionarios y escalas, procedimiento y pruebas estadísticas aplicadas). El capítulo cuarto recoge los resultados de la investigación, mientras que el quinto lo dedicamos a la discusión de los mismos. Por último, en el sexto y último capítulo exponemos las principales conclusiones que se derivan de nuestra investigación.

Los TO, al igual que otros profesionales sanitarios, padecen estrés y pueden sufrir desgaste profesional. Mediante esta tesis, queremos conocer esta problemática y poner de manifiesto que este síndrome es frecuente en el colectivo de la Terapia Ocupacional. Esta tesis pretende, como fin último, concienciar sobre la importancia de prevenir la aparición de esta patología y desarrollar programas eficaces para su tratamiento.

I. PARTE: DESARROLLO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: EL SÍNDROME DE 'BURNOUT'

1.1. CONCEPTO DEL 'BURNOUT': ORIGEN Y DESARROLLO

Para encontrar los orígenes del SB tenemos que remontarnos a la definición que el psiquiatra estadounidense Freudenberg (1974) aporta sobre esta patología, considerándola como “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. A pesar de que otros investigadores, como Lief & Fox (1963), Zimbardo (1970) o Bloch (1976), se aproximaron al SB con términos como la “preocupación distanciada”, para los primeros, “deshumanización defensiva”, en segundo caso, o una “conducta cínica en la relación con los propios clientes”, en tercer lugar; Freudenberg fue el pionero en la descripción clínica.

Este psiquiatra observó, al trabajar de voluntario en una clínica para toxicómanos, cómo sus compañeros comenzaban a perder el interés, la motivación y la energía para llevar a cabo sus tareas en un periodo laboral que oscilaba entre uno y tres años. Algunos, incluso, entraban en estados más graves de depresión que les impedían llevar a cabo un trabajo satisfactorio. Freudenberg explicó cómo estos trabajadores se iban volviendo poco a poco menos sensibles, desarrollaban conductas apáticas hacia el trabajo y, en alguna ocasión, hasta mostraban conductas agresivas hacia sus clientes, culpando a los propios pacientes, en la mayor parte de las ocasiones, de los problemas que estos padecían. Describió que este patrón conductual se repetía en la práctica totalidad de ellos, por lo que acuñó el término 'burnout' (estar quemado) para referirse a esta patología.

A pesar de que la definición de Freudenberg es la más pionera en asentar las bases de dicha problemática, muchos investigadores contribuyeron a que el término fuera ganando mayor relevancia mediante la observación clínica. Slade et al. (1977) se referían a estos comportamientos como una “deshumanización hacia los clientes” y, tan solo un año más tarde, Seiderman

(1978) bautizaba a estas conductas como “una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios”. En cambio, Storlie (1979) reducía el espectro y los denominaba, de una forma más escueta, como un “colapso espiritual”.

Maslach (1976), una psicóloga estadounidense, decide utilizar el mismo término que Freudenberg para dar explicación a la problemática que sufrían los abogados californianos al perder el interés en su trabajo y en sus clientes, lo cual conllevaba problemas mayores de responsabilidades en el desempeño de sus tareas diarias. Maslach lo define inicialmente como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional entre ellos y los trabajadores en su entorno laboral”, aunque va modelando dicha definición a medida que continúa sus investigaciones. Finalizando la década de los setenta, Pines & Kafry (1978) o Dale (1979) se referían a él como una experiencia de agotamiento general producida en el ámbito laboral, al no encontrar un equilibrio entre los recursos, el potencial propio y las exigencias del trabajo en cuestión. Esto desencadenaba episodios de fatiga, estrés y agotamiento, además de dolencias a nivel mental como depresión.

El interés generado hacia el concepto del 'burnout' supuso que la década de los ochenta se caracterizara por un avance importante en el estudio del síndrome, el cual conllevó un incremento cuantioso en el número de definiciones del concepto, así como una mayor cantidad de investigaciones al respecto. Así, Freudenberger (1980) modifica su definición inicial, sustituyéndola por la siguiente: “estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada”. Definición similar a la dada por Pines et al. (1981), los cuales defienden la relación entre periodos largos de tiempo en la tarea, combinado con ambientes y situaciones que afectan emocionalmente a la persona. Otros como Edelwich & Brodsky (1980) proponen una serie de fases que recogen los diferentes procesos por los que pasa un trabajador con 'burnout': 1) fase inicial de entusiasmo y motivación por la tarea, caracterizada por altas expectativas

de realización; 2) segunda fase donde surge la frustración si no se consiguen los objetivos; 3) la frustración avanza vertiginosamente hasta la aparición de problemas (físicos, conductuales o emocionales); 4) el sujeto, desbordado por todo lo anterior, cae en un estado de apatía y derrotismo ante el problema y adopta una actitud de sumisión y vencimiento. Cherniss (1980) también propone una división en 3 fases, contando con una inicial de desequilibrio entre recursos propios y demandas que provoca estrés y fatiga, una segunda donde aparecen síntomas como la ansiedad, agotamiento o cansancio, y una última fase donde se adoptan medidas defensivas y victimistas, siendo completamente imposible el afrontamiento del problema.

Maslach & Jackson (1981) desarrollaron la primera herramienta con la que poder medir y evaluar el 'burnout': el Maslach Burnout Inventory (MBI), siendo este instrumento la piedra angular que sustenta la mayoría de investigaciones posteriores. Ambas autoras consideraron que el 'burnout' engloba tres dimensiones bien diferenciadas: el cansancio emocional (CE), definiéndose como el sentimiento de cansancio ante unas demandas psicológicas y emocionales que sobrepasan a la persona; la despersonalización (DP), como la conducta de autoprotección que se caracteriza por dejar de tratar a los pacientes como personas, considerándolos como simple trabajo, limitando la esfera emocional y la excesiva implicación; y finalmente, la baja realización personal (RP), o autoevaluación negativa del trabajo, donde siempre se considera este como deficitario.

En años posteriores, otros autores intentaron sin éxito diseñar modelos estandarizados y válidos de detección del 'burnout', pero todos terminaron fracasando con el paso del tiempo. Forney et al. (1982) crean una entrevista estructurada que finalmente no tuvo seguimiento en la investigación. Haack & Jones (1983) idearon una técnica, con escaso rigor científico, para encontrar 'burnout' en trabajadores mediante dibujos hechos por estos, explicando que el trazado de las personas con 'burnout' era distinto a las que no tenían. También se pensó en una técnica de autodiagnóstico a partir de una definición de la

patología, pero, debido a su escasa fiabilidad, este método siguió el mismo camino que los dos anteriores.

Cronin-Stubbs & Rooks (1985) aportan su propia definición de 'burnout', denominándolo como "una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales". Shirom (1989) aporta una definición muy interesante, dotando al afrontamiento con un poder notable en el proceso de aparición del 'burnout'. Dice que, cuando ante un problema bajan los recursos personales para afrontarlo, es mucho más probable la aparición de este síndrome.

Los años noventa sirvieron para aportar numerosas definiciones al término 'burnout'. Leiter (1992) es el primero en separar el 'burnout' del ámbito laboral, definiéndolo como "una crisis de autoeficacia". Leal (1993) también explica que está compuesto por síntomas depresivos, que aparecen en el momento en el que la persona nota fracaso y una disminución en la autoestima al sentir que todo lo realizado no tiene una recompensa positiva.

Mingote-Adán (1998) realiza un análisis de todas las definiciones previas sobre el 'burnout' y extrae unas características compartidas al respecto: el CE está presente en casi todas ellas, hay un déficit en la atención o DP en la relación profesional con el cliente, hay una sintomatología física presente en el síndrome, compuesta por cansancio o malestar entre otras, el SB es una dolencia propia del trabajo producida por una mala adaptación al mismo y, por último, este síndrome desencadena perjuicios a nivel laboral, como la desmotivación con la tarea, el bajo rendimiento, o el abandono del trabajo. Posteriormente, Farber (2000) afirma que es un fenómeno que se deriva de la necesidad de realizar mejores trabajos en un tiempo más acortado y con los menos recursos que sean necesarios. Idea muy similar a la que defiende Peris (2002), cuando habla de un "trastorno que se caracteriza por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana". Según exponen Molina & Avalos (2007), el SB se podría considerar como una paradoja. A la vez que los trabajadores sanitarios intentan sanar a

sus pacientes, comienzan a estar quemados de forma indirecta, provocando así la aparición de dicha dolencia.

Maslach & Leiter (2008) hacen una conexión entre 'burnout' y trabajo, argumentando que existen una serie de características que hacen propensa su aparición, como son: la cantidad del propio trabajo, el conflicto y ambigüedad de rol, déficit en la previsibilidad, reducción en la participación y, por último, tener una sensación de injusticia con respecto al trabajo. Maslach et al. (2011) afirman que hay seis categorías de desequilibrio responsables de la aparición del 'burnout' en una institución: los valores, la equidad, el espíritu de equipo, el sueldo, el control y la carga de trabajo. Galván (2015) continúa siguiendo la línea de autores previos y expone que los trabajadores con 'burnout' encontrarán déficits en la organización y en los recursos a nivel personal, sufriendo agotamiento, DP y problemas a la hora de llevar a cabo las diferentes actividades laborales.

Por otro lado, Percastre (2009) se aleja del ámbito sanitario y afirma que algunos deportistas que presentan niveles altos de 'burnout' obtienen peores resultados a nivel deportivo, ya que refieren unos estados de autoconfianza y autoconcepto inferiores al resto de atletas. Siguiendo esta línea deportiva, Carlin & Garcés de los Fayos (2010) y Pinto & Vásquez (2013) hacen referencia a que las estrategias para afrontar los niveles de 'burnout' en este ámbito deben incluir: control de estímulos ambientales, lograr un estado de activación o arousal adecuado y, por último, la supresión de los pensamientos negativos, peligrosos ante la práctica deportiva si se buscan unos resultados óptimos.

Realmente, después de todo este tiempo, nadie puede dar una definición exacta sobre el término 'burnout', así como exponer todas las características del síndrome que recoge su nombre, lo que hace que el estudio de dicha patología sea de interés en la actualidad. La investigación está viva y, año tras año, autores de todo el mundo siguen caracterizando esta enfermedad. Freudenberger (1974) sentó las bases, mientras que Maslach & Jackson (1981)

poseen la definición más relevante. En el año 2019 la OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce de forma oficial al SB como una enfermedad laboral, una vez realizada la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). Cabe destacar que el término 'burnout' aún no está recogido en el diccionario de la Real Academia Española (RAE), por lo que también se le denomina comúnmente como 'síndrome de desgaste profesional'.

1.2. SÍNDROME DE 'BURNOUT': PREVALENCIA

Se han llevado a cabo multitud de estudios sobre la prevalencia de esta patología en la actualidad, pero no se ha logrado un consenso uniforme, ya que los datos aportados en cada investigación son muy variados. Por todo ello, se ha llegado a la conclusión de que la aparición del síndrome y su desarrollo van a depender de las características propias de los sujetos y del entorno donde lleven a cabo sus actividades personales y laborales. Vamos a exponer diferentes estudios en profesionales sanitarios, llevados a cabo en diferentes países, donde se pone de manifiesto la prevalencia del SB:

- En Costa Rica nos encontramos con un estudio donde se afirma que el 20% de todos los médicos (n=45) de la Clínica COOPESALUD presentaban el SB, observando una mayor frecuencia entre los varones del tramo de edades entre los 25 y los 34 años, suponiendo un 55,6% de los casos totales (Díaz, 2004).
- En Colombia, más específicamente en el Hospital Universitario del Norte, se concluyó que un 9,1% de la muestra de 55 estudiantes internos de medicina, padecían el SB (Bordá et al., 2007).
- Un estudio llevado a cabo con 6150 profesionales sanitarios latinoamericanos arroja que un 36,3% de todos ellos tienen la percepción de "estar quemados" con su trabajo (Grau et al., 2007).
- En Venezuela se analizó el SB en una muestra de 25 médicos y enfermeras, extrayendo que el 40,37% poseía el SB, y que otro 40% presentaba alto riesgo de contraerlo (Abreu, 2011).

- Magalhães et al. (2015) evalúan el 'burnout' de 134 anestesiólogos brasileños, obteniendo una prevalencia del 10,4%, un porcentaje de alto CE del 23,1%, alta DP en el 28,3% y baja RP en el 47,7%. Se extrajo que el SB afectaba con mayor frecuencia a varones, con edades comprendidas entre 30-50 años, con una experiencia laboral superior a 10 años, que trabajaban haciendo guardias nocturnas, con ritmos de vida sedentarios y que solo realizan formación centrada en la medicina, no en otras disciplinas.
- Puchaicela (2018) estudió el 'burnout' en una muestra de 30 enfermeras del Hospital General Enrique Garcés, de Quito (Ecuador). Observó que un 20% de ellas tenían el SB en ese momento y un 46,7% estaban en riesgo de padecerlo. Además, extrajo que la dimensión más afectada fue la RP, ya que 9 de ellas (30%) tenían niveles bajos.
- Cobo et al. (2019) llevan a cabo una revisión sistemática para analizar la prevalencia del SB entre los años 2012 y 2018 en médicos iberoamericanos. Se incluyeron un total de 23 artículos en la revisión, obteniendo una prevalencia del 45,88% (alto CE, alta DP y baja RP) dentro del grupo de médicos residentes. El SB se encontró principalmente en los varones, y se obtuvieron relaciones significativas con las variables: cursar segundo y tercer año de residencia, ser extranjero, y cursar una especialidad quirúrgica.
- Nimer et al. (2021) analizan la prevalencia y factores de riesgo del SB en una muestra de 481 médicos residentes, obteniendo que 373 (77,5%) presentan niveles moderados-altos de 'burnout'. Al igual que en el estudio anterior, se observó que los hombres tenían niveles de agotamiento significativamente superiores a las mujeres. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el 'burnout' dependiendo de la especialidad realizada, los años de residencia, el tipo de jornada laboral, el número de guardias al mes y la responsabilidad en el hogar.
- Zotović et al. (2021) estudian los niveles de 'burnout', correlaciones entre variables y predictores del SB, de 133 trabajadores sanitarios en Serbia, durante la pandemia de la Covid-19 (mes de septiembre de 2020). Para medir el 'burnout' se utilizó el Copenhagen Burnout Inventory (CBI),

arrojando un nivel alto de 'burnout' en un 52,6% de la muestra. Se observó que el modelo final de regresión predecía, de forma estadísticamente significativa, un 57% de la varianza. La satisfacción laboral y el buen afrontamiento y respuesta al estrés precedían de forma significativa unos niveles inferiores de 'burnout'.

- Beldon & Garside (2022) estudian el 'burnout' en una muestra de 382 sanitarios, que formaban parte de las ambulancias de Reino Unido. Al analizar los resultados, los autores refieren que más del 50% de los participantes muestran niveles medios-altos de CE, un 87% de éstos posee niveles medios-altos de DP y, por el contrario, tan solo un 6% refiere sentimientos de baja RP. Las autoras refieren que los principales estresores para este grupo de trabajadores son: la percepción de una falta de apoyo laboral desde la propia gerencia, el mal uso del servicio de ambulancias por parte de los clientes, la sobrecarga laboral al tener que realizar muchas horas extras involuntarias y una mala conciliación entre la vida laboral y la vida personal, familiar y social.
- Khanngern et al. (2022) investigan el 'burnout' entre 121 profesionales de salud mental del Hospital Siriraj de Bangkok. Se obtuvo una prevalencia del 41,3% de 'burnout' pero no existieron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de profesión sanitaria de los trabajadores. El grupo que mayores niveles de 'burnout' presentó fue el de 20-29 años, de igual forma que los trabajadores con títulos superiores de postgrado obtuvieron puntuaciones más elevadas en SB que el resto. La experiencia laboral inferior a cinco años estaba relacionada de forma significativa con mayores niveles de 'burnout' y el neuroticismo y la evitación predijeron de forma significativa el SB.

De igual forma, en España también se han llevado a cabo estudios que analizan la problemática del SB. A continuación, se describen algunos de los más relevantes.

- Un estudio, publicado por la Revista de Ortopedia y Traumatología, evaluó el SB en 169 cirujanos ortopédicos de toda España, y explica que un 44,1% presentó niveles altos en CE, un 64,6% en DP y un 24,5% refirió baja RP en el trabajo (Sánchez-Madrid et al., 2005).
- Según un estudio realizado por la Universidad de Santiago de Compostela, donde se analizó la prevalencia del SB en 15 trabajadores de los servicios sociales comunitarios, estos refieren un alto nivel de CE (46,7%), a pesar de mostrar unos niveles discretos en baja RP (13,3%) y en alta DP (6,7%) (Facal, 2012).
- Un estudio donde se analizó el 'burnout' en un grupo de 52 enfermeras del ámbito neurológico de un mismo hospital, concluyó que el 66,6% de ellas estaban quemadas (con un factor fuera de la normalidad) o muy quemadas (2 o 3 factores alterados). De igual forma, se extrae que un 58,5% de la muestra presentó niveles altos de CE, un 59% de DP y un 65% de baja RP. Además de todo ello, observan que hay una relación significativa positiva entre la falta de formación laboral y baja RP (Alba, 2015).
- Un estudio descriptivo transversal (N=178), llevado a cabo en 54 centros de salud de la comunidad de Navarra, repartidos entre las profesiones de médicos de familia, pediatras, enfermeros, administrativos y trabajadores sociales, concluyó que un 39,3% de todos los participantes presentaron niveles altos de 'burnout', especialmente los médicos de familia y personal administrativo. Se extrajo un perfil tipo de trabajador con 'burnout' dentro de la muestra, teniendo las siguientes características: varón, trabajador en área urbana, consumidor de fármacos, con un cupo excesivo de trabajo y una presión asistencial muy elevada (Navarro et al., 2015).
- Ballester et al. (2016) llevaron a cabo un estudio con 117 profesionales sanitarios que desempeñaban sus funciones en cuidados intensivos, observando que más del 3% de ellos presentaba el SB y el 45% presentaba niveles elevados en alguna de las dimensiones del 'burnout'.
- Tarraga & Serrano (2016) comparan el 'burnout' de 104 trabajadores sanitarios de dos instituciones, pública y privada. Observaron que,

aunque el nivel de 'burnout' de ambos grupos era alto, se acentuaba en aquellos trabajadores que desempeñaban sus funciones en el sector público, los cuales poseían niveles de CE y DP significativamente superiores a los del resto de profesionales del sector privado.

- González et al. (2020) estudian los niveles de 'burnout' en un grupo de 58 trabajadoras sociales sanitarias, obteniendo niveles muy altos en todas las dimensiones del SB: CE alto (58,6%), DP alta (41,4%) y baja RP (44,8%).
- Oprisan et al. (2022) analizaron en una muestra de 150 radiólogos la prevalencia del SB, factores asociados y de qué forma la pandemia del COVID-19 había afectado en ellos. Los resultados arrojaron que la prevalencia del SB había aumentado durante la pandemia un 15,7%, pasando de 33,6% en niveles pre-pandémicos, a un 49,3% después de la pandemia. Se comprobó que un 52% tenía altas puntuaciones de CE, un 48% alta DP y un 57,3% baja RP. Las principales causas del alto 'burnout' entre los participantes fueron la sensación de caos en el trabajo, la falta de control sobre el propio trabajo y los problemas tecnológicos en el entorno laboral. Sin embargo, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el SB grave (alto CE, alta DP y baja RP) y las variables sociodemográficas: edad, género, número de guardias, experiencia laboral, salario anual, estado civil, número de hijos o tipo de contrato laboral.
- García et al. (2022) analizan la prevalencia del SB en una muestra de 125 médicos y enfermeras, obteniendo un 56,8% de participantes con alto CE, un 39,2% con alta DP y un 36% con baja RP. Además, se comprobó de forma estadísticamente significativa que los médicos presentaban con mayor frecuencia que las enfermeras una afectación de dos o más dimensiones del SB de forma conjunta (correspondiendo ésta a un nivel de 'burnout' moderado-grave). No encontraron diferencias significativas entre el SB y las variables sociodemográficas estudiadas.

1.3. CARACTERIZACIÓN DEL 'BURNOUT'

El SB está formado por un conjunto de síntomas que difieren en tipología e intensidad. También, existen una serie de factores que lo predicen y que trataremos de abordar de la forma más detallada posible.

1.3.1. SÍNTOMAS DEL 'BURNOUT'

A continuación, se proponen una serie de síntomas asociados con el 'burnout' (véase Apiquian, 2007 y Párraga, 2005):

- **Síntomas emocionales:** depresión, apatía, desilusión hacia el trabajo, pesimismo, poca tolerancia, hostilidad, desilusión, impaciencia, vacío, sentimiento de fracaso con los objetivos marcados...
- **Síntomas cognitivos:** pérdida de autoestima y expectativas laborales, disminución de creatividad en el trabajo y aumento del número de distracciones, pérdida de valores y de significado en la tarea, cinismo...
- **Síntomas conductuales:** absentismo laboral, cinismo, aislamiento social, abandono del trabajo, autoevaluación derrotista de las propias tareas, agresividad, desorganización en el trabajo, consumo de drogas...
- **Síntomas sociales:** conflicto inter e intrapersonal, aislamiento y malhumor generalizado, restricción del número de contactos sociales...
- **Síntomas psicósomáticos:** dolor corporal, cefalea, alteraciones a nivel alimenticio, fatiga crónica, problemas a la hora de conciliar el sueño, palpitaciones, alergias, dolor gastrointestinal, disfunciones sexuales...

1.3.2. VARIABLES DEL 'BURNOUT'

Para diferenciar y explicar correctamente todas las variables que van a influir en su aparición y desarrollo, seguiremos las clasificaciones creadas por Rubio (2003) y Párraga (2005).

1.3.2.1. Variables sociodemográficas

Las características a nivel sociodemográfico van a modular niveles más altos o más bajos de 'burnout' (Manassero et al., 1994; León et al., 2013 o Park & Park, 2017). Algunas de las más importantes son las siguientes:

1.3.2.1.1. Sexo

Se ha demostrado que el sexo es una variable importante a la hora de analizar cómo afecta el 'burnout'. Según los estudios de Maslach & Jackson (1985), las mujeres son más propensas a desarrollar altos niveles de CE y poca RP, mientras que los varones tienen puntuaciones más altas en el área de la DP. Rout (2001) añade que las mujeres que se han incorporado al mundo laboral y arrastran responsabilidades familiares son más propensas a desarrollar el SB. Dias et al. (2016) encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la variable "sexo femenino" y unos mayores niveles de 'burnout'. Mayorga (2021) defiende esta misma idea, encontrando en su estudio una mayor prevalencia del SB en el género femenino.

1.3.2.1.2. Edad

En referencia a esta variable, no hay un consenso sobre si el 'burnout' afecta más a jóvenes o mayores. En personas de edad más joven encontramos más facilidades para llevar a cabo tareas donde haya más presión por el tiempo o una vigilancia exhaustiva, así como tareas donde esté implicado el uso de las nuevas tecnologías. Por otro lado, las personas de edades más avanzadas tendrán un mayor conocimiento de las situaciones laborales y una mejor experiencia para realizar tareas de diversa índole, lo que les llevará a compensar esas desventajas indicadas (Hadziolova, 1988). Arias et al. (2017) encuentran una relación significativa y negativa entre la edad y la DP en una muestra de 213 sanitarios peruanos. Vinuesa et al. (2021) también encuentran relaciones inversas y significativas entre la edad de 224 sanitarios ecuatorianos y las dimensiones de CE y DP, y una relación directa y significativa entre la edad y la RP en el trabajo.

1.3.2.1.3. Nivel de estudios

Hernández et al. (2006) comprobaron en un grupo de funcionarios de prisiones, que los que tenían un nivel de estudios menor (bachillerato superior) se encontraban en el grupo de alto SB, mientras que aquellos que poseían estudios universitarios se encontraban principalmente en el grupo de bajo SB. Rodríguez & Sánchez (2018) afirman que existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de estudios alcanzados por los docentes de una

universidad privada de Lima y sus niveles de RP, encontrando un mayor nivel de RP cuantos mayores estudios tengan los profesionales.

1.3.2.2. Variables psicológicas

Multitud de autores como Cherniss (1980), Harrison (1983), McMullen & Krantz (1988), Piedmont (1993), Roger & Abalo (2004), Rodríguez et al. (2014) o Vieira et al. (2022) entre otros, defienden la presencia de variables personales, como factor primordial, en la aparición del 'burnout'. Así, las características personales influyen de forma directa en la gestión de sobrecarga laboral y el desarrollo del desgaste profesional. Las variables que corresponden a este grupo son las siguientes:

1.3.2.2.1. Personalidad resistente

Se caracteriza por la capacidad que tienen algunas personas para afrontar de forma positiva las exigencias de la vida, viendo las mismas como un desafío en vez de como una amenaza y teniendo la percepción de controlar el ambiente y la respuesta necesaria. Kobasa et al. (1981) definen que este tipo de personalidad está caracterizado por un compromiso con la situación estresante, control personal sobre la respuesta y planteamiento de retos en vez de amenazas. Moreno et al. (2001) afirman que las personas que presenten este tipo de personalidad, tendrán menos probabilidades de contraer el SB, al poder controlar de una forma más adecuada el estrés laboral. En esta línea, Vieira et al. (2022) demuestran que la resiliencia favorece la prevención del SB, correlacionando significativamente y de forma inversa con el CE y la DP y de forma significativa y positiva con la RP.

1.3.2.2.2. Capacidad de gestión emocional

Peinado & Garcés (1998) afirman que es importante que los trabajadores sepan gestionar e interpretar las demandas emocionales (más frecuentes e intensas en los trabajos relacionados con el ámbito sanitario y social). Millán et al. (2014) indican que, a mayor inteligencia emocional, mayor probabilidad hay de desarrollar el SB en docentes, al ser conscientes de sus propias emociones. Salvador (2022) defiende esta misma postura, encontrando

una relación directa y estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y el SB en profesionales de la salud mental.

1.3.2.2.3. Estrategias de afrontamiento inadecuadas

El no contar con respuestas adecuadas ante las necesidades que nos demandan las distintas situaciones es un factor primordial en el desarrollo de la enfermedad. Leiter (1991) afirma que, con una estrategia de escape como respuesta, los niveles de 'burnout' aumentan, mientras que, si el afrontamiento se produce con estrategias de control, disminuyen las probabilidades de su aparición. Gupta et al. (2012) concluyen que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores con alto CE de su estudio no son adecuadas, explicando que una planificación y preparación de estas estrategias es importantísimo para lograr una correcta prevención del SB. Zotović et al. (2021) inciden en esta idea y explican que un buen afrontamiento del estrés predice significativamente un menor nivel de 'burnout'.

1.3.2.2.4. Autoeficacia

La percepción de éxito o de eficacia que tenemos con nuestra propia actividad influirá directamente en la aparición del SB. A mayores niveles de autoeficacia con la tarea, menor probabilidad habrá de que el SB aparezca (Leiter, 1992). Llor et al. (2020) demuestran que las habilidades de comunicación y la autoeficacia percibida de los profesionales sanitarios en los servicios de urgencias hospitalarias y las unidades de cuidados críticos están relacionadas de forma significativa con una disminución del CE y de la DP y con un aumento de la RP en el trabajo.

1.3.2.2.5. Patrón de conducta tipo a

Según esta variable, los sujetos que presentan unos perfiles laborales con mucha competitividad, impaciencia, hiperactividad o agresividad, entre otras muchas, tienen más posibilidades de padecer el síndrome que los que realizan el trabajo de forma más sosegada, calmada y sin esos niveles tan altos de competencia (Parkes, 1998). Vargas & Varona (2020) demuestran una relación directa y estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo A y el estrés.

1.3.2.2.6. Baja tolerancia a la ambigüedad

El hecho de considerar las situaciones ambiguas como amenazantes puede ser también una causa de aparición del 'burnout'. Las personas que sean poco tolerantes a estas situaciones ambiguas tendrán la capacidad de trabajar sin problemas en empleos donde las tareas estén perfectamente organizadas y estructuradas, mientras que presentarán más niveles de estrés en aquellos trabajos donde las normas no estén perfectamente clarificadas (Peiró & Salvador, 1993). Según Chavarría et al. (2017) ante situaciones ambiguas o novedosas en las que el sujeto no cree poder ejercer ningún tipo de afrontamiento, las posibilidades de que aparezca el SB se incrementan.

1.3.2.2.7. Locus de control

Hablaremos de locus de control interno cuando las personas creen que los acontecimientos dependen de su propia conducta, mientras que el locus de control externo comprende las creencias de que los resultados o eventos que le ocurren al individuo no dependen de nosotros, sino de factores como la suerte, el destino o la casualidad (Lazarus & Folkman, 1984). Es lógico pensar que aquellos sujetos que presenten un mayor locus de control interno tendrán un mejor afrontamiento del estrés frente a los que dispongan de un alto locus de control externo; mientras que la aparición del 'burnout' será mucho más probable en el segundo grupo (Rotter, 1966). Vargas et al. (2016) defienden esta postura y explican que, aquellos docentes que manifiesten locus de control externo tendrán más posibilidades de sufrir 'burnout', al contar con un mayor CE y DP y una menor RP que aquellos con un locus de control interno.

1.3.2.2.8. Auto-concepto y autoestima

Sarros & Friesen (1987) y Friedman & Farber (1992) dan importancia a esta variable, explicando que el concepto que tengamos de nosotros mismos también determinará, en buena medida, la aparición del 'burnout'. En personas donde el autoconcepto y la autoestima sean bajas, habrá más probabilidades de que se desarrolle. Beltrán & Moreno (2010) afirman que tener una autoestima baja es un factor de riesgo muy importante en la aparición y desarrollo del SB. Esta idea también es defendida por Contreras et al. (2021) quienes concluyen, en una muestra de médicos de unidades críticas, que una

menor autoestima favorecería el 'burnout' mientras que la alta autoestima tendría un rol protector.

1.3.2.2.9. Expectativas personales

Cordes & Dougherty (1993) ponen de manifiesto esta variable, apuntando que las expectativas personales que no puedan ser alcanzadas también tenderán a aumentar las probabilidades de desarrollar el SB. Ramírez et al. (2020) afirman que hay expectativas personales (pocas oportunidades de desarrollar el talento propio o la carencia de elogios hacia el propio trabajo) que son factores de riesgo que pueden influir en el 'burnout' de los trabajadores.

1.3.2.2.10. Interés social

Esta variable es definida por Ansbacher & Ansbacher (1956) como el beneficio de potenciar el bienestar humano. Más tarde, Smith et al. (1986) añaden que a medida que baja el interés social en la persona, aumenta la vulnerabilidad a padecer el SB.

1.3.2.3. Variables del contexto ambiental

Las variables pertenecientes a este grupo recogen factores que provienen del entorno del sujeto y que pueden influir en la aparición del SB.

1.3.2.3.1. Apoyo social

Cuanto más apoyo encuentren los trabajadores en el entorno que les rodea, menos afectarán esas situaciones estresantes, por lo que será más difícil el desarrollo del 'burnout'. Firth et al. (1986) y Fredy & Hobfoll (1994) apoyan esa postura y afirman que una falta de empatía y de apoyo social es determinante en el desarrollo de 'burnout'. Gil-Monte & Peiró (1999a) explican, tras realizar un meta-análisis, que el apoyo social de los compañeros de trabajo es un claro predictor de los componentes del MBI. Edwards & Durette (2010) obtienen una correlación positiva y significativa entre los valores de DP y la sensación de infravaloración y falta de respeto en el trabajo. En esta línea, Beldon & Garside (2022) afirman que los principales estresores para el grupo de trabajadores sanitarios de su estudio son: la percepción de una falta de

apoyo laboral desde la propia gerencia y una mala conciliación entre la vida laboral y la vida personal, familiar y social.

1.3.2.3.2. Comunicación

Es una variable clave en cualquier relación personal y laboral. Sarros & Friesen (1987) afirman que cuando esta comunicación comienza a fallar y a deteriorarse, es mucho más probable el desarrollo del SB. Leal et al. (2015) encuentran correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre las habilidades de comunicación en el trabajo y las dimensiones de CE y DP, así como una correlación positiva y significativa entre estas habilidades de comunicación laboral y la RP en el trabajo.

1.3.2.3.3. Satisfacción vital

Tiene importancia el grado de conformidad que tenga una persona con su estilo de vida y con las relaciones que se produzcan como consecuencia del mismo. Lee & Ashfort (1993) explican que cuanto menor es el nivel de satisfacción, mayores serán los índices de 'burnout', en especial de CE. Unos resultados similares obtienen Álvarez et al. (2017) quienes encuentran correlaciones significativas negativas entre la satisfacción vital y las dimensiones de CE y DP, y una correlación positiva y significativa con la RP.

1.3.2.3.4. Exigencias vitales

En los momentos complicados para el sujeto o donde hay cambios importantes en su vida, existirá una mayor posibilidad de desarrollar 'burnout' (Farber, 1983). Golembiewski & Munzenrider (1988) comparten esta premisa y añaden que, cuando la situación requiere una implicación total de los sujetos (i.e, exigencia), es mucho más probable su aparición. Según Useche (2008) algunas demandas vitales intensas (matrimonio, pérdida de amistades...) pueden incrementar el riesgo de padecer SB. Moss et al. (2016) comprobaron que algunos de los factores que más influyen en el 'burnout' de las enfermeras son las experiencias laborales traumáticas, a menudo relacionadas con la morbilidad y mortalidad de los pacientes, o con discrepancias éticas y morales.

1.3.2.4. Variables organizacionales

Este tipo de variables, relacionadas íntimamente con la organización donde se desarrolla el trabajo, también influirán en la aparición y en el desarrollo del 'burnout' (Maslach & Leiter, 1997).

1.3.2.4.1. Sobrecarga del trabajo

La cantidad de trabajo que realice el sujeto influirá de forma decisiva en la posible aparición del SB. Según Leiter (1991), los casos en los que exista sobrecarga laboral irán relacionados con un incremento del CE, estando menos ligada a la DP y a los sentimientos de baja RP. Esta afirmación la comparten Burke & Richardsen (1996) y Gil-Monte & Peiró (1999a), que inciden en la estrecha relación entre sobrecarga laboral e incremento del CE. Noriega et al. (2020) afirman que existen diferencias significativas en la sobrecarga laboral de las enfermeras de su estudio, atendiendo a la categoría laboral de cada una de ellas, encontrando una mayor sobrecarga en las enfermeras auxiliares. Asimismo, los autores extraen una correlación positiva y significativa entre la sobrecarga laboral de las enfermeras del estudio y los niveles de CE.

1.3.2.4.2. Conflicto y ambigüedad de rol

Entendemos por ambigüedad de rol la dificultad para marcar y delimitar unos objetivos y resultados reales en el trabajo. Por otro lado, el conflicto de rol se definiría como la realización simultánea de actividades, dentro de un trabajo, siendo estas incompatibles unas con otras. Gil-Monte & Peiró (1997) asocian estos dos estresores con el SB. Explican que la ambigüedad de rol estaría más relacionada con conductas de baja RP en el trabajo, mientras que el conflicto de rol se asociaría con el componente de CE. Casas et al. (2002) presentan una nueva variable denominada estrés de rol, consistente en la suma de la sobrecarga de rol, ambigüedad de rol y conflicto de rol. Mababu (2016) demuestra que la ambigüedad de rol, conflicto de rol y la sobrecarga de rol actúan como predictores significativos y negativos del rendimiento laboral.

1.3.2.4.3. Falta de control o autonomía en el trabajo

Hay una relación entre la independencia en la toma de decisiones a nivel laboral y la aparición del 'burnout'. Landsbergis (1988) demuestra que este factor afecta y reporta cambios en todos componentes del SB. Merino et al. (2018) demostraron que hay una asociación positiva y significativa entre la autonomía laboral y la RP de los trabajadores de su estudio.

1.3.2.4.4. Cultura corporativa

Mintzberg (1979) explica que hay dos tipos de culturas empresariales: la basada en la mecanización de los procesos y la que dota de protagonismo a sus profesionales. El 'burnout' se asocia con una mala regulación de los procesos laborales para la primera y la poca definición de competencias propias en la segunda (Winnubst, 1993). Fidalgo (2006) realiza una clasificación sobre las prácticas que se deberían llevar a cabo desde las organizaciones para prevenir la aparición del 'burnout', de las cuales destacamos: establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad, definir correctamente las competencias y funciones para reducir el estrés dentro de la empresa o mejorar las redes de comunicación dentro de los trabajadores.

1.3.2.5. Variables del contexto laboral

Algunas variables pertenecen específicamente al entorno laboral de los sujetos e influirán directamente en sus niveles de 'burnout'.

1.3.2.5.1. No adecuación profesional

Esta variable comprende la relación entre perfiles laborales y personales. Cuando el perfil de la persona no casa con el perfil que se demanda desde el puesto de trabajo, aumenta la probabilidad de 'burnout' (Ayuso & López, 1993). Jiménez et al. (2002) explican que la adecuación profesional es uno de los factores que promueve una mayor satisfacción laboral para los trabajadores de su estudio.

1.3.2.5.2. Adicción al trabajo

Cuando los sujetos realizan una dedicación absoluta a las actividades laborales y descuidan otros aspectos familiares, personales o sociales, es más

probable la aparición del SB (Nagy & Davis, 1985). Colín (2019) encuentra una relación estadísticamente significativa, positiva y muy fuerte entre la adicción al trabajo y el 'burnout' en una muestra de 322 trabajadores mexicanos.

1.3.2.5.3. Ergonómicos

Esta variable recoge los peligros a los que se exponen algunos trabajadores en su día a día. Pueden ser: químicos, físicos, biológicos o posturales, entre otros, y se consideran estresores que incrementan la probabilidad del 'burnout' (Bueno & Celma, 1999 o Anyfantis et al., 2020).

1.3.2.5.4. Bajos sueldos

El salario también es una variable importante a la hora de medir los niveles de 'burnout'. Siefert et al. (1991) relacionan la variable de sueldos bajos con el incremento de la DP. Lee & Ma (2018) encuentran una relación inversa y significativa entre el sueldo y el CE, y otra, también significativa e inversa, entre el salario y la autoeficacia. Zhu et al. (2022) demuestran que la satisfacción salarial predice de forma significativa el CE y la DP dentro de su muestra.

1.3.2.5.5. Trabajo por turnos

Esta modalidad de trabajo supone estrés y cambios en los ritmos y niveles de vida de los trabajadores, pudiendo desencadenar problemas de salud (insomnio o fatiga) y 'burnout' (Gracia et al., 1996). Según Zhu et al. (2022), los turnos de trabajo son un predictor de la RP de los trabajadores.

1.3.2.5.6. Uso de nuevas tecnologías

Según Castilla et al. (2000), trabajar con tecnología a la que el sujeto no está acostumbrado (i.e, aumento de la demanda) puede incrementar el 'burnout' de los trabajadores. Muñoz et al. (2019) afirman que para que se produzca una correcta transformación digital en las empresas, sin afectar al nivel de estrés de los trabajadores, es necesaria una buena cultura corporativa, normalizando los procesos de cambio de forma adaptativa.

1.4. MODELOS TEÓRICOS Y EXPLICATIVOS DEL 'BURNOUT'

A lo largo de toda la historia, hemos visto cómo diversos autores daban sus definiciones sobre el 'burnout', pero sin demasiado consenso y sin llegar a formar un compendio organizado. De esta necesidad nacen algunos modelos explicativos que han intentado asentar una base teórica para explicar el 'burnout'. Explicaremos los más relevantes, siguiendo la división de Gil-Monte & Peiró (1999a).

1.4.1. BASADOS EN LA TEORÍA SOCIOCOGNITIVA DEL YO

Estos modelos defienden los planteamientos de Bandura (1986) para analizar la etiología del SB laboral y comparten las siguientes afirmaciones:

- a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen, y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y las consecuencias observadas en los demás.
- b) La creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés.

Los modelos que comparten esta base teórica son: el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993) y el modelo de Pines (1993), destacando la autoeficacia como la variable más importante, además del modelo de Thompson et al. (1993), que coloca a la autoconfianza profesional como la variable con mayor relevancia.

1.4.2. BASADOS EN LAS TEORÍAS DEL INTERCAMBIO SOCIAL

Estos modelos defienden que la etiología del 'burnout' se encuentra en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. En todos los trabajos es necesaria una relación de intercambio entre los profesionales. Esta teoría defiende que, el momento en el que hay problemas en esta relación, bien sea por exceso de

aportes o por defecto en alguno de los eslabones de la cadena, es cuando comienzan a desarrollarse los sentimientos relacionados con el SB.

El modelo de Buunk & Schaufeli (1993) defiende los principios de la teoría de la equidad, indicando que la relación entre antecedentes y consecuencias del 'burnout' está controlada por los sentimientos de autoestima, los niveles de reactividad y la orientación en el intercambio. El modelo de Hobfoll & Fredy (1993) se centra en la teoría de la conservación de recursos. Explican que los estresores laborales influyen en los recursos de los trabajadores, generando inseguridades para desarrollar sus habilidades. Las estrategias de afrontamiento adaptativas, por el contrario, aumentan y generan recursos, por lo que serán básicas a la hora de prevenir o de tratar el 'burnout'.

1.4.3. BASADOS EN LA TEORÍA ORGANIZACIONAL

Los diferentes modelos que conforman este grupo tienen en común que defienden, como antecedentes del SB, las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Estos modelos dan mucha importancia a los estresores del contexto y a las estrategias que empleamos para atajarlos. Todos ellos defienden el SB como una respuesta al estrés laboral. Por ejemplo, el modelo de Golembiewski et al. (1983) se centra en la sobrecarga y pobreza de rol, mientras que el modelo de Cox et al. (1993) se basa en la importancia de la salud de la organización. Por último, el modelo de Winnubst (1993) apunta hacia la estructura, cultura y clima organizacional, como responsables de esta patología.

1.4.4. BASADOS EN LA TEORÍA ESTRUCTURAL

Los modelos que defienden esta postura se fijan en los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar el 'burnout'. Estos modelos se basan en lo expuesto por los modelos transaccionales, los cuales plantean que los estados de estrés y ansiedad son producto de la ausencia de equilibrio entre la percepción de las demandas y la respuesta de la persona (Manzano & Ramos, 2000). El modelo de Gil-Monte & Peiró (1997) es el más representativo de esta corriente, explicando que el síndrome se produce por

una respuesta inapropiada al estrés laboral percibido (problemas con los compañeros de trabajo, problemas de conflicto de rol, sobrecarga laboral...), siendo ineficaz la forma de afrontamiento (basado en afrontamientos desadaptativos como evitación, quejas...). Afirma que, en esa respuesta de estrés, influyen diversas variables determinantes, como la baja satisfacción laboral o la falta de salud, entre otras.

1.4.5. OTROS MODELOS DE 'BURNOUT'

Además de los ya citados, que conforman la base explicativa más sólida del SB, hay otras aportaciones a destacar. Dentro de este grupo, una de las corrientes teóricas más significativas fue la de modelos teóricos del estrés laboral, entre los que destacan el modelo demanda-control de Karasek & Theorell (1990), el modelo de crisis de gratificación en el trabajo de Siegrist (1996) y el modelo de la Escuela de Michigan, conformado por French & Khan (1962). Todos estos modelos defienden la hipótesis de que algunas de las experiencias que vivimos en el trabajo las sentimos como estresores, y siempre van de la mano de reacciones anómalas para solventar este estrés, que es lo que desemboca, directamente, en la aparición del SB.

En la corriente de modelos basados en enfoques salutogénicos de salud destacan el modelo de personalidad resistente de Kobasa (1979) y el modelo de sentido de la coherencia de Antonovsky (1979). Los modelos que defienden esta corriente se basan en el dinamismo de la salud, como variable que cambia entre los extremos opuestos de la enfermedad y el estado de bienestar. Explica que los individuos vamos a encontrarnos entre esos dos extremos, pero no ocuparemos siempre la misma posición, pudiendo fluctuar y aproximarnos más a la salud o a la enfermedad. Esta varianza la determinarán, en gran medida, las variables orgánicas, contextuales y personales (la formación, los medios económicos, las creencias...).

Por último, finalizando así los modelos más importantes del 'burnout', vamos a hacer referencia al modelo transaccional del estrés (Lazarus & Folkman, 1984), el cual da explicación a por qué las personas ante los mismos

estresores laborales respondemos de forma tan dispar. Este modelo, que proviene de la conceptualización transaccional del estrés, se basa en los procesos cognitivos, evaluativos y motivacionales situados entre el estímulo estresor y la respuesta del individuo. Así vemos cómo un mismo estímulo estresante, por ejemplo, una mala respuesta de un compañero en el trabajo, puede ser interpretado de diferentes formas, dependiendo del análisis cognitivo que realicemos en base a la propia situación y a nuestras herramientas para subsanar el problema (véase figura 1).

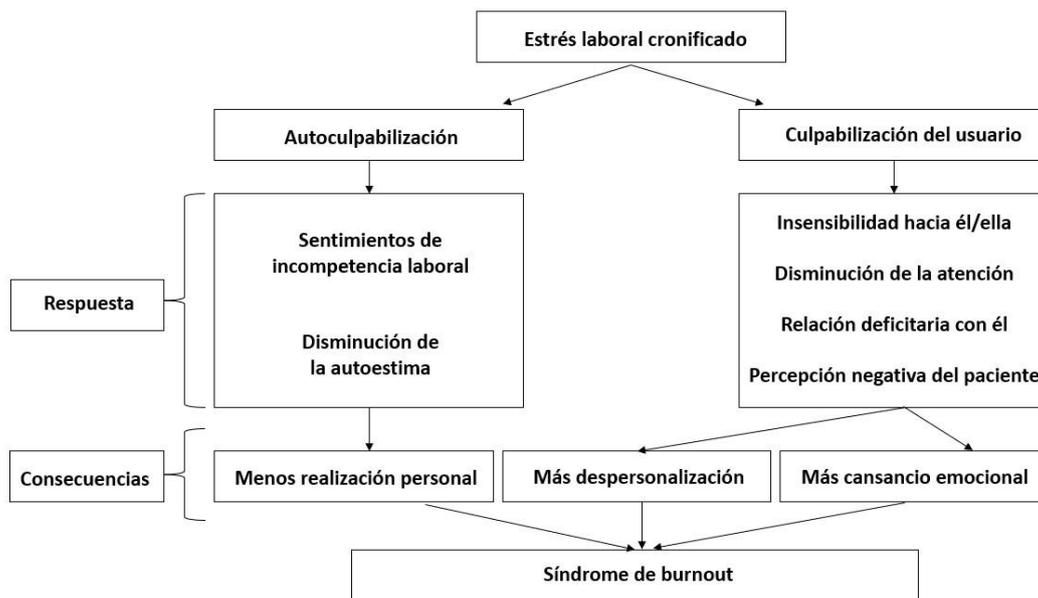


Figura 1. *Respuestas y consecuencias ante el estrés laboral.* Adaptado de Liriano (2021)

1.4.6. MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS

El modelo procesual del estrés (Sandín, 2020) pretende establecer una estructura organizacional alrededor de todas las variables que se relacionan con el estrés y con toda la psicopatología que puede desencadenar el mismo. Aunque el modelo inicial fue diseñado en 1995, se han llevado a cabo sucesivas revisiones hasta alcanzar el modelo aceptado en la actualidad (Sandín, 2020). Se distingue como elementos esenciales, dentro del proceso del estrés, a los agentes internos y externos, los procesos de evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento, y, además de todo ello, las respuestas psicológicas y fisiológicas que comúnmente denominamos como respuesta de estrés. Por último, este autor señala la influencia de variables

moduladoras individuales y demográficas. Aunque inicialmente guardaba bastantes similitudes con el modelo transaccional de Lazarus & Folkman (1984), sustituye la separación entre evaluación primaria (juicio acerca de la situación para calificarla de estresante, positiva, controlable, irrelevante...) y secundaria (aquella que determinará los recursos de los que dispone la persona para hacer frente a la situación en caso de que sea estresante), por la integración entre el tipo de amenaza (pérdida, daño, conflicto...) y las características de la demanda psicosocial (control, independencia...).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el sujeto realizará el análisis sobre sus recursos de afrontamiento para intervenir y solventar esa situación global de estrés. El modelo de Sandín (2020) se ampara y estructura sobre siete etapas fundamentales, que interaccionan unas con otras mediante relaciones de mediación y de modulación. Son las siguientes: demandas psicosociales, evaluación cognitiva, respuesta de estrés, afrontamiento, características personales, características sociales y estatus de salud (véase figura 2).

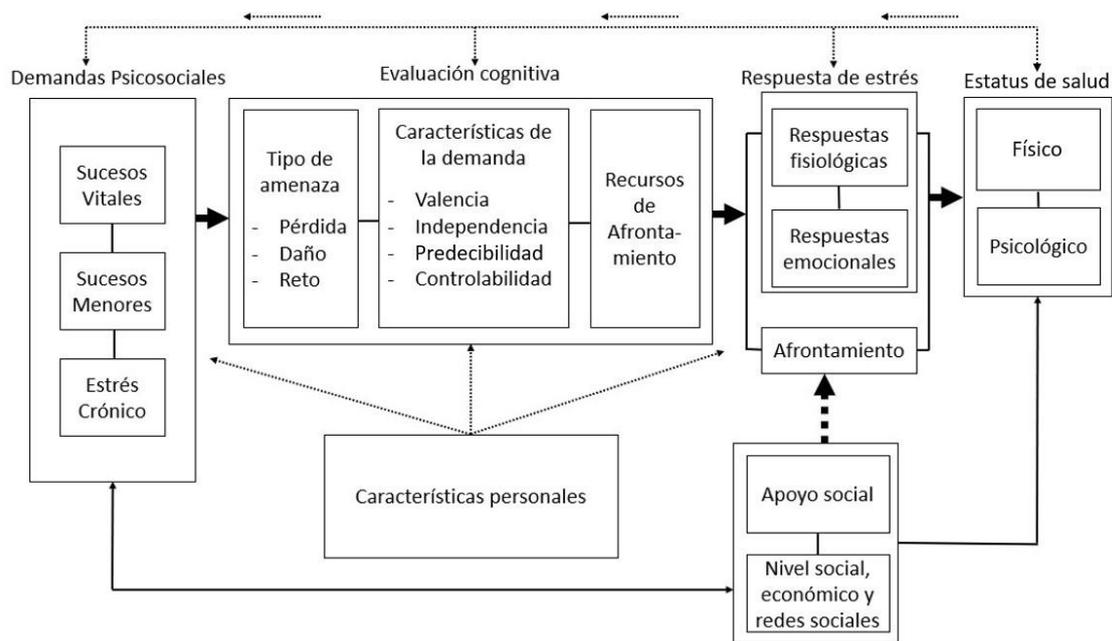


Figura 2. Modelo procesual del estrés. Adaptado de Sandín (2020). En líneas discontinuas se indican las relaciones de feedback. Las flechas gruesas indican relaciones de mediación (líneas continuas) y modulación (líneas discontinuas)

CAPÍTULO 2: TERAPIA OCUPACIONAL Y SÍNDROME DE 'BURNOUT'

2.1. TERAPIA OCUPACIONAL: DEFINICIÓN Y ÁMBITOS

La terapia ocupacional es una profesión sociosanitaria reconocida. A pesar de ello, muchas personas desconocen el término y otras, que sí saben de su existencia, no son capaces de centrar sus objetivos, metas y procedimientos laborales, confundiéndolos con los de otras profesiones afines. Esta profesión, al igual que el resto, ha sufrido una evolución conceptual desde que el Dr. William Rush Dunton Jr., considerado para muchos como el padre de la terapia ocupacional, indicara en el año 1919 que “la ocupación es tan necesaria para la vida como el comer y el beber”. Fue después de la Primera Guerra Mundial, cuando se empezó a introducir esta disciplina como elemento fundamental en el tratamiento de la discapacidad física. Las definiciones de terapia ocupacional son muy variadas y han sido modificadas a lo largo del tiempo. Aun así, hay algo común en todas ellas, que esclarece la verdadera esencia de esta profesión: la ocupación como base de cualquier tratamiento e intervención.

La Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 1981) dicta que la TO es *“el uso de la actividad propositiva, con individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud”*. En 1993, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) crea la siguiente: *“La Terapia Ocupacional es una disciplina sanitaria relacionada con personas que sufren alguna alteración, discapacidad y/o disfunción física o mental bien sea temporal o permanente”*. En el año 2000, la Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE), aporta también su definición indicando que

“La Terapia Ocupacional utiliza un enfoque centrado en el paciente por medio de la actividad para posibilitar la función ocupacional y para promover el bienestar dentro del ambiente, para mejorar la calidad de vida”.

En nuestro país, la terapia ocupacional nace en el 1964, año en el que se crea la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO), fundada por el Dr. Ruiz. Es considerada una filial de la Escuela Nacional de Sanidad. Desde un principio, la ENTO se rigió por los principios que marcaba la WFOT, pasando a integrarse en ella desde 1970 (Pérez et al., 2007). Para finalizar, en el año 1999 la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) utiliza el término “profesión socio-sanitaria” para definirla. Tras la valoración de capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales, el principal objetivo es dotarles de un mayor grado de independencia en la realización de sus actividades de la vida diaria, suponiendo todo esto una recuperación de la enfermedad o, en el peor de los casos, una adaptación a la discapacidad. Así, los TO pueden utilizar esa “ocupación” para llevar a cabo funciones muy variadas desde diversas áreas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios. Jiménez & Lorenzo (2000) hacen la siguiente clasificación para diferenciar los distintos ámbitos de trabajo de la profesión:

- **Geriatría:** Explican que la población anciana se divide en dos grupos, ancianos con patología determinada y ancianos sanos sin patologías importantes. Al primer grupo se le aplicará una terapia ocupacional centrada en la rehabilitación integral, para conseguir el máximo grado de calidad de vida posible, que permita una correcta reinserción de los usuarios en su ámbito sociofamiliar. En este grupo destacaríamos patologías del tipo: enfermedad de Párkinson, Alzheimer, accidente cerebrovascular... Con el segundo grupo de ancianos, los que no poseen patologías de relevancia, se realizará una intervención de carácter preventivo, para que las pérdidas y limitaciones propias de la edad, no terminen desencadenando discapacidades y se mantenga así un nivel de actividad y ocupación óptimos para el usuario.

- **Pediatría:** De igual forma que con la población más avanzada, desde la terapia ocupacional se busca potenciar las capacidades y autonomía de los niños, dependiendo de su etapa evolutiva, aportando la ayuda necesaria para que sean capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria de una forma autónoma.
- **Discapacidad física:** Ante la gran cantidad de discapacidades físicas asociadas a multitud de patologías, desde esta profesión se busca trabajar el desarrollo de las destrezas necesarias para realizar de forma correcta y funcional todas las actividades del día a día de los usuarios que hayan sido afectados por secuelas físicas.
- **Discapacidad mental:** En el campo de la salud mental, también se desempeñan tareas con el objetivo de suprimir barreras sociales o emocionales, mejorando así la calidad de vida de los usuarios.
- **Ámbito domiciliario:** Los TO utilizan y aprovechan el entorno del usuario para desencadenarles una mejora de la funcionalidad en sus propios domicilios, y fabrican programas de actividades y rutinas que la persona puede seguir de forma sencilla y amena desde casa. Al recibir un trato individualizado, los TO plantean objetivos a corto, medio y largo plazo, consensuándolos con los clientes.
- **Ámbito educativo:** El TO se ocupará de dar apoyo a aquellos que, por su discapacidad física, intelectual, social, emocional o mental, la precisen y no estén correctamente adaptados e integrados en las clases. También trabajará en la eliminación de barreras, además de orientar y colaborar mano a mano con los padres para conseguir unos resultados óptimos. Por otro lado, los TO también desempeñan labores como docentes en colegios, centros de educación especial...
- **Área de asesoramiento:** Además de trabajar en ortopedias como expertos en la venta al público de productos de apoyo, también asesoran a clientes y familiares en la compra de estos productos, con el fin de prevenir riesgos, discapacidad, o bien compensarla.
- **Área de investigación:** Es la más precaria de todas estas áreas de trabajo, pero en los últimos años está experimentando un auge y cada vez hay más TO que publican sus estudios de investigación.

Además de la amplia variedad de áreas de trabajo, donde los TO pueden desempeñar el ejercicio de su profesión, Jiménez & Lorenzo (2000), establecen una división de las actividades terapéuticas.

- **Actividades de la vida diaria:** están divididas en actividades básicas de la vida diaria, instrumentales de la vida diaria y avanzadas de la vida diaria. Conforman el espectro de tareas que desempeñamos durante nuestro día a día, siendo utilizadas como medio y fin en los tratamientos.
- **El juego:** utilizado principalmente en pediatría, aunque puede incorporarse a cualquier grupo, ya que su carácter ameno favorece enormemente la motivación y adhesión al tratamiento. Es el medio perfecto para alcanzar buenos objetivos.
- **Trabajo:** abarca todas las tareas domésticas como entrenamiento para una correcta ejecución posterior en ese entorno, así como la orientación y práctica enfocada a una futura reincorporación laboral. Se utilizan diferentes tareas y acciones como herramienta para potenciar una futura autonomía personal en casa y en el trabajo.

2.2. EL 'BURNOUT' EN TERAPIA OCUPACIONAL. EVIDENCIAS

Hemos organizado todos los artículos consultados en tres apartados, atendiendo a si hablaban principalmente de la prevalencia del SB en TO, de los factores sociodemográficos implicados o de los factores psicosociales responsables de la aparición de esta patología en terapia ocupacional.

2.2.1. PREVALENCIA

Uno de los estudios más completos para detectar el SB en TO fue el llevado a cabo por Painter et al., (2003) en una muestra de 521 trabajadores que completaron el MBI. Obtuvieron puntuaciones de alto CE en el 40% de la muestra, baja DP en el 75% y alta RP en el 46%. Estos autores exponen que el sentimiento de identidad hacia el cuidado se asocia con el CE. También se extrajo que los TO que trabajaban con pacientes crónicos reflejaban unos niveles de CE superiores al del resto que trabajaba con otros clientes. Por

último, se observa que los niveles de CE de los TO son mayores que los de otros profesionales sanitarios, evaluados con el MBI, como es el caso de las enfermeras que trabajan en residencias de ancianos y los radiólogos.

Un estudio realizado por Modesto & Rogerio (2009) analizó la presencia del SB en TO que trabajaban como docentes. Para ello contaron con una muestra de 46 TO que llevaban a cabo sus funciones como profesores en diferentes centros educativos (públicos y privados) del estado de São Paulo, en Brasil. Para realizar la recogida de información, se les suministró a todos los participantes el MBI. Los resultados arrojan un 44,2% de participantes con niveles de CE medios-altos, tan solo un 18,3% obtuvieron puntuaciones medias-altas en DP y el 14,7% en RP. Los autores indican que, aunque los niveles de DP y RP no son preocupantes, es necesario llevar a cabo medidas preventivas para el porcentaje alto de CE.

Gupta et al. (2012) estudian una muestra de 63 TO, trabajadores de la Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT). Al analizar los resultados, concluyeron que un 34,8% de los participantes presentaban CE alto, un 43,5% alta DP y un 24,6% baja RP. Los TO refirieron problemas de conflicto de rol en el trabajo, sobrecarga del mismo o situaciones de falta de respeto con otros profesionales. Además, concluyen que las estrategias de afrontamiento usadas por los participantes con alto CE no son las adecuadas y remarcan la importancia de una buena planificación y organización para lograr una correcta adaptación al estrés.

Dias et al. (2016) llevan a cabo una investigación sobre el SB en profesores universitarios. Este estudio cuenta con una muestra de 49 docentes, incluyendo profesionales farmacéuticos, fisioterapeutas y TO. Tras analizar los resultados se demostró que un 12,2% de la muestra, correspondiente a 6 individuos, presentaba niveles de 'burnout' leve, otros 6 desprendían niveles medios de 'burnout' y un 6,1% (3 participantes) mostraban niveles de 'burnout' altos. Al analizar los tres componentes del 'burnout' se refleja que un 26,5% presentaba niveles altos de CE, un 30,6% valores altos de DP y un 24,5%

presentó baja RP en el trabajo. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre puntuaciones altas de 'burnout' y las variables "sexo femenino" y "estado civil soltero". En la entrevista, un 4% de los participantes refirió no utilizar ninguna estrategia de afrontamiento. Los autores concluyen que un 25% de toda la muestra tenía síntomas compatibles con el SB y casi un tercio refería niveles altos en DP.

Fernández (2017) publica un estudio que pretende averiguar la prevalencia de dicha patología en una muestra de 21 TO del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX). Para ello se les suministró el MBI. La autora concluye que la prevalencia final del SB dentro de la muestra es del 28,5%, hallando una relación estadísticamente significativa y entre los niveles de CE y los de falta de RP. Asimismo, extrae una correlación significativa positiva entre los niveles de DP con el número de hijos, el número de horas de trabajo semanal y el tiempo que lleva trabajando en el centro. El estudio también aporta datos sobre el porcentaje de usuarios que tienen un grado severo de 'burnout', siendo de un 9,52% con respecto al número total de participantes.

Una de las investigaciones más importantes realizadas en España sobre SB y terapia ocupacional fue llevada a cabo por Escudero et al. (2020), los cuales evaluaron a 758 TO españoles. La recopilación de la información se hizo mediante un cuestionario *online*. La prevalencia del 'burnout' con al menos una dimensión afectada es cuantiosa (69,4%), aunque el 'burnout' severo (las tres áreas afectadas) solo implique a 14/758 TO (un 1,8%).

2.2.2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Para observar de qué forma afectan los factores sociodemográficos al 'burnout' en terapia ocupacional destacamos el estudio realizado por Rogers & Dodson (1988), el cual investiga una muestra de 99 TO, que desempeñaban sus labores en el sureste de Estados Unidos, suministrándoles el MBI. Los resultados obtenidos arrojan relaciones significativas y negativas entre

variables como la edad o la educación previa y las dimensiones de CE y DP, o entre los años totales de trabajo y la DP y la RP.

Reis et al. (2018) llevan a cabo una investigación con 374 TO para evaluar sus niveles de 'burnout', utilizando el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados mostraron que un 23% presentaba agotamiento relacionado con los clientes, un 44% agotamiento personal y un 45% agotamiento relacionado con el trabajo. Se observó que existían relaciones positivas y significativas, por un lado, entre el agotamiento y la edad y por otro, entre la experiencia laboral y el agotamiento relacionado con el cliente.

Finalmente, Lee & Ma (2018) estudiaron cómo afectaba el agotamiento emocional a la autoeficacia de 233 TO. Se concluyó que las mujeres presentan de forma significativa mayor 'burnout' que los hombres y menor sentido de autoeficacia. Se demostró que los TO que no contaban con estudios de postgrado presentaban mayores niveles de agotamiento que los que sí tenían. Se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre un menor salario y un mayor cansancio emocional y una menor autoeficacia.

2.2.3. FACTORES PSICOSOCIALES

Para recoger los factores psicosociales que más influyen en el SB para los TO, destacamos los siguientes estudios:

González et al. (2003) llevan a cabo un estudio en 110 TO de la Comunidad de Madrid para analizar las consecuencias del desgaste profesional. El modelo de regresión múltiple estimado para las consecuencias psicológicas explica el 74% de su varianza, encontrando como principales predictores los factores extralaborales, la falta de autonomía en el trabajo, la ambigüedad de rol, el CE, la DP y la baja RP. El modelo de regresión que utilizan para las consecuencias organizacionales explica el 59% de la variable criterio y tiene como predictores el CE y la DP. Las consecuencias sociofamiliares quedan explicadas en un 39% por los factores extralaborales y

por el CE. Por último, el modelo de regresión usado para las consecuencias físicas explica un 51% de su varianza, teniendo como predictores la influencia de factores extralaborales sobre el trabajo y la dimensión de CE. Por tanto, al estar presente el CE en los cuatro modelos de regresión, los autores concluyen que esta dimensión es la que mejor predice las consecuencias del 'burnout'.

Edwards & Durette (2010) realizaron una investigación con 126 TO del estado de Michigan (EEUU). Para ello se le suministró el MBI, además del cuestionario de identidad profesional (PIQ). Al analizar los resultados de ambos, se concluyó que existe una relación inversa y significativa entre los valores del MBI y los del PIQ. A medida que los niveles de identidad profesional caían en los participantes, los de 'burnout' aumentaban. Al analizar los componentes del SB se obtuvieron los siguientes resultados: el CE estaba significativa y positivamente relacionado con la creencia de que el alcance de la terapia ocupacional es demasiado amplio, con el sentimiento de infravaloración por parte de los compañeros, con el deseo de haber elegido una profesión de mayor prestigio, con no confiar en el papel de la profesión y con el conflicto entre el rol de los TO y las expectativas de los demás. Por otro lado, se encontraron relaciones significativas y negativas entre el CE y la apreciación de los pacientes de que la terapia ocupacional es una profesión única, con la creencia de que las compañías de seguros valoran a los TO y con la creencia de que la profesión es única. En el caso de la DP, obtienen una correlación negativa significativa con los valores de compromiso con la educación. Asimismo, obtienen cuatro correlaciones positivas y significativas entre la DP y el sentimiento de sentirse infravalorado por los compañeros, el sentimiento de desconfianza en el papel de la terapia ocupacional, el deseo de haber elegido otra profesión y el conflicto en la percepción del rol en los TO y las expectativas de los demás. En el caso de la RP, obtienen relaciones significativas y positivas con el compromiso con la educación, con la creencia de que las compañías de seguros valoran a los TO y con la sensación de que la terapia ocupacional es una profesión única. Por otro lado, obtienen correlaciones significativas y negativas entre la RP y la creencia de que el alcance laboral de la terapia ocupacional es demasiado amplio, la sensación de sentirse infravalorado y

menospreciado por parte de los compañeros, el deseo de haber elegido otra profesión, con la confianza en el papel de la terapia ocupacional y con el conflicto en la percepción de rol y las expectativas de los demás. Por todo ello, los autores concluyen que, a mayor falta de identidad profesional, mayores son los niveles de 'burnout' en los TO.

Camarasa (2016) realiza un estudio sobre el estrés laboral en TO que trabajan en el ámbito de la salud mental. Para realizar dicha investigación cuenta con una muestra total de 32 TO que llevaban a cabo su profesión en este ámbito, a los que se les suministra la entrevista de rol del trabajador (modificada). La autora concluye que los TO tienen contacto en su día a día laboral con gran cantidad de estresores que pueden facilitar la aparición de dicha patología, entre los que destaca: el tipo de horario laboral, las malas relaciones con los compañeros de trabajo, el exceso de trabajo, la mala conciliación familiar-laboral o la excesiva exigencia personal.

Park & Park (2017) estudiaron las asociaciones que se producen entre los trastornos musculoesqueléticos, el estrés laboral y la actitud laboral de 128 TO. De la muestra total, un 85,9% (110 TO) refirieron tener al menos una zona del cuerpo afectada por trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo, siendo la parte baja de la espalda la zona más frecuente de daño (un 26,8% de los TO). Los participantes que refirieron un mayor estrés laboral fueron los que se encontraban en el intervalo de edad de 30 a 39 años, con una experiencia laboral de 6 a 10 años, que trabajaban más de 8 horas por día y poseían trastornos musculoesqueléticos en 6 lugares del cuerpo. La buena actitud laboral fue más frecuente en el grupo de edad superior a 40 años, los cuales tenían entre 16 y 20 años de experiencia, trabajaban 8 horas por día y no refirieron trastornos musculoesqueléticos.

Scanlan & Hazelton (2019) estudian la satisfacción laboral, el agotamiento, la identidad profesional y el significado de las actividades laborales en una muestra de 118 TO que trabajan en el ámbito de la salud mental. Los autores observan que una mayor significación en las actividades

laborales se relaciona de forma significativa con una mayor realización profesional, con un menor agotamiento y con un sentido más fuerte de identidad profesional. No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la identidad profesional, el agotamiento y la satisfacción laboral, atendiendo a si los encuestados trabajaban en puestos genéricos o específicos de terapia ocupacional.

Lexén et al. (2020) estudian la salud ocupacional de 3658 TO suecos, pertenecientes a la Asociación Sueca de Terapeutas Ocupacionales. Los participantes remitieron una carga de trabajo alta, un estrés elevado, dificultades para hacer un buen trabajo y una elevada rotación laboral. Casi un 20% de ellos relató tener un agotamiento laboral leve o grave, un 60% afirmó haber considerado durante el último año cambiar de profesión y un 35% tenía intenciones serias de cambiar de profesión.

Abaoğlu et al. (2020) analizaron, en una muestra de 50 TO turcos que trabajaban en el sector público, la relación entre el 'burnout' y sus factores de riesgo relacionados con el trabajo. Los autores hallaron una prevalencia de SB del 26% y un 38% estaba en riesgo de desarrollarlo. Encontraron cuatro correlaciones inversas y significativas entre el 'burnout' y las condiciones de trabajo: una con la satisfacción laboral extrínseca, una con la satisfacción laboral general, otra con la energía en el trabajo y una última con la dedicación en el trabajo. Además, observaron que las condiciones de trabajo y la dedicación eran los mejores predictores del SB, explicando en conjunto un 43,1% de la varianza.

Tse et al. (2021) analizan el impacto de las restricciones por la Covid-19 en el trabajo y equilibrio ocupacional de 42 TO australianos. Se obtuvo una disminución significativa de las tareas u ocupaciones para hacer durante la pandemia de la Covid-19. De igual forma, se obtuvo un aumento significativo de la satisfacción, por contar con más tiempo para descanso, recuperación y una mejor calidad del sueño.

Ishioka et al. (2021) estudian también las repercusiones psicológicas que causó la Covid-19 en una muestra de 371 TO de Japón. Los autores hallaron relaciones estadísticamente significativas positivas entre la carga de trabajo de estos trabajadores y un aumento de ansiedad, depresión e insomnio. Por otro lado, la acción de hablar cara a cara con otras personas se relacionó positiva y significativamente con un aumento de la ansiedad. También observaron que el suministro de información suficiente sobre la Covid-19 estaba relacionado de manera significativa y positiva con un menor riesgo de insomnio y depresión.

La terapia ocupacional es una profesión con un alto desgaste emocional al trabajar con usuarios con los que se genera un fuerte vínculo y con los que no siempre se alcanzan los objetivos. Sintetizando algunos de los factores (personales, sociales, laborales y emocionales), comúnmente asociados con el 'burnout' de los TO, destacamos los siguientes: 1) Excesiva carga de trabajo; 2) Problemas o conflictos con otros profesionales; 3) Ambigüedad y conflicto de rol; 4) Alto desgaste emocional; 5) Mal afrontamiento del estrés y aislamiento de la sociedad; 6) Imposibilidad de lograr una correcta conciliación familiar y laboral. No obstante, Vidal (2015), tras analizar 14 publicaciones científicas, incide en la necesidad de nuevos y mejores estudios que sean llevados a cabo desde la terapia ocupacional para analizar la presencia del SB en este colectivo y las diferentes estrategias que ayuden en su prevención y tratamiento.

Tras esta revisión, parece razonable pensar que existe evidencia para afirmar que los TO están expuestos a diversos estresores y pueden terminar desarrollando el SB, aunque no existe unanimidad en los factores asociados con su aparición. Los datos presentados suscitan nuevas preguntas y es necesario seguir investigando y aportando datos renovados de mayor calidad científica. El CE, la DP y la RP parecen ser los tres componentes más importantes a tener en cuenta, sin embargo, su afectación varía en grado y los datos de prevalencia son inconsistentes en los estudios analizados. Por estas razones creemos necesario seguir aportando evidencias que nos ayuden a caracterizar esta problemática cada vez más frecuente en la actualidad.

II PARTE: DESARROLLO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3: ESTUDIO EMPÍRICO

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, la prevalencia del SB se ha visto incrementada en multitud de profesiones (Carrillo et al., 2012; Bambula & Gómez, 2016 o Motta et al., 2022). La terapia ocupacional es una de ellas, pues los trabajadores suelen enfrentarse a una situación de estrés crónico, derivada de la atención a las personas, que afecta a diferentes dimensiones de su calidad de vida (fatiga muscular, problemas de salud mental, supresión de las relaciones sociales y/o absentismo laboral, entre otras). Sin embargo, hay pocos estudios en este colectivo y los resultados son inconsistentes. Por ejemplo, el porcentaje de prevalencia del SB en TO se sitúa en torno al 10% en algunos estudios (Magalhães et al., 2015; Dias et al., 2016 o Fernández, 2017), mientras que en otros apenas alcanza un 1,8% (Escudero et al., 2020) o, por el contrario, se eleva hasta un porcentaje superior al 26% (Abaoğlu et al., 2020). Además, diferentes trabajos han analizado las relaciones entre variables sociodemográficas y el 'burnout' (Painter et al., 2003; Modesto & Rogerio, 2009; Fernández, 2017; Reis et al., 2018 o Lexen et al., 2020; entre otros), pero hay factores psicológicos (personalidad, afrontamiento), contextuales (estrés de rol) y sociales (familiar-trabajo), críticos para comprender esta problemática, que han sido ignorados en muchas investigaciones. En este marco, hay un cierto consenso en admitir que ciertas variables sociodemográficas (género, edad o estudios previos), los atributos de personalidad (tipo A), y las estrategias de afrontamiento (emocionales) facilitan el desarrollo del 'burnout', mientras que otras como sobrecarga, el conflicto y la ambigüedad de rol lo desencadenan (Ramos & Buendía, 2001; Gupta et al., 2012; Lee & Ma, 2018 o Abaoğlu et al., 2020).

Para llevar a cabo esta investigación, nos hemos basado en el modelo procesual del estrés (versión actualizada y revisada) de Sandín (1995, 2020). Este modelo se basa en la teoría transaccional de Lazarus & Folkman (1984), donde la evaluación primaria de la demanda (externa o interna) puede dar lugar

a cuatro modalidades de evaluación: amenaza, daño o pérdida, desafío y beneficio. La secundaria se refiere a la evaluación de los propios recursos para afrontar la situación (recursos de afrontamiento). Así, el modelo de Sandín (2020) considera que el estrés, y por tanto el estado de salud, se ve afectado por la ausencia de equilibrio entre las demandas del contexto y los recursos que posee la persona para afrontarlas. Según el modelo, en presencia de demandas psicosociales, las personas percibirán un mayor o menor grado de estrés en función de la valoración de los siguientes recursos: valoración de sí mismos (características personales), valoración de las características sociales (apoyo social), y finalmente de la evaluación cognitiva del tipo de amenaza (pérdida, peligro, daño o desafío) y sus características (independencia, predecibilidad y controlabilidad). Según sea la valoración del individuo sobre estas demandas psicosociales y la percepción de los recursos propios, así será su respuesta y las estrategias de afrontamiento para hacer frente a estas demandas. Finalmente, cabe destacar que el modelo plantea la posibilidad de que las respuestas emocionales y conductuales, asociadas al estrés, tengan efectos negativos sobre el individuo a diferentes niveles (el estatus de salud).

El propósito de este estudio transversal es cuantificar la prevalencia del SB en una muestra de TO y examinar los principales factores psicosociales relacionados con su desarrollo (véase González et al., 2003; Camarasa, 2016; Abaoğlu et al., 2020 o Tariah et al., 2022; entre otros). Asimismo, hemos analizado si las dimensiones del 'burnout' predecían o no de forma significativa la salud general, ya que creemos importante ver de qué forma el SB tiene implicación directa en la salud de los TO. En el modelo que planteamos, consideramos que las variables psicosociales (apoyo social, personalidad) y variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, y área profesional) pueden estar relacionadas con la percepción del estrés y/o a la capacidad para emplear diversos recursos (estrategias de afrontamiento), efectivos o no, que modulen los efectos de los estresores sobre el nivel del desgaste profesional o estatus de salud ('burnout') en los TO.

3.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Desde la concepción del estudio, han surgido diferentes preguntas a las que pretendemos dar respuesta a través de estas páginas. ¿Con qué frecuencia se presenta el SB entre los profesionales de la terapia ocupacional? ¿Qué factores promueven su aparición? Para responder a estas y otras preguntas, se plantean los siguientes objetivos.

3.2.1. OBJETIVOS

Hemos dividido los objetivos de este trabajo en general y específicos:

3.2.1.1. Objetivo general

El objetivo general de nuestro estudio es conocer la prevalencia del SB y caracterizar los factores psicosociales relacionados con su aparición en una muestra de TO que ejercían su profesión en España.

3.2.1.2. Objetivos específicos

Entre los objetivos específicos destacamos los siguientes:

- 1) Identificar los factores sociodemográficos que están asociados con el 'burnout'.
- 2) Investigar diferentes estresores (primarios y secundarios) asociados con el SB en una muestra de TO.
- 3) Comprobar qué rasgos de personalidad están relacionados con las dimensiones del 'burnout' (CE, DP y RP).
- 4) Estudiar las estrategias de afrontamiento asociadas con las dimensiones del 'burnout' (CE, DP y RP).
- 5) Examinar los factores psicosociales que mejor predicen las dimensiones asociadas con el SB (CE, DP y RP).
- 6) Analizar la relación entre las dimensiones del 'burnout' y la salud de los TO analizados.

3.2.2. HIPÓTESIS

En base a nuestros objetivos específicos, planteamos estas hipótesis:

- **Hipótesis 1:** La prevalencia del SB grave (entendiendo este como el que afecta a las tres dimensiones) es similar a la de otros colectivos sanitarios, cuyo rango se aproxima al 10% del total de trabajadores.
- **Hipótesis 2.** La edad estará relacionada de forma negativa y significativa con el CE y la DP y positiva y significativamente con la RP.
- **Hipótesis 3:** El número de horas semanales trabajadas estará relacionado con un aumento significativo del CE y la DP y menor RP.
- **Hipótesis 4:** Un sueldo bajo estará relacionado de forma significativa con mayor CE y DP y una menor RP.
- **Hipótesis 5:** El conflicto de rol estará positiva y significativamente relacionado con el CE y con la DP, y negativamente con la RP.
- **Hipótesis 6:** La interacción negativa entre trabajo-familia/familia-trabajo estarán relacionadas de forma significativa y positiva con el CE y con la DP e inversamente con la RP.
- **Hipótesis 7:** El neuroticismo (N) estará positiva y significativamente relacionado con el CE y con la DP, y negativamente con la RP; en cambio la extraversión (E), apertura (O), la amabilidad (A) y la responsabilidad (C) estarán negativa y significativamente relacionadas con el CE y con la DP, y positivamente con la RP.
- **Hipótesis 8:** Las estrategias de afrontamiento basadas en conductas adaptativas y funcionales, tales como el afrontamiento focalizado en la solución del problema (FSP), la reevaluación positiva (REP) y la búsqueda de apoyo social (BAS), estarán relacionadas inversa y significativamente con el CE y con la DP y positivamente con la RP.
- **Hipótesis 9:** Las dimensiones del 'burnout' predecirán de forma significativa la salud general de los TO.

3.3. MÉTODO

Esta investigación es un estudio transversal *ex post facto*, descriptivo-correlacional de grupo único (Montero & León, 2002). La información de los participantes fue recogida mediante cuestionarios (autoinforme), incluyendo diferentes variables sociodemográficas y psicosociales que puedan estar relacionadas con el 'burnout' (véase instrumentos).

3.3.1. PARTICIPANTES

La muestra se compone de 127 TO que se encontraban trabajando activamente en España en el momento de responder a los cuestionarios. Estos profesionales se repartían entre diferentes tipos de sectores (público, privado, autónomo...), disponían de diferentes contratos y estaban distribuidos en los diferentes ámbitos laborales de la terapia ocupacional. Los participantes respondieron de forma voluntaria a los cuestionarios, que fueron aplicados en el 2019. La mayor parte de los participantes accedieron al estudio gracias a la información directa ofrecida por el investigador, además de la difusión realizada por los Colegios Profesionales de Terapeutas Ocupacionales que nos brindaron su ayuda: Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (COPTOA), Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC) y el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León (COPTOCYL). Todos los participantes que se ofrecieron a participar de modo voluntario en el estudio dieron su consentimiento informado por escrito antes de responder a los cuestionarios aplicados.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo la presente investigación, se han utilizado siete cuestionarios. A continuación, se describen sus principales características.

3.3.2.1. Cuestionario sociodemográfico

Se recogieron variables como el sexo, la edad, el estado civil o el número de hijos, así como otras más específicas relacionadas con la profesión (sector en el que trabaja, el ámbito laboral en el que desempeña sus funciones,

el número de horas que trabaja, cuántos TO trabajan en el centro, o cómo es su percepción del salario recibido según las horas y los centros en los que trabaja). Además, los participantes respondieron a dos preguntas relacionadas con la interacción entre su vida laboral y doméstica. Se les preguntó cómo era de frecuente su participación en las tareas de la casa y el número de personas que vivían y dependían del sueldo del encuestado (véase anexo 2).

3.3.2.2. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Ha sido el instrumento más utilizado para medir el SB y uno de los que mayor información ha aportado. Fue elaborado por Maslach & Jackson (1981) y nace para subsanar los problemas de otros test que valoraban el SB, como el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), creado por Jones (1980), y el Tedium Measure (TM) diseñado por Pines et al. (1981).

El MBI (anexo 3) consta de 22 ítems tipo Likert que evalúan sentimientos y actitudes hacia el trabajo. De esta forma, podemos evaluar la presencia de desgaste profesional y su intensidad. Las puntuaciones se acotan del 0 al 6, representando la frecuencia de las distintas afirmaciones. Los diferentes ítems están repartidos entre las tres subescalas que conforman el cuestionario, correspondiendo cada una a las tres dimensiones de 'burnout':

- **Subescala de agotamiento o cansancio emocional (CE):** Se centra en evaluar las sensaciones que se producen al estar exhausto emocionalmente por motivos y demandas laborales. Encontramos clasificados los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, pudiendo obtener una puntuación máxima de 54 puntos.
- **Subescala de despersonalización (DP):** Valora la capacidad que tienen los sujetos para detectar en ellos mismos actitudes de frialdad y distanciamiento relacional. Aquí se sitúan los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, siendo la puntuación más elevada de 30 puntos.
- **Subescala de realización personal (RP):** Mide los sentimientos percibidos de autoeficiencia y de realización personal en el ámbito laboral. Está formado por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, pudiendo obtener una puntuación total, en el mayor de los casos, de 48 puntos.

Para obtener el valor total de cada subescala, sería suficiente con sumar las puntuaciones de cada uno de los ítems que las conforman. Gil-Monte & Peiró (2000) explican que existen tres tipos de 'burnout', dependiendo de las puntuaciones que arroje el cuestionario: nivel bajo, medio y alto. Para ello, y basándose en el sector sanitario, establecen unos puntos de corte para determinar estos niveles dentro de las tres dimensiones del 'burnout'.

Dimensión 'burnout'	Alto	Medio	Bajo
Cansancio Emocional	25 puntos o más	24-16	15 puntos o menos
Despersonalización	9 puntos o más	8-4	3 puntos o menos
Baja Realización Personal	35 puntos o menos	36-39	40 puntos o más

De esta clasificación podemos extraer que, a niveles más altos de CE y DP y niveles más bajos de RP, la probabilidad de aparición del SB aumenta. Brollier et al. (1986) utilizan el MBI para medir el burnout en TO y concluyen que es el mejor cuestionario para hacerlo, pero sería necesario incluir normas específicas para la terapia ocupacional. Este cuestionario fue validado en población española por Gil-Monte & Peiró (1999b). Los autores obtienen un Alfa de Cronbach de 0.87 para el CE, 0.57 para la DP y de 0.72 para la RP.

3.3.2.3. Inventario de personalidad reducido de cinco factores (NEO-FFI)

Es una versión reducida (60 ítems) del cuestionario inicial NEO – PI – R (Costa & McCrae, 1992). Las opciones de respuesta a cada ítem se distribuyen en una escala tipo Likert (anexo 4). A cada ítem se le asigna un valor entre 1 y 5 (totalmente de acuerdo vs. totalmente desacuerdo), obteniéndose una puntuación total para cada subescala de 12 ítems. Se evalúan 5 factores de personalidad: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Agradabilidad (A) y Conciencia o Responsabilidad (C). La versión en español fue validada por Manga et al. (2004), contando con un Alfa de Cronbach de 0.82 para el N, 0.81 para la E, 0.76 para la O, 0.71 para la A y 0.81 para la C. Analizando los factores de forma más exhaustiva, podemos destacar lo siguiente:

- **Neuroticismo (N):** Recoge todos aquellos sentimientos de tristeza, inestabilidad emocional o sensación de mal humor o irascibilidad. Abarca los ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56.
- **Extraversión (E):** Este rasgo de la personalidad hace referencia a todas aquellas personas que se sienten cómodas ante la interacción social, que disfrutan conociendo y relacionándose con otros individuos, además de querer pertenecer a grupos multitudinarios de personas o amigos. Encontramos los ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57.
- **Apertura de la experiencia (O):** Cuando hablamos de apertura nos referimos a una característica que recoge las acciones de conocer nuevas personas, salir de la zona de confort en lo referente a tomar nuevas decisiones y todo aquello que nos haga experimentar sensaciones nuevas que nos conduzcan a un aprendizaje y experimentación. La conforman los ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58.
- **Agradabilidad (A):** Las personas que presentan mayores niveles de amabilidad, empatía con los demás, altruismo o afecto, tenderán a desarrollar comportamientos sociales adaptativos que favorezcan una mejor respuesta a situaciones estresantes. Aquí pertenecen los ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54 y 59.
- **Responsabilidad o Conciencia (C):** Este último rasgo se centra en la planificación de objetivos y metas con consideración y con enfoques centrados en organizar el trabajo para prevenir o evitar situaciones estresantes que puedan desembocar en patologías. Están integrados los ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 y 60.

3.3.2.4. Cuestionario de interacción trabajo – familia (SWING)

Geurts et al. (2005) elaboran el Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING) para analizar la forma en la que las personas concilian su vida laboral y familiar (anexo 5). El cuestionario cuenta con un total de 22 ítems, con formato de respuesta tipo Likert. Estos ítems están repartidos en 4 subescalas; una de interacción negativa trabajo-familia (ítems del 1-8), que se

centra en evaluar la influencia negativa que tiene el trabajo en la vida familiar y social de los participantes, otra de interacción negativa familia-trabajo (ítems 9-12), que se centra en evaluar la influencia negativa que tienen los problemas familiares en la vida laboral de los participantes, otra de interacción positiva trabajo-familia (ítems 13-17), que se centra en evaluar la influencia positiva que tiene la vida laboral en el entorno familiar y social de los participantes, y otra de interacción positiva familia-trabajo (ítems 18-22), que evalúa la influencia positiva de las relaciones familiares en el trabajo de los participantes.

El participante debe responder (0: nunca, 1: a veces, 2: a menudo y 3: siempre) a una serie de situaciones, que se proponen en cada ítem, dependiendo de la frecuencia en la que estas han aparecido en la vida del sujeto durante sus últimos seis meses. Cada subescala se evalúa de forma independiente sumando las puntuaciones de cada pregunta. Este cuestionario ha sido validado en población española (Moreno et al. 2009). La consistencia interna (Alfa de Cronbach), fue de 0.89 para la interacción negativa trabajo-familia, 0.84 para la interacción negativa familia-trabajo, 0.77 para la interacción positiva trabajo-familia y 0.85 para la interacción positiva familia-trabajo.

3.3.2.5. Cuestionario de ambigüedad/claridad y conflicto de rol

El cuestionario de Rizzo et al. (1970) fue validado en población española por Peiró et al. (1986). Este cuestionario consta de 30 ítems (anexo 6), de los cuales la mitad (solo los números pares) miden la ambigüedad/claridad de rol y la otra mitad (los impares) evalúan el conflicto de rol. Sobre las dimensiones evaluadas, la ambigüedad de rol se caracteriza por no tener unas nociones claras de lo que se pide dentro de un trabajo, de las funciones que debe desempeñar el trabajador. Suele ser una dimensión bipolar ambigüedad-claridad de rol. En la claridad de rol el trabajador conoce bien sus funciones, sus tareas y los objetivos de su trabajo, por lo que en todo momento sabe lo que tiene que hacer. Por otro lado, el conflicto de rol se produce cuando las demandas laborales no son coherentes o congruentes entre sí para llevarlo a cabo de forma correcta (Ironson, 1992). Pueden ser expectativas irreales

dentro del propio trabajo, conflictos entre los valores éticos y morales o los que demanda el propio empleo o por incompatibilidades temporales.

Se debe responder asignando a cada premisa un valor entre 1 y 7, dependiendo del grado de conformidad con la misma. Otorgando un 1 si piensa que la afirmación es totalmente falsa y 7 si es completamente verdadera. La puntuación total se obtendrá sumando los ítems de cada subescala y hay que reseñar que las puntuaciones van en sentido positivo; a mayor puntuación, mayor es la claridad de rol y mayor el conflicto de rol. Los autores obtuvieron una fiabilidad con Alfa de Cronbach total para las dos escalas de ambigüedad de rol y conflicto de rol, de 0.87, por lo que posee una fiabilidad muy buena.

3.3.2.6. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)

Sandín & Chorot (2003) publicaron la validación preliminar del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; ver anexo 7), basándose en la revisión de la Escala de Estrategias de Coping (Chorot & Sandín, 1993). Los autores explican que existen siete formas básicas de afrontamiento del estrés, que conforman siete subescalas dentro del propio cuestionario. Son estas:

- Afrontamiento focalizado en la solución del problema (FSP).
- Autofocalización negativa (AFN).
- Reevaluación positiva (REP).
- Expresión emocional abierta (EEA).
- Evitación (EVT).
- Búsqueda de apoyo social (BAS).
- Religión (RLG).

El CAE dispone de 42 ítems que están repartidos en siete subescalas de seis ítems cada una; el participante debe responder atendiendo a una serie de valores (0 – nunca, 1 – pocas veces, 2 – a veces, 3 – frecuentemente y 4 – casi siempre), refiriéndose específicamente a esa estrategia de afrontamiento en las últimas semanas. Para calcular la puntuación total de cada subescala, simplemente habrá que sumar las puntuaciones de los ítems de cada una.

Conjunto de ítems por subescala	TOTAL
Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.	
Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.	
Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.	
Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.	
Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.	
Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.	
Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.	

Sandín & Chorot (2003) obtienen un Alfa de Cronbach de 0.92 para la subescala de BAS, 0.74 para la EEA, 0.86 para la RLG, 0.85 para la FSP, 0.76 para la EVT, 0.64 para la AFN y 0.71 para la REP.

3.3.2.7. Cuestionario de Salud Goldberg (GHQ-12)

Este test auto-administrado fue diseñado por Goldberg (1972). La primera versión constaba de 60 ítems, aunque posteriormente se ha adaptado y diseñado versiones más breves. La versión GHQ – 12 (ver anexo 8) fue adaptada por el propio Goldberg (1978). Ha sido traducida a diferentes idiomas, siendo una escala sencilla y breve de aplicar. El cuestionario GHQ – 12 consta de 12 preguntas sobre cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. Para responderlas, encontramos dos bloques de posibles repuestas:

- a) Mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual, mucho menos que lo habitual.
- b) No en absoluto, no más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual.

Para extraer la puntuación total podemos hacerlo de dos formas, tratando a cada afirmación de forma dicotómica (0-0-1-1) o tratándolas como si fueran tipo Likert (1-2-3-4). A mayores puntuaciones obtenidas, mayores problemas de salud encontraremos. Ambas deberían arrojar puntuaciones similares, aunque las de tipo Likert poseen una mejor sensibilidad y especificidad (Goldberg, 1978). En cualquiera de los casos, a medida que aumentan las puntuaciones de Goldberg, disminuye el nivel de salud de los participantes. Sánchez-López & Dresch (2008) han confirmado que esta herramienta cuenta con una adecuada fiabilidad en la población española (Alpha de Cronbach de 0.76).

3.4. PROCEDIMIENTO

Este trabajo de investigación se ha desarrollado entre los años 2017 y 2022. En primer lugar, se llevó a cabo la selección y/o adaptación de los cuestionarios del estudio y, acto seguido, los incorporamos a un formulario de Google Drive, donde los participantes pudieran responderlos de forma fácil y rápida a través de una URL. Para ello, contactamos con el Dr. Jesús López Lucas, bibliotecario, investigador y documentalista en el CRAI Campus Ciudad Jardín de la Facultad de Psicología. Todos los participantes en el estudio tuvieron que firmar un documento de consentimiento informado (anexo 1), otorgando así la potestad para utilizar los datos provenientes de sus respuestas, únicamente con fines científicos. Una vez firmado este, se le facilitó el acceso a los cuestionarios e instrumentos descritos. El estudio se difundió de forma directa entre los TO vinculados/conocidos por el investigador, además de contactar con todos los Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España para pedirles colaboración. Tras finalizar los seis meses que se fijaron para la recepción de las respuestas, se cerró la muestra en 127 participantes y se efectuó el análisis estadístico de los datos y la posterior redacción de la tesis.

3.5. ANALÍISIS ESTADÍSTICOS

Para llevar a cabo los análisis estadísticos, hemos utilizado el paquete estadístico SPSS en su versión 25 para Windows 10. A nivel preliminar, se calculó la fiabilidad para todas las escalas y subescalas de la investigación (apéndice 1). Para la consecución de los objetivos planteados, los análisis realizados fueron los siguientes:

1. Análisis descriptivo de la muestra (medias, desviaciones típicas, frecuencias, curtosis, porcentajes...).
2. Estudio de la prevalencia del 'burnout' en nuestra muestra. Para calcular la prevalencia del SB entre nuestros participantes, nos basamos en los intervalos que indican Gil-Monte & Peiró (2000) sobre los puntos de corte del MBI y consideramos individuos con

'burnout' a todos aquellos TO que tuvieran puntuaciones altas de CE (superiores o iguales a 25 puntos), altas de DP (superiores o iguales a 9 puntos) y bajas de RP (iguales o menores que 35). Además, con el fin de obtener valores propios de referencia en la muestra, se calculó el punto de corte que dejaba por encima al 25% de la distribución para CE y DP (Quartil 3) y por debajo del 25% en RP (Quartil 1).

3. Relación entre variables: Tras comprobar la falta de ajuste a la normalidad de las variables (apéndice 2), unido al tamaño muestral alcanzado, se empleó estadística no paramétrica (*U de Mann-Whitney* o *H de Kruskal Wallis*) para comprobar si había diferencias significativas en el desgaste profesional en función de los grupos establecidos en diferentes variables. Además, se calcularon las correlaciones (Rho de Spearman) entre las principales variables cuantitativas del estudio, especialmente con MBI.

4. Análisis de regresión múltiple: Se seleccionaron como potenciales predictores aquellas variables significativamente relacionadas con cada dimensión del 'burnout'. Así, fueron seleccionadas como predictoras aquellas variables que tuvieran una relación significativa ($r_{xy} > 0.20$) con la variable dependiente. Para llevar a cabo la regresión, se siguió el método "introducir" (enter). Del mismo modo, se seleccionaron las dimensiones del 'burnout' para predecir el estado de salud, controlando el efecto por diferentes covariables. El estadístico Durbin-Watson se empleó para verificar la validez del modelo y el factor de inflación de la varianza (FIV) para descartar problemas de co-linealidad entre las variables.

* El nivel de significación general adoptado fue un p valor < 0.05 .

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

En la tabla 1, se presentan las características sociodemográficas de la muestra de nuestro estudio.

Tabla 1. Estudio descriptivo: variables sociodemográficas (n=127)

VARIABLE	N	%
Género		
Hombre	9	7.1
Mujer	118	92.9
Total	127	100
Estado Civil		
Soltero/a	85	66.9
Casado/a	37	29.1
Divorciado/a	4	3.1
No respondió	1	.8
Total	127	100
Participación en casa		
Algo	10	7.9
Bastante	19	15.0
Casi siempre	22	17.3
Siempre	76	59.8
Total	127	100
Personas dependientes del sueldo		
0	81	63.8
1	18	14.2
2	23	18.1
3 o más	5	3.9
Total	127	100
Dedicación única a la terapia		
No	18	14.2
Sí	109	85.8
Total	127	100
Centros de trabajo		
1	84	66.1
2	33	26.0
3 o más	10	7.9
Total	127	100
Localidades de trabajo		
1	101	79.5
2	18	14.2
3 o más	8	6.3
Total	127	100

Sector laboral		
Público	33	26.0
Privado	87	68.5
Autónomo	7	5.5
Total	127	100
Experiencia laboral		
Menos de 1 año	8	6.3
Entre 1 y 3 años	27	21.3
Entre 3 y 5 años	10	7.9
Más de 5 años	82	64.6
Total	127	100
Tipo de contrato		
En prácticas	3	2.4
Temporal	37	29.1
Indefinido	87	68.5
Total	127	100
Horas semanales de trabajo		
De 3 a 5 horas	1	.8
De 5 a 10	4	3.1
De 10 a 20	9	7.1
De 20 a 30	18	14.2
De 30 a 40	95	74.8
Total	127	100
Compañeros TO en su centro		
0	81	63.8
1	19	15.0
2	10	7.9
3 o más	17	13.4
Total	127	100
Ámbito laboral		
Pediatría	13	10.2
Geriatría	64	50.4
Discapacidad mental	9	7.1
Discapacidad física	18	14.2
Otros	23	18.1
Total	127	100
Percepción del salario		
Muy bajo	25	19.7
Bajo	46	36.2
Normal	46	36.2
Alto	10	7.9
Total	127	100

Nota. N= Frecuencia; %= Porcentaje

Nuestra muestra está formada mayormente por mujeres jóvenes (92.6%, Media (edad)=33.66; DT=8.66), solteras y sin hijos (66.9%; Media (hijos)=0.55; DT=0.87). Además, la mayor parte desarrollaba sus funciones en el sector privado, tenía cinco o más años de experiencia y su contrato era indefinido con

una carga de treinta o más horas semanales. El ámbito más ocupado por las profesionales de la muestra es el de geriatría y la mayoría trabaja en un solo centro y en una sola ciudad. Por último, la mitad consideran que su sueldo es entre bajo y muy bajo.

En la tabla 2, se describen las variables cuantitativas del estudio, esencialmente la escala de desgaste profesional y diferentes variables psicosociales que pueden estar relacionadas con el mismo.

Tabla 2: Análisis descriptivo de la muestra – Variables cuantitativas (n=127)

VARIABLE	M	DT
MBI		
Cansancio emocional	21.69	12.37
Despersonalización	7.26	5.32
Realización personal	37.98	5.51
CAE		
Afrontamiento focalizado en la solución del problema	16.80	3.76
Autofocalización negativa	8.32	3.85
Reevaluación positiva	15.95	3.35
Expresión emocional abierta	8.35	3.31
Búsqueda de apoyo	15.76	5.88
Religión	1.59	3.95
Evitación	12.26	4.01
SWING		
Interacción negativa trabajo-familia	8.65	5.31
Interacción negativa familia-trabajo	2.04	1.94
Interacción positiva trabajo-familia	8.39	3.56
Interacción positiva familia-trabajo	9.97	3.57
ESTRÉS DE ROL		
Ambigüedad/claridad de rol	67.06	7.65
Conflicto de rol	62.18	10.62
CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG		
Cuestionario de salud (versión reducida GHQ-12)	25.70	6.79
NEO-FFI		
Neuroticismo	34.24	5.17
Extraversión	37.52	2.96
Apertura	37.44	4.79
Amabilidad	35.31	4.23
Responsabilidad	42.43	3.83

Nota. M= Media; DT= Desviación típica; MBI= Maslach Burnout Inventory; CAE= Cuestionario de afrontamiento del estrés; SWING= Cuestionario de interacción familia-trabajo; NEO-FFI= Cuestionario de personalidad NEO-FFI

Según las medias en la escala CAE, las TO utilizaron primordialmente técnicas de afrontamiento del estrés basadas en comportamientos adaptativos (BAS, FSP y REP) y de evitación (EVT). Al observar las interacciones de la familia y del trabajo, podemos ver que la interacción positiva familia trabajo obtuvo la puntuación más alta, seguida de la interacción negativa trabajo familia. Para finalizar, atendiendo a los rasgos de personalidad medidos con el cuestionario NEO-FFI, observamos que el que menos puntuación media posee es el neuroticismo (N), a diferencia de la responsabilidad (C) que obtuvo la puntuación más alta.

4.2. PREVALENCIA DEL DESGASTE PROFESIONAL

Aplicando los puntos de corte indicados en los análisis, podemos concluir que un 11,81% de los TO presentaban el SB al tener las tres dimensiones (alto CE, alta DP y baja RP) afectadas, correspondiendo a un total de 15 de los 127 TO. Además, un 57,48% (73 de 127 TO) posee al menos una dimensión afectada, considerando a estas personas como grupo de riesgo para el desarrollo del SB.

Al calcular los puntos de corte para cada una de las dimensiones, obtenemos que las puntuaciones situadas por encima de 33 y 10 puntos en CE y DP (Quartil 3), respectivamente, serán consideradas como altas. Mientras, una puntuación por debajo de 34 (Quartil 1) permitirá clasificar a los individuos con baja RP.

4.3. COMPARACIONES MÚLTIPLES: CONTRASTES

La tabla 3 incluye los contrastes no paramétricos entre los diferentes grupos, con objeto de analizar si existen diferencias en las medias en relación a las dimensiones del desgaste profesional.

Tabla 3: Contrastes no paramétricos, medias y DT (entre paréntesis) de cada uno de los grupos de las variables categóricas en relación al SB

VARIABLE	CE	DP	RP
Género (p valor)	.966	.093	.601
Hombres	22,6 (14,6)	11,1 (7,5)	37,0 (5,2)
Mujeres	21,6 (12,3)	7,0 (5,0)	38,1 (5,5)
Estado civil (p valor)	.091	.903	.484
Soltero/a	22,3 (12,8)	7,3 (5,2)	37,7 (5,3)
Casado/a	18,8 (10,7)	7,1 (5,5)	38,6 (6,0)
Divorciado/a	32,3 (9,2)	7,5 (8,3)	37,3 (6,6)
Participación en casa (p valor)	.374	.995	.273
Nada	-	-	-
Algo	27,4 (14,5)	6,9 (5,4)	35,3 (3,7)
Bastante	17,4 (9,0)	7,1 (4,7)	38,9 (7,2)
Casi siempre	23,3 (14,8)	7,2 (5,4)	38,3 (5,6)
Siempre	21,6 (11,9)	7,4 (5,5)	38,0 (5,2)
Personas dependientes del sueldo (p valor)	.907	.712	.420
0	22,5 (13,2)	7,3 (5,3)	37,8 (5,4)
1	21,3 (13,1)	7,1 (6,7)	37,1 (7,2)
2	19,3 (9,5)	6,9 (3,9)	38,4 (4,8)
3 o más	20,4 (8,5)	9,6 (6,7)	41,6 (2,1)
Dedicación única a la terapia (p valor)	.838	.582	.833
No	23,1 (14,5)	7,6 (4,6)	37,4 (5,9)
Sí	21,5 (12,1)	7,2 (5,4)	38,1 (5,5)
Centros de trabajo (p valor)	.738	.150	.382
1	22,2 (13,3)	7,9 (5,6)	37,6 (5,6)
2	21,3 (10,8)	6,4 (4,5)	39,0 (5,4)
3 o más	18,5 (9,4)	4,8 (4,9)	37,9 (4,8)
Localidades de trabajo (p valor)	.835	.316	.465
1	21,8 (13,0)	7,5 (5,5)	38,1 (5,5)
2	20,4 (9,8)	6,9 (4,0)	36,6 (5,8)
3 o más	23,5 (10,5)	4,8 (5,1)	39,1 (4,7)
Sector laboral (p valor)	.106	.030*	.021*
Público	22,8 (3,0)	8,2 (5,4)	36,6 (5,1)
Privado	22,0 (12,2)	7,3 (5,3)	38,1 (5,6)
Autónomo	12,6 (8,2)	2,9 (2,8)	42,7 (3,3)
Experiencia laboral (p valor)	.084	.453	.885
Menos de 1 año	13,4 (9,2)	7,0 (2,4)	39,0 (4,5)
Entre 1 y 3 años	21,6 (12,9)	6,5 (6,1)	37,8 (5,7)
Entre 3 y 5 años	18,6 (13,3)	5,6 (4,0)	39,0 (5,6)
Más de 5 años	22,9 (12,2)	7,7 (5,4)	37,8 (5,6)
Tipo de contrato (p valor)	.793	.786	.817
En prácticas	20,3 (9,5)	7,3 (,6)	39,7 (3,5)
Temporal	21,1 (13,9)	6,8 (5,2)	38,2 (5,5)
Indefinido	22,0 (11,9)	7,4 (5,5)	37,8 (5,6)

Horas semanales de trabajo (p valor)	.050*	.073	.639
De 1 a 3 horas	-	-	-
De 3 a 5 horas	21,0	12,0	35,0
De 5 a 10 horas	29,3 (14,9)	12,0 (2,0)	35,8 (4,3)
De 10 a 20 horas	17,2 (9,5)	6,8 (2,5)	38,2 (4,7)
De 20 a 30 horas	15,2 (10,8)	5,1 (4,5)	39,6 (5,1)
De 30 a 40 horas	23,0 (12,5)	7,5 (5,6)	37,8 (5,7)
Compañeros TO en su centro (p valor)	.111	.344	.848
0	22,5 (12,2)	7,5 (5,4)	38,0 (5,3)
1	18,0 (9,5)	8,1 (5,2)	37,9 (6,8)
2	15,0 (11,4)	5,8 (4,0)	39,0 (5,2)
3 o más	26,1 (14,9)	5,9 (5,5)	37,2 (5,3)
Ámbito laboral (p valor)	.623	.054	.662
Pediatría	23,2 (14,4)	4,5 (4,0)	37,9 (5,3)
Geriatría	23,0 (12,3)	8,3 (5,5)	37,3 (5,5)
Discapacidad mental	16,8 (9,8)	8,2 (5,2)	37,4 (4,0)
Discapacidad física	19,3 (11,3)	6,4 (5,4)	39,2 (6,5)
Otros	21,1 (13,2)	6,1 (5,0)	39,3 (5,4)
Percepción del salario (p valor)	.023*	.008**	.102
Muy bajo	26,9 (11,3)	10,6 (5,7)	36,0 (5,4)
Bajo	22,4 (12,5)	6,6 (4,9)	38,7 (5,3)
Normal	18,2 (11,9)	6,5 (5,0)	37,7 (5,6)
Alto	21,4 (13,5)	5,6 (4,9)	40,8 (5,2)
Muy alto	-	-	-

Nota. El contraste U de Mann Whitney se utilizó para contrastes por pares de grupos y H de Kruskal Wallis se empleó cuando había más de dos grupos; CE= Cansancio emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización personal en el trabajo; *= p<0.05; **= p<0.01

En relación a los grupos analizados, podemos observar que los TO que desarrollan sus funciones como autónomos tienen niveles de DP significativamente menores que aquellos que trabajan en el sector público y privado, además de presentar unos niveles de RP significativamente más altos que los trabajadores asociados a los dos sectores anteriores. Por otro lado, aquellos TO que trabajan muchas horas (de 30 a 40 semanales) o pocas (de 5 a 10) tienen significativamente mayores niveles de CE que el resto de grupos. Por último, se observa que los trabajadores que perciben su salario como “muy bajo” poseen niveles de DP y CE significativamente superiores a los del resto de TO.

4.4. ESTUDIO CORRELACIONAL: FACTORES ASOCIADOS CON EL 'BURNOUT'

Tras analizar la relación entre las dimensiones de MBI, hemos obtenido una correlación positiva (.504, $p < 0.001$) entre CE y DP y, por otro lado, una correlación negativa (-.438, $p < 0.001$) de CE con RP. Como era de esperar, DP correlaciona también de forma negativa con RP (-.482, $p < 0.001$). En tabla 4 se presentan las correlaciones que hemos obtenido entre los factores psicosociales, las dimensiones del MBI y la salud general. No hubo correlaciones significativas entre edad o número de hijos con ninguna dimensión del MBI.

Tabla 4: Correlaciones entre factores psicosociales y dimensiones del MBI (n=127).

VARIABLE	CE	DP	RP
CAE			
Afrontamiento focalizado en la solución del problema	-.077	-.064	.211*
Autofocalización negativa	.354***	.297***	-.388***
Reevaluación positiva	-.093	.010	.136
Expresión emocional abierta	.330***	.353***	-.249**
Búsqueda de apoyo	-.088	.005	.206*
Religión	.186*	-.006	-.030
Evitación	.072	.116	-.051
SWING			
Interacción negativa trabajo-familia	.545***	.246**	-.232**
Interacción negativa familia-trabajo	.195*	.195*	-.185*
Interacción positiva trabajo-familia	-.246**	.089	.188*
Interacción positiva familia-trabajo	-.259**	.057	.286***
ESTRÉS DE ROL			
Claridad de rol	-.223*	-.143	.499***
Conflicto de rol	.404***	.313***	-.223*
CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG			
Cuestionario de salud (versión reducida: GHQ-12)	.563***	.283***	-.296***
NEO-FFI			
Neuroticismo	.438***	.269**	-.305***
Extraversión	.010	.142	.118
Apertura	.079	.112	.056
Amabilidad	-.022	.130	.088
Responsabilidad	.190*	.114	.108

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; CAE= Cuestionario de afrontamiento del estrés; SWING= Cuestionario de interacción familia-trabajo; NEO-FFI= Cuestionario de personalidad; CE= Cansancio emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización personal en el trabajo

En cuanto a las técnicas de afrontamiento del estrés, la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa obtienen correlaciones moderadas y estadísticamente significativas con las dimensiones del 'burnout', positivas con el CE y con la DP y negativas con la RP. Atendiendo a las del cuestionario SWING, encontramos correlaciones positivas para el CE y la DP si la interacción entre familia y trabajo es negativa; mientras que aparecen correlaciones negativas con el CE si la interacción entre trabajo y familia es positiva. Además, cuando la interacción familia-trabajo es positiva, se asocia con mejores puntuaciones en RP. En relación al estrés de rol, observamos que la claridad de rol está correlacionada con la RP; mientras que las correlaciones entre conflicto de rol y 'burnout' se dan con las tres dimensiones (más fuertes con el CE y con la DP). El neuroticismo está positiva y significativamente relacionado con mayor CE y DP, a diferencia de la RP cuya correlación fue negativa y significativa. Finalmente, observamos también correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones del MBI y la escala de salud, positivas con las dimensiones de CE y DP, indicando que a mayores niveles de estas, peor es la salud del individuo, así como una negativa con la dimensión de RP.

4.5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN

De acuerdo con el criterio adoptado para la inclusión de variables en los modelos ($r_{xy} > .020$), se incluyeron las siguientes. Para el modelo 1 de CE: Horas de trabajo a la semana, salario alto/bajo, ambigüedad/claridad de rol, expresión emocional abierta, conflicto de rol, neuroticismo, interacción negativa trabajo-familia y autofocalización negativa. Para el modelo 2 de DP, se incluyeron: neuroticismo, salario alto/bajo, conflicto de rol, interacción negativa trabajo-familia, expresión emocional abierta y autofocalización negativa. Finalmente, sobre el modelo 3 de RP, se incluyen: neuroticismo, búsqueda de apoyo social, ambigüedad/claridad de rol, conflicto de rol, interacción negativa trabajo-familia, expresión emocional abierta y autofocalización negativa. A continuación, en la tabla 5 se recogen los tres modelos finales de regresión múltiple para cada una de las variables dependientes: CE, DP y RP.

Tabla 5: Regresión múltiple para cada variable dependiente (CE, DP y RP)

	B	Error	Beta Est.	t	p	Lím. Inf.	Lím sup.	FIV
CE								
(Constante)	-23,125	10,849		-2,131	,035	-44,609	-1,641	
Horas (trabajo)*	1,043	,961	,069	1,086	,280	-,859	2,945	1,101
Salario	-,775	1,595	-,031	-,486	,628	-3,934	2,383	1,122
Neuroticismo	,505	,169	,211	2,992	,003	,171	,839	1,350
Ambigüedad rol	-,170	,105	-,105	-1,614	,109	-,379	,039	1,155
Conflicto rol	,273	,078	,234	3,490	,001	,118	,427	1,222
IN (Trabajo-F)	,930	,157	,399	5,939	,000	,620	1,240	1,227
EEA	,715	,239	,191	2,990	,003	,242	1,189	1,111
AFN	,295	,232	,092	1,275	,205	-,163	,754	1,410
R ² = 0.566								
DP								
(Constante)	-10,428	3,569		-2,922	,004	-17,495	-3,361	
Salario	-,465	,851	-,044	-,546	,586	-2,151	1,221	1,093
Neuroticismo	,099	,091	,096	1,089	,278	-,081	,278	1,330
Conflicto rol	,136	,041	,271	3,348	,001	,055	,216	1,125
IN (Trabajo-F)	,074	,083	,074	,900	,370	-,089	,238	1,168
EEA	,452	,129	,281	3,494	,001	,196	,707	1,109
AFN	,200	,122	,144	1,638	,104	-,042	,441	1,334
R ² = 0.302								
RP								
(Constante)	29,887	4,950		6,037	,000	20,085	39,688	
Neuroticismo	-,104	,087	-,098	-1,193	,235	-,277	,069	1,325
Ambigüedad rol	,298	,055	,414	5,396	,000	,189	,407	1,160
Conflicto rol	-,113	,040	-,217	-2,804	,006	-,192	-,033	1,182
IN (Trabajo-F)	-,002	,081	-,002	-,025	,980	-,162	,158	1,203
EEA	-,249	,129	-,149	-1,921	,057	-,505	,008	1,191
AFN	-,204	,120	-,143	-1,698	,092	-,442	,034	1,392
BAS	,158	,071	,168	2,229	,028	,018	,297	1,123
R ² = 0.397								

Nota. B= Coeficiente no estandarizado; Beta Est.= Coeficiente estandarizado; t= t-Student; p= p-valor; FIV= Factor de inflación de la varianza; R²= proporción de la varianza explicada por las variables predictoras; *Horas semanales; EEA= Expresión emocional abierta; AFN= Autofocalización negativa; BAS= Búsqueda de apoyo social; IN (Trabajo-F)= Interacción negativa trabajo familia; CE= Cansancio emocional, DP= Despersonalización; RP= Realización personal; Lím. Inf.= Límite inferior; Lím. Sup.= Límite superior

El modelo para predecir CE explica un 56,6% de la varianza (F=19,232, p<0.001). Respecto a la DP, podemos afirmar que este modelo explica un 30,2% de la variación total de la variable (F=8,648, p<0.001). Finalmente, podemos afirmar que el modelo de RP explica un 39,7% de la variación total de la variable (F=11,170, p<0.001). Los valores del estadístico Durbin-Watson (rango: 1.84-2.02) nos indican la independencia de los residuos, mientras que el FIV no indica problemas de co-linealidad entre las variables.

En particular, podemos resumir que el CE se asocia con una interacción negativa trabajo-familia, el conflicto de rol, el neuroticismo y las técnicas de afrontamiento basadas en expresión emocional abierta (quejas y conductas desadaptativas). Por su parte, una alta DP se asocia con utilizar estrategias de expresión emocional abierta y con el conflicto de rol en su trabajo. Finalmente, una baja RP está asociada con una escasa búsqueda de apoyo social, el conflicto de rol y la escasa claridad del mismo.

4.6. ANÁLISIS DE REGRESIÓN: ‘BURNOUT’ VS SALUD

En esta sección se comprueba si las tres dimensiones del ‘burnout’ predicen la salud general, medida con el cuestionario de Goldberg (GHQ-12) Para ello, se llevó a cabo una regresión múltiple, considerando en esta ocasión a la escala de salud como variable dependiente y las dimensiones del ‘burnout’, junto con las covariables “sexo” y “edad”, como variables independientes. En la tabla 6 se explica el modelo de regresión para predecir la salud de los TO.

Tabla 6: Regresión múltiple para la variable dependiente: Salud general

	B	Error	Beta Est.	t	P	Lím. Inf.	Lím Sup.
Salud (GHQ-12)							
(Constante)	-21,852	6,596		3,313	,001	8,794	34,910
Edad	-,059	,057	-,075	-1,034	,303	-,172	-,054
Género	,687	1,971	,026	,349	,728	-3,214	4,589
CE	,314	,050	,573	6,320	,000	,216	,413
DP	,010	,123	,008	,080	,937	-,233	,252
RP	-,063	,108	-,051	-,580	,563	-,276	,151
R ² = 0.362							

Nota. B= Coeficiente no estandarizado; Beta Est.= Coeficiente estandarizado; t= t-Student; p= p-valor; R²= proporción de la varianza explicada por las variables predictoras; CE= Cansancio emocional; DP= Despersonalización; RP= Realización personal en el trabajo; GHQ-12= Cuestionario de salud de Goldberg; Lím Inf= Límite inferior; Lím Sup= Límite superior

El modelo para predecir la salud general, medida con el cuestionario de Goldberg (GHQ-12), explica un 36,2% de la varianza (F=13,736, p<0.001). Es importante señalar que solo el CE predice de forma significativa la salud. Por tanto, un alto CE en los TO estará asociado significativamente a una peor salud general de los mismos. Los valores del estadístico Durbin-Watson (rango: 1.97) nos indican la independencia de los residuos.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

El presente estudio sobre el SB en los TO nos ha permitido identificar los factores asociados al estrés laboral crónico en este colectivo. Hemos obtenido el porcentaje de TO que están quemados con su trabajo, teniendo las tres dimensiones afectadas (11,81%). De igual forma, hemos concluido que 73 de 127 TO (57,48%) presentan al menos una dimensión del 'burnout' alterada. Nuestro modelo de CE es el que mayor porcentaje de varianza explica (56,6%), teniendo como principales predictores la expresión emocional abierta (EEA), el conflicto de rol, la interacción negativa trabajo-familia y el neuroticismo, siendo el único rasgo de personalidad que predice 'burnout' en nuestra investigación. En el caso de la DP, encontramos que sus principales predictores son el conflicto de rol y la EEA. Para la RP obtenemos tres predictores significativos, que son el conflicto de rol, la ambigüedad de rol y la búsqueda de apoyo social, siendo junto con la EEA las únicas técnicas de afrontamiento del estrés que predicen de forma significativa el 'burnout'. Por último, extraemos que el CE es la única dimensión del SB que predice de forma estadísticamente significativa la salud general de los TO de nuestro estudio.

Los datos obtenidos sobre la prevalencia (11,81%), corroboran nuestra hipótesis inicial nº1: *“La prevalencia del SB grave (entendiendo este como el que afecta a las tres dimensiones) es similar a la de otros colectivos sanitarios cuyo rango se aproxima al 10% del total de trabajadores”*. Estos datos van en consonancia con lo dicho por Danhof et al. (2011), quienes afirman que en Holanda el porcentaje de trabajadores que sufre el SB asciende hasta el 15%, siendo las profesiones del ámbito sanitario las más afectadas. Nuestros datos también comparten grandes similitudes con los obtenidos por Magalhães et al. (2015) quienes obtienen una prevalencia del 10,4% en su estudio con 134 anestesiistas brasileños. Al comparar nuestra prevalencia con la de otros estudios que analicen SB en TO, nos damos cuenta de que es similar. Fernández (2017), obtiene un 9,52% de 'burnout' severo (las tres categorías afectadas) al analizar a 21 TO del Plan de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX). Sin embargo, Dias et al. (2016) extraen un

porcentaje de 6,1% de 'burnout' grave al analizar a 49 profesores universitarios entre los que se encontraban TO. Por último, Escudero et al. (2020) obtienen tan solo un 1,8% de SB severo en una muestra de 758 TO españoles, a pesar de que un 69,4% presentó al menos una dimensión afectada. Los resultados de Dias et al. (2016) solo pueden ser comparados de forma parcial con este estudio ya que, en la muestra, además de TO estaban incluidos otros profesionales. Atendiendo a los resultados de Escudero et al. (2020), es probable que influyera en esa prevalencia tan baja el modelo de recogida online de datos que utilizaron los autores.

En nuestro estudio comprobamos que la edad no está correlacionada con ninguna dimensión del 'burnout' y, por tanto, no actúa como predictor del SB. Esto nos obliga a rechazar la hipótesis nº2: *La edad estará relacionada de forma negativa y significativa con el CE y la DP y positiva y significativamente con la RP*". Nuestro estudio contradice a lo expuesto por Park & Park (2017) o Reis et al. (2018) los cuales afirman que sí encuentran relaciones significativas entre las dimensiones del 'burnout' o la actitud laboral de los trabajadores, con relación a la variable edad. En el caso de Park & Park (2017) encuentran que, de forma significativa, los trabajadores con edades comprendidas entre los 30-39 años poseen más 'burnout' que el resto. Por otro lado, Reis et al. (2018) encuentran una relación positiva y significativa entre la edad y el 'burnout', afirmando que a medida que los trabajadores aumentan de edad, se incrementan los niveles de las tres dimensiones del 'burnout'. El estudio de García et al. (2022) sí guarda relación con nuestra investigación, ya que los autores concluyen que no encontraron diferencias significativas entre los niveles de 'burnout' y la edad de los trabajadores.

Comprobamos, asimismo, que la cantidad de horas semanales se relaciona, significativa y positivamente, con la dimensión de CE. Esto corrobora de forma parcial nuestra hipótesis nº3: *“El número de horas semanales trabajadas estará relacionado de forma positiva y significativa con un aumento del CE y de DP y con una menor RP”*. Decimos que la corroboran de forma parcial porque, aunque la relación con la dimensión de CE sea

estadísticamente significativa, no ocurre lo mismo con la DP y RP. Esta información confirma los resultados de González et al. (2003), Gupta et al. (2012), Camarasa (2016), Fernández (2017) o Park (2021), quienes también demuestran que la sobrecarga laboral es uno de los principales estresores para los TO, y uno de los desencadenantes más importantes del SB.

Un predictor contrastado en casi todos los estudios que relacionan SB y terapia ocupacional es la creencia, entre los propios TO, de que tienen un sueldo bajo en función del trabajo realizado. En nuestro estudio observamos que existe una relación estadísticamente significativa entre la cantidad de sueldo recibido por los trabajadores y puntuaciones elevadas en CE y DP. Con ello, podemos confirmar parcialmente la hipótesis nº4: *“Un sueldo bajo estará relacionado de forma significativa con mayor CE y DP y una menor RP”*. Esta información va en relación con lo demostrado por Lee & Ma (2018) quienes hallan relaciones significativas entre un menor salario, el aumento del CE y una disminución de autoeficacia. También, Tariah et al. (2022) extraen en su estudio con 48 TO de Arabia Saudí que el salario percibido, en comparación con los esfuerzos realizados y la falta de reembolso por la formación laboral, eran dos de los factores que más influían en la satisfacción laboral de estos trabajadores.

En lo referente a los resultados obtenidos sobre el conflicto de rol, observamos correlaciones positivas y significativas con las dimensiones de CE, DP y RP. Asimismo, el conflicto de rol está presente en la ecuación final de regresión de los tres modelos del ‘burnout’ (CE, DP y RP). En el caso de la claridad de rol, encontramos una correlación estadísticamente significativa y negativa con el CE y otra estadísticamente significativa y positiva con la RP. No correlaciona de forma significativa con la dimensión de DP. De igual forma, la claridad de rol predice de forma estadísticamente significativa niveles altos de RP. Estos resultados corroboran nuestra hipótesis inicial nº5: *“El conflicto de rol estará positiva y significativamente relacionado con el CE y con la DP, y negativamente con la RP”*. En este marco, diferentes autores han indicado que el estrés de rol es uno de los mejores predictores del SB (Bacharach et al.,

1991; Thomas & Lankau, 2009; Hickman, 2020; Wen et al., 2020; Liriano, 2021 o Durocher & Kinsella, 2021).

Una variable importante a la hora de estudiar el SB es la conciliación familiar-laboral de los trabajadores. En nuestro estudio, obtuvimos correlaciones estadísticamente significativas entre todas las subescalas del cuestionario SWING y las tres dimensiones del 'burnout'. La interacción trabajo-familia positiva se correlaciona de forma significativa y negativa con las dimensiones de CE y DP, mientras que se relaciona de forma positiva y significativa con la RP. Por otro lado, la interacción trabajo-familia negativa correlaciona de forma significativa y positiva con CE y DP e inversa y significativamente con la RP. Observamos que esta interacción negativa entre el trabajo y la familia es un predictor de los niveles de CE para los TO según nuestros análisis de regresión. Por todo ello, basándonos en estos resultados, corroboramos la hipótesis nº6: *“La interacción negativa entre trabajo-familia/familia-trabajo estarán relacionadas de forma significativa y positiva con el CE y con la DP e inversamente con la RP”*. Del mismo modo, Camarasa (2016) concluye que la conciliación laboral-familiar es uno de los estresores fundamentales y desencadenantes del SB en los TO. Beldon & Garside (2022) estudian el 'burnout' en 382 sanitarios de Reino Unido y extraen una información similar, afirmando que la conciliación entre la vida laboral y la vida personal, familiar y social es uno de los principales estresores para este grupo de sanitarios.

A la hora de discutir los resultados obtenidos con respecto a la relación entre los rasgos de personalidad y 'burnout' en TO, encontramos que el neuroticismo está correlacionado de forma significativa y positiva con el CE y con la DP, mientras que la relación con la RP fue negativa y significativa. Además, encontramos una correlación débil pero significativa y positiva entre la responsabilidad y la dimensión de CE. Esto puede ocurrir si los trabajadores son muy exigentes y responsables con sus funciones y no ven correspondido su trabajo o se encuentran en situación de indefensión. El neuroticismo fue el único rasgo de personalidad que predijo SB de forma significativa. Así pues,

podemos aceptar parcialmente la hipótesis inicial nº7: *“El neuroticismo (N) estará positiva y significativamente relacionado con el CE y con la DP, y negativamente con la RP; en cambio la extraversión (E), apertura (O), la amabilidad (A) y la responsabilidad (C) estarán negativa y significativamente relacionadas con el CE y con la DP, y positivamente con la RP”*. Greene (2017), estudia la relación entre los cinco grandes rasgos de personalidad y el ‘burnout’ de 305 profesionales sanitarios de la Commonwealth de Kentucky, Ohio. Al igual que en nuestro estudio, concluye que el neuroticismo es el rasgo de personalidad que más influye en el ‘burnout’, explicando que aquellas personas que, por el contrario, sean extrovertidas y abiertas, serán menos propensas a desarrollar el SB. También explica, a diferencia de nuestro estudio, que aquellos trabajadores más responsables obtienen unos valores inferiores de CE. Khanngern et al. (2022) estudian el SB en 121 profesionales sanitarios de la rama de la salud mental del Hospital Siriraj de Bangkok. Entre otros resultados, obtuvieron que, al igual que en nuestro estudio, el neuroticismo predecía de forma significativa un ‘burnout’ elevado.

Existen otros aspectos psicológicos, evaluados en este estudio, relacionados con las dimensiones del ‘burnout’. En nuestra investigación, las estrategias de afrontamiento del estrés que con mayor frecuencia utilizan los TO son la del afrontamiento focalizado en la solución del problema (FSP), la reevaluación positiva (REP) y la búsqueda de apoyo social (BAS). Estas estrategias correlacionan de forma negativa con el CE y con la DP, y positivamente con la RP, por lo que explicaría una menor presencia de ‘burnout’. Además, dos estrategias predicen de forma significativa las dimensiones del ‘burnout’ según nuestros análisis de regresión: la EEA (predice CE y DP) y la BAS (predice RP). Así pues, teniendo en cuenta toda esta información, queda confirmada nuestra hipótesis inicial nº8: *“Las estrategias de afrontamiento basadas en conductas adaptativas y funcionales, tales como el afrontamiento focalizado en la solución del problema (FSP), la reevaluación positiva (REP) y la búsqueda de apoyo social (BAS), estarán relacionadas inversa y significativamente con el CE y con la DP y positivamente con la RP”*. Nuestros resultados van en relación a lo indicado por Contreras et al. (2008),

quienes exploran las distintas estrategias de afrontamiento que utilizan profesionales sanitarios en su día a día, demostrando que puntuaciones altas de REP evidencian unos menores niveles de 'burnout' en los trabajadores. Un estudio llevado a cabo por Iquirá & Barrera (2017), en 379 enfermeras del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escudero, confirma que, utilizando una estrategia de afrontamiento basada en la solución del problema, los niveles de 'burnout' son bajos o muy bajos. Por último, multitud de estudios (Ramos & Buendía, 2001; Hernández & Olmedo, 2004; Ha et al., 2021 o Zotović et al., 2021) afirman que el apoyo social tiene efectos positivos sobre el afrontamiento de situaciones estresantes. Devery et al. (2018) observan, en un estudio con 10 TO del servicio de trastornos alimentarios, que las estrategias relacionadas con la búsqueda de apoyo, así como mantener el equilibrio entre vida laboral y familiar, pueden prevenir la aparición del 'burnout'.

Finalmente, queremos hacer referencia a los predictores de la salud general de los TO, encontrando tan solo una relación de predicción estadísticamente significativa entre la dimensión de CE y la salud de los TO. Por tanto, podemos aceptar de manera parcial nuestra hipótesis inicial nº9: *“Las dimensiones del ‘burnout’ predecirán de forma significativa la salud general de los TO”*. Prosser et al. (1996) llevaron a cabo un estudio con 160 profesionales y sus resultados demostraron una relación estrecha y significativa entre una peor salud y unas puntuaciones superiores de 'burnout'. Del mismo modo, Park & Park (2017) encuentran relación entre el SB y la aparición de trastornos musculoesqueléticos en los trabajadores. Por último, Ishioka et al. (2021) encuentran relaciones significativas entre la carga de trabajo y la aparición de ansiedad, depresión e insomnio en los trabajadores.

Para finalizar, es importante reseñar que este estudio posee algunas limitaciones. En primer lugar, consideramos que un mayor tamaño muestral podría arrojar resultados más representativos y robustos. Existe una limitación importante con respecto al género de las terapeutas ocupacionales, siendo casi todas mujeres, no pudiendo analizar de forma correcta esta variable. Encontramos también como limitación no tener en cuenta la variable “estudios

previos”, aunque en nuestro caso, al contar con una distribución homogénea donde todos los trabajadores tienen al menos estudios universitarios, consideramos que no es una variable demasiado relevante. Además, el estudio se fundamenta exclusivamente en cuestionarios online de autoinforme, asociados a problemas conocidos de validez y objetividad. Sin embargo, todos los cuestionarios empleados han sido validados en la población española y presentan adecuadas propiedades psicométricas. Asimismo, no se ha tenido en cuenta la influencia de la Covid-19 a la hora de estudiar el ‘burnout’ en los TO. En este sentido, algunos estudios indican que la pandemia ha influido de forma negativa en el ‘burnout’ de los trabajadores en general y de los TO en particular (Alcalá, 2021; Tanaka et al., 2021).

Estudios futuros deberían profundizar en la problemática del ‘burnout’ en el colectivo de los TO. En este marco, sería interesante aportar evidencias longitudinales donde se incluyan instrumentos más específicos relacionados con la profesión (i.e., cuestionario sobre la buena/mala praxis en terapia ocupacional, escala de estresores específicos de la profesión: falta de fundamentación terapéutica, reconocimiento de la terapia ocupacional, falta de autonomía laboral...). Resultaría necesario llevar a cabo futuras investigaciones con porcentajes similares de hombres y mujeres, para así poder analizar si existen diferencias significativas en los valores de ‘burnout’ con respecto al género de los TO. Además, sería conveniente continuar aportando información sobre la influencia de la personalidad en el desgaste profesional de estos trabajadores, ya que todavía no hay estudios suficientes que la analicen. Por último, sería pertinente estudiar, en investigaciones sucesivas, la forma en la que ha influido la pandemia del Covid-19 en el ‘burnout’ de los TO.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

1. La prevalencia del síndrome de 'burnout' fue del 11,81% en la muestra analizada, además de constatar que un 57,48% presentan una dimensión del 'burnout' afectada.
2. La edad no tuvo ninguna relación significativa con las dimensiones del síndrome de 'burnout'.
3. Trabajar más horas a la semana supone un incremento en los niveles de cansancio emocional de los terapeutas ocupacionales, pero no influyó significativamente en los de despersonalización y realización personal.
4. El bajo salario está relacionado significativamente con niveles elevados de cansancio emocional y despersonalización.
5. El conflicto de rol está positiva y significativamente relacionado con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, a diferencia de la realización personal, cuya relación fue negativa y significativa.
6. La interacción negativa entre trabajo y familia se relaciona con mayores niveles de cansancio emocional.
7. El neuroticismo fue el único rasgo de personalidad que predijo, de forma significativa y positiva, el cansancio emocional.
8. Las técnicas de afrontamiento del estrés como la autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación, correlacionan positiva y significativamente con un mayor cansancio emocional y despersonalización, mientras que la asociación con la realización personal fue negativa. Además, la expresión emocional abierta predice significativamente mayores niveles de cansancio emocional y despersonalización, mientras que la búsqueda de apoyo social predice una mayor realización personal.

9. Según las puntuaciones del GHQ-12, se observa que la salud correlaciona de forma significativa con las tres dimensiones del 'burnout'. No obstante, la única dimensión que predice los valores de salud general es el cansancio emocional. Así, un mayor cansancio emocional se asocia con una peor salud general en la muestra analizada de terapeutas ocupacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abaoğlu, H., Demirok, T. & Kayıhan, H. (2020). Burnout and its relationship with work-related factors among occupational therapists working in public sector in Turkey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(4), 294-303. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1735513>
- Abreu, F. J. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*, 11(4), 370-377.
- Alba, R. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41(1), 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.02.001>
- Alcalá, M. (2021). Calidad de vida laboral de los terapeutas ocupacionales durante la pandemia Covid-19. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 101-112. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n2.v1.1959>
- Álvarez, M. R., Losada, L. & Pena, M. (2017). Misión posible: Mejorar el bienestar de los orientadores a través de su inteligencia emocional. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 28(1), 19-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338252055003>
- Ansbacher, H. & Ansbacher, R. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler: A system and presentation in selections from his writings*. Nueva York: Basic.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.

- Anyfantis, I. D., Psychouli, P., Varianou-Mikelidou, C. & Boustras, G. (2020). Cross-Sectional Survey on Burnout and Musculoskeletal Disorders in Greek and Cypriot Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 36(3), 291-302.
<https://doi.org/10.1080/0164212x.2020.1779630>
- American Occupational Therapy Association. (1981). Representative Assembly. Minutes. *AJOT*, 35, 792-802
- Apiquian, A. (2007). El síndrome de Burnout en las empresas. En *Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac*, 1-7. Mérida. México.
- Arias, W. L., Muñoz, A., Delgado, Y., Ortiz, M. & Quispe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(249), 331-344.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es&tlng=es.
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. (2022). *Historia y Origen de la terapia ocupacional*. Recuperado de <https://www.apeto.com/historia.html>
- Ayuso, J. L. & López, J. (1993). Síndrome de Burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.
- Ballester, R., Gómez, S., Gil, B., Ferrándiz, M. & Collado, E. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 129-136.
<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146>

- Bambula, F. D. & Gómez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131.
- Bandura, A. e Instituto Nacional de Salud Mental. (1986). *Fundamentos sociales del pensamiento y la acción: una teoría cognitiva social*. Prentice-Hall, Inc.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P. & Conley, S. (1991). Work-home conflicto among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Organizational Behavior*, 12(1), 39-53.
<https://doi.org/10.1002/job.4030120104>
- Beldon, R. & Garside, J. (2022). Burnout in frontline ambulance staff. *Journal of Paramedic Practice*, 14(1), 6-14.
<https://doi.org/10.12968/jpar.2022.14.1.6>
- Beltrán, C. A. & Moreno, M. P. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 510-522.
[https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60222-5](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60222-5)
- Blanca, J. J. & Arias, A. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería universitaria*, 15(1), 30-44.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Bloch, A. M. (1976). The battered teacher. *Today's Education*, 66, 58-62.

- Bordá, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. & Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1), 43-51.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723106>
- Brollier, C., Bender, D., Cyranowski, J. & Velletri, C. M. (1986). A Pilot Study of Job Burnout among Hospital-Based Occupational Therapists. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 6(5), 285-299.
<https://doi.org/10.1177/153944928600600503>
- Bueno, F. J. & Celma, C. (1999). Salud laboral en el entorno hospitalario. *Todo Hospital*, 155, 199-203.
- Burke, R. J. & Richardsen, A. M. (1996). Stress, burnout, and health. En C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress, medicine and health*. New York: CRC Press.
- Buunk, B. P. & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 53-69. London: Taylor & Francis.
- Camarasa, B. (2016). *Abordaje del estrés laboral en terapeutas ocupacionales que trabajan en el ámbito de la salud mental*. Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud, Grado en Terapia Ocupacional. Zaragoza. España.
<https://zaguan.unizar.es/record/90465/files/TAZ-TFG-2016-2947.pdf>
- Carlin, M. & Garcés de los Fayos, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>

- Carrillo, R., Gómez, K. & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*, 28(6), 579-584.
- Casas, J., Repullo, J., Lorenzo, S. & Cañas, J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*, 2(23), 527-544.
- Castilla, V., Ojeda, F., Checa, A., González, R. & Puras, A. (2000). La informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario, *Revista de Calidad Asistencial*, 15, 241-248.
- Chavarría, R. A., Colunga, F. J., Loria, J. & Peláez, K. (2017). Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2. ° nivel en México. *Educación Médica*, 18(4), 254–261.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.09.001>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, (pp. 135-149). Washington, DC: Hemisphere.
- Chimento, S., Espino, I., García, J. M. & Cantero, P. A. (2022). Lessons Learned: Occupational Therapy in Nursing Homes during the First Wave of COVID-19 in Spain. *Healthcare*, 10(1), 117.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10010117>
- Chorot, P. & Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R)*. Madrid: UNED.

- Cobo, N., Álvarez, J., Parra, L., Gómez, L. & Acosta, M. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Diálogos De Saberes*, 50, 39-60. <https://doi.org/10.18041/0124-0021/dialogos.50.2019.5551>
- Colín, C. G. (2019). El rol mediador del capital psicológico entre la adicción al trabajo y el burnout en trabajadores mexicanos. *The Anáhuac journal*, 19(2), 71-97. <https://doi.org/10.36105/theanahuacjour.2019v19n2.03>
- Contreras, C., Lira, H. & Benito, B. (2021). Autoestima y síndrome de burnout en médicos de unidades críticas. Estudio correlacional. Hospital Nacional Dos de Mayo. *Horizonte Médico*, 21(2), 1507. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n2.06>
- Contreras, F., Juárez, F. & Murrain, E. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 29-43. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111671003>
- Cordes, C. L. & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and Neo Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional Manual, 2nd ed.; Psychological Assessment Resources: Odessa, FL, USA.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek. (Eds.), *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.

- Cronin-Stubbs, D. & Rooks, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.
- Dale, M. R. (1979). Preventing worker burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58(7), 443-450.
- Daleva, M. (1988). Reacciones metabólicas y neurohormonales del estrés profesional. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. *Organización Mundial de la Salud*, p-48. Ginebra.
- Danhof, M. B., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: a systematic review. *J Psychosom Res.* 70(6), 505-524.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21624574/>
- Devery, H., Scanlan, J. N. & Ross, J. (2018). Factors associated with professional identity, job satisfaction and burnout for occupational therapists working in eating disorders: A mixed methods study. *Aust Occup Ther J.*, 65(6), 523-532.
- Dias, L., Silverio, T., Vieira, I. S., Costa, B., Tavares, P. E. & Barcelos, T. (2016). Síndrome de Burnout em professores universitários. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(2), 180.
<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p180-189>
- Díaz, S. (2004). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2004. *Acta Médica Costarricense*, 49, 2.
- Durocher, E. & Kinsella, E. A. (2021). Ethical Tensions in Occupational Therapy Practice: Conflicts and Competing Allegiances. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(3), 244-253.
<https://doi.org/10.1177/00084174211021707>

- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Edú-Valsania, S., Laguía, A. & Moriano, J.A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(3), 1780.
- Edwards, H. & Durette, D. (2010). The Relationship Between Professional Identity and Burnout Among Occupational Therapists. *Occupational Therapy In Health Care*, 24(2), 119-129.
<https://doi.org/10.3109/07380570903329610>
- Escudero, A. C., Segura, A. & Cantero, P. A. (2020). Burnout Syndrome in Occupational Therapists in Spain: Prevalence and Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3164.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17093164>
- Facal, T. (2012). Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, 12(1), 59-69.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161024645007>
- Farber, B. A. (1983). Los efectos de la práctica psicoterapéutica sobre los psicoterapeutas. *Psicoterapia: teoría, investigación y práctica*, 20(2), 174-182.
<https://doi.org/10.1037/h0088488>
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical psychology*, 56(5), 675-689.
- Fernández, M. (2017). Síndrome de burnout en terapia ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 14(26), 407-414.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6273867>

- Fidalgo, M. (2006). Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): Consecuencias, evaluación y prevención. Nota Técnica (NTP 705). Madrid: INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P. & Britton, P.G. (1986). Burnout and professional depression: related concepts? *Journal of Advanced Nursing*, 11, 633-641.
- Forney, D. S., Wallace-Schutzman, F. & Wiggers, T. T. (1982). Burnout among career development professionals: Preliminary findings and implications. *Personnel and Guidance Journal*, 60, 435-439.
- Fredy, J. & Hobfoll, S. (1994). Stress inoculation for reduction or burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 311-325.
- French, J. R. P. & Khan, R. L. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 18, 1-47.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1980). *Burn-out*. Nueva York: Doubleday.
- Friedman, I. & Farber, B. A (1992). Professional self-concept as a predictor of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 86(1), 28-35.
- Galván, M. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout en docentes de la Facultad de estomatología de la Universidad Alas Peruanas Huacho. Tesis Doctoral. Perú.

- García, C., Satorres, M., Crespo, A. P., Quesada, J. A., García, L. & Carrascosa, S. (2022). Prevalence of burnout syndrome in Primary Care medicine and nursing professionals in accredited health centres for specialized training in two Alicante health areas. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(1), 35-39.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2022000100007&script=sci_arttext&tlng=en
- García, M., Castellón, M., Albadalejo, B. & García, A. (1993). Relaciones entre burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en personal de banca. *Revista de Psicología del trabajo y organizaciones*, 11(24), 17-26.
- Garden, A. M. (1989). Burnout. The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- George, D. & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Geurts, S., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Dikkers, J. S. E., Van Hooff, M. L. M. & Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work and Stress*, 19(4), 319-339.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1999a). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15(2), 261-268.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1999b). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.

- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing Company.
- Golembiewski, R. & Munzenrider, R. (1988). Phases of psychological burnout and organizational covariants. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 6, 290-323.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site co-variants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behaviour Science*, 19(4), 461-481.
- González, R., López, A., Pastor, E. & Verde, C. (2020). Síndrome de burnout en el Sistema de Salud: el caso de las trabajadoras sociales sanitarias. *Enfermería Global*, 19(2), 141-161.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.382631>
- González, J. L., Moreno, R., Peñacoba, C., Alcocer, N., Alonso, L., del Barco, P. & Ardoy, J. (2003). Burnout en terapia ocupacional: un análisis focalizado sobre el nivel de consecuencias individuales y organizacionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(1), 59-73.
<https://journals.copmadrid.org/jwop/art/7aee26c309def8c5a2a076eb250b8f36>

- Gracia, F., Peiró, J.M. & Ramos, J. (1996). Aspectos temporales del trabajo. En J. M. Peiró & F. Prieto (Eds.): *Tratado de Psicología del trabajo. La actividad laboral en su contexto, 1*. Madrid: Síntesis.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. & Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació Psicológica, (91-92)*, 64-79.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/265>
- Greene, A. M. (2017). The Big Five as Predictors of Behavioral Health Professional Burnout. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*. 3348.
<https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/3348>
- Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R. M. & Von Zweck, C. M. (2012). Experiences of Burnout and Coping Strategies Utilized by Occupational Therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 79(2)*, 86-95.
<https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.4>
- Ha, J.-P., King, K. M. & Ha, J. (2021). Relationship between Emotional Labor and Burnout among Sports Coaches in South Korea: Moderating Role of Social Support. *Sustainability, 13(10)*, 5754.
- Haack, M. & Jones, J. W. (1983). Diagnosing burnout. Using projective drawings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Ser., 21(7)*, 8-16.
- Hadziolova, I. (1988). *La edad y el sexo en relación con el estrés profesional. Los factores psicosociales en el trabajo*. 138-147. Ginebra. OMS.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*, 29-39. New York: Pergamon Press.

- Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F. & Contador, I. (2006). Burnout, expectativas de control y afrontamiento en un grupo de funcionarios de prisiones. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(3), 155-164. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4026>
- Hernández, G. L. & Olmedo E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121-136.
- Hickman, D. L. (2020). The Impact of Role Ambiguity, Stress, and Burnout on Elementary School Counselors. *Electronic Theses & Dissertations*. 16. <https://digitalcommons.tamuc.edu/etd/16>
- Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Hoel, V., Zweck, C. V. & Ledgerd, R. (2021). The impact of Covid-19 for occupational therapy: Findings and recommendations of a global survey. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 77(2), 69-76. <https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1855044>
- Iquirá, V. & Barrera, M. Y. (2017). *Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Enfermeras del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo*. Tesis doctoral. Repositorio UCSM-Tesis. Universidad Católica de Santa María. Perú. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7078>
- Ironson, G. H. (1992). Jobstress and Health. En C. J. Cranny, P. C. Smith & E. F. Stone (Eds). *Job Satisfaction*. Lexington Books. New York.

- Ishioka, T., Ito, A., Miyaguchi, H., Nakamura, H. & Sawamura, D. (2021). Psychological Impact of COVID-19 on Occupational Therapists: An Online Survey in Japan. *The American Journal of Occupational Therapy*, 75(4). <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.046813>
- Jackson, S. E. (1983). Participation in decision making as a strategy for reducing job related strain. *Journal of Applied Psychology*, 68, 3-19.
- Jiménez, A. & Lorenzo, O. M. (2000). La terapia ocupacional. *Medicina Integral*, 36(3), 105-108.
- Jiménez, C., Morales, J. L. & Martínez, C. (2002). Estudio del síndrome de 'Burnout' en cirujanos pediatras españoles. *Cir. pediátr*, 15(2), 73-78.
- Jones, J. W. (1980). *The Staff burnout scale for health professionals*. Park Ridge: London House.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Khangern, N., Ratta-apha, W. & Wannarit, K. (2022). Burnout among Mental Health Professionals in a Tertiary University Hospital. *Siriraj Medical Journal*, 74(3), 185-192. <https://doi.org/10.33192/smj.2022.23>
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378.

- Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: a test of the job demand model. *Journal of Occupational Behavior*, 9, 217-239.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Verlag.
- Leal, J. (1993). *Equipos comunitarios: ¿Una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En Salud Mental y Servicios Sociales: El espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Leal, C., Díaz, J. L., Tirado, S., Rodríguez, J. & Van-der Hofstadt, C. J. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213-223.
- Lee, R. & Asforth, B. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- Lee, S. I. & Ma, S. R. (2018). A Study on Burnout, Emotional Labor, and Self Efficacy of Occupational Therapists. *Journal of the Korea Entertainment Industry Association*, 12(7), 279-288.
<https://doi.org/10.21184/jkeia.2018.10.12.7.279>
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 297-308.
- Leiter, M. P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2), 107-116.

- León, J. M., León, J. M. & Cantero, F. J. (2013). Prevalencia y factores predictivos del burnout en docentes de la enseñanza pública: El papel del género. *Ansiedad y estrés*, 19(1).
- Lexén, A., Kåhlin, I., Erlandsson, L. K. & Håkansson, C. (2020). Occupational Health among Swedish Occupational Therapists: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3379. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103379>
- Lief, H. I. & Fox, R. C. (1963). Training for “detached concern” in medical students. En H. I. Lief, & N. R. Lief, (Eds.). *The psychological basis of medical practice*. New Cork: Harper & Row.
- Liriano, A. M. (2021). *Estrés de rol y prevalencia del síndrome de burnout en estudiantes de doctorado*. Tesis doctoral. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Repositorio Documental Gredos de la Universidad de Salamanca. España.
- Llor, J., Seva, A. M., Díaz, J. L., Llor, L. & Leal, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(59), 68-92. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.381641>
- Mababu, R. M. (2016). The Relationship between Burnout and Job performance in Hospitality Professionals. *MEDICA REVIEW. International Medical Humanities Review / Revista Internacional De Humanidades Médicas*, 5(1). <https://doi.org/10.37467/gka-revmedica.v5.828>
- Magalhães, E., de Sousa Oliveira, U. C. M., Govêia, C. S., Ladeira, L. C. A., Queiroz, D. M. & Vieira, C. V. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 65(2), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.07.016>

- Manassero, M., Vázquez, A., Ferrer, M., Fornes, J., Fernández, M. & Queimaledos, J. (1994). *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria Final de Investigación. MEC-CIDE. Madrid. España.
- Manga, D., Ramos, F. & Morán, C. (2004). The Spanish Norms of the neo Five Factor Inventory: New Data and Analyses for its Improvement. International. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 639-648.
- Manzano, G. & Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 197-213.
- Martín, S. M. C., Alfonso, P. D. L. R., Jiménez, A. L., Folgueras, B. T., Miguel, C. A. S., Ruiz, J. L. S., Iglesias, J. A., Saldaña, L. B., Criado, L. H., Rodríguez, L. J. S., Calderón, M. Á. & Cuéllar, M. E. R. (2011). *Psicología de la salud*. CEDE.
- Martínez, J. P. (2015). Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: burnout y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 31(1), 1-9
<https://dx.doi.org/10.1016/j.rpto.2015.02.001>
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*, 12, 837-851.

- Maslach, C. & Jackson, S. E (1986). *Maslach Burnout Inventory. Second Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Third Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. 192-218.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Boss.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., Leiter, M. P. & Jackson, S. E. (2011). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 296-300. <https://doi.org/10.1002/job.784>
- Mayorga, G. E. (2021). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo. Requisito previo para optar al título de Psicóloga Clínica. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/33950>
- McCrae, R. R. (1992). The five-factor model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 399-314.
- McCranie, E. W., Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (1987). Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36(6), 374-378. <https://doi.org/10.1097/00006199-198711000-00013>

McMullen, M. B. & Krantz, M. (1988). Burnout in day care workers: The effects of learned helplessness and self-esteem. *Child & Youth Care Quarterly*, 17(4), 275-280.

<https://doi.org/10.1007/bf01083908>

Merino, M. J., Carrera, F. J., Arribas, N., Martínez, A., Vázquez, P., Vargas, A. & Fikri, N. (2018). Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(11).

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00189217>

Mertala, S. M., Kanste, O., Keskitalo-Leskinen, S., Juntunen, J. & Kaakinen, P. (2021). Job Satisfaction among Occupational Therapy Practitioners: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Occupational Therapy In Health Care*, 36(1), 1-28.

<https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1964146>

Millán, A. García, D. & D'Aubeterre, M. (2014). *Efecto de la inteligencia emocional y flujo en el trabajo sobre estresores y bienestar psicológico: análisis de ruta en docentes*. Universidad Nacional de Colombia.

Mingote-Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), 493-508.

Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Modesto, L. & Rogerio, N. (2009). Indicadores de burnout em docentes de terapia ocupacional: um estudo piloto. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 20(2), 101-109.

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2p101-109>

Molina, J. M. & Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1.

- Montero, I. & León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Moreno, B., González, J. L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía & F. Ramos (Eds.), *Empleo, Estrés y Salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- 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), 331-337.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711654025>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 368-376.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
- Motta, J. K. S. C., da Silva, K. J. F., Dias, A. C. G., Fial, L. R. D. M. & Silva, M. E. (2022). Factores desencadeantes de síndrome de burnout em profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica / Triggers of burnout syndrome in nursing professionals working in the intensive care unit: a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(3), 9127-9143.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-092>
- Muñoz, D., Sebastián, A. & Núñez, M. (2019). La cultura corporativa: Claves de la palanca para la verdadera transformación digital. *Revista Prisma Social*, 25, 439-463. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2675>

- Nagy, S. & Davis, L. G. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57, 1319-1326.
- Navarro, D., Ayechu, A. & Huarte, I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(4), 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.008>
- Nimer, A., Naser, S., Sultan, N., Alasad, R. S., Rabadi, A., Abu-Jubba, M., Al Sabbagh, M. Q., Jaradat, K. M., AlKayed, Z., Aborajoo, E., Daradkeh, S. & Abufaraj, M. (2021). Burnout Syndrome during Residency Training in Jordan: Prevalence, Risk Factors, and Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1557. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041557>
- Noriega, G. S. B., González, S. T. & Hernández, L. O. (2020). Burnout y factores psicosociales del trabajo en enfermeras de un hospital de la Ciudad de México. *Salud Problema*, 26, 78-92.
- Oprisan, A., Baettig, E., Baeza, C. & Martí, L. (2022). Prevalencia y factores de desgaste profesional en radiólogos durante la pandemia COVID-19. *Radiología*, 64(2), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.09.003>
- Ozca, A., González, G., Bardera, P. & Peiró, J. M. (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema*, 15(1), 54-57. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715109>
- Painter, J., Akroyd, D., Elliot, S. & Adams, R. D. (2003). Burnout Among Occupational Therapists. *Occupational Therapy In Health Care*, 17(1), 63-78. https://doi.org/10.1080/j003v17n01_06

- Park, E. Y. (2021). Meta-Analysis of Factors Associated with Occupational Therapist. *Burnout. Occupational Therapy International*, 1-10.
<https://doi.org/10.1155/2021/1226841>
- Park, J. H. & Park, J. H. (2017). Association among Work-Related Musculoskeletal Disorders, Job Stress, and Job Attitude of Occupational Therapists. *Occupational Therapy In Health Care*, 31(1), 34-43.
<https://doi.org/10.1080/07380577.2016.1270482>
- Parkes, K. R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Párraga, J. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. España.
- Peinado, A. I. & Garcés, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14, 83-93.
- Peiró, J. M (2005). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Peiró, J. M., Meliá, J. L., Torres M. A. & Zurriaga, R. (1986). La medida de la experiencia de la ambigüedad en el desempeño de roles: el cuestionario general de ambigüedad de rol en ambientes organizacionales. *Evaluación Psicológica*, 3, 27-53.
- Peiró, J. M & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 68-82
- Peiró, J. M. & Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.

- Percastre, R. (2009). *Análisis de la relación entre el síndrome de burnout y los estilos de afrontamiento en deportistas de diferentes disciplinas: Caso Estado de México*. Memoria Diploma Estudios Avanzados, Universidad de León, México.
- Pérez, M., Brea, M. & Martínez, R. M. (2007). Origen de la terapia ocupacional en España. *Revista de Neurología*, 45(11), 695.
<https://doi.org/10.33588/rn.4511.2007370>
- Peris, M. D. (2002). *El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD*. Ponencia presentada en la Jornada de Debate Multidisciplinar sobre Mobbing. Universitat Jaime I de Castellón. España.
- Piedmont, R. L. (1993). A Longitudinal Analysis of Burnout in the Health Care Setting: The Role of Personal Dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 457-473.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6103_3
- Pines, A. (1993). Burnout: an existencial perspectiva. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Hemisphere.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press
- Pines, A & Kafry, D. (1978). *Coping with burnout*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto.
- Pines, A & Kafry, D. (1981). The experience of life tedium in three generations of professional women. *Sex roles*, 7, 117-134.

- Pinto, M. & Vásquez, N. (2013). Ansiedad estado precompetitiva y estrategias de afrontamiento: su relación con el rendimiento en una muestra argentina de jugadores amateurs de golf. *Revista de Psicología del Deporte*, 22(1), 47-52.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P. & Thornicroft, G. (1996). Mental Health, 'Burnout' and Job Satisfaction among Hospital and Community-Based Mental Health Staff. *British Journal of Psychiatry*, 169(3), 334-337.
<https://doi.org/10.1192/bjp.169.3.334>
- Puchaicela, M. P. (2018). *Diagnóstico de Burnout en enfermeras del área de obstetricia del Hospital General Enrique Garcés*. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Industrial. Carrera de Psicología Industrial. Universidad Central del Ecuador. Ecuador.
- Ramírez, K. M., Roperó, M., Barrios, S. Y., Bolívar, S. G. & Oviedo, V. (2020). *Factores de riesgo generadores del Síndrome de Burnout en funcionarios de CNT sistemas de información SAS*. Proyecto de práctica II-Investigación aplicada. Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. Bogotá. Colombia.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de Burnout*. Madrid: UNED-FUE.
- Ramos, F. & Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía & F. Ramos (Dirs.), *Empleo, estrés y salud*, Madrid: Pirámide.
- Reed, K. & Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy. (4ª Ed)*. Baltimore. Lippincott Williams and Wilkins.

- Reis, H. I. S., Vale, C., Camacho, C., Estrela, C. & Dixe, M. D. A. (2018). Burnout among Occupational Therapists in Portugal: A Study of Specific Factors. *Occupational Therapy In Health Care*, 32(3), 275-289.
<https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1497244>
- Rizzo, J. R., House R. J. & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163
<http://dx.doi.org/10.2307/2391486>
- Rodríguez, E. A. & Sánchez, M. D. L. N. (2018). Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas en docentes de una universidad privada de Lima. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), 401-419.
<https://doi.org/10.6018/rie.36.2.282661>
- Rodríguez, M. C., Hinojosa, L. M. M., & Ramírez, M. T. G. (2014). Desempeño, estrés, Burnout y variables personales de los docentes universitarios. *Educere*, 18(60), 289-302.
- Rogers, J. C. & Dodson, S. C. (1988). Burnout in Occupational Therapists. *The American Journal of Occupational Therapy*, 42(12), 787-792.
<https://doi.org/10.5014/ajot.42.12.787>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Roger, M. C. & Abalo, J. A. G. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y salud*, 14(1), 67-78.
- Rout, U. (2001). Estrés laboral en profesionales de la salud. En J. Buendía & F. Ramos (Eds.). *Empleo, estrés y salud*, Madrid: Ediciones Pirámide.

Rubio, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria Obligatoria*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. España.

Salvador, L. (2022). *Inteligencia emocional y Síndrome de Burnout en profesionales de salud mental durante la pandemia por coronavirus*. Tesis Doctoral. Universidad César Vallejo. Perú.
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/83890>

Sánchez-López, M. P. & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.

Sánchez-Madrid, M., Delgado-Martínez, A. & Alcalde-Pérez, D. (2005). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los cirujanos ortopédicos de España. *Revista de Ortopedia y Traumatología*, 49(5), 364-367.
[https://doi.org/10.1016/s0482-5985\(05\)74441-2](https://doi.org/10.1016/s0482-5985(05)74441-2)

Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. II*, 3-52. Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.

Sandín, B. (2020). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos, (Dir.) (2020). *Manual de Psicopatología, Tercera Edición, Vol. I*, 371-412, Madrid: McGraw Hill.

Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 8(1), 39-53.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>

- Sarros, J. C. & Friesen, D. (1987). The etiology of administrator burnout. *The Alberta Journal of Educational Research*, 33(3), 163-179.
- Scanlan, J. N., Meredith, P. & Poulsen, A. A. (2013). Enhancing retention of occupational therapists working in mental health: relationships between wellbeing at work and turnover intention. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), 395-403.
- Scanlan, J. N. & Hazelton, T. (2019). Relationships between job satisfaction, burnout, professional identity and meaningfulness of work activities for occupational therapists working in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(5), 581-590.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12596>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey. En C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Eds.). *The Maslach Burnout Inventory- Test Manual (3rd ed.)* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Seiderman, S. (1978). Combatting staff burnout. *Day Care and Early Education*, Summer, 5(4), 6-9.
- Shinn, M. & March, H. (1983). A tripartite model of coping with burnout. En B. Farber. *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper & I. Robertson (Eds), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, New York: John Wiley and Sons.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.

- Slade, C. I., Reidl, C. J. & Mancurten, H. H. (1977). Working With Parents of High-Risk Newborns. *JOGN Nursing*, 6(2), 21-26.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1977.tb00875.x>
- Smith, N., Birch, N. & Marchant, M. (1984). Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83.
- Smith, N., Watstein, S. & Wuehler, A. (1986). *Burnout and social interest in librarians and library school students. 21st Century Mountain Plains Library Association Academic Library Section Research Forum*. Emporia State University. Kansas.
- Siefert, K., Jayaratne, S. & Chess, W. (1991). Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers. *Health and Social Work*, 16(3). 193-202.
- Storlie, F. J. (1979). Burnout: The Elaboration of a Concept. *The American Journal of Nursing*, 79(12), 2108. <https://doi.org/10.2307/3469867>
- Tanaka, K., Tahara, M., Mashizume, Y. & Takahashi, K. (2021). Effects of Lifestyle Changes on the Mental Health of Healthcare Workers with Different Sense of Coherence Levels in the Era of COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2801.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18062801>
- Tariah, H. A., Nafai, S., Alanazi, A. A., Alobathani, H., Alotaibi, L. M. & Almutairi, S. S. (2022). Job satisfaction among occupational therapists working in Riyadh, Saudi Arabia. *Work*, 72(1), 315-322.
<https://doi.org/10.3233/wor-210034>
- Tarraga, M. & Serrano, J. (2016). Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *Journal*, 1(3), 100-106.

- Thomas, C. H. & Lankau, M. J. (2009). Preventing burnout: the effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management, 48*(3), 417-432.
<https://doi.org/10.1002/hrm.20288>
- Thompson, M. S., Page, S. L. & Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine, 9*, 221-235.
- Tse, T., Roberts, E., Garvie, J., Sutton, E. & Munro, A. (2021). The impact of COVID-19 restrictions on occupational balance: A mixed method study of the experience of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal, 69*(1), 89-97.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12772>
- Useche, M (2008). *Factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. (Tesis de Grado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia.
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis06.pdf>
- Vargas, J. D. P., Briñez, V. S., Segura, M. C. N. & Nieto, A. A. (2016). Creencias irracionales, síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones. *Psicogente, 19*(35), 148-160.
- Vargas, L. L. & Varona, Y. P. (2020). *Patrón de conducta tipo A y estrés*. Tesis Doctoral. Facultad de derecho y humanidades. Escuela profesional de Psicología. Pimentel. Perú.
- Vidal, M. I. (2015). Revisión bibliográfica sobre burnout y terapia ocupacional. Entre la vulnerabilidad y la oportunidad. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, 12*(21), 1-29.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091797>

- Vieira, L. S., Machado, W. D. L., Dal Pai, D., Magnago, T. S. B. D. S., Azzolin, K. D. O. & Tavares, J. P. (2022). Burnout y resiliencia en profesionales de enfermería de cuidados intensivos ante el COVID-19: estudio multicéntrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30.
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Tapia, E. & Vinueza, M. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2).
<http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1933>
- Wen, B., Zhou, X., Hu, Y. & Zhang, X. (2020). Role Stress and Turnover Intention of Front-Line Hotel Employees: The Roles of Burnout and Service Climate. *Frontiers in Psychology*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00036>
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek. (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Zimbardo, P. G. (1970). *The Human Choice: individuation, reason and order vs deindividuation, impulse and chaos*, Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln. Univ. of Nebraska Press.
- Zhu, H., Xie, S., Liu, X., Yang, X. & Zhou, J. (2022). Influencing factors of burnout and its dimensions among mental health workers during the COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 9(4), 2013-2023.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1211>
- Zotović, M., Ukropina, S., Mijatović-Jovanović, V. & Harhaji, S. (2021). Burnout in healthcare professionals during covid-19 pandemic: correlates and predictors. *TEME*, 45(4), 1275-1293.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

Estudio de fiabilidad: Alfa de Cronbach.

CUESTIONARIO	ALFA DE CRONBACH (α)
MBI (Total)	0.74
CAE (Total)	0.81
NEO-FFI (Total)	0.69
GOLDBERG GHQ-12 (Total)	0.89
SWING (Total)	0.78
ESTRÉS DE ROL (Total)	0.66

Nota. Todas las escalas del estudio, excepto estrés de rol y NEO-FFI, obtuvieron niveles adecuados (>0.70) de fiabilidad (George & Mallery, 2003).

APÉNDICE 2

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
MBI (Total)	.093	127	.009	.972	127	.011
Cansancio emocional	.139	127	.000	.939	127	.000
Despersonalización	.104	127	.002	.945	127	.000
Realización personal	.084	127	.027	.978	127	.034

Nota. gl= grados de libertad; Sig.= p valor

ANEXO

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

En calidad de investigador y estudiante del Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, le invito a participar de forma voluntaria en este proyecto de investigación. El objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia y el grado de 'burnout' que presentan los terapeutas ocupacionales que desempeñan activamente su profesión en España.

Esta información será útil para el desarrollo de la tesis doctoral en Psicología: "SÍNDROME DE BURNOUT EN TERAPEUTAS OCUPACIONALES", constituyendo, además, un aporte a la generación de conocimiento y desarrollo metodológico y científico en el campo de estudio relacionado con el análisis de la relación salud-trabajo.

Su participación en el estudio consiste en responder, de forma meditada y sincera, los siguientes cuestionarios: el primero de ellos corresponde a una encuesta de variables sociales y ocupacionales que indaga sobre datos sociodemográficos y de la propia ocupación, en segundo lugar, se encuentra el Maslach Burnout Inventory (MBI), el más importante de todo el estudio y el central a la hora de valorar el síndrome de 'burnout'. En tercer lugar, contaremos con un cuestionario de personalidad, el NEO-FFI, como una versión reducida del NEO-PI-R, constando de 60 ítems para analizar dicha relación entre la personalidad del sujeto y su nivel de 'burnout'. Dispondremos, a su vez, del cuestionario SWING, que nos aportará una visión más detallada sobre la interacción trabajo-familia de los sujetos a estudio. Un quinto, el cuestionario de Estrés de Rol, nos aportará información sobre el Conflicto de Rol y la Ambigüedad/Claridad de Rol. En penúltimo lugar tenemos el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), que nos mostrará la forma en que los Terapeutas Ocupacionales afrontan sus niveles de estrés. En séptimo y último lugar, un cuestionario sobre salud general, como es el cuestionario de Goldberg.

Se estima que la respuesta a todos los cuestionarios lleve una duración promedio de 20 a 30 minutos. Una vez finalizado el análisis de la información recogida en los cuestionarios se remitirá a su correo electrónico los resultados obtenidos.

Para garantizar la confidencialidad de la información, sus datos de identificación (nombres, apellidos, dirección...) consignados en estos cuestionarios, serán identificados con un código que no permita individualizar la información, por lo tanto, no aparecerán en ningún documento de este proyecto de investigación. La información suministrada sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida se guardará durante un periodo de cinco años, hasta que se considere que su utilización no vulnera la integridad física o moral de los participantes; luego será eliminada. Los resultados de este estudio serán presentados en eventos académicos y/o publicados en revistas científicas de acuerdo al criterio de la investigadora.

Nuevamente, reitero que la participación es voluntaria e igualmente informo de que no se ha previsto ningún tipo remuneración económica por su participación en la investigación y que puede retirarse de la misma en el momento en que lo considere conveniente sin ninguna objeción o repercusión. Finalmente, en caso de tener cualquier pregunta o inquietud respecto a la presente investigación le solicito establecer contacto al correo electrónico juy19@usal.es o al teléfono 628837227 o, para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto, contactar al Dr. Prof. Francisco Ramos Campos, de la Universidad de Salamanca y tutor de esta investigación doctoral. Correo electrónico: frc@usal.es

Agradezco su atención y espero que usted acepte participar en este proceso.

Atentamente:

Rubén Juy Martín – Terapeuta Ocupacional y Doctorando en Psicología
Universidad de Salamanca

He leído y comprendido toda la información y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones.

Fdo: _____

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, responda de forma meditada y sincera a las siguientes preguntas, intentando aportar la mayor cantidad y calidad de información posible.

VARIABLE	OPCIÓN DE RESPUESTA
Nombre completo	
Correo electrónico	
Provincia actual	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Número de hijos	
Participación en actividades domésticas	1 nada 2 algo 3 bastante 4 casi siempre 5 siempre
Número de personas que dependen económicamente de usted	0 personas 1 persona 2 personas Más de 2 Personas
¿Trabaja únicamente como Terapeuta Ocupacional?	Si No
¿En cuántos centros trabaja actualmente?	Uno sólo Dos Más de dos
¿En cuántas ciudades trabaja?	Una solo Dos ciudades Más de dos ciudades

¿En qué sector trabaja?	Publico Privado Autónomo
¿Hace cuánto trabaja como Terapeuta Ocupacional?	Menos de 1 año Entre 1 y 3 años Entre 3 y 5 años Más de 5 años
¿Qué tipo de contrato tiene?	Contrato en prácticas Contrato temporal Contrato indefinido
¿Cuántas horas semanales trabaja?	Entre 1 y 3 horas. Entre 3 y 5 horas. Entre 5 y 10 horas. Entre 10 y 20 horas. Entre 20 y 30 horas. Entre 30 y 40 horas.
Además de usted, ¿Cuántos Terapeutas Ocupacionales trabajan en su centro de trabajo?	Sólo yo Uno más Dos más Más de dos
¿En qué ámbito de la Terapia Ocupacional trabaja?	Pediatría Geriatría Discapacidad mental Discapacidad física Otro: _____ (Indicar)
Atendiendo al número de centros en los que trabaja, el número de horas, el sector en el que lo hace, su tipo de contrato y el ámbito donde desarrolla sus funciones, usted cree que, su salario, en relación a su trabajo, es...	Muy bajo Bajo Normal Alto Muy alto

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE MASLACH

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Puntuaciones

De forma meditada, otorgue a cada una de las premisas una puntuación de 0 a 6, teniendo en cuenta que:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Nombre: _____ Edad: _____

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	

12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

ANEXO 4. CUESTIONARIO NEO FFI

Nombre.....Edad.....Fecha.....
Centro.....

Instrucciones

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas.

Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y anote la alternativa (1 a 5) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Señale:

1. si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.
2. si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.
3. si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o si Vd. se considera neutral en relación con lo que se dice en ella.
4. si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.
5. si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.

Vea los dos ejemplos (E1 y E2) que vienen aquí debajo y cómo se ha contestado.

E1	1	Me gustaría pilotar una nave espacial
E2	4	A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que está en total desacuerdo (número 1) con la frase E1, porque no le gustaría nada pilotar una nave espacial, y está de acuerdo con la frase E2, porque frecuentemente prefiere los tonos oscuros para vestir (número 4).

Por tanto, no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta de todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

No olvide anotar sus datos personales en la parte superior antes de contestar a las frases.

En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1		A menudo me siento inferior a los demás.
2		Soy una persona alegre y mimosa.
3		A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.
4		Tiendo a pensar lo mejor de la gente.
5		Parece que nunca soy capaz de organizarme.
6		Rara vez me siento con miedo o ansioso.
7		Disfruto mucho hablando con la gente.
8		La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.
9		A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.
10		Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.
11		A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.
12		Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.
13		Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.
14		A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.
15		Trabajo mucho para conseguir mis metas.
16		A veces me parece que no valgo absolutamente nada.
17		No me considero especialmente alegre.
18		Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.

19	Si alguien empieza a pelear conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.
20	Tengo mucho auto-disciplina.
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.
22	Me gusta tener mucha gente alrededor.
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
28	Tengo mucha fantasía.
29	Mi primera reacción es confiar en la gente.
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
31	A menudo me siento tenso e inquieto.
32	Soy una persona muy activa.
33	Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
36	A veces me he sentido amargado y resentido.
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
41	Soy bastante estable emocionalmente.
42	Huyo de las multitudes.
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.

44	Trato de ser humilde.
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.
46	Rara vez estoy triste o deprimido.
47	A veces reboso felicidad.
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso.
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
52	Me gusta estar donde está la acción.
53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.
56	Es difícil que yo pierda los estribos.
57	No me gusta mucho charlar con la gente.
58	Rara vez experimento emociones fuertes.
59	Los mendigos no me inspiran simpatía.
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.

ANEXO 5. 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	1	2	3
NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE

Nombre: _____ Edad: _____

INTERACCIÓN NEGATIVA TRABAJO-FAMILIA

1. Estás irritable en casa porque tu trabajo es muy agotador _____.
2. Te resulta complicado atender a tus obligaciones domésticas porque estás constantemente pensando en tu trabajo _____.
3. Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales _____.
4. Tu horario de trabajo hace que resulte complicado para ti atender a tus obligaciones domésticas _____.
5. No tienes energía suficiente para realizar actividades de ocio con tu pareja/familia/amigos debido a tu trabajo _____.
6. Tienes que trabajar tanto que no tienes tiempo para tus hobbies _____.
7. Tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en casa _____.
8. Tu trabajo te quita tiempo que te hubiera gustado pasar con tu pareja/familia/amigos _____.

INTERACCIÓN NEGATIVA FAMILIA-TRABAJO

9. La situación en casa te hace estar tan irritable que descargas tu frustración en tus compañeros de trabajo _____.
10. Te resulta difícil concentrarte en tu trabajo porque estás preocupado por asuntos domésticos _____.
11. Los problemas con tu pareja/familia/amigos afectan a tu rendimiento laboral _____.
12. Los problemas que tienes con tu pareja/familia/amigos hacen que no tengas ganas de trabajar _____.

INTERACCIÓN POSITIVA TRABAJO-FAMILIA

13. Después de un día o una semana de trabajo agradable, te sientes de mejor humor para hacer actividades con tu pareja/familia/amigos _____.
14. Desempeñas mejor tus obligaciones domésticas gracias a habilidades que has aprendido en tu trabajo _____.
15. Cumples debidamente con tus responsabilidades en casa porque en tu trabajo has adquirido la capacidad de comprometerte e implicarte con las cosas _____.
16. El tener que organizar tu tiempo en el trabajo ha hecho que aprendas a organizar mejor tu tiempo en casa _____.
17. Eres capaz de interactuar mejor con tu pareja/familia/amigos gracias a las habilidades que has aprendido en el trabajo _____.

INTERACCIÓN POSITIVA FAMILIA-TRABAJO

18. Después de pasar un fin de semana divertido con tu pareja/familia/amigos, tu trabajo te resulta más agradable _____.
19. Te tomas las responsabilidades laborales muy seriamente porque en casa debes hacer lo mismo _____.
20. Cumples debidamente con tus responsabilidades laborales porque en casa has adquirido la capacidad de comprometerte con las cosas _____.
21. El tener que organizar tu tiempo en casa ha hecho que aprendas a organizar mejor tu tiempo en el trabajo _____.
22. Tienes más autoconfianza en el trabajo porque tu vida en casa está bien organizada _____.

ANEXO 6. CUESTIONARIO DE AMBIGÜEDAD Y CONFLICTO DE ROL

El presente cuestionario analiza la ambigüedad de rol y el conflicto de rol en un total de 30 ítems, 15 de los cuales se ocupan de la ambigüedad de rol y los otros 15 abordan la problemática del conflicto de rol.

Deberá responder, de forma meditada, a cada uno de ellos, indicando su grado de conformidad o disconformidad con la premisa en cuestión, asignando puntuaciones que irán desde 1, en caso de pensar que la afirmación es TOTALMENTE FALSA, hasta 7, en caso de que la afirmación sea TOTALMENTE VERDADERA.

Es importante recordar que no debe dejar ningún ítem sin responder.

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

1. Tengo tiempo suficiente para completar mi trabajo.	
2. Me siento seguro sobre la autoridad que tengo en el trabajo.	
3. Realizo tareas que son demasiado fáciles o aburridas.	
4. Tengo metas y objetivos claros en mi trabajo.	
5. En mi trabajo tengo que hacer cosas que deberían hacerse de otra manera.	
6. No existen guías y pautas laborales para ayudarme.	
7. Soy capaz de actuar de la misma forma, independientemente del grupo con el que esté trabajando	
8. Recibo recompensas cuando realmente no las espero.	
9. Trabajo bajo políticas y guías incompatibles.	
10. Sé que tengo que dividir mi tiempo laboral correctamente.	
11. Recibo tareas sin la mano de obra necesaria para completarlas.	

12. Sé cuáles son mis responsabilidades laborales.	
13. Tengo que acatar reglas o fijarme a unas políticas específicas para llevar a cabo mis tareas laborales.	
14. Tengo mi manera de hacer mis deberes.	
15. Recibo tareas dentro de mi entrenamiento y capacidad.	
16. Me siento seguro de conocer cómo sería evaluado para una subida de sueldo o promoción.	
17. Tengo la cantidad correcta de trabajo para hacer.	
18. Sé cómo dividir el tiempo correctamente.	
19. Trabajo con uno o dos grupos que trabajan de maneras diferentes.	
20. Sé exactamente qué se espera de mí.	
21. Recibo peticiones incompatibles de dos o más personas.	
22. No estoy seguro de cómo se vincula mi trabajo.	
23. Hago mi trabajo para que lo acepte una persona, aunque no sean aceptado por otros.	
24. Se me dice lo bien que hago mi trabajo.	
25. Recibo una asignación que no es adecuada para los recursos y materiales de los que dispongo para realizarla.	
26. Las explicaciones son claras sobre lo que hay que hacer.	
27. Trabajo en cosas innecesarias.	
28. Tengo que trabajar bajo vagas directrices u órdenes.	
29. Hago un trabajo que se ajusta a mis valores.	
30. No sé si mi trabajo será aceptado por mi jefe.	

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS CAE

Nombre.....Edad.....Sexo.....

En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0. Nunca 1. Pocas veces 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre

- | | |
|---|-----------|
| 1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente..... | 0-1-2-3-4 |
| 2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal..... | 0-1-2-3-4 |
| 3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema..... | 0-1-2-3-4 |
| 4. Descargué mi mal humor con los demás..... | 0-1-2-3-4 |
| 5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de pensar en otras cosas..... | 0-1-2-3-4 |
| 6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía..... | 0-1-2-3-4 |
| 7. Asistí a la Iglesia..... | 0-1-2-3-4 |
| 8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados..... | 0-1-2-3-4 |
| 9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas..... | 0-1-2-3-4 |
| 10. Intenté sacar algo positivo del problema..... | 0-1-2-3-4 |
| 11. Insulté a ciertas personas..... | 0-1-2-3-4 |

- 12.Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema...0-1-2-3-4
- 13.Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.....0-1-2-3-4
- 14.Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)0-1-2-3-4
- 15.Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.....0-1-2-3-4
- 16.Comprendí que yo fui el principal causante del problema.....0-1-2-3-4
- 17.Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.0-1-2-3-4
- 18.Me comporté de forma hostil con los demás.....0-1-2-3-4
- 19.Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema.....0-1-2-3-4
- 20.Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.....0-1-2-3-4
- 21.Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.....0-1-2-3-4
- 22.Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.....0-1-2-3-4
- 23.Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación....0-1-2-3-4
- 24.Entendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes..0-1-2-3-4
- 25.Agredí a algunas personas.....0-1-2-3-4
- 26.Procuré no pensar en el problema.....0-1-2-3-4
- 27.Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando estaba mal.....0-1-2-3-4
- 28.Tuve fe en que Dios remediaría la situación.....0-1-2-3-4
- 29.Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.....0-1-2-3-4
- 30.Me di cuenta de que por mí mismo no podía resolver el problema.....0-1-2-3-4
- 31.Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga».....0-1-2-3-4
- 32.Me irrité con alguna gente.....0-1-2-3-4
- 33.Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.....0-1-2-3-4
- 34.Pedí a algún amigo o familiar consejo sobre cuál sería el mejor camino a seguir.....0-1-2-3-4
- 35.Recé.....0-1-2-3-4
- 36.Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.....0-1-2-3-4
- 37.Me resigné a aceptar las cosas como eran.....0-1-2-3-4
- 38.Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.....0-1-2-3-4
- 39.Luché y me desahogué expresando mis sentimientos.....0-1-2-3-4
- 40.Intenté olvidarme de todo.....0-1-2-3-4
- 41.Procuré que algún familiar o amigo me escuchase al manifestar mis sentimientos...0-1-2-3-4
- 42.Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.....0-1-2-3-4

ANEXO 8. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ-12

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?

- 1. Mejor que lo habitual.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Menos que lo habitual.
- 4. Mucho menos que lo habitual.

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- 1. No, en absoluto.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Más que lo habitual.
- 4. Mucho más que lo habitual.

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- 1. Más que lo habitual.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Menos que lo habitual.
- 4. Mucho menos que lo habitual.

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- 1. Más capaz que lo habitual.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Menos capaz que lo habitual.
- 4. Mucho menos capaz que lo habitual.

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- 1. No, en absoluto.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Más que lo habitual.
- 4. Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- 1. No, en absoluto.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Más que lo habitual.
- 4. Mucho más que lo habitual.

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- 1. Más que lo habitual.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Menos que lo habitual.
- 4. Mucho menos que lo habitual.

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- 1. Más capaz que lo habitual.
- 2. Igual que lo habitual.
- 3. Menos capaz que lo habitual.
- 4. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- 1. No, en absoluto.
- 2. No más que lo habitual.
- 3. Más que lo habitual.
- 4. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- 1. No, en absoluto.
- 2. No más que lo habitual.
- 3. Más que lo habitual.
- 4. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- 1. No, en absoluto.
- 2. No más que lo habitual.
- 3. Más que lo habitual.
- 4. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

___ 1. Más feliz que lo habitual.

___ 2. Igual que lo habitual.

___ 3. Menos feliz que lo habitual.

___ 4. Mucho menos feliz que lo habitual.