



Universidad Abierta Interamericana

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

**“Bienestar Psicológico y Síndrome de
Burnout durante la Pandemia, COVID-19, en
personal de salud de la Zona Oeste del
Buenos Aires”**

Tesista: Erica Lorena Galli

Tutor: Lic. Gabriel Van Oostveldt

Cotutor: Dra. Elisa Cortese

**Título por obtener con la presentación de la
tesis:** Licenciatura en Psicología.

Febrero 2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mis padres, los cuales me han apoyado de forma incondicional para poder cumplir mis metas y objetivos, tanto personales como académicos. Ellos son los que, con su cariño, me han motivado a perseguir mis sueños y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

Siguiendo la línea, y no menos importante, les agradezco muy profundamente a mi tutor Lic. Gabriel Van Oostveldt, a mi cotutora Dra. Elisa Cortese y al Secretario técnico de la carrera Lic. Maximiliano Preuss, por la dedicación y paciencia, por sus correcciones y palabras precisas, las cuales me han ayudado a llegar a esta instancia tan deseada. Gracias por todos sus consejos, los llevaré siempre en mi corazón.

Por último, agradecer a mis amigos, compañeros de la vida y de la carrera. Gracias por su apoyo y constancia, por estar en las horas más difíciles, por entender y compartir horas de estudio, anécdota en todo este tiempo. Gracias por estar siempre para mí, en las buenas y en las malas.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar el Bienestar psicológico y el Síndrome de *Burnout* durante la pandemia, COVID-19, en personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires. La investigación es de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional, de corte transversal y no experimental. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. Consta de 150 trabajadores de la salud, de ambos géneros, de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires, con una edad promedio de 41,46 años. El 73,9% de los sujetos pertenece al género femenino y el 26,1% al género masculino. El 23,4% trabaja en el ámbito público, el 57,8% en el ámbito privado y el 18,8% en ambos ámbitos. Se emplearon la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos [BIEPS-A] (Ryff, 1989; adaptación argentina: Castro Solano et al., 2002) y el Inventario de *Burnout* de Maslach [MBI] (Maslach et al., 1997). Los resultados mostraron la existencia de relaciones significativas entre la despersonalización, la realización personal y el bienestar psicológico. Se concluyó que los hallazgos de este estudio confirman los resultados de investigaciones previas, las cuales evidenciaron la existencia de relaciones significativas entre el *burnout* y el bienestar psicológico.

Palabras claves: Bienestar Psicológico, Síndrome de *Burnout*, Personal de salud, COVID-19.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate psychological well-being and Burnout Syndrome during the pandemic, COVID-19, in health personnel from the West Zone of Greater Buenos Aires. The research is quantitative type, of descriptive-correlational scope, cross-sectional and non-experimental. The sample was selected by a non-probability snowball sampling. It consists of 150 health workers of both genders, from the Western Zone of the Greater Buenos Aires, with an average age of 41.46 years. 73.9% of the subjects belong to the female gender and 26.1% to the male gender. 23.4% work in the public ambit, 57.8% in the private ambit and 18.8% in both ambits. They were used the Psychological Well-being Scale for Adults [BIEPS-A] (Ryff, 1989; Argentinian adaptation: Castro Solano et al., 2002) and the Maslach Burnout Inventory [MBI] (Maslach et al., 1997). Results showed the existence of significant relationships between depersonalization, personal fulfillment and psychological well-being. It was concluded that the findings of this study confirm the results of previous research, which showed the existence of significant relationships between burnout and psychological well-being.

Keywords: Psychological Well-being, Burnout Syndrome, Health Personnel, COVID-19.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE GENERAL	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Antecedentes	10
1.2. Objetivo general	14
1.3. Objetivos específicos	14
1.4. Hipótesis	14
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1. El <i>burnout</i>	15
2.2. Personal de salud y <i>burnout</i>	19
2.4. El bienestar psicológico	25
2.5. El Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico	29
2.6. La pandemia de COVID-19	32
3. METODOLOGÍA	41
3.1. Relevancia	41
3.1.1. Teórica	41
3.1.2. Práctica	41
3.1.3. Social	41
3.2. Tipo de estudio y diseño	41
3.3. Participantes	42
3.5. Instrumentos	43
3.6. Procedimiento	44
4. RESULTADOS	46
	4

4.1. Caracterización de la muestra	46
4.2. Caracterización de las variables	48
4.3. Análisis de la relación entre variables	48
4.4. Análisis de las diferencias de grupo	50
5. CONCLUSIONES	54
6. REFERENCIAS	58
7. ANEXOS	75
7.1. Instrumento de recolección de datos	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.....	46
Tabla 2. Caracterización de las variable.....	47
Tabla 3. Asociación entre las dimensiones del bienestar psicológico, del burnout y d. sociodemográficos.....	48
Tabla 4. Diferencias de grupo según el estado civil.....	50
Tabla 5. Diferencias de grupo según la localidad de residencia.....	51
Tabla 6. Diferencias de grupo según el ámbito de trabajo.....	51
Tabla 7. Diferencias de grupo según el tipo de turno.....	52
Tabla 8. Diferencias de grupo según la pertenencia.....	52
Tabla 9. Diferencias de grupo según si realiza alguna actividad asociada con el bienestar.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Transición del estrés al síndrome de burnout.....	17
Figura 2. Dimensiones del modelo de bienestar propuesto por Ryff (1989).	32
Figura 3. Grupos poblacionales más vulnerables al estrés por la COVID-19.....	35

1. INTRODUCCIÓN

El incremento en los niveles de presión laboral ha traído como consecuencia la aparición de enfermedades tales como el estrés, el síndrome de *burnout*, la adicción al trabajo, etc., donde parecería que el factor emocional y/o psicológico juega un papel crucial en todas estas patologías. El dinamismo del ambiente en que se despliegan los individuos provocó un incremento de la competencia y de las demandas organizacionales, lo que aumentó la presión en el entorno laboral. Esto generó el surgimiento de enfermedades profesionales, como el estrés, el *burnout*, la adicción laboral, entre otras. En estas patologías, el componente emocional y/o psicológico posee un rol fundamental (Duran, 2010).

El Síndrome de *Burnout* fue descrito por Freudenberg (1974), como una manera inadecuada de afrontar el estrés crónico, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del desempeño personal, lo que lleva a que el sujeto vivencie una sensación de ineficacia y pérdida de su habilidad comunicacional.

El personal de salud suele ser víctima de esto, experimentando además desequilibrio del sueño, exposición al padecimiento y a las pérdidas humanas, mala alimentación y una vida social y familiar deficitaria (Veliz Burgos et al, 2018a). Es por todo esto que este estudio intentará identificar los niveles de Síndrome de *Burnout* y Bienestar Psicológico en los trabajadores de salud de Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

Asimismo, el eje tradicional en el síntoma y la enfermedad se está modificando hacia una definición de salud que tenga en cuenta al funcionamiento óptimo y no solo a la falta de enfermedad. Esta visión positiva fue más explícita en los trabajos de la OMS (Hervás et al., 2008). De esta manera, Ryff (1995) precisa que el bienestar psicológico se encuentra del lado de lo no hedónico, es decir, que el funcionamiento humano óptimo genera más emociones positivas o placenteras. El Bienestar Psicológico es definido por Casullo (2002) como la percepción individual de los logros vitales y el nivel de satisfacción personal con lo que llevó a realizar o puede efectuar. Esto es resultado de un producto cultural que se origina en cierto ambiente. Está conformado por los estados emocionales y las relaciones personales. Veliz Burgos et al. (2018a) afirman que el Bienestar psicológico y el *Burnout* podría

afectar el desempeño laboral de los sujetos, considerando que el personal de salud trabaja con las personas, estas pueden padecer una mala praxis, por ende, se debe analizar estas variables en el personal de salud. Hoy en día, hay una gran brecha entre las expectativas de los pacientes y la medicina, desde la relación médico paciente, que sigue un modelo paternalista, a uno de autonomía e información, lo que genera una tensión basal en la actividad sanitaria (Siegler, 1985). En momentos de guerras, desastres o emergencias sanitarias se tornan más evidentes por las limitaciones de recursos físicos y humanos que repercuten en la atención a los pacientes y la seguridad de los trabajadores del ámbito de la salud. Según la OMS, una emergencia sanitaria internacional sucede en el momento en que una enfermedad genera un impacto en la salud pública, afecta a varios países y se necesita de una estrategia internacional para enfrentarla.

En la lucha contra el Coronavirus (COVID-19), el personal de salud padeció mucha presión en el trabajo diario (The Lancet, 2020, Wang et al., 2020), que incluye la exposición al riesgo de infectarse de COVID-19, a la protección inadecuada, la frustración, la discriminación, a relacionarse con pacientes con emociones negativas, a perder el contacto con la familia y al agotamiento físico y mental. Esta crisis generó en el personal problemas de salud mental como estrés, ansiedad, depresión, insomnio, ira y miedo (Kang et al., 2020).

Las problemáticas en salud mental repercuten en la calidad de atención del personal de salud, en la comprensión clínica o en la toma de decisiones, lo que podría obstaculizar la lucha contra el COVID-19, ya que esto puede tener consecuencias significativas en el bienestar y en la calidad de vida. Por ende, es fundamental proteger la salud mental del personal de salud para manejar correctamente la pandemia y cuidar su salud (Kang et al., 2020).

Aunque a la fecha de la realización de este estudio, Argentina se encuentra dejando atrás la segunda ola de Coronavirus y acerca a completar los esquemas de vacunación de la mitad de la población del país, el nivel de contagiosidad de las variantes Delta y Mu hace amenazar con una nueva ola. Esto lleva a que más que nunca sea fundamental conocer el estado de salud mental del personal de salud. Por lo tanto, este estudio plantea una pregunta de investigación: ¿cómo es la relación entre el Bienestar psicológico y el *Burnout* durante la Pandemia, COVID-19, en personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires?

1.1. Antecedentes

Arias Gallego et al. (2017) efectuaron un estudio con el objetivo de evaluar el *burnout* en personal de salud de una ciudad peruana, comparando la información en base al género, los ingresos, el estado civil, la antigüedad, el cargo, la profesión y la institución donde trabaja. El diseño fue de tipo descriptivo y empleó el Inventario de *Burnout* de Maslach, el cual fue administrado a 213 trabajadores del sector salud. Los resultados mostraron que un elevado porcentaje de profesionales presentó síntomas de *burnout*. Además, se hallaron diferencias significativas en base al género, tiempo de servicio, cargo, profesión e institución. Se concluyó que el *burnout* poseía una presencia importante en el personal de salud, y que las diferencias en base a las variables demográficas se explicaban por el ambiente y las condiciones laborales.

Además, García et al. (2018) efectuaron una investigación con el objetivo de analizar los efectos de la rumiación y del apoyo social en el *burnout* y el bienestar psicológico en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de alta complejidad chileno. Se empleó una muestra de 136 trabajadores, quienes completaron el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (PWB), la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Respuesta Rumiativa (RRS). Los resultados mostraron relaciones positivas entre el bienestar y el apoyo social, entre el *brooding* y el *burnout*, y relaciones negativas entre este último y el apoyo social, y entre el *brooding* y el bienestar.

Por otra parte, Meléndez Chávez et al. (2016) efectuaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el *Burnout* y la Salud Mental en enfermeras de un hospital. El estudio fue observacional, descriptivo de correlación y transversal, observando a 80 enfermeras de un hospital de segundo nivel de atención. Se empleó el *Maslach Burnout Inventory* y el Cuestionario General de Salud de Goldberg. Los resultados evidenciaron que las dimensiones Ansiedad y Depresión Severa se relacionaban de forma positiva con las tres dimensiones del *Burnout*. Se concluyó que existía *burnout* en niveles elevados, en cuanto a la salud mental fue más frecuente la alteración del patrón de sueño y de la conducta, habiendo una correlación directa entre las variables estudiadas.

A su vez, Torre et al. (2019) plantearon que pocos estudios analizaron la prevalencia del *burnout* en América Latina, y sobre todo en Argentina. Por lo tanto, su trabajo pretendió analizar la presencia de *burnout* en enfermeras de cuidados intensivos, así como los factores de riesgo vinculados. Se empleó una muestra de 486 enfermeras de cuidados intensivos, quienes respondieron una encuesta en línea que indagaba las variables demográficas y el Índice de *Burnout* de Maslach. Los resultados mostraron que el 84,4% de los sujetos mostraba niveles moderados/elevados de *burnout*, y que la relación enfermera:paciente de 1:3 o más se relacionaba de forma significativa con el agotamiento emocional y la despersonalización. Se concluyó que más del 80% de las enfermeras que cuidaban a pacientes críticamente enfermos en Argentina evidenciaban un nivel moderado/elevado de burnout por una relación enfermera:paciente $\geq 1:3$.

Por otro lado, Veliz Burgos et al. (2018a) efectuaron una investigación con el objetivo de analizar el bienestar psicológico y el *burnout* en 121 profesionales de salud chilenos. El estudio contó con un enfoque cuantitativo y con un diseño no experimental, de tipo correlacional. La muestra fue no probabilística. Se administró la escala de bienestar psicológico de Ryff y el Inventario de *burnout* de Maslach. Los resultados mostraron que el 21% mostró un nivel reducido de bienestar y el 25.5% evidenció síntomas de *burnout*. Además, se encontró una relación directa entre la realización personal y el bienestar psicológico. Se concluyó que existía la necesidad de promover conductas de autocuidado en los profesionales de salud.

Además, Veliz Burgos et al. (2018b) también efectuaron un estudio con el objetivo de analizar los niveles de inteligencia emocional y de bienestar psicológico en enfermeros chilenos. El estudio fue descriptivo con un diseño no experimental. Se emplearon 97 enfermeros quienes respondieron el *Trait Meta-Mood Scale* y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. En cuanto a la inteligencia emocional, los resultados mostraron elevados niveles de percepción y comprensión y regulación emocional. El 57,5 % de los encuestados evidenció un elevado nivel de bienestar psicológico, pero el 33,7% mostró un bajo nivel en las relaciones positivas. Se concluyó que existían relación positivas y significativas entre las dimensiones de la inteligencia emocional y del bienestar psicológico.

Asimismo, Amutio Kareaga et al. (2008) realizaron un estudio que evaluaba el *burnout* y el bienestar psicológico en 1275 profesionales sanitarios españoles. Se emplearon el Cuestionario de Desgaste Profesional para los Profesionales de la Enfermería [CDPE -R] (Moreno et al., 2000) y el *Smith Work/School Dispositions Inventory* [SW/SDI] (Smith, 2001). Los resultados mostraron niveles moderados de *burnout* y de bienestar. La sobrecarga, la ausencia de reconocimiento y de desarrollo profesional promovían los elevados niveles de *burnout* y el poco nivel de bienestar. El bienestar psicológico y la dureza emocional se asociaban de forma negativa con el *burnout*. Por otro lado, el bienestar psicológico atenuaba esas consecuencias. Se destacó la necesidad de que las organizaciones de salud emplearan programas de intervención en lo organizacional y personal.

En adición, Aliaga Blanco (2012) realizó un estudio con el objetivo de estudiar la asociación entre el bienestar psicológico y el *burnout* en 82 técnicas de enfermería de un Hospital de Lima Metropolitana. Para ello, se empleó administraron la Escala de Bienestar Psicológico de Riff y el Inventario de *Burnout* de Maslash. Los resultados mostraron relaciones significativas y negativas entre las dimensiones del bienestar psicológico y del *burnout* de los sujetos.

En suma, Sánchez Mory (2018) llevó a cabo un estudio con el objetivo de estudiar la relación entre el *burnout* y el bienestar psicológico en trabajadores de Contact Center peruanos. Se empleó el enfoque cuantitativo, siendo de tipo descriptivo, correlacional y comparativo. Además, fue de tipo transversal, con un diseño no experimental (Hernández et al., 2014). Se tomó una muestra de 500 trabajadores que respondieron el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI-GS) escala general; y la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A). Los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del *burnout* y del bienestar psicológico. Se hallaron diferencias significativas en relación al sexo, para la dimensión eficacia profesional, y según las áreas y la antigüedad laboral para la indiferencia. También se encontraron diferencias significativas según el sexo, para la aceptación, control y autonomía, la edad para los proyectos y el estado civil para la aceptación control. Además, Castillo Ramírez (2018) realizó una investigación centrada en establecer la presencia del *burnout* y el nivel de bienestar psicológico en

enfermeras guatemaltecas. El estudio fue de tipo descriptivo, empleándose una muestra de 35 enfermeros de un hospital guatemalteco, quienes respondieron el MBI y la Escala de Bienestar Psicológico [EBP]. Se concluyó que los enfermeros no mostraron el síndrome de *burnout* y un bienestar psicológico aceptable, por ende, se sugirió implementar un plan con talleres y capacitaciones, para dar a conocer el síndrome, prevenirlo y reducirlo.

Por otro lado, Acuña y Bruschi (2018) llevaron adelante un estudio para explorar y generar evidencias empíricas sobre las relaciones entre el *burnout* y el bienestar psicológico en 36 docentes de educación inicial de una institución pública. El estudio empírico tuvo un diseño no experimental de tipo transversal correlacional. Se administraron la Escala de Bienestar de Ryff (Díaz et al., 2006) y el MBI. Los resultados mostraron diferencias significativas en la dimensión auto-aceptación del Bienestar Psicológico y el bajo cansancio emocional, en pos de un elevado logro personal. Se concluyó que era interesante la relevancia de recuperar actitudes, valores y conductas, y los procesos formativos continuos para implementar estrategias de afrontamiento positivas como promotoras del bienestar psicológico y protectoras del *burnout*.

Por su parte, Vinueza Veloz et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de establecer la ocurrencia del síndrome de *Burnout* en médicos y enfermeros ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. El estudio fue observacional de corte transversal, tomándose una muestra de 224 médicos y enfermeros de establecimientos de la red de salud, a quienes se les administró el MBI. Los resultados mostraron que más del 90% de los encuestados mostraba *burnout* moderado-severo, el cual se relacionó estadísticamente en base a la profesión, edad y género. Los médicos estaban más afectados que los enfermeros por el *burnout*.

Finalmente, Foronda Valencia et al. (2018) efectuaron una revisión documental de estudios latinoamericanos de entre 2010 y 2018 con el objetivo de recopilar artículos sobre el *burnout* en personal de la salud. Se revisaron estudios efectuados en médicos, enfermeras y docentes. Se encontró que los instrumentos más frecuentes fueron el MBI y el Cuestionario del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). En Colombia, no se encontraron estudios del *burnout* en personal de atención prehospitalaria. Se concluyó que a pesar

de que el *burnout* es un constructo que se originó de las ciencias de la salud hace unos años, no se lo analizó para establecer la prevalencia en el personal de atención prehospitalaria. Se señalaron recomendaciones para futuros trabajos documentales y de investigación.

1.2. Objetivo general

Evaluar el Bienestar psicológico y el síndrome de *burnout* durante la pandemia, COVID-19, en personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

1.3. Objetivos específicos

- Describir el nivel de bienestar psicológico del personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.
- Describir el nivel de *burnout* en el personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.
- Relacionar el Bienestar psicológico y el Síndrome de *Burnout* en la muestra analizada.
- Comparar los niveles de Bienestar psicológico y de *Burnout* según las variables sociodemográficas tales como: edad, género, horas trabajadas, remuneración recibida, personas a cargo, nivel educativo y antigüedad en el puesto.

1.4. Hipótesis

- A mayor síndrome de *burnout*, habrá menor bienestar psicológico en el personal de salud de Zona Oeste del Gran Buenos Aires.
- A mayor antigüedad laboral, habrá mayor síndrome de *burnout* y menor bienestar psicológico en el personal de salud de Zona Oeste del Gran Buenos Aires.
- Las personas que padecieron COVID-19 mostrarán un nivel superior de *burnout* en comparación con quienes no padecieron coronavirus.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El *burnout*

El estrés es parte de la vida diaria y constituye una fracción del malestar de la civilización, tiene efectos en la salud, en el bienestar personal y la satisfacción laboral. En el entorno laboral aparece el síndrome de *burnout*. El mismo repercute en profesiones que tienen contacto directo con los individuos y con una visión humanística, donde debe haber entrega e involucramiento. Por ende, los enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, docentes, policías, entre otros pueden verse afectados (Albaladejo et al., 2004; Díaz Romero et al., 2001; Foroul van der Goes, 1999).

El síndrome de *burnout*, de desgaste profesional, de sobrecarga emocional, del quemado o de fatiga laboral, fue considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) un factor de riesgo en el trabajo, por repercutir en la calidad de vida, la salud mental y suponer un riesgo en la vida del sujeto que lo padece (Aceves, 2006). La persona con *burnout* brindará un servicio deficiente, será ineficaz en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, y generará pérdidas económicas y problemas para lograr metas (Rodríguez, 2010).

El término *burnout* fue planteado por Freudenberger y Richelson (1980), quienes lo consideraron un trastorno resultante del estrés laboral crónico representado por el agotamiento emocional, llegándose a la vivencia de ineficacia y al no efectuar correctamente las tareas, así como a la pérdida de habilidades comunicacionales. Por otro lado, el *burnout* podría definirse como el sentirse realizado y satisfecho con la vida, gozando de salud física y psicológica, plenitud y armonía (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2016; Rodríguez-Carvajal et al., 2010).

En la práctica médica, el *burnout* genera una reducción en la calidad de la atención a los pacientes y falta de compromiso (Palmer Morales et al., 2005). Es un trastorno crónico que se asocia al afrontamiento desadaptativo de las demandas psicológicas laborales que repercute en la calidad de vida de quien lo padece, teniendo consecuencias negativas en la prestación de los servicios médicos (Guevara et al., 2004; Zuger, 2004).

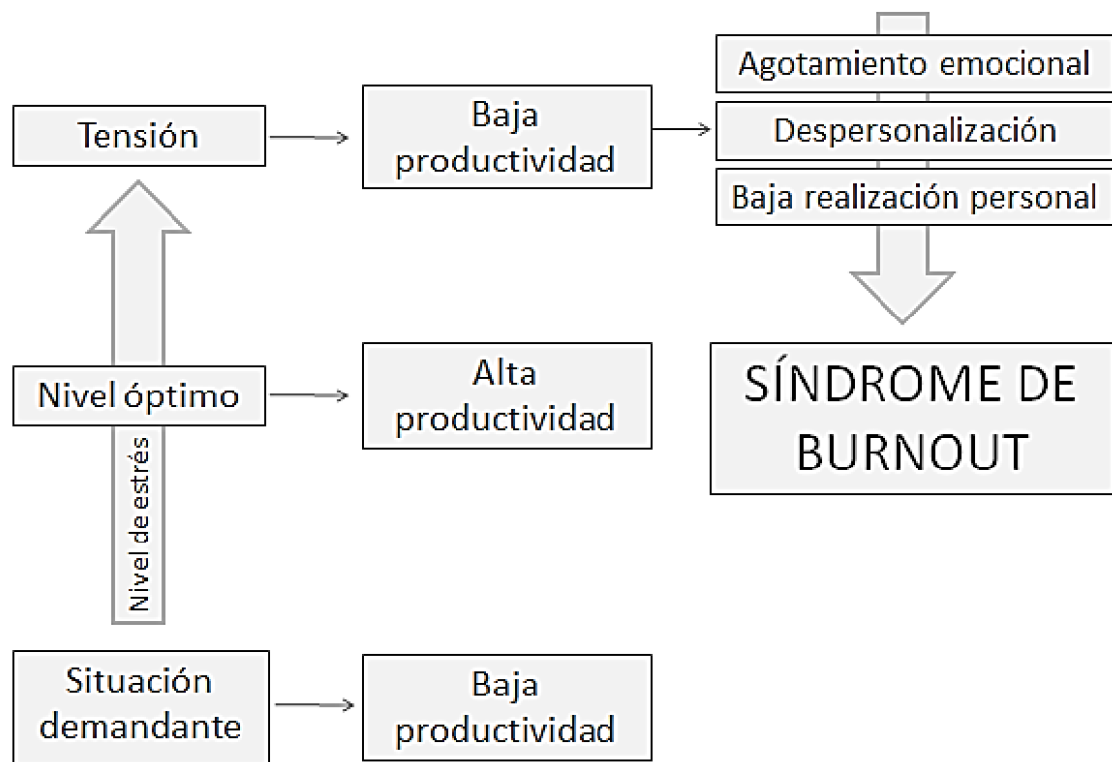
Cabe destacar que se debe considerar la definición de estrés, porque de su cronicidad depende el *burnout*. El primero es una respuesta adaptativa

causada por la exposición a un hecho demandante a nivel psicológico y físico, percibido de forma negativa por la persona (Durán, 2010).

El estrés es el punto de partida de un proceso que, si no es detenido por las estrategias adecuadas, provoca tensión y genera el síndrome de *burnout*. La tensión constituye el momento en el que se sobrepasa lo normal y se comienza a tener una connotación negativa sobre la persona y su vivencia profesional, siendo un punto crítico para el bienestar individual (Acosta Contreras y Burguillos Peña, 2014; Durán, 2010).

Figura 1

Transición del estrés al síndrome de burnout



Además, Quinceno y Alpi (2007) afirman que existen factores de riesgo que hacen susceptible al sujeto:

- *Elementos personales*: la edad, el género, ya que las mujeres llevan mejor los eventos conflictivos, lo familiar. La armonía promueve el equilibrio. Entre la personalidad, se encuentran las competitivas, exigentes y perfeccionistas.

- *Poca formación profesional*: muchos conocimientos teóricos, poco entrenamiento en la práctica y desconocimiento de las técnicas de autocontrol emocional.

- *Elementos laborales o profesionales*: déficit del entorno físico, la organización laboral, los salarios reducidos, la sobrecarga laboral, poco trabajo en equipo.

- *Elementos sociales*: ser un profesional prestigioso para contar con consideración social y estatus económico.

- *Elementos contextuales*: cambios en la vida, como la muerte de un ser querido, el divorcio o el nacimiento de un hijo.

Asimismo, el *burnout* cuenta con tres elementos básicos que son:

1. *Agotamiento emocional*. Se caracteriza por la reducción y la pérdida de los recursos afectivos.

2. *Despersonalización o deshumanización*. Es el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia quienes reciben el servicio brindado.

3. *Baja realización personal*. Es la percepción negativa del trabajo, hay reproches por no haberse logrado las metas, hay insuficiencia personal y poca autoestima profesional (Guevara et al., 2004; Ringel et al., 2003; Zuger, 2004).

Estos elementos aparecen paulatinamente, de forma cíclica, repitiéndose en el tiempo, por lo que un sujeto puede vivenciar los tres elementos varias veces en distintos momentos de la vida y en otro empleo (Aceves, 2006).

Existen manifestaciones que constituyen signos de alarma o parte del cuadro clínico: negación, soledad, ansiedad, miedo, depresión, ira, adicciones, culpa y autoinmolación; trabajo excesivo, cambios en la higiene y el arreglo personal, en la alimentación, aumento o pérdida de peso, pérdida de la memoria, problemas para concentrarse y trastornos del sueño. Además, el síndrome posee cuatro niveles (Aceves, 2006):

- Leve: quejas, cansancio, problemas para levantarse en las mañanas.
- Moderado: cinismo, soledad, desconfianza, negativismo.
- Grave: automedicación, ausentismo, abuso de drogas o de alcohol.
- Extremo: aislamiento, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Según Gutiérrez Aceves et al. (2006), el cuadro clínico tiene la siguiente secuencia:

- *Etapas 1.* Hay una percepción de desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos materiales y humanos: los primeros sobrepasan a los segundos, lo que genera estrés agudo.
- *Etapas 2.* Hay un sobre-esfuerzo para amoldarse a las demandas, lo cual sirve de forma temporal.
- *Etapas 3.* Se origina el síndrome de *burnout*.
- *Etapas 4.* El sujeto se deteriora psicofísicamente, se convierte en un peligro para los receptores de sus servicios.

Existen dos clases de repercusiones del *burnout*, una para la institución, por la insatisfacción laboral, el abandono, el ausentismo y el deterioro del servicio, lo que provoca hostilidad y resentimiento (Martínez López y López Solache, 2005). Además, para la persona, ya que se genera una reducción en la calidad de la atención profesional, trastornos musculoesqueléticos, depresión, obesidad, insomnio y abuso de alcohol y drogas (Moustaka & Constantinidis, 2010).

Además, este síndrome se relaciona con la fatiga física y/o mental de manera crónica, la cual puede generar problemas psicosomáticos, un rendimiento menor, ausentismo y problemas psicológicos, familiares y sociales (Camelo y Angerami 2004).

En relación a las medidas preventivas del *burnout* (Giberti, 2004; González, 2001; Martínez y Guerra, 1998; Zaldúa et al., 2000), se observa un aumento en la incidencia de este síndrome en individuos dedicados a la intervención social, como es el caso de los profesionales de la salud; y al creciente riesgo en el entorno cultural, social y económico en el que se desenvuelven, por lo que se promueven mecanismos de prevención y apoyos:

1. Apoyo emocional: asociado a lo afectivo, la confianza y la preocupación que alguien experimenta proveniente de otra persona.
2. Apoyo instrumental: son los elementos materiales y económicos que tiene a disposición el profesional.
3. Apoyo informativo: permite conocer una situación y contar con instrumentos para afrontarlo.

4. Apoyo evaluativo: es la retroalimentación de las conductas que el profesional emprende y lleva a procesar la efectividad.

Por otra parte, Cairo (2002) propone 10 puntos en la prevención del *burnout*, señalados por Hamson (2005):

1. Proceso de adaptación de expectativa a la realidad diaria.
2. Formación en emociones.
3. Equilibrio en las áreas vitales: familia, amigos, descanso y trabajo.
4. Buena atmósfera laboral: espacios y meras comunes.
5. Limitar la agenda asistencial.
6. Tiempo por pacientes de 10 minutos en promedio como mínimo.
7. Reducir la burocracia para mejorar la disponibilidad de recursos materiales, de capacitación y aumento de la remuneración.
8. Formación constante en la jornada laboral.
9. Coordinación con colegas, espacios comunes.
10. Diálogo con las gerencias.

2.2. Personal de salud y *burnout*

El síndrome de *burnout* tiene lugar en los sujetos que se enfrentan a la interacción humana constante en el entorno laboral (Aranda et al., 2016). Entre ellos se encuentran los profesionales de la salud. El desgaste profesional se genera con distintos niveles de gravedad en dichos profesionales (Nowakowska y Wolniewicz, 2017). En Latinoamérica, la frecuencia del *burnout* oscila entre el 2.1 % y el 76 % (Loya et al., 2017).

Las consecuencias del *burnout* son nocivas para el bienestar individual. Al respecto, Antonovsky (1988) plantea que un sujeto genera una respuesta de tensión frente a un estímulo perturbador que debe enfrentar, lo que lleva al nivel de adaptación a la tensión vivenciada y a establecer si el resultado será saludable o patológico. Por ende, es significativo analizar la relación entre el *burnout* y el bienestar psicológico de los trabajadores de la salud.

Las profesiones asistenciales son una de las más sensibles al *burnout* y las mujeres tienen más riesgo por la tarea que efectúan en el hogar (Albar et al., 2004; Gil-Monte, 2005).

El *burnout* repercutirá en el bienestar psicológico, debido a que es una condición en la que se analiza la emocionalidad positiva y negativa, considerando la evaluación general y cognitiva de la propia vida (Sánchez-Cánovas 1998).

A su vez, la necesidad de estudiar el *burnout* y el bienestar psicológico se asocia a los objetivos organizacionales, entre los que se ubica la mejorar la calidad de vida laboral y el aumento de la eficiencia. Diversos estudios (Mañas et al., 2007; Wright & Cropanzano, 2000; Wright et al., 2002) muestran que el incremento del bienestar de los trabajadores promoverá la motivación y el compromiso organizacional, la satisfacción laboral, la productividad, y reducirá los riesgos psicosociales y los costos relacionados con el *burnout*. Los trabajadores con poco bienestar no vivenciarán emociones positivas y su rendimiento laboral será inferior.

Según Bianchini Matamoros (1997), el estrés elevado en los trabajos hospitalarios y en el personal de salud proviene de la combinación de un trabajo intenso, la responsabilidad, la disponibilidad y la dedicación a las necesidades de los enfermos.

El sistema de salud pretende responder a los avances tecnológicos y a los requerimientos de la sociedad, por ende, sus trabajadores enfrentan la competitividad, las cargas de trabajo y las tensiones por los hechos vivenciados (Mercado, 2006; Tello, 2010). Tanto el dolor como la muerte son elementos que generan mucha carga emocional en el entorno hospitalario (Tello, 2010). En el caso particular de la enfermería, es una profesión demandante y estresante por la sobrecarga de actividades y la necesidad de encontrarse en equilibrio emocional y en buen estado físico para brindar un buen servicio (Mercado, 2006).

La burocracia donde se trabaja genera diferencias en las funciones laborales, jerarquías y relaciones de poder originadas en la percepción de control de los trabajadores sobre lo que efectúan, siendo un factor de riesgo para el surgimiento del *burnout* (Palmer et al., 2005).

En cuanto a las causas del *burnout*, los profesionales de la salud padecen estresores que generan una elevada implicación emocional, sumados a los de la organización y a cuestiones personales. Los profesionales más predispuestos a padecer *burnout* son quienes cuentan con poca dureza emocional, poca sensación de control personal, una elevada ansiedad rasgo y

emplean inadecuadas estrategias de afrontamiento (Jenaro-Río et al., 2007; Luceño et al., 2006; Moreno et al., 2002).

Por otro lado, el trabajo puede repercutir en la salud mental, generar estrés crónico, agotamiento, pérdida del idealismo y energía, falta de deseo, indiferencia y culpa (Domínguez et al., 2012). Estos efectos pueden ser generalizados por las condiciones y por el entorno laboral. Aunque siempre las personas estuvieron expuestas a riesgos, pero últimamente lograron una relevancia mundial cada vez mayor (García y Giraldo, 2013).

Dentro de las afectaciones se encuentra el síndrome de *burnout*, como las expresiones actitudinales frente a los pacientes. Como resultado, los médicos o enfermeros pueden disminuir la eficacia de su intervención. Las principales actitudes pueden ser la desconfianza, la apatía, el cinismo, las hostilidad, las pocas interacciones sociales, entre otras (Lacasta et al., 2008).

Los riesgos que vivencian los trabajadores de la salud oscilan entre contagiarse una enfermedad, desarrollar una patología asociada a su actividad o un accidente con secuelas o que puede provocar la muerte. Ellos afrontan escenarios de riesgos para su salud física y mental estando propensos a padecer *burnout* (Jiménez Paneque et al., 2018).

En los distintos ámbitos de un hospital de primer nivel con áreas de hospitalización, consultorios externos y urgencias, hay más riesgo de padecer *burnout*. Esto se debe a los distintos escenarios del trabajo cotidiano: clase de pacientes y patologías con riesgo de vida, contacto con pacientes infectados con enfermedades transmisibles, con sustancias químicas, tóxicos que se pueden inhalar o entrar en contacto, cuestiones físicas, ergonómicas y problemas psicosociales (Jiménez Paneque et al., 2018).

El estrés laboral, las particularidades del puesto y el clima organizacional, las extensas jornadas, el poco material y equipamiento, la ausencia de personal y los bajos salarios constituyen las causas de *burnout* y de los problemas de salud mental en el trabajador de la salud (Boada Grau et al., 2004; Cook, 1993; Topa Morales, 2005). Se considera a la salud mental como el equilibrio afectivo, psíquico y social que se observa en el bienestar, si este se deteriora repercute la manera en la que se piensa y comporta en la vida (Goldberg & Hillier, 1979; Roth y Pinto, 2010).

Tanto el *burnout* como la salud mental pueden asociarse, debido a que si los sentimientos, las actitudes y la manera de pensar se encuentran

conmovidos, no sólo afecta a la salud física de la persona sino de forma holística sus ámbitos como el laboral. La salud mental establece cómo tratar el estrés, la manera de vincularse y decidir, lo que es fundamental en todos los momentos de la vida (García, 1999; Ríos et al., 2011).

En el ámbito hospitalario, la salud mental es fundamental, debido a los elementos involucrados que frenan el desarrollo personal y la labor de los trabajadores, como los horarios, la atención a enfermos, la muerte y las demandas de quienes no están satisfechos con los servicios. Estos factores conmueven al sujeto generando un malestar que se expresa en cargas negativas, estrés e insatisfacción, lo que reduce la calidad de la atención y se puede generar un estado de agotamiento por estrés, es decir, *burnout* (Bianchini Matamoros, 1997).

Como medidas preventivas, Bianchini Matamoros (1997) plantea las siguientes:

- Reducir el estrés y las horas de trabajo.
- Promover más el descanso.
- Reducir el trabajo con los pacientes.
- Realizar reuniones y hablar sobre los problemas resultantes del trabajo en salud.
- Realizar talleres para identificar los problemas y enseñarles a lidiar con ellos.
- Las tensiones deben estar separadas de la vida personal y familiar, y se deben realizar actividades recreativas y gratificantes.
- Generar programas educativos y comités para evaluar y atender referencias, y promover tratamientos.
- Aprovechar la actividad interdisciplinaria para enriquecerse.
- Revisar su accionar siendo acorde a lo que se enseña y la conducta.

Los establecimientos de salud necesitan de trabajadores eficientes y comprometidos, que tengan vocación de servicio, esta debe fomentar el desarrollo más extenso que la formación recibida. El desarrollo profesional debe constituir una estrategia si la institución pretende sobrevivir en un ambiente más competitivo (Fernández, 2002). El trabajo es fundamental para

una vida saludable, por el ingreso y por el progreso social debido a la realización personal y comunitaria (Nieto, 2000).

Un trabajador comprometido es más productivo que alguien deprimido y estresado, por lo que la salud ayuda al crecimiento de la institución, mejora la calidad de vida del trabajador y de sus familias, el bienestar individual, social y económica (OMS, 2010). La salud mental no es la ausencia de trastornos mentales, sino el desarrollo de las potencialidades y la relación con el medio ambiente, lo que promueve el bienestar individual y colectivo (Secretaría de Salud, 2002).

2.3. La Psicología Positiva

Aunque la definición de salud añade el análisis de los factores positivos relacionados con la salud y el bienestar, en los últimos años, se empezó a poner de manifiesto que los estados positivos son parte de la visión integral de la salud, pudiendo afectar en la aparición de enfermedades y problemáticas físicas, y en la recuperación. La percepción de los sujetos sanos, quienes contaban con un sentimiento positivo de sí mismo, control personal y una visión adecuada del futuro, constituyen el motor de los recursos que hacen que los sujetos puedan afrontar las dificultades cotidianas, siendo fundamentales al momento de afrontar sucesos que pueden ser estresantes y amenazantes de la existencia (Taylor et al., 2000).

La adecuada salud física y mental no es solo la ausencia de enfermedades o trastornos, sino que debe consistir en contar con recursos y capacidades para sobreponerse a las adversidades (Almedom & Glandon, 2007). Desde la visión de la salud positiva, el estado de bienestar va a permitir que el sujeto logre un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario (Fredrickson, 2009).

Por su parte, Linley et al. (2006) definen a la Psicología Positiva como el estudio de las habilidades humanas óptimas. En un nivel metapsicológico pretende reorientar y reformar teóricamente el desequilibrio en los estudios y las prácticas psicológicas, brindándole importancia al estudio de los elementos positivos de las vivencias vitales, vinculándolos con los componentes que generan sufrimiento y dolor. En un nivel pragmático, se encarga de los medios y mecanismos que permiten lograr una mayor calidad de vida y realización personal.

La salud mental, según la OMS, constituye un escenario de bienestar en que se perciben las capacidades que se poseen, se pueden afrontar las tensiones de la vida y trabajar de manera productiva, contribuyendo a la comunidad. Esta noción de la salud considera al bienestar psicológico, físico y social. Por ende, la Psicología Positiva pretende estudiar la satisfacción vital, el bienestar psicológico y subjetivo y demás variables positivas, sumado a los recursos para su desarrollo (Seligman, 1998, 2008).

La Psicología Positiva no constituye un movimiento filosófico o espiritual, ni autoayuda para lograr la felicidad. Los constructos psicológicos se basan en evidencia empírica proveniente de una base científica. No se sustenta en el criterio de autoridad de su fundador y en buscar adeptos. Funciona mediante la comunidad científica internacional, las investigaciones se publican en revistas científicas internacionales. Por último, no niega el sufrimiento y los aspectos negativos, sino que pretende una complementariedad y corregir el desbalance el cual le brindó más importancia a lo patológico de los sujetos (Castro Solano, 2009).

La Psicología Positiva es un modelo salutogénico tendiente a promover al personal, el cual se complementa con el modelo patogénico (Fredrickson, 2001; Vera, 2006).

El foco no está en tratar los síntomas de las patologías mentales, sino en mejorar lo saludable y adaptativo, desde lo cognitivo, afectivo y comportamental (Fredrickson, 2001; Seligman et al., 2005). Se pretende reforzar las fortalezas, los potenciales y la salud, no sólo las debilidades, la psicopatología y los déficits, aunque hay un camino que recorrer en referencia a la atención a las cuestiones de Psicología Positiva en cuanto a los procesos negativos y al entendimiento de los procesos y tratamientos (Peterson & Seligman, 2004; Vázquez, 2006).

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la psicología se encargó de los problemas humanos y de cómo resolverlos. Aunque el aporte de este enfoque en la patología fue considerable, tuvo un costo. La mayoría de la psicología científica dejó de lado el estudio de lo que funcionaba correctamente y no habló mucho sobre la buena vida psicológica. Los supuestos de la psicología se modificaron generando un modelo de enfermedad. Los sujetos pasaron a ser seres imperfectos, víctimas de ambientes crueles o de cuestiones genéticas (Park et al., 2013).

La Psicología Positiva disputa los supuestos de enfermedad y demanda atención tanto a la fortaleza como a la debilidad, atendiendo a la vida plena de los individuos sanos y a curar las heridas de los sujetos enfermos. Los psicólogos que pretenden la promoción del potencial humano deben partir de supuestos distintos y preguntarse de forma distinta comparados con los psicólogos que consideran solamente el modelo de enfermedad (Park & Peterson, 2006). De esta manera, la Psicología Positiva se origina en la idea de excelencia y la bondad, siendo tan originales como la enfermedad y el sufrimiento. Como resultado, los psicólogos positivos plantean que estas cuestiones no son secundarias. La Psicología Positiva brinda un esquema para describir y comprender lo que es la buena vida (Park & Peterson, 2009). Esta área se divide en cuatro:

- Vivencias subjetivas positivas.
- Rasgos individuales positivos.
- Vínculos positivos.
- Instituciones positivas.

Esta división considera que las instituciones positivas permiten el desarrollo de vínculos positivos, lo que lleva a la promoción de los rasgos positivos y las vivencias subjetivas positivas (Park & Peterson, 2003).

2.4. El bienestar psicológico

El bienestar es considerado como un indicador de calidad de vida según las particularidades del entorno y la satisfacción vivenciada (Campbell et al., 1976). Posteriormente, se lo definió como el nivel en que un sujeto juzga de forma general su vida en términos positivos, si el sujeto está a gusto con su vida (Veenhoven, 1994). Esta apreciación considera una dimensión cognitiva y afectiva, a través de su interacción aparecen en la persona distintas percepciones (Díaz Llanes, 2001) para responder al mundo construido subjetivamente por sobre las percepciones más objetivas (Keyes et al., 2002). Se privilegia una visión individual y subjetiva, en la que se hace hincapié en la vertiente emocional.

Según Diener y Diener (1995), hay un consenso sobre la falta de modelos teóricos explicativos sobre la causa y el efecto de la satisfacción personal, y hay un acuerdo sobre las deficiencias metodológicas del constructo “bienestar”. Su estudio fue abordado de forma difusa y poco clara, empleándose equitativamente nociones como bienestar psicológico, felicidad y calidad de vida.

El bienestar psicológico es un concepto que trata sobre el sentir y el pensar constructivo de las personas sobre sí mismas, posee un atributo subjetivo vivencial y se asocia a cuestiones del funcionamiento físico, mental y social. El bienestar posee componentes temporales relacionados con el ámbito emocional, y con elementos constantes que expresan lo cognitivo, lo valorativo y lo relacionado con la personalidad, así como por eventos medioambientales (Salotti, 2006).

Garassini y Camilli (2012) señalan que el bienestar psicológico es el resultado generado del análisis global alrededor de la experiencia personal y la valoración positiva de los ámbitos de la vida. El bienestar se relaciona con la apreciación de las situaciones cotidianas relacionadas con la posibilidad de experimentarlas óptimamente en las etapas del ciclo vital, lo que evidencia la relevancia del bienestar psicológico en las etapas de desarrollo, considerándose que existen diferencias entre estas.

En los inicios de los estudios del bienestar en la psicología, Ryan y Deci (2001) diferenciaron dos grandes tradiciones: una asociada a la felicidad, la tradición hedónica, y otra relacionada con el desarrollo potencial, la tradición eudemónica. Esta última se asocia a la autorrealización, como un elemento nodal en la definición de bienestar (Vázquez et al., 2009). Sustentada en la idea de Maslow (1943), la satisfacción de las necesidades básicas de relación, competencia e independencia nutrirían al bienestar psicológico, sumado a un sistema de objetivos coherente, avalarían un funcionamiento psicológico óptimo. Este modelo fue contrastado empíricamente (Vázquez y Hervás, 2009), los individuos muestran más satisfacción percibida y mayores niveles de bienestar, y quienes muestran objetivos coherentes con sus intereses y necesidades poseen mayores niveles de bienestar.

Luego, Keyes et al. (2002) extendieron esta clasificación denominándolas bienestar subjetivo y bienestar psicológico. Ambos constructos representan

diferentes facetas del funcionamiento psicológico positivo y del bienestar individual.

La tradición hedónica hace hincapié en las evaluaciones de los sujetos sobre sus vidas, considerando como referencia sus vivencias emocionales, tanto positivas como negativas, enfocándose en cuestiones como la felicidad, la calidad de vida o la satisfacción vital (Ferreria Novo, 2005).

Se tuvo en cuenta al bienestar como un indicador de calidad de vida basado en las particularidades del entorno y la satisfacción (Campbell et al., 1976). Luego se la consideró la forma en que un sujeto juzga de forma general su vida en relación a lo positivo, como el individuo está agradecido con la vida que tiene (Veenhoven, 1994). En esta valoración se consideran dos dimensiones: una cognitiva y otra emocional, a través de la interacción entre estas, en el sujeto aparecen diferentes percepciones (Díaz Llanes, 2001) en relación a las respuestas subjetivas elaboradas en base a percepciones objetivas (Keyes et al., 2002). Prevalece una visión tanto individual como subjetiva, en la que se enfatiza lo emocional.

Además, el bienestar subjetivo es un indicador de salud mental y se emplea como sinónimo de felicidad e integración social (Anguas, 1997). Es considerado una motivación de la vida y un criterio de bienestar (Ferreira Novo, 2005).

Por otra parte, ,a otra tradición, la corriente eudaemónica o el bienestar psicológico, constituye un indicador de bienestar, señala el poder desarrollar las potencialidades y el crecimiento personal. Esta tradición analiza las características que mejoran el desarrollo de los sujetos y ahonda en los desafíos existenciales (Díaz et al., 2006), como el análisis de los estilos para afrontar los desafíos y el esfuerzo por alcanzar las metas (Blanco y Díaz, 2005).

El bienestar psicológico, o eudaimonia, es considerado el esfuerzo por la perfección que encarna la autorrealización del potencial (Lent, 2004). Una de las teorías principales es la de Ryff y Singer (1998), quienes plantean que el constructo es más que la estabilidad emocional positiva en el tiempo, es la valoración de la manera en que se vive. La teoría de la autodeterminación se ubica dentro de esta tradición y plantea que la autonomía, la competencia y los relaciones son tres necesidades básicas que, al satisfacerlas, aumenta el crecimiento, la integridad y el bienestar (Ryan & Deci, 2001). Estudios recientes

plantean que la emocionalidad positiva y la autorregulación pronostican el bienestar en los niños (Lengua, 2003) y ayuda a disminuir el estrés y la ansiedad (Cheng, 2004; Norlander et al., 2005).

Un pionero en la definición del bienestar psicológico fue Waterman (1993), quien relaciona la visión eudaimónica del bienestar a los sentimientos de “expresividad personal”. Estos se relacionan a las vivencias de implicación con lo que el sujeto realiza, el sentirse “realizado”, que dicha actividad efectuada colme al sujeto y considere que tiene sentido.

El bienestar psicológico fue empleado como sinónimo de bienestar subjetivo, ambos constructos están relacionados. El primero puede ser pensado como el fragmento del bienestar que constituye el nivel psicológico, mientras que el bienestar subjetivo se encuentra conformado por otras atribuciones, como la satisfacción de necesidades fisiológicas. El bienestar psicológico sobrepasa la respuesta emocional inmediata, es decir, el estado de ánimo. La discusión entre lo estable y lo transitorio del bienestar definió su abordaje. A pesar de que existe evidencia sobre los elementos estables y temporales del bienestar subjetivo, los primeros poseen consecuencias más fuertes que los transitorios (García-Viniegras y González Benítez, 2000).

El bienestar psicológico expresa el sentimiento positivo y lo constructivo del sujeto sobre sí mismo, caracterizado por lo subjetivo de la experiencia, lo cual se asocia con elementos del funcionamiento físico, psicológico y social. Cuenta con partes reactivas y temporales asociadas a la esfera afectiva y a componentes permanentes que evidencian lo cognitivo, lo apreciativo, relacionados entre sí y afectados por la personalidad, considerada un sistema de interacciones, y por los eventos más estables del entorno (García-Viniegras y González Benítez, 2000).

Por otro lado, Ryff y Keyes (1995) efectuaron una diferenciación entre bienestar psicológico y bienestar subjetivo, indicando que la satisfacción vital puede ser un indicador del primero. El bienestar psicológico se despliega a lo largo de la vida, se define como una meta para desarrollar la perfección y el potencial de cada sujeto (Ryff & Singer, 2001). Öosterwegel y Oppenheimer (2002) confirman las dimensiones planteadas por Ryff, mientras que en ciertos países latinoamericanos se crearon instrumentos para evaluar las dimensiones de Ryff en adolescentes (Castro Solano, 2002) y adultos (Castro Solano et al., 2002).

En cuanto a la medición, Ryan y Deci (2001) plantean que la equivalencia entre el bienestar y la felicidad provoca confusiones por los problemas en su definición y en el surgimiento de técnicas de medición. Estos autores examinan las perspectivas hedónicas y eudomónicas y el origen del bienestar subjetivo, promoviendo la satisfacción con la vida, la existencia de un estado de ánimo positivo y la ausencia de un estado de ánimo negativo. Además, da valor a las metas, siendo individuales y estando determinada para cada cultura. Sin embargo, las perspectivas eudomónicas diferencian la felicidad del bienestar y plantean que lograr lo que se espera no siempre promueve el bienestar, a pesar del placer que genere ese logro. La realización del potencial individual se ubica dentro del funcionamiento positivo. De esta manera, Inglehart (1997) plantean que las personas se preocupan por la autorrealización cuando sus necesidades básicas están satisfechas.

2.5. El Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico se caracteriza por ser multidimensional, es considerado como el conjunto de habilidades del sujeto y el crecimiento personal como indicadores positivos (Vivaldi y Barra, 2012). El bienestar psicológico constituye una percepción subjetiva o un sentimiento (Ryff & Keyes, 1995). El bienestar psicológico es una vivencia personal que se genera mediante el desarrollo psicológico del sujeto y la habilidad para vincularse de forma positiva con las vivencias de la vida, teniendo en cuenta la incorporación de medidas positivas y no sólo la falta de elementos negativos que se va vivenciando (Sandoval Barrientos et al., 2017).

Existe un factor de motivación intrínseca (Barra, 2012). El bienestar depende de la edad, el género y la cultura, y se puede evaluar mediante sus componentes afectivos y cognitivos, los cuales deben ser analizados en distintos entornos, como la familia y el ámbito laboral (Vielma Rangel y Alonso, 2010). Según Díaz et al. (2006), el estudio eudamónico del bienestar psicológico se enfocó en los indicadores positivos. Los primeros planteamientos se constituyeron alrededor de nociones como auto-actualización, madurez y funcionamiento pleno (Allport, 1955; Maslow, 1968; Rogers, 1951); más allá de los cuestionamientos alrededor de la validez y la

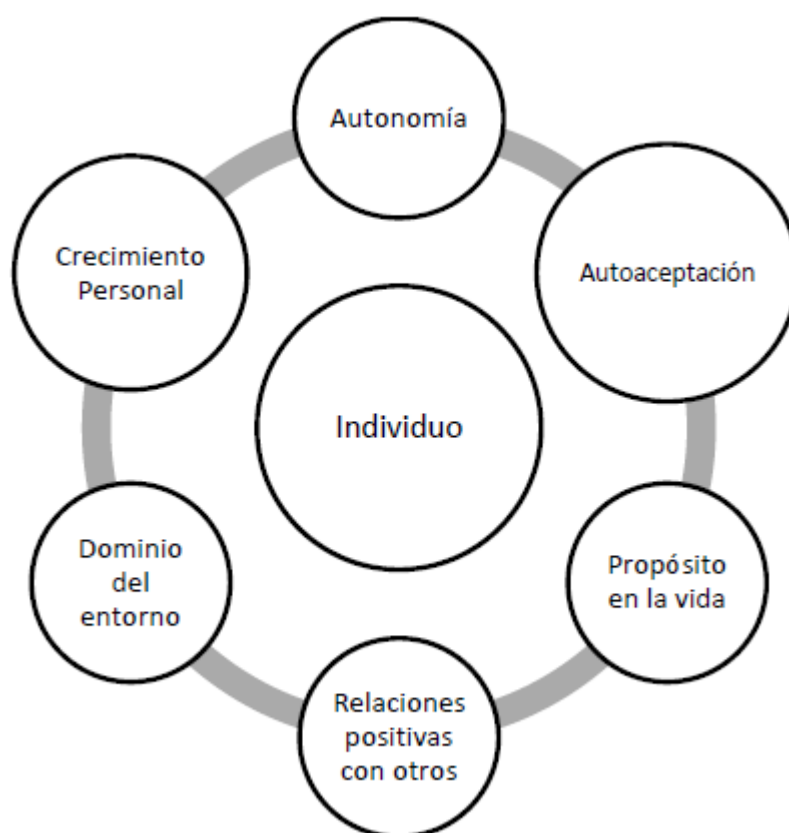
confiabilidad en la medición implementada. Sus ideas fundaron las bases para los psicólogos que buscaban puntos de convergencia y pretendían construir un modelo explicativo del bienestar psicológico como el Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico de Ryff (1989).

Junto con Keyes (1985), describieron sus seis dimensiones constitutivas. La primera, la *auto-aceptación* es la actitud o apreciación positiva de sí mismo, siendo consciente de las propias limitaciones. La segunda es poder *mantener relaciones positivas con los demás*, estables y significativas, vínculos psicosociales, confianza y capacidad para amar. El aislamiento social, la soledad y la pérdida del apoyo repercute de manera negativa en la salud. La tercera dimensión, la *autonomía* es vital para mantener la individualidad en los ambientes sociales, según las convicciones, la autonomía y la autoridad personal. Es el sentido de autodeterminación para que el individuo soporte la presión social y regule su propia conducta.

La cuarta dimensión es el *dominio del entorno*, la capacidad personal para generar ambientes favorables y satisfacer los deseos y las necesidades. Quienes tienen un elevado dominio del ambiente sienten control sobre el mundo y que pueden repercutir en él. La quinta dimensión son los sentimientos positivos sobre el *crecimiento y la madurez* buscando el desarrollo del potencial y la mejora de las propias capacidades. La sexta dimensión es la *creencia de propósito y el sentido de la vida* en base a metas claras y realistas que den sentido a lo ya vivido y por vivir (Vielma Rangel y Alonso, 2010).

Figura 2

Dimensiones del modelo de bienestar propuesto por Ryff (1989)



Esta mirada multidimensional hace hincapié en el funcionamiento positivo regido por la capacidad de crecimiento del sujeto (Díaz, et al., 2006). El desarrollo no siempre es parejo en cada área, se tienen en cuenta las fluctuaciones y diferencias en la maduración, por lo que se pueden identificar fortalezas en ciertas áreas mientras se desarrollan otras.

Además, es una contribución de la Psicología Positiva siguiendo la felicidad eudamónica. Según Ryff (1989), el bienestar podía sufrir variaciones según la edad, el género y la cultura. Los sujetos que se acercan a la adultez cuentan con mayor autonomía, dominio del entorno y crecimiento personal.

Las seis dimensiones ayudan a caracterizar al bienestar psicológico de forma teórica y operacional, al detallar los elementos que evidencian la salud positiva mental y afectiva (Deci & Ryan, 2008; Ryff & Singer, 2008). El bienestar eudaimónico o psicológico repercute en la conducta constructiva, y que lleva al crecimiento personal (Deci & Ryan, 2008; Wood et al., 2009). Por

otro lado, Bilbao Ramírez (2008) afirma que las visiones subjetiva y psicológica del bienestar indagan el mismo proceso psicológico, a pesar de que emplean distintos indicadores para evaluarlo. La línea eudaimónica considera la dimensión individual, el entorno dado y lo elaborado intersubjetivamente. Siguiendo una visión psicológica y social, el bienestar no es sólo la ausencia de ansiedad o depresión, o el hecho de que las emociones positivas prevalezcan sobre las emociones negativas, sino que el sujeto se aprecie a sí mismo; que posea relaciones positivas con los demás, cuente con apoyo social; que domine y controle el entorno, que se sienta independiente pero conectado a éste, que tenga propósito en la vida, y que considere que se está realizando como individuo.

A la idea de sujeto aislado del entorno, cuya satisfacción o crecimiento se genera independientemente del ambiente en el que se encuentra, se debe tener en cuenta el bienestar social, asociado a las bases de las creencias positivas sobre sí mismo, el entorno y los demás, brindando los elementos culturales que fomentan la salud mental (Blanco y Díaz, 2005; Páez et al., 2007).

Como ya se mencionó, el bienestar es un concepto multifacético y dinámico que contiene tanto dimensiones subjetivas como sociales y psicológicas, y conductas referidas a la salud. El modelo planteado por Ryff se podría emplear en diversos ambientes y poblaciones, para conocer el bienestar psicológico y como ayudar a las personas en este objetivo, mediante valoraciones y mediciones exhaustivas. Además, esto se lograría fomentando en sujetos o instituciones el desarrollo y el crecimiento personal, la satisfacción con la vida, la salud y el poder emprender de manera individual y en ambientes sociales. Incluso con adolescentes puede ser muy beneficioso para que logren el sentido y tener dirección en la vida, alcancen su potencial y construyan su identidad (Romero Carrasco et al., 2007).

2.6. La pandemia de COVID-19

La actividad sanitaria necesita del cumplimiento de exigencias de profesionalismo, como conocimientos, dominio de la técnica y la tecnología, respeto por el ser humano, buen trato, protección frente a la vulnerabilidad de

los demás, confidencialidad, seguridad, información adecuada y consentimiento (Koppmann et al., 2021).

En diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China, tuvo lugar un brote de casos de una neumonía grave. Los estudios epidemiológicos indicaron que la enfermedad se extendía velozmente, siendo más agresiva en adultos de entre 30 y 79 años, y que su letalidad era del 2,3% (Wu & McGooga, 2020). Los primeros casos pertenecían a individuos que trabajaban o visitaban un mercado de comidas de mar y de otros tipos de carne de animales silvestres consumidos de forma tradicional por la población local (Guo et al., 2020; Khan et al., 2020).

El 7 de enero pudo identificarse al agente, un virus ARN monocatenario de la familia *Coronaviridae* (2019-nCoV) (Singhal, 2020). El 11 de febrero del 2020, la OMS (s.f.) lo nombró SARS-CoV-2 (Síndrome Agudo Respiratorio Severo Coronavirus 2), el cual originaba la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Luego de casi dos meses de haber comenzado la epidemia del COVID-19, el 11 de marzo del 2020, la OMS aumentó el estatus de epidemia a pandemia ya que hubo más de 130.000 casos en 125 naciones (Asociación Madrileña de Calidad Asistencial, 2020).

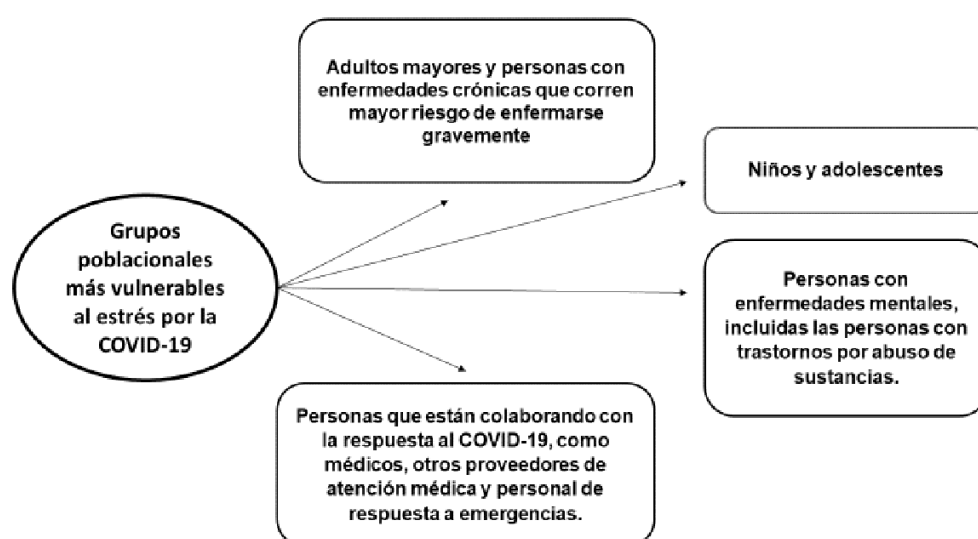
El virus SARS-CoV-2 es extremadamente contagioso y se transmite entre individuos mediante la tos o las secreciones respiratorias, y por contactos estrechos. Las gotas respiratorias que miden más de cinco micras pueden ser transmitidas hasta dos metros, y a través de las manos que se encontraron en contacto con estas secreciones luego de tocarse la boca, nariz u ojos (Hung, 2003).

A medida que la pandemia del coronavirus se extendió rápidamente por todo el mundo, provocó un grado considerable de miedo y preocupación en la población en general y en ciertos grupos en particular: adultos mayores, proveedores de atención y personas con afecciones de base (OMS, 2020). La pandemia de la COVID-19 transformó la vida de muchas personas y, en particular, sus costumbres diarias. Ha traído incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse. Esta situación se agrava ante el desconocimiento de cuánto tiempo durará la pandemia, y qué puede traer el futuro (Equipo Editorial, s.f.).

El exceso de información y los rumores infundados pueden hacer que las personas se sientan sin control y que no tengan claro qué hacer. Por esta causa, los individuos sienten sensación de estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad, por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental previos (Equipo Editorial, s.f.). Las razones antes expuestas agudizan el interés de profundizar el conocimiento de cómo se comporta la salud mental, no sólo de la población general, sino también de ciertos grupos poblacionales que son más susceptibles a desarrollar sintomatología psicológica relacionada con el estrés producido por la COVID-19.

Figura 3

Grupos poblacionales más vulnerables al estrés por la COVID-19



El brote de la COVID-19 resulta estresante para muchas personas. El temor y la ansiedad originado por esta enfermedad pueden resultar agobiantes y provocar emociones intensas en adultos y en niños. La manera en que las personas responden a la pandemia radica en sus antecedentes, en las cuestiones que los distinguen de los demás y de la comunidad. Sin embargo, los sujetos pueden tener una respuesta aguda al estrés en una crisis como esta, sobre todo los grupos más vulnerables (CDC, 2020).

La salud mental tanto de la población general como de algunos grupos vulnerables puede verse afectada por la pandemia de la COVID-19, por el aumento del estrés. La pandemia repercute en la totalidad de la sociedad,

generando consecuencias psicosociales por el estrés y la preocupación que genera. Las medidas de control consiguen provocar miedo generalizado y pueden llevar a la estigmatización de los pacientes, sus familiares y del personal sanitario, con las consecuencias psicológicas que acarrea (Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, 2020).

Es importante analizar las consecuencias psicológicas ocasionadas debido a la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios y de emergencias. Algunos trabajos plantean que la pandemia incrementó la ansiedad, la depresión y demás afectaciones psicológicas en estos trabajadores (Pappa et al., 2020).

La crisis generada por el COVID-19 provocó retos para la estabilidad emocional, por el estrés que se padece en los centros de atención. Es usual que los trabajadores de la salud vivencien miedo, frustración, culpa, extenuación y ansiedad, por la mayor cantidad de horas de trabajo y el desborde de la demanda asistencial. Diariamente se encuentran con el temor a no contar con el equipamiento suficiente y al estar expuestos al desconsuelo de familiares por la enfermedad grave o la muerte, y con dilemas éticos por las decisiones. Enfrentan esta situación que repercute en la estabilidad emocional todos los días. A pesar de que se requieren medidas de protección en el personal de la salud en bioseguridad, estas aumentan el cansancio físico por emplear equipos de protección personal, el estado de alerta, la vigilancia frente a los procedimientos estrictos y el aislamiento físico por el hecho de brindar apoyo a quienes están contagiados (Hernández Rodríguez, 2020).

Es posible que los trabajadores de la salud se sintieran estresados incluso antes de la pandemia, por lo que sería esperable que se sintieran así en esta situación. El estrés y los sentimientos que ocasiona no quiere decir que no se pueda hacer el trabajo, quiere decir que no se logran enfrentar estas emociones, siendo vital para controlar la salud física. Algunos de ellos pueden evitar a su familia por temor a la estigmatización, lo que puede hacer de una situación estresante más difícil de enfrentar (Brooks et al., 2020; OMS, 2020).

Por otro lado, Reger et al. (2020) plantean que se originó un debate por las preocupaciones del personal sanitario sobre cuestiones de relevancia: la infección por COVID-19, la exposición al contagio de la familia, los colegas enfermos, la falta de equipos de protección personal, el trabajar en instalaciones desbordadas y el estrés laboral. Se señala que estos trabajadores

necesitan servicios de apoyo y prevención, habiendo un aumento de la posibilidad de riesgo de suicidio en el personal de salud.

Los médicos y enfermero son la primera línea de batalla contra la pandemia de COVID-19, ellos se encuentran expuestos a condiciones que pueden reducir su salud mental: la preocupación por contagiar a sus seres queridos y la mayor carga horaria por la excesiva demanda asistencial (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020). La exposición a factores estresantes y el incremento de la demanda laboral ayudan a que haya un mal manejo del estrés crónico, conocido como *burnout* (Saborio y Hidalgo, 2015).

Aunque muchas personas resultaron afectadas en una pandemia, genera interés analizar lo que sucede en las poblaciones vulnerables, como los enfermos y sus familias, las personas con patologías físicas y/o mentales, y los trabajadores de la salud, sobre todo enfermeros y médicos que operan de manera directa con los pacientes y en aislamiento (Torales et al., 2020).

Las implicancias de la pandemia muestran, una vez más, el mayor riesgo que asumen las mujeres, asociado a sus funciones en la primera línea de la atención sanitaria y social. Los sectores laborales que hacen frente al coronavirus se encuentran altamente feminizados. Las mujeres desempeñan roles que, a menudo, las exponen a riesgos para sus vidas, su salud y la de sus familias, asumiendo además mayores costos físicos y emocionales debido a jornadas extendidas y extenuantes, alejadas de sus hogares (ONU Mujeres; IDLO; PNUD; UNODC; Pathfinders for Peaceful, 2020).

En Argentina, las mujeres conforman el 70% de los trabajadores de la salud, siendo el 9,8% de las mujeres que trabajan en el país. Aunque prevalecen en todas las ocupaciones del ámbito de la salud, el porcentaje es mayor en las ocupaciones técnicas, la gestión administrativa y los servicios de limpieza y gastronomía. Por otra parte, la mayoría de los hombres posee ocupaciones profesionales o de gerencia, como jefes de servicio (East et al., 2020).

La sobrecarga de trabajo, la falta de equipamiento, los riesgos laborales, los sueldos bajos y la inaccesibilidad a los derechos laborales de las trabajadoras de la salud las acompañan diariamente. La precariedad aumentó por la pandemia de COVID-19. Médicas, enfermeras, obstetras, cuidadoras y el resto del personal sanitario poseen una carga laboral sin precedentes en sistemas sanitarios que se encuentran al límite, y donde la visión sobre el final

de la pandemia es incierta. En adición, el hecho de que una elevada cantidad de mujeres sean jefas de hogar de bajos ingresos con hijos a cargo, hace que las consecuencias sobre las trabajadoras y sus familiares sea significativa (East et al., 2020).

En el personal de salud, se originaron trastornos mentales luego de un brote, en especial trastorno por estrés postraumático, el cual alcanzó un 20%, (Chan et al., 2004), trastornos depresivos o respuestas de ajuste con un incremento de la ansiedad. Esto es ocasionado por el aislamiento social, la separación de los seres queridos debido al compromiso social, la exposición a la enfermedad, el miedo a contagiarse mientras se está de servicio, (Chen et al., 2020; Greenberg et al., 2020), los dilemas éticos sobre la asignación de los pocos recursos a los pacientes y la atención a pacientes gravemente enfermos con recursos limitados (Xiang et al., 2020).

Las crisis de seguridad sanitaria provocan estrés y pánico en la población y en los profesionales de la salud, al temer contagiarse de la enfermedad y morir por ello (Hawryluck et al., 2004, Kang et al., 2020; Rana et al., 2020). En su estudio, Sim et al. (2010) analizaron las consecuencias psicológicas de la epidemia SARS en comunidades no infectadas y encontraron una presencia importante de morbilidad psiquiátrica. Los trabajadores de la salud temen contagiar a sus familias y compañeros y vivencian estrés, ansiedad o depresión con consecuencias psicológicas a largo plazo (Accini-Mendoza et al., 2020; Khalid et al., 2016; Nickell et al., 2004; PAHO/WHO, 2020; Xiao, 2020). Incluso estudios como los de Kang et al. (2020) y Lai et al. (2020) mostraron que los trabajadores de la salud mostraron depresión, ansiedad, insomnio y estrés en la pandemia de COVID-19.

Además, existen factores como el equilibrar las necesidades de salud física y mental propias y las de los pacientes, su deseo y su deber con los de sus seres cercanos (Xiang et al., 2020). El hecho de evidenciar la muerte masiva de pacientes y de personal sanitario, padecer sobrecarga de estrés y poco personal es un factor de riesgo para el surgimiento de *burnout* (Huremovic, 2019).

Un estudio efectuado de manera temprana en el brote de COVID-19 a comienzos del 2020, mostró una prevalencia de insomnio del 34% en profesionales médicos en primera línea. (Lai et al., 2020). Otro trabajo evidenció mala calidad del sueño en el 18,4% de la misma población (Yao et

al., 2020). Otra investigación con profesionales de la salud encontró que el 50.7% de los sujetos mostraban síntomas depresivos, 44.7% ansiedad, y 36.1% trastornos del sueño (Li et al., 2020).

En un estudio con trabajadores de la salud en 34 hospitales de atención a pacientes con COVID-19 en China, se halló que en el personal médico y de enfermería en Wuhan, el 34.4% tuvo trastornos leves, el 22.4% alteraciones moderadas y el 6.2% alteraciones graves luego de la epidemia. Asimismo, el 36,3% accedió a materiales psicológicos, como libros sobre salud mental, y el 50,4% tuvo acceso a recursos psicológicos, como información sobre salud mental y estrategias de afrontamiento, y el 17.5% había tomó psicoterapia (Lai et al., 2020).

Debe haber un apoyo temprano del personal de salud para prepararlo para el trabajo y sus retos, con respeto y transparencia, sin falsas esperanzas, efectuándose una evaluación precisa de lo que afrontarán. La evitación es un síntoma nodal del trauma, quien se encuentra "demasiado ocupado", una reducción del desempeño por dificultades en su salud mental repercutirá de manera directa en la operatividad y en la salud del equipo. Por ende, se debe conocer la salud física y mental de los trabajadores, comunicarse, identificar los problemas y brindar apoyos tempranos (Xiang et al., 2020).

Entender y apoyar el bienestar psicológico de los trabajadores de la salud que se desempeñan con pacientes con COVID-19 se tornó más importante, constituyendo el foco de las estrategias de resiliencia y la prevención en los ambientes de atención médica. Los estudios que analizaron el bienestar psicológico de los profesionales de la salud señalaron cuestiones recurrentes, más allá de que los estudiosos indicaron que aún no se puede informar sobre los efectos psicológicos a largo plazo y lo que sucede con ellos en el tiempo. Tanto el estrés como el agotamiento en el personal de atención médica que atiende a estos pacientes es mayor cuando el personal se cansa crónicamente, presenta agotamiento emocionalmente, se encuentra despersonalizado, posee estrés moral, cuestiona el apoyo de la gerencia por sus esfuerzos y cuenta con una baja sensación de logro laboral (Prasad et al., 2021).

Entre las medidas que se pueden emplear a largo plazo o luego de un brote, se encuentran las terapias enfocadas en el trauma. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) pretende reducir o desarticular los pensamientos automáticos negativos y pesimistas sobre el futuro. A su vez, se debe contar

con un enfoque de apoyo con intervenciones psicoterapéuticas que se orienten a recuperar la autonomía y que hagan hincapié en aceptar la pérdida. Además, se encuentran técnicas como la desensibilización y el reprocesamiento mediante movimientos oculares para el trastorno por estrés postraumático. Las terapias se complementan con tratamiento psicofarmacológico, como los inhibidores de la recaptación de serotonina/o noradrenalina, por entre 6 y 12 meses, para evitar recaídas y recurrencia de los síntomas (Huremovic, 2019).

Las medidas que pueden ayudar en el afrontamiento de las dificultades del servicio tenderán a la reflexión y al aprendizaje de las vivencias difíciles para generar una narración en vez de lo traumático (Xiang et al., 2020), como compartir la vivencia con un compañero, utilizar horarios de descanso, y apreciar los eventos de manera verbal en los que se realizó esfuerzos continuamente. Además, se debe incluir a distintos líderes espirituales para acompañar a los trabajadores de salud (Huremovic, 2019).

Según la OMS (2020), las consideraciones de salud mental durante el brote del COVID-19 son las siguientes:

- Proteger del estrés crónico a los trabajadores para que pueda desempeñarse responsablemente.
- Brindar información actualizada a todo el personal.
- Planificar la alternación de funciones de elevado estrés con las de menor estrés.
- Fomentar el compañerismo, el apoyo, el manejo del estrés y reforzar los procedimientos seguros.
- Garantizar que el personal trabaje en equipo o con un compañero.
- Incentivar y controlar los descansos en el trabajo.
- Dar horarios flexibles.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud mental.
- Brindar soporte emocional a los individuos afectados.
- Admitir que el estar estresado es una experiencia que le sucederá al trabajador y a sus compañeros.
- Aceptar que el estrés no es evidencia de la forma en que se efectúa el trabajo o se es débil.
- Manejar el estrés y el bienestar psicosocial es igual de vital como cuidar la salud física.

- Cuidar las necesidades básicas y utilizar estrategias de afrontamiento.
- Garantizar el tiempo para descansar en el trabajo o entre turnos.
- Comer alimentos saludables, realizar actividad física y estar en contacto con familiares y amigos.
- No emplear estrategias de afrontamiento evitativas como el consumo de drogas, tabaco o alcohol.
- Aceptar que hay empleados que pueden sentirse evitados por su entorno por el estigma o el miedo.
- Utilizar medios digitales para estar en contacto con las personas cercanas.
- Dirigirse a compañeros, a jefe o sujetos de confianza para buscar apoyo, ya que ellos pueden tener vivencias similares.

3. METODOLOGÍA

3.1. Relevancia

3.1.1. Teórica

La investigación tiene una relevancia teórica, ya que permitió conocer el efecto sobre el bienestar psicológico del *burnout* en el personal de salud en el ámbito local. De esta manera, se generó información significativa para promover nuevos modelos teóricos que consideren al bienestar psicológico y al *burnout* en el contexto de pandemia de COVID-19.

3.1.2. Práctica

En un sentido práctico, la pandemia de COVID-19 generó consecuencias en todos los ámbitos de la vida, principalmente en el personal de salud, quienes debieron enfrentar diariamente sus consecuencias, con el consiguiente temor a llevar la enfermedad a su hogar. Por lo tanto, es vital conocer como la pandemia repercutió en la salud mental del personal de salud, para evitar el desgaste profesional ocasionado por la mayor exigencia profesional.

3.1.3. Social

Este estudio pretendió sentar las bases para que surjan políticas sanitarias para mitigar el desgaste profesional ocasionado por la sobre exigencia del personal sanitario por la pandemia de COVID-19. Si se brinda un adecuado servicio de salud a la sociedad serán menores las consecuencias para todo el conjunto de la población. Por ende, se deben plantear intervenciones en los hospitales que promuevan el bienestar psicológico del personal sanitario mediante el trabajo con psicólogos de dichas instituciones.

3.2. Tipo de estudio y diseño

La investigación fue de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional, de corte transversal y no experimental.

3.3. Participantes

Los participantes fueron sujetos adultos que conformaban el personal de salud, para su selección se consideraron ciertos criterios:

- *Criterios de Inclusión:* se consideraron aptos para esta investigación al personal de salud que manifestó su consentimiento, que trabajaba y residía en la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.
- *Criterios de exclusión:* en esta investigación no se tuvieron en cuenta a los sujetos que se encontraban en aislamiento por ser casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Tampoco se consideraron a sujetos que se encontraban bajo licencia médica o psiquiátrica ni a estudiantes que estaban realizando sus prácticas en establecimientos de salud de dicha zona.

3.4. Muestra

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. La misma consta de 150 trabajadores de la salud, de ambos géneros, de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires, con una edad promedio de 41,46 años (DT= 10,98 años; Me= 40 años; Mín.= 18 años; Máx.= 74 años). El 73,9% de los sujetos pertenece al género femenino y el 26,1% al género masculino. El 35,7% se encuentra soltero, el 22,7% en concubinato, el 31,8% casado/a, el 2,6% separado/a, el 5,2% divorciado/a y el 1,9% viudo/a. El 9,7% de los trabajadores vive en Moreno, el 38,3% en Merlo, el 13% en Ituzaingó y el 39% en otra localidad.

El 4,5% de los individuos posee un nivel educativo secundario incompleto, el 18,2% secundario completo, el 6,5% terciario incompleto, el 20,8% terciario completo, el 14,3% universitario incompleto y el 35,7% universitario completo. El 23,4% trabaja en el ámbito público, el 57,8% en el ámbito privado y el 18,8% en ambos ámbitos. Además, el 33,1% ocupa un puesto administrativo y/o de atención al público, el 8,4% es psicólogo, el 6,5% médico, el 10,4% enfermero, el 12,3% técnico y el 29,2% posee otro puesto. El 82,4% de los trabajadores posee horarios fijos y el 17,6% posee horarios rotativos. En

relación al contexto de pandemia, el 16,2% cree que aumentó la cantidad de horas que trabaja, el 53,9% considera que disminuyó y el 29,9% no cree que la pandemia haya afectado las horas que trabaja. El 35,7% de los trabajadores padeció COVID-19 y el 64,3% de los sujetos realiza alguna actividad asociada al bienestar.

3.5. Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico: elaborado *ad hoc* para cumplir con los fines de este estudio.

Escala de Bienestar Psicológico para Adultos [BIEPS-A] (Ryff, 1989; adaptación argentina: Castro Solano et al., 2002). Posee 13 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 3 opciones: 3- De acuerdo, 2- Ni de acuerdo ni en desacuerdo y 1- En desacuerdo. En puntajes menores al percentil 25 se interpreta que existe un nivel pobre de bienestar psicológico. En puntajes mayores al percentil 50, hay un nivel promedio, el sujeto está satisfecho con ciertos entornos de su vida. Las puntuaciones mayores al percentil 95 evidencian un bienestar alto, por lo que la persona está muy satisfecha con su vida en general. El alfa de Cronbach total de la escala es de 0.70. La escala cuenta con 4 dimensiones:

- *Aceptación/control:* las puntuaciones elevadas en control muestran que hay auto competencia, se pueden generar o manipular contextos para amoldarlo a los intereses propios; mientras que se aceptan los aspectos de sí mismo buenos y malos, sintiéndose bien sobre el pasado. Si hay una baja sensación de control, hay problemas para tratar los temas diarios, no se ven las oportunidades y no se cree capaz de modificar el entorno. Si hay poca aceptación, el sujeto está desilusionado con el pasado, preferiría ser distinto y está insatisfecho consigo mismo. Ítems 2,11 y 13 ($\alpha = 0.46$).

- *Autonomía:* si hay puntajes elevados, el sujeto puede decidir independientemente, es asertivo, sino se es emocionalmente inestable. Se depende de los otros para decidir y le preocupa lo que piensen. Ítems 4, 9 y 12 ($\alpha = 0.61$).

- *Vínculos:* un puntaje alto señala que el individuo es cálido, confía en los otros, genera buenos vínculos, es empático y afectivo. Sino cuenta con pocas

relaciones sociales, es aislado, está frustrado y no puede generar compromisos con los otros. Ítems 5, 7 y 8 ($\alpha = 0.49$).

- *Proyectos*: puntajes altos muestran que hay metas y proyectos vitales, sentido en la vida y valores. Caso contrario, hay falta de sentido y de significado, pocos objetivos y no pueden plantearse propósitos. Ítems 1, 3, 6 y 10 ($\alpha = 0.59$).

Inventario de *Burnout* de Maslach [MBI] (Maslach et al., 1997). Esta escala cuenta con 22 ítems que evalúan los sentimientos y las actitudes del individuo en su trabajo. Los ítems poseen una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que varían entre 1- Nunca y 5- Todos los días. Posee 3 dimensiones:

- *Agotamiento Emocional*: cuenta con 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). Mide los sentimientos de cansancio y fatiga. El puntaje máximo es de 54, a mayor puntuación, habrá un mayor nivel de *burnout*.
- *Despersonalización*: posee 5 ítems (5, 10, 11, 15, y 22). Evalúa los sentimientos, características y respuestas negativas hacia las otras personas. El puntaje máximo es de 30, a mayor puntuación, hay mayor *burnout*.
- *Realización Personal*: consta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Mide la satisfacción, el éxito y la competencia en las tareas diarias. La puntuación máxima es de 48, en el caso de esta escala, a menor puntuación, mayor será el *burnout* del individuo. Los puntajes elevados en Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en Realización Personal definen el síndrome, es decir, puntuaciones mayores a 27 y 10 en el caso de las dos primeras dimensiones, e inferiores a 33 en el caso del último factor. Puede ser más o menos severo dependiendo de en cuantas dimensiones aparezca y de la diferencia según los valores de referencia.

3.6. Procedimiento

En primera instancia, el contacto con las muestras se realizó acudiendo a los diferentes centros de salud ubicados en la Zona Oeste del Gran Buenos

Aires. Luego se solicitó permiso a las autoridades para ingresar a estos. Debido a la pandemia, fue más sencillo llegar a los participantes de manera virtual, por lo que se difundió por *e-mail*, *WhatsApp* y *Facebook* el enlace del *Google Forms* con la encuesta a completar.

La participación fue voluntaria, recurriéndose al consentimiento informado del sujeto, garantizándose el anonimato y la confidencialidad de la información, ya que se explicó en el cuestionario que esta sería tratada sólo con fines académicos. Luego los datos fueron tabulados y sistematizados en el programa SPSS (*Statistical Package For The Social Sciences*) 26.0.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterización de la muestra

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra

Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
Género	Femenino	113	73,9%
	Masculino	40	26,1%
Estado civil	Soltero/a	55	35,7%
	Concubinato	35	22,7%
	Casado/a	49	31,8%
	Separado/a	4	2,6%
	Divorciado/a	8	5,2%
	Viudo/a	3	1,9%
Localidad de residencia	Merlo	15	9,7%
	Moreno	59	38,3%
	Ituzaingó	20	13%
	Otra	60	39%
Nivel educativo	Secundario incompleto	7	4,5%
	Secundario completo	28	18,2%
	Terciario incompleto	10	6,5%
	Terciario completo	32	20,8%
	Universitario incompleto	22	14,3%
	Universitario completo	55	35,7%
Ámbito de trabajo	Público	36	23,4%
	Privado	89	57,8%

	Ambos	29	18,8%
Tipo de turno	Fijos	103	82,4%
	Rotativos	22	17,6%
Considera que la pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja	Sí, aumentó	83	53,9%
	Sí, disminuyó	25	16,2%
	No	46	29,9%
Puesto	Administrativo/atención al público	51	33,1%
	Psicólogo	13	8,4%
	Médico	10	6,5%
	Enfermero	16	10,4%
	Técnico	19	12,3%
	Otro	45	29,2%
Padeció COVID-19	Sí	55	35,7%
	No	99	64,3%
Realiza alguna actividad asociada al bienestar	Sí	99	64,3%
	No	55	35,7%

Nota: N=150

La mayor parte de los sujetos pertenecen al género femenino, se encuentran solteros/as, trabajan en el ámbito privado con turnos fijos y consideran que la pandemia aumentó la cantidad de horas que trabajan. El puesto más ocupado es el de administrativo/atención al público, la mayoría no padeció COVID-19 y realiza alguna actividad asociada al bienestar.

4.2. Caracterización de las variables

Tabla 2

Caracterización de las variables

Variable	M(DS)	Me	95%[IC]	R	N
Aceptación/control	8,05(1,093)	8	[7,87-8,22]	5-9	150
Autonomía	6,82(1,410)	7	[6,60-7,05]	3-9	150
Vínculos	8,03(1,120)	8	[7,85-8,20]	4-9	150
Proyectos	10,31(1,597)	10,67	[10,05-10,56]	5-12	150
Bienestar psicológico	33,20(3,754)	33,58	[32,61-33,80]	23-39	150
Agotamiento Emocional	30,03(11,745)	29	[28,16-31-90]	6-54	150
Despersonalización	10,21(6,308)	10	[9,20-11,21]	0-29	150
Realización Personal	32,30(6,973)	33	[31,19-33,41]	11-48	150

El valor promedio para la Aceptación/control fue 8,05, para la Autonomía fue 6,82, para los Vínculos 8,03, para los Proyectos 10,31 y para el Bienestar psicológico fue 33,20. En el caso del Agotamiento emocional fue 30,03, la Despersonalización 10,21 y la Realización personal 32,30.

4.3. Análisis de la relación entre variables

Los análisis develaron la presencia de relaciones significativas entre las dimensiones del *burnout*, y el bienestar psicológico y algunas de sus dimensiones. Además, los resultados evidenciaron la existencia de relaciones significativas entre la edad y las dimensiones Realización personal y Autonomía, entre ésta última variable y la antigüedad laboral; y entre el nivel educativo y la Despersonalización.

No se encontraron relaciones significativas entre la cantidad de hijos, la cantidad de horas trabajadas semanalmente, la cantidad de horas extra, y las dimensiones del *burnout* y del bienestar psicológico, y su valoración global.

Tabla 3*Asociación entre las dimensiones del bienestar psicológico, del burnout y d. sociodemográficos*

Medidas	1	2	3	4	5	6	7	8
1- Aceptación/control						-,101	-,074	,087
2- Autonomía			,220**			-,162*	-,011	,158
3- Vínculos						-,111	-,133	,126
4- Proyectos						-,262**	-,160*	,288**
5- Bienestar psicológico						-,243**	-,141	,262**
6- Agotamiento emocional								
7- Despersonalización								
8- Realización personal								
Edad en años								,161*
Antigüedad laboral								,202*
Nivel educativo								-,162

Nota: Las correlaciones Rho de Spearman fueron reportadas para todas las variables.

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Se encontraron relaciones significativas y negativas entre la dimensión Agotamiento emocional del *burnout*, y las dimensiones Autonomía y Proyectos y el Bienestar psicológico. Al aumentar el agotamiento emocional, se reducen el bienestar psicológico y sus dimensiones, y viceversa.

Se encontraron relaciones significativas y negativas entre la dimensión Despersonalización del *burnout* y la dimensión Proyectos del Bienestar psicológico. Al aumentar la despersonalización, se reduce el nivel de proyectos, y viceversa.

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre la dimensión Realización personal del *burnout* y las dimensiones Proyectos y el Bienestar psicológico. Al aumentar la realización personal, se incrementa el nivel de proyectos y el bienestar.

Los resultados evidenciaron la presencia de relaciones significativas y positivas entre la edad y las dimensiones Realización personal y Autonomía. A mayor edad del trabajador, existe mayor realización personal y autonomía.

Los resultados mostraron la presencia de relaciones significativas y positivas entre la antigüedad laboral y la dimensión Autonomía. A mayor antigüedad laboral del trabajador, la autonomía del trabajador es mayor.

Los resultados evidenciaron la existencia de relaciones significativas y negativas entre el nivel educativo y la dimensión Despersonalización. A mayor nivel de educación, hay menos despersonalización y viceversa.

4.4. Análisis de las diferencias de grupo

Se encontraron diferencias significativas según el estado civil, la localidad de residencia, y si realiza alguna actividad asociada al bienestar, para el bienestar psicológico y/o sus dimensiones. Además, se hallaron diferencias significativas según el ámbito de pertenencia para la despersonalización, y según el turno trabajado y la pertenencia para la realización personal, ambas dimensiones del *burnout*.

No se encontraron diferencias significativas según el género, si tiene hijos, el turno fijo que trabaja, si realiza horas extra, si considera que el contexto de pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja, el puesto que ocupa en la organización, si padeció COVID-19, si se encuentra vacunado, cantidad de dosis, si convive con alguien, si tiene personas a cargo, para los niveles de *burnout* y de bienestar psicológico.

Tabla 4

Diferencias de grupo según el estado civil

Variable	Rango		U	Z	P
	Sin pareja (n=70)	Con pareja (n=84)			
Autonomía	85,84	70,55	2356,5	-2,169	,030
Bienestar psicológico	85,66	70,70	2368,5	-2,084	,037

Nota: U de Mann-Whitney

Los resultados mostraron la presencia de diferencias estadísticamente significativas según el estado civil del sujeto, para el Bienestar psicológico y su dimensión Autonomía. Las personas sin pareja se mostraron más autónomas y con mayor bienestar comparadas con los sujetos con pareja.

Tabla 5

Diferencias de grupo según la localidad de residencia

Variable	Rango				H	gl	P
	Moreno (n=15)	Merlo (n= 59)	Ituzaingó (n= 20)	Otra (n= 60)			
Aceptación/ control	48,17	82,31	74,63	81,07	8,673	3	,034

Nota: H de Kruskal Wallis

Se encontraron diferencias significativas según la localidad de residencia, para la dimensión Aceptación/control. Los trabajadores residentes en Merlo evidenciaron mayor aceptación y control, seguidos por quienes vivían en otra localidad, en Ituzaingó y, finalmente, en Moreno.

Tabla 6

Diferencias de grupo según el ámbito de trabajo

Variable	Media			F	P
	Público (n=36)	Privado (n= 89)	Ambos (n= 29)		
Despersonalización	12,14	10,15	8	3,585	,030

Nota: ANOVA

Se encontraron diferencias significativas según el ámbito de trabajo, para la dimensión Despersonalización del *burnout*. Quienes trabajan en el

ámbito público mostraron mayor despersonalización, seguidos por quienes trabajan en el entorno privado y en ambos ámbitos.

Tabla 7

Diferencias de grupo según el tipo de turno

Variable	Rango		U	Z	P
	Fijos (n=103)	Rotativos (n=22)			
Realización personal	59	81,70	721,5	-2,672	,008

Nota: U de Mann-Whitney

Los resultados evidenciaron la existencia de diferencias de grupo de acuerdo con el tipo de turno trabajado, para la dimensión Realización personal del *burnout*. Los trabajadores con turnos rotativos fueron quienes mostraron mayor realización personal, comparados con quienes trabajan turnos fijos.

Tabla 8

Diferencias de grupo según la pertenencia

Variable	Rango			H	gl	P
	Gremio (n=29)	Ninguna (n= 83)	Otra (n= 42)			
Realización personal	59,71	77,56	89,67	7,762	2	,021

Nota: H de Kruskal Wallis

Se encontraron diferencias significativas según la pertenencia, para la dimensión Realización personal del *burnout*. Los trabajadores con otra pertenencia fueron quienes mostraron mayor realización personal, seguidos de quienes no contaban con ninguna pertenencia y, finalmente, de quienes se encontraban agremiados.

Tabla 9*Diferencias de grupo según si realiza alguna actividad asociada con el bienestar*

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí (n=99)	No (n=55)			
Proyectos	85,99	62,21	1881,5	-3,175	,001
Bienestar psicológico	83,08	67,45	2170	-2,094	,036

Nota: U de Mann-Whitney

Se encontraron diferencias significativas según si realiza alguna actividad asociada al bienestar, para la dimensión Proyectos y para el bienestar psicológico. Los sujetos que sí efectúan esta clase de actividades poseen mayor bienestar y más proyectos comparados con quienes no las realizan.

5. CONCLUSIONES

El objetivo del estudio fue evaluar el Bienestar psicológico y el síndrome de *burnout* en personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires. Luego de los análisis efectuados, los resultados de la investigación mostraron la existencia de relaciones significativas y negativas entre la dimensión Agotamiento emocional y las dimensiones Autonomía, Proyectos y el Bienestar psicológico, entre la dimensión Despersonalización y la dimensión Proyectos del Bienestar psicológico; y relaciones significativas y positivas entre la dimensión Realización personal del *burnout* y las dimensiones Proyectos y el Bienestar psicológico. A pesar de que, aunque no todas las dimensiones se relacionaron de forma significativa, las que lo hicieron siguieron las direcciones planteadas por Maslach et al. (1997): puntajes elevados en Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en Realización Personal definen el síndrome. Debido a estos hallazgos, la hipótesis de que, a mayor síndrome de *burnout*, habrá menor bienestar psicológico en el personal de salud de Zona Oeste del Gran Buenos Aires se confirma parcialmente.

Los hallazgos de este estudio confirman los resultados de investigaciones previas (Acuña y Bruschi, 2018; Aliaga Blanco, 2012; Amutio Kareaga et al., 2008; Sánchez Mory, 2018; Veliz Burgos et al., 2018a), las cuales evidenciaron la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del *burnout* y del bienestar psicológico.

Además, los resultados de este estudio mostraron que, a mayor antigüedad laboral del trabajador, existe mayor autonomía. Para el resto de las dimensiones del bienestar psicológico, su valoración global y las dimensiones del *burnout* no se encontraron relaciones significativas. Por lo tanto, la hipótesis de que, a mayor antigüedad laboral, habrá mayor síndrome de *burnout* y menor bienestar psicológico en el personal de salud de Zona Oeste del Gran Buenos Aires, se refuta.

En este punto, los hallazgos de este estudio contrarían los resultados de trabajos como el de Sánchez Mory (2018), quien encontró diferencias significativas según la antigüedad laboral para la indiferencia, dimensión del *burnout*. Por lo tanto, parecería que el *burnout* no se encuentra afectado por los años de trabajo del personal de salud.

Finalmente, no se encontraron diferencias significativas según si los trabajadores padecieron COVID-19, para el bienestar psicológico ni para las dimensiones del *burnout*. Por ende, la hipótesis que plantea que las personas que padecieron COVID-19 mostrarán un nivel superior de *burnout* en comparación con quienes no padecieron coronavirus, se refuta. En la lucha contra el coronavirus, el personal de salud padeció mucha presión en el trabajo diario (The Lancet, 2020, Wang et al., 2020). Las problemáticas en salud mental repercuten en la calidad de la atención brindada, en la comprensión clínica o en la toma de decisiones (Kang et al., 2020). Sin embargo, no se debe olvidar que la pandemia afectó a toda la sociedad, por lo que la exposición constante al virus, independientemente de si se padeció COVID-19, habría tenido consecuencias en la totalidad del personal de salud.

Además, se encontraron relaciones y diferencias significativas según otras variables sociodemográficas analizadas:

A mayor edad del trabajador, existe mayor realización personal y autonomía. Estos resultados confirmarían los hallazgos de Vinueza Veloz et al. (2020), quienes encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el *burnout* y la edad.

A mayor nivel de educación, hay menos despersonalización. Esto indicaría que el nivel educativo juega un papel importante en el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia quienes reciben los servicios brindados por los trabajadores (Guevara et al., 2004; Ringel et al., 2003; Zuger, 2004). Cabe destacar que en la muestra se indagaron diferentes profesiones que implicaban un mayor o menor nivel educativo.

Las personas sin pareja se mostraron más autónomas y con mayor bienestar comparadas con los sujetos con pareja. Aunque no de la misma forma, en su estudio, Sánchez Mory (2018) encontró que el estado civil mostraba diferencias significativas para la dimensión aceptación/control. En relación a lo encontrado en este estudio, el hecho de no contar con pareja fomentaría la independencia de los sujetos.

Las personas residentes en Merlo mostraron mayor aceptación y control, seguidos por quienes vivían en otra localidad, en Ituzaingó y en Moreno. Tal vez estos resultados tengan que ver con la mayor proximidad de los sujetos residentes en la localidad de Merlo a los centros asistenciales donde fue

recabada la muestra. De todas maneras, esta fue recolectada en la Zona Oeste del Gran Buenos Aires, un área acotada del conurbano bonaerense.

Quienes trabajan en el ámbito público mostraron mayor despersonalización, seguidos por quienes trabajan en el entorno privado y en ambos ámbitos. Quizás las peores condiciones laborales y la mayor saturación de las instituciones públicas con personas de bajos recursos sean factores determinantes en el incremento de esta dimensión del *burnout*.

Los trabajadores con turnos rotativos fueron quienes mostraron mayor realización personal, comparados con quienes trabajan turnos fijos. Es llamativo este resultado, ya que se conoce que las personas con turnos rotativos se encuentran sometidas a mayores niveles de estrés. Además, en el ámbito hospitalario, la salud mental es fundamental, debido a los elementos que frenan el desarrollo personal de los trabajadores, como los horarios. Es uno de los factores que provoca un malestar que reduce la calidad de la atención y puede generar *burnout* (Bianchini Matamoros, 1997).

Los trabajadores con otra pertenencia fueron quienes mostraron mayor realización personal, seguidos de quienes no contaban con ninguna pertenencia y de quienes se encontraban agremiados. Esta dimensión la cual considera la percepción del trabajo (Guevara et al., 2004; Ringel et al., 2003; Zuger, 2004) estaría afectada por otro nivel de pertenencia, como podría ser alguna otra clase de asociación, siendo los gremios elementos reductores de la realización personal. Cabe destacar que el trabajo es fundamental para una vida saludable, debido al ingreso y al progreso social por la realización personal y comunitaria (Nieto, 2000).

Los sujetos que efectúan actividades asociadas al bienestar poseen mayor bienestar psicológico y más proyectos comparados con quienes no las realizan. Quizás sea algo redundante este hallazgo, ya que el bienestar “general” traería aparejado un mayor bienestar psicológico por añadidura. Este estudio pretendió abordar una cuestión tan disruptiva y problemática como la pandemia de COVID-19, en una población de por sí proclive a padecer *burnout*. Hoy en día, dadas las circunstancias, las variables salugénicas cobraron una relevancia nunca vista. Toda la población debería ser proclive a beneficiarse de óptimos niveles de bienestar psicológico, mientras que el personal de salud se relaja, pero no baja la guardia ante eventuales oleadas de coronavirus ocasionadas por las nuevas variantes más contagiosas que la cepa originada

en Wuhan. A pesar de la extensa bibliografía sobre ambos constructos, la situación actual merece un capítulo aparte, ya que se desconocen las secuelas de la pandemia a largo plazo.

Como limitación de este estudio, el muestreo no probabilístico lleva a que no se puedan generalizar los resultados, sin embargo, este estudio corroboró los trabajos anteriores a la pandemia en cuanto a la relación entre los dos constructos analizados. Además, se encuentra la implementación de plataformas electrónicas que, aunque pudo haber tenido su efecto, quizás no haya afectado tanto luego de una “virtualización” forzosa a un año y medio de comenzada la pandemia. Cabe destacar que la situación de pandemia de COVID-19 y la actual liberalización de las medidas restrictivas al momento de recolectarse los datos, junto con el avance de la vacunación de toda la población, pudo haber afectado las respuestas de los sujetos: si se hubiese tomado como punto de referencia la primera ola en 2020 o la segunda ola en el invierno de 2021 tal vez los resultados habrían sido otros.

Como fortaleza, este trabajo constituye un aporte al conocimiento de las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en las personas que se encontraron en la primera línea de defensa contra el coronavirus. Es un momento fundamental para conocer las variables protectoras de la salud mental y el funcionamiento positivo. Su promoción se vuelve un requisito indispensable para prevenir el surgimiento de patologías mentales a largo plazo debido al miedo a contagiarse y al hecho de haber padecido Argentina uno de los confinamientos más extensos y duros a nivel mundial.

Finalmente, se recomienda que las investigaciones posteriores analicen las consecuencias del *burnout* en el personal de salud en la “nueva normalidad” post COVID-19. Quizás sería interesante indagar variables como depresión o ansiedad, males tan comunes en tiempos de pandemia, así como efectuar estudios longitudinales en personal de salud para conocer la evolución temporal de las características psicológicas positivas. Conocer la forma de mitigar las consecuencias de la pandemia en el personal de salud sería un aporte fundamental para toda la sociedad en general. Se pretende promover el bienestar de toda la población, para ello se debe brindar un adecuado servicio de salud, lo que requiere de personal capacitado y apto para enfrentar las consecuencias de la pandemia.

6. REFERENCIAS

- Accini-Mendoza, J. L., Beltrán, N., Nieto-Estrada, V. H., Ramos-Bolaños, E., Pizarro-Gómez, C., Rebolledo, C. E., Duran Pérez, J. C., Dueñas Castell, C., Arias, A., Barciela, E., Camargo, R., Rojas, J. A., Zabaleta Polo, Y., Florian Pérez, M. C., & Torres, V. (2020). Declaration of consensus in critical medicine for multidisciplinary care of the patient with a suspected of confirmed diagnosis of covid-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.003>
- Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11, 4, 305-309.
- Acosta Contreras, M. y Burguillos Peña, A. I. (2014). Estrés y burnout en profesores de primaria y secundaria de Huelva: Las estrategias de afrontamiento como factor de protección. *Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 303-310. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.616>.
- Acuña, S. y Bruschi, M. P. (2018). *Relación entre Síndrome de Burnout, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/47>
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-16.
- Albar, M., Romero, M., González, M., Carbayo, E., García, A., Gutiérrez, I., y Algaba, M. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout e enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería clínica*, 14(5), 281-285.
- Aliaga Blanco, D. S. (2012). *Burnout y bienestar psicológico en técnicas de enfermería de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/4430>
- Allport, G. W. (1955). *Becoming: Basic considerations for a psychology of personality*. Yale University Press.

- Almedom, A. M. & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143. <https://doi.org/10.1080/15325020600945962>
- Amutio Kareaga, A., Ayestaran Exeberria, S., y Smith, J. C. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252
- Anguas, A. (1997). *El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México* [Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass Publishers.
- Aranda, C., Pando, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala *Maslach Burnout Inventory* (hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227.
- Arias Gallego, W. L., Muñoz del Carpio Toia, A., Delgado Montesinos, Y., Ortiz Puma, M., Y Quispe Villanueva, M. (2017). Síndrome de Burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del trabajo*, 63(249), 331-344
- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (2020). *Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus*. OME-AEN.
- Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (2020). Protocolo para la gestión hospitalaria de la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) (Declarada por la OMS a 11 de marzo de 2020). <https://covid19evidence.paho.org/handle/20.500.12663/702>.
- Barra, A. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8, 29-38
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El síndrome de Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2).
- Bilbao Ramírez, M. (2008). *Creencias Sociales y Bienestar: valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico* [Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco]. <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/180318>

- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Boada Grau, J., Diego Vallejo, R., y Agulló Tomás, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Cairo, H. (2002). Burnout ó Estrés Laboral: Un síndrome cada vez más expandido. www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.shtml
- Camelo, S. y Angerami, E. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 12(1), 14-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Castillo Ramírez, M. F. (2018). *Burnout y bienestar psicológico (Estudio realizado con el personal de enfermería del Hospital Nacional José Felipe Flores de la cabecera departamental de Totonicapán)* [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Castillo-Maria.pdf>
- Castro Solano, A. (2002). Investigaciones argentinas sobre el bienestar psicológico. En M. M. Casullo, *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp. 31-54). Paidós.
- Castro Solano, A. (2009). Psicología Positiva: ¿una nueva forma de hacer psicología? Manuscrito enviado para su evaluación.
- Castro Solano, A., Brenlla, M. E. & Casullo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en adultos. En M. M. Casullo (Comp.), *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica* (pp. 93-100). Paidós.
- Casullo, M. M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Paidós.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Health-Related Quality of Life program: Well-being concepts. <http://tinyurl.com/brw2ed7>
- Centro para el Control y la prevención de Enfermedades (2020). Estrés y cómo sobrellevarlo. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
- Chan, A. O. & Huak, C. Y. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine*, 54(3), 190-6. doi: 10.1093/occmed/kqh027.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 15-16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X.
- Cheng, S. T. (2004). Endowment and contrast: the role of positive and negative emotions on well-being appraisal. *Personality and Individual Differences*, 37(5), 905-915. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.10.013>
- Cook, R. (1993). *El derecho internacional y la salud en la mujer. Publicación científica Nº 542*. Organización Panamericana de la Salud.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11. DOI:10.1007/s10902-006-9018-1
- Díaz Llanes, G. (2001). El bienestar subjetivo: actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579
- Díaz Romero, R. M., Lartigue Becerra, T., y Acosta Velasco, M. E. (2001). Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista Asociación Dental Mexicana*, 48(2), 63-7.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española Escalas de bienestar psicológico. *Psicothema*. 18(3), 572- 577.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- Domínguez, J., Herrera, F., Villaverde, M., Padilla, I., Martínez, M. y Domínguez, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en

- trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, 44(1) 30-35.
- Duran, M. (2010) Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 41-84. <https://doi.org/10.22458/rna.v1i1.285>
- East, S., Laurence, T., y López Mourello, E. (2020). *Informe técnico. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Organización Internacional del Trabajo.
- Equipo editorial (2020). COVID-19 y tu salud mental. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-covid-19/art-20482731>
- Fernández, N. (2002). El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuadernos de Gestión*, 2(1), 65-90.
- Ferreira Novo, R. (2005). Bem estar em psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20(2), 183-203.
- Foronda Valencia, D. S., Ciro Parra, D. G., y Berrío García, N. (2018). Síndrome de burnout en el personal de la salud latinoamericano. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 157-181. DOI:10.17533/udea.rp.v10n2a07
- Fortoul van der Goes, T. y Varela Díaz, M. (1999). La motivación en la enseñanza de la medicina. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 42(3), 100-3.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention and Treatment*, 3.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. Crown.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1974). *Burnout: The High Cost of High Achievement*. Anchor press.
- Garassini, M. y Camilli, C. (2012). *La felicidad duradera. Estudios sobre el bienestar en la psicología positiva*. Alfa.

- García, C. R. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- García, C. y Giraldo, J. (2013). *Burnout en personal de salud* [Tesis doctoral, Universidad CES]. http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/109461842/2/Burnout_personal_de_salud.pdf.
- García, F., Cova-Solar, F., Bustos Torres, F., y Reyes - Pérez, E. (2018). Burnout y Bienestar Psicológico de funcionarios de unidades de cuidados intensivos. *Dauzary*,15(1), 23-38. DOI:10.21676/2389783X.2101
- García-Viniegras, C. R. y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592
- Giberti, E. (2004). *Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Efecto de burn-out*. Conferencia de inauguración del Primer Congreso Internacional “El niño víctima de procesos judiciales. Sus derechos y garantías”,19 de octubre 2000.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Ediciones Pirámide.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–45. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- González, P. (2001). ¿Qué es el Síndrome de Burnout? ¿Cuál es su etiología? ¿Cómo se desarrolla? ¿Por qué es importante para el medico? www.diezminutos.org/burnout.html
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Guevara, C. A., Henao, D. P., y Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, 35(4), 173-8.
- Guo, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., Tan, Y. Y., Chen, S. D., Jin, H. J., Tan, K. S., & YA, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the

- status. *Military Medical Research*, 7(11). <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
- Gutiérrez Aceves, G. A., Celis López, M. A., Moreno Jiménez, S., Farias Serratos, F., y Suárez Campos, J. J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencia*, 11(4), 305-309
- Hamson, W. D. (2005). A social competence model or Burnout. Stress and Burnout in the human services professions. *The New England Journal*, 1, 29-31
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. doi: 10.3201/eid1007.030703
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Interamericana.
- Hervás, G., Sánchez, A., y Vázquez, C. (2008) Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada*. (pp. 41-71). Desclée de Brower.
- Hung, L. S. (2003). The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(8), 374-8. doi: 10.1258/jrsm.96.8.374
- Huremovic, D. (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer.
- Inglehart, R. (1997). *Modernization and postmodernization: Cultural, economic, and political change in societies*. Princeton University Press
- Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N., y González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 107-121.
- Jiménez Paneque, R., Carvajal, P., y Ricardo, J. (2018). Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. *Medwave*, 15(7). DOI:10.5867/medwave.2015.07.6239

- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3). doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Keyes, R. (1985). *Chancing it: Why we take risks*. Little, Brown.
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine and Research*, 14(1), 7-14. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>
- Khan, S., Siddique, R., Adnan-Shereen, M., Ali, A., Liu, J., Bai, Q., Bashir, N., & Xue, M. (2020). The emergence of a novel coronavirus (SARS-CoV-2), their biology and therapeutic options. *Journal of Clinical Microbiology*, 58(5), 187-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1128/JCM.00187-20>.
- Koppmann, A., Cantillano, V., y Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75–80. doi: 10.1016/j.rmclc.2020.12.009
- Lacasta, M., Aguirán, P., Fernández, E., y González, M. (2008). Consecuencias del síndrome del burnout. En M. González, M. Lacasta y A. Ordoñez (Eds.): *El síndrome de agotamiento profesional en oncología* (pp. 35-42). Editorial Médica Panamericana.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

- Lengua, L. J. (2003). Associations among emotionality, self-regulation, adjustment problems, and positive adjustment in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24(5), 595-618. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2003.08.002>
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.482>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T. & Xiang, Y. T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732-8. doi: 10.7150/ijbs.45120
- Linley, A., Joseph, A., Harrington, S., & Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future, *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16. DOI:10.1080/17439760500372796
- Loya, K., Valdez, J., Bacardi, M., y Jiménez, A. (2017). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(1), 4-48.
- Luceño, L., Martín, J., Jaén, M., y Díaz, E (2006). Psycho-social risks and trait anxiety as predictors of stress and job satisfaction, *Ansiedad y Estrés*, 12, 89-97.
- Mañas, M. A., Salvador, C., Boada, J., González, E., y Agullo, E. (2007). La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*, 129, 395-400.
- Martínez López, C. y López Solache, G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos de Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.
- Martínez, M. y Guerra, M. P. (1998). Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y cambios*, 23, 45
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191–218). Scarecrow Education.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. doi:10.1037/h0054346
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. Van Nostrand.

- Meléndez Chávez, S., Huerta González, S., Hernández Velázquez, E., Lavoignet Acosta, B., y Santes Bastián M. (2016). Síndrome de burnout y salud mental en enfermeras de un hospital. *Nure investigaciones*, 13(82), 1-6. <http://orcid.org/0000-0002-7378-4737>
- Mercado, G. (2006). *Nivel de estrés laboral en enfermeras en el Hospital Dos de Mayo* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/mercado_tg/pdf/mercado_tg-TH.4.pdf.
- Moreno, B., Garrosa, E., y González, J. L. (2000). El desgaste profesional de enfermería: desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de prevención de Riesgos Laborales*, 3, 18-28.
- Moustaka, E. & Constantinidis, T. (2010). Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Journal*, 4(4), 210-216.
- Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Makhoul, S., & Upshur, R. E. G. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 793-798. doi: 10.1503/cmaj.1031077
- Nieto, H. (2000). *Salud laboral: la salud de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. www.fmed.uba.ar/depto/sal_seg/la_salud_de_los_trabajadores_de_la_salud.pdf.
- Norlander, T., Johansson, A., & Bood, S. A. (2005). The affective personality: Its relation to quality of sleep, well-being and stress. *Social Behavior and Personality*, 33(7), 709-722. DOI: <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.7.709>
- Nowakowska, S. y Wolniewicz, L. (2017). Professional Burnout among Nurses and Paramedics. *Medical Science Pulse*, 11(2). 22-25.
- ONU Mujeres; IDLO; PNUD; UNODC; Pathfinders for Peaceful. (2020). *Justice for women amidst COVID-19*. Autor.
- Öosterwegel, A. & Oppenheimer, L. (2002). Jumping to awareness of conflict between self- representation and its relation to psychological well-being. *International Journal of Behavioral Development*, 26(6), 548-556. <https://doi.org/10.1080/01650250143000535>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos de la OMS*. Contextualización, prácticas y

literaturas de apoyo. http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2020). Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID 19. <https://yotambien.mx/consideraciones-de-la-oms-de-salud-mental-durante-el-brote-de-covid-19/><https://yotambien.mx/consideraciones-de-la-oms-de-salud-mental-durante-el-brote-de-covid-19/>.

Páez, D., Morales, F., y Fernández, I. (2007). Las creencias básicas sobre el mundo social y el yo. En J. F. Morales, M. Moya, E. Gaviría, y I. Cuadrado (Coords), *Psicología Social* (pp. 195-211). Mc Graw Hill.

PAHO/WHO. (2020). WHO characterizes COVID-19 as a pandemic https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizescovid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en

Palmer Morales, L. Y., Gómez Vera, A., Cabrera Pivaral, C., Prince Velez, R., y Searcy Bernal, R. (2005). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gaceta Médica de México*, 141(3), 181-3.

Palmer, Y., Gómez-Vera, A., Cabrera-Pivaral, C., Prince-Vélez, R., y Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*, 28(1), 82-91.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behaviour and Immunity*, 88, 901-907. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026

Park, N. & Peterson, C. (2003). Virtues and organizations. In K. S. Cameron, J. E. Dutton y R. E. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 33-47). Berrett-Koehler.

Park, N. & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891–910. doi: 10.1016/j.adolescence.2006.04.011.

- Park, N. & Peterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspective on Psychological Science*, 4, 422-428. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01149.x>
- Park, N., Peterson, C., y Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Oxford University Press.
- Prasad, A., Zou, M., Mangwiro, R., y Kingsley, C. (2021). *Bienestar durante la COVID-19*. World Federation of Societies of Anaesthesiologist.
- Quinceno, J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125.
- Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102080
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093-1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Ringel, S. P., Vickey, B. G., Schembri, M., & Kravitz, R. L. (2003). Neurologist's assessment of their ability to provide high quality care. *Neurology*, 61, 612-5. doi: 10.1212/01.wnl.0000087544.78028.39.
- Ríos, R. M., Godoy, F. C., y Sánchez, M. J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Revista Anales de Psicología*, 27(1), 71-79.
- Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. *Enfermería en Costa Rica*, 31, 2-7.
- Rogers, C. (1951). *Client- centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Romero Carrasco, A. E., Brustad, R. J., y García Mas, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2), 31-52
- Roth, E. y Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de la Paz. *Revista Ajayu*, 8(2), 62-100.

- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. D. & Keyes. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. DOI:10.1037/0022-3514.69.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 9(1), 1-28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2001). *Emotion, social relationships and health*. Oxford University Press.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: An eudaimonic approach to psychological well being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. DOI:10.1007/s10902-006-9019-0
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/00223514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Saborio, L. y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-24.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires* [Tesis de grado, Universidad de Belgrano]. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/223>
- Sánchez Mory, L. G. (2018). *Síndrome de burnout y bienestar psicológico en trabajadores de contact center de la Ciudad de Lima* [Tesis de grado, Universidad de San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4051>
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *Escala de Bienestar Psicológico*. TEA.

- Sandoval Barrientos, S., Dorner París, A., y Véliz Burgos, A. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*, 6(24), 260-266. DOI: 10.1016/j.riem.2017.01.004
- Secretaría de Salud (2002). *Programa de Acción en Salud Mental*. México: SS. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf.
- Seligman, M. E. P. (1998). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology*, 57, 3-18. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Siegler, M. (1985). The progression of medicine. From physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. *Archives of Internal Medicine*, 145(4), 713-715. doi: 10.1001/archinte.145.4.713.
- Sim, K., Huak Chan, Y., Chong, P. N., Chua, H. C., & Wen Soon, S. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>
- Singhal, T. (2020). Una revisión de la enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*, 1-6. Doi: 10.1007/s12098-020-03263-6.
- Smith, J. C. (2001). *Advances in AC Relaxation: Applications and inventories*. Springer.
- Sociedad Española de Psiquiatría (2020). Cuidando la salud mental del personal sanitario. [http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEPCOVID19-Salud Mental personal sanitario.pdf](http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEPCOVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf)
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.99>
- Tello, J. (2010). *Nivel de Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los servicios críticos del Hospital Nacional Daniel*

- Alcides Carrión [Tesis inédita de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/tello_bj/pdf/tello_bj.pdf.
- The Lancet. Emerging understandings of 2019-nCoV. *Lancet*, 395(10221). doi: 10.1016/S0140-6736(20)30186-0
- Topa, G. y Morales, D. J. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de presiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 73-83.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. doi:10.1177/0020764020915212.
- Torre, M., Santos Popper, M. C., y Bergesio, M. (2019). Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. *Enfermería intensiva*, 30(2), 108-115. DOI: 10.1016/j.enfi.2018.04.005
- Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Alianza.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 87-116.
- Veliz Burgos, A., Dörner Paris, A., Soto Salcedo, A., Reyes Lobos, J., y Ganga Contreras, F. (2018b). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. *Medisur*, 16(2), 259-266.
- Veliz Burgos, A., Dörner Paris, A., Soto Salcedo, A., y Arriagada, A. (2018a). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Universitaria*, 28(3), 56-64. doi: 10.15174/au.2018.1895
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8

- Vielma Rangel, J. y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275
- Vinueza Veloz, A. F., Aldaz Pachacama, N. R., Mera Segovia, C. M., Pino Vaca, D. P., Tapia Veloz, E. C., y Vinueza Veloz, M. F. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 29(4), 330–339. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30, 23-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*, 395(10223):470–473. doi: 10.1016/ S0140-6736(20)30185-9
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness (eudaemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Wood, A., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological wellbeing above the big five facets. *Personality and Individual Differences*, 46, 443-447. doi:10.1016/j.paid.2008.11.012.
- World Health Organization (2020). Mental health and COVID-19. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19>
- World Health Organization (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (s.f.). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. World Health. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

- Wright, T. & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 84-94. DOI:10.1037/1076-8998.5.1.84
- Wright, T. A., Cropanzano, R., Denney, P. J., & Moline, G. L. (2002). When a happy worker is a productive worker: a preliminary examination of three models. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 34, 146-150. DOI:10.1037/h0087165
- Wu, Z. & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239-1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
- Xiang, Y. T., Jin, Y., & Cheung, T. (2020). Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 989-990. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1057
- Xiao, C. A. (2020). Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4). doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0.
- Zaldúa, G., Koloditzky, D., y Lodiue, M. (2000). El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. *Revista Médica Bs. As.*, 1, 41- 43
- Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 350(1), 69-75. DOI: 10.1056/NEJMc040204

7. ANEXOS

7.1. Instrumento de recolección de datos



Tesis de grado "Bienestar Psicológico y *Burnout* en personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires"

Mi nombre es Erica Galli, soy estudiante de 5º año de la carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana y me encuentro realizando mi tesis de grado en la que se analiza el bienestar psicológico y el *burnout* en personal de salud de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires. La presente encuesta es de carácter anónimo y con fines académicos. Ningún dato será divulgado en el proceso. La misma es de participación voluntaria y no cuenta con devolución alguna. Ante cualquier duda puede contactarse conmigo a la siguiente dirección de e-mail: ericalgalli@hotmail.com

No hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario. El cuestionario le tomará aproximadamente 10 minutos y puede realizarse desde una Tablet, PC o Celular.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toda información proporcionada permanecerá totalmente confidencial (Ley N°25.326), anónima y será utilizada sólo por la investigadora en el contexto de este estudio.

Desde ya, se agradece profundamente su participación.

Mediante la aceptación del presente consentimiento, presto plena conformidad para la realización del cuestionario.

☐ Sí, acepto

Datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años.

2. Género: ☐1. Femenino ☐2. Masculino ☐3. Otro: _____

3. Estado civil:

- ☐1. Soltero/a
- ☐2. Concubinato
- ☐3. Casado/a
- ☐4. Separado/a
- ☐5. Divorciado/a
- ☐6. Viudo/a

4. ¿Tiene hijos? ☐1. Si ☐2. No

4.1. Si contestó Sí, indique cuántos: _____

5. Localidad de residencia: _____

6. Nivel educativo:

- ☐1- Secundario incompleto
- ☐2- Secundario completo
- ☐3- Terciario incompleto
- ☐4- Terciario completo
- ☐5- Universitario incompleto
- ☐6- Universitario completo

7. Ámbito de trabajo:

- ☐1. Privado
- ☐2. Público
- ☐3. Ambos

8. Cantidad de horas trabajadas semanalmente: _____

9. ¿Trabaja turnos fijos o rotativos? 1. Fijos ☐ 2. Rotativos ☐

9.1. En caso de responder turnos fijos, indique el turno que trabaja:

- ☐1. Mañana
- ☐2. Tarde
- ☐3. Vespertino
- ☐4. Noche

10. ¿Realiza horas extras? 1. Sí ☐ 2. No ☐

10.1. Si respondió Sí, indique la cantidad de horas extra que realiza semanalmente: _____

11. Tipo de relación laboral:

- ☐1. Titular/Estable
- ☐2. Temporario/Provisional
- ☐3. Pasante/Aprendiz
- ☐4. Interino/Suplente
- ☐5. Otra Especifique: _____

12. Pertenece a:

- ☐1. Asociación Profesional
- ☐2. Gremio
- ☐3. Ninguna
- ☐4. Otra Indique: _____

13. ¿Considera que el contexto de pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja?

- ☐1. Sí, aumentó
- ☐2. Sí, disminuyó
- ☐3. No

14. Puesto que ocupa en la organización:

- ☐1. Administrativo/atención al público
- ☐2. Seguridad
- ☐3. Médico

☐4. Enfermero☐5. Técnico☐6. Limpieza☐7. Mantenimiento☐8. Otra

Especifique: _____

15. Antigüedad en la institución actual: _____**16. ¿Padeció COVID-19?** 1. Sí ☐ 2. No ☐**17. ¿Se encuentra vacunado?** 1. Sí ☐ 2. No ☐**17.1. Si respondió sí en la pregunta anterior, indique la cantidad de dosis que recibió** 1. 1 dosis ☐ 2. 2 dosis ☐**18. ¿Convive con alguien?** 1. Sí ☐ 2. No ☐**18.1. En caso de ser positiva la respuesta anterior, ¿tiene personas a su cargo?** 1. Sí ☐ 2. No ☐**19. ¿Realiza alguna actividad que asocia a su bienestar?** ☐1. Si ☐2. No**19.1. Si contestó Sí, indique cuál:** _____**Cuestionario de *Burnout* de Maslach (MBI)**

Lea con atención las frases siguientes. Elija su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último tiempo.

	N u n c a	P o c a s v e c e s a l	U n a v e z a l m e s	P o c a s v e c e s a l	U n a v e z a l	P o c a s v e c e s a	T o d o s l o s d í a s

		a ñ o o m e n o s	o m e n o s	m e s	s e m a n a	l a s e m a n a	
1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado/a.	0	1	2	3	4	5	6
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado/a.	0	1	2	3	4	5	6
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	0	1	2	3	4	5	6
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	0	1	2	3	4	5	6
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
10. Siento que me he hecho más duro/a con la gente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy enérgico/a en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender	0	1	2	3	4	5	6

profesionalmente.							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado/a después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	0	1	2	3	4	5	6
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	0	1	2	3	4	5	6
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas.	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A)

A continuación, lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Utilice las alternativas de respuesta, no hay buenas o malas. No deje frases sin responder.

	En de sa cu er do	Ni de acuerd o ni en desacu erdo	En acue rdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.	1	2	3
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.	1	2	3
3. Me importa pensar que haré en el futuro.	1	2	3
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.	1	2	3
5. Generalmente le caigo bien a la gente.	1	2	3

6. Siento que podré lograr las metas que me proponga.	1	2	3
7. Cuento con personas que me ayudan en lo que necesito.	1	2	3
8. Creo que en general me llevo bien con la gente.	1	2	3
9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable.	1	2	3
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto de vida para mí.	1	2	3
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.	1	2	3
12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.	1	2	3
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.	1	2	3