

**UNIVERSITAT DE VALÈNCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA**

---

Programa de Doctorado en Psicogerontología: Perspectiva del Ciclo Vital



**IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA PANDEMIA  
EN LOS TRABAJADORES DE HOGARES Y  
ÉGIDAS PARA PERSONAS MAYORES EN  
PUERTO RICO POR COVID-19**

**TESIS DOCTORAL**

PRESENTADA POR:

**Yanielis Rodríguez Ramírez**

DIRIGIDA POR:

**Dra. Ana Belén Navarro Prados**

**Dra. Encarnación Satorres**

**Pons Valencia abril 2023**



## AGRADECIMIENTOS

Nuestra vida está plagada de retos y uno de ellos es la Universidad, gracias a Dios que me permitió terminar esta etapa que es la base para el entendimiento del campo laboral en el me encuentro inmersa.

Desde que tome la decisión de embarcarme en el desarrollo de una Tesis Doctoral hasta que por fin ha visto la luz han pasado algunos años y un montón de cosas. Este texto es solo el resultado final, el proceso y todo lo que ha supuesto no se puede poner por escrito. Hay mucha gente que ha disfrutado y padecido conmigo este proceso, a todos ellos, aunque estas páginas no quepan todos los que son, muchas gracias.

Debo agradecer de manera especial y sincera al profesor Juan Carlos y Ana Belén y Encarna por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como profesional. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que esta tesis fuera posible. Les agradezco también haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias y espero verlos pronto por Puerto Rico.

A mis amigas, que vieron mis llantos y aun así me acompañaron, gracias.

A mi familia, que nunca tuvo un no para mí y estuvieron en toda esta *aventura* de estudiar al otro lado del mundo conmigo.

A mi pareja, por todo lo compartido, por sostenerme y acompañarme.

A mi abuela Myrta, esta tesis es para ti.



## ÍNDICE

Prólogo.....	1
Capítulo 1. COVID y sus consecuencias psicológicas.....	7
1. COVID-19 y los profesionales de la salud.....	15
2. COVID-19 en los profesionales que trabajan en hogares y égidas en Puerto Rico .....	18
Capítulo 2. Burnout y COVID-19 .....	21
1. Concepto de burnout.....	23
2. Estrés y burnout en el ámbito geriátrico.....	28
Capítulo 3. Factores protectores y de riesgo que afectan al burnout / estrés .....	33
1. Variables individuales .....	36
2. Variables interpersonales o sociales .....	42
3. Variables organizacionales .....	43
Capítulo 4. Material y método.....	47
1. Objetivos e hipótesis.....	49
2. Participantes .....	51
3. Instrumentos .....	58
4. Análisis .....	67
Capítulo 5. Resultados.....	69
1. Análisis bivariado: correlaciones .....	71
2. Análisis Multivariados.....	73
2.1 MANOVAS para variables dependientes relacionadas con las condiciones laborales .....	73
2.2. MANOVAs para variables dependientes relacionadas con las variables psicológicas desadaptativas.....	77
2.3. MANOVA para variables dependientes relacionadas con las variables psicológicas amortiguadoras .....	81

Capítulo 6. Discusión .....	85
Capítulo 8. Conclusiones.....	117
Capítulo 9. Referencias .....	123

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores de riesgo y protectores del estrés/burnout.....	36
Figura 2. Porcentaje de participantes en función del género.....	53
Figura 3. Porcentaje de participantes en función del estado civil y del nivel académico .....	54
Figura 4. Porcentaje tamaño de las instituciones en función del tipo .....	54
Figura 5. Porcentaje participantes en función de puesto desempeñado y años trabajados ....	55
Figura 6. Porcentaje de participantes y familiares que habían estado afectados por la COVID-19 y porcentaje que había perdido un familiar o amigo.....	55
Figura 7. Regiones de Salud de la Isla de Puerto Rico .....	56
Figura 8. Porcentaje trabajadores afectados por COVID-19 en función tipo institución .....	57
Figura 9. Porcentaje de usuarios afectados y fallecidos por la COVID-19 en función del tipo de institución.....	58



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Correlaciones entre las medidas utilizadas para el total de la muestra .....	72
Tabla 2. ANOVAS sobre las variables dependientes en condiciones laborales: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y haber pasado la COVID .....	73
Tabla 3. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las condiciones laborales entre lugar de trabajo y haber pasado la enfermedad, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.....	74
Tabla 4. ANOVAS sobre las variables dependientes en condiciones laborales: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y número de residentes .....	75
Tabla 5. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las condiciones laborales entre lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.....	76
Tabla 6. ANOVAS sobre las variables dependientes desadaptativas: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y haber pasado la COVID.....	77
Tabla 7. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables desadaptativas entre lugar de trabajo y haber pasado la enfermedad, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.....	78
Tabla 8. ANOVAS sobre las variables dependientes desadaptativas: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y número de residentes .....	79
Tabla 9. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables desadaptativas entre lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.....	80
Tabla 10. ANOVAS sobre las variables dependientes amortiguadoras: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y haber pasado la COVID.....	81

Tabla 11. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables amortiguadoras entre lugar de trabajo y haber pasado la enfermedad, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.....	82
Tabla 12. ANOVAS sobre las variables dependientes amortiguadoras: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y número de residentes .....	83
Tabla 13. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables amortiguadoras entre lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones .....	84

Esta tesis doctoral titulada “Impacto psicosocial de la pandemia en los trabajadores de hogares y egidas para personas mayores en Puerto Rico por COVID-19” estudia y analiza los efectos sobre variables psicológicas como son el burnout y estrés, y ciertas variables desadaptativas y amortiguadoras de la COVID-19 en los profesionales de la salud que trabajaban en egidas y hogares de adultos mayores en Puerto Rico; los resultados obtenidos pueden ofrecer información que facilite comprender las repercusiones de este hecho histórico que tuvo implicaciones mundiales.

Según el *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center* (2021), con más de 45 millones de casos de COVID y 740000 muertes, los Estados Unidos han sido el epicentro del COVID-19 a lo largo de esta pandemia. Dentro de los Estados Unidos, han surgido disparidades de salud entre poblaciones particulares, como los latinoamericanos, que se ha descubierto que tienen tasas de morbilidad y mortalidad más altas que los blancos no hispanos. Diferentes áreas de los Estados Unidos albergan grandes poblaciones de latinoamericanos, incluido Puerto Rico, un territorio no incorporado de los Estados Unidos. Según el *Puerto Rico Department of Health* (2021) los casos de COVID-19 se notificaron por primera vez entre el 9 y el 13 de marzo de

2020 y, hasta el 6 de abril de 2022, se han confirmado 270485 casos y 4171 muertes atribuidas al virus (Vidal et al., 2022).

La pandemia de COVID-19 alteró y desafió significativamente la estructura tradicional de los servicios de salud de Puerto Rico y aunque los estudios específicos sobre Puerto Rico indicaron que las prácticas y políticas de prevención (por ejemplo, toques de queda, cuarentenas, exámenes y cierre de escuelas y negocios impuestos por el gobierno local) implementadas al principio de la pandemia probablemente disminuyeron la propagación entre la población, sin embargo, existe un vacío en la investigación sobre las repercusiones de la pandemia en personas que trabajan ofreciendo cuidados en instituciones de adultos mayores. Dicha información es esencial porque puede ayudar a desarrollar intervenciones esenciales y medidas de prevención que pueden ser beneficiosas para el bienestar de las personas que trabajan directamente con adultos mayores. Puerto Rico, como territorio no incorporado de los Estados Unidos recibe la orientación del gobierno federal sobre cómo manejar las emergencias de salud pública. Sin embargo, dadas las distintas características sociales, culturales y geográficas, era importante adaptar estas recomendaciones a las necesidades de Puerto Rico (Cruz-Correa et al., 2020). En los últimos años, Puerto Rico ha enfrentado una serie de eventos desfavorables que incluyen turbulencias financieras, pérdidas masivas de población, terremotos y sequías. Antes de la pandemia, Puerto Rico ya sufría múltiples crisis: huracanes devastadores en 2017, un número récord de terremotos en 2019 y una economía precaria (García et al., 2021). El 12 de marzo de 2020, las autoridades puertorriqueñas emitieron una orden ejecutiva para establecer un cierre como medida preventiva, la primera bajo la jurisdicción de los Estados Unidos. El primer caso de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se informó en Puerto Rico el 13 de marzo de 2020, y dos días después, se estableció una orden de refugio para Puerto Rico en momentos en que para la Organización Mundial de la Salud (OMS; WHO, 2021) el patrón de transmisión en Puerto Rico aún se clasificaba como casos esporádicos (países/territorios/áreas con uno o más casos, importados o detectados localmente).

Con el brote de COVID-19, ha empeorado las crisis en curso en Puerto Rico creando “pandemias paralelas” que exacerbaban las desigualdades socioeconómicas y de salud de sus residentes más vulnerables, por tanto, se puede afirmar que en Puerto Rico la pandemia de COVID-19 ha sido una crisis más para la población de la isla. En este marco, es esencial que

los trabajadores de la salud puedan funcionar de manera óptima dado serán esenciales para ayudar a las comunidades a recuperarse de este desafío.

Aunque ha habido un escrutinio público considerable sobre el impacto de la COVID-19 en los residentes, se ha prestado mucha menos atención a cómo la pandemia ha trastocado la vida de los profesionales de atención a largo plazo y sus funciones en el cuidado de la población vulnerable. La única recopilación sistemática de datos de infecciones y muertes del personal ha sido realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; estos datos se limitan a los hogares de ancianos y las estimaciones muestran que, en Estados Unidos a fines de noviembre de 2020, al menos 322000 empleados de hogares de ancianos se habían infectado y más de 1100 habían muerto (White et al., 2021).

La pandemia ha agregado una tensión significativa a una fuerza laboral de profesionales que ofrecen cuidado a los adultos mayores ya vulnerable de por sí y que históricamente ha experimentado altos niveles de rotación, escasez crónica de personal y alto agotamiento (Castle, 2008; Geng et al., 2019; Kash et al., 2006; White et al., 2019). Para proteger a esta fuerza laboral contra el impacto a largo plazo de la pandemia, debemos comprender cómo COVID-19 ha afectado el trabajo diario del personal.

Una creciente atención al agotamiento de los cuidadores en los establecimientos de adultos mayores ha surgido de las preocupaciones sobre el bienestar de los cuidadores profesionales, así como de los riesgos de empeorar el desempeño profesional, el ausentismo y los consiguientes paros laborales (El Haj et al., 2020). De acuerdo con la literatura revisada, los profesionales de la salud que laboraban con adultos mayores durante la pandemia señalaron entre las principales consecuencias el agotamiento mental y físico debido a la escasez de personal, el aumento de la carga de trabajo y las nuevas responsabilidades. La carga emocional de cuidar a los residentes que experimentan angustia, enfermedad y muerte también se citó como significativa (White et al., 2021). Varias revisiones sistemáticas reflejaron el aumento en la prevalencia de estrés, ansiedad, depresión, insomnio o burnout entre profesionales de la salud durante la pandemia actual (El-Hage et al., 2020; García-Iglesias et al., 2020; Pan et al., 2020; Pappa et al., 2020; Shaukat et al., 2020), si bien aún se dispone de escasos estudios centrados en el bienestar profesional durante la pandemia, habiéndose priorizado los aspectos epidemiológicos de la enfermedad. Son precisamente estos profesionales de la salud los que,

en su condición de sanitarios y cuidadores, han tenido que hacer frente a una dura situación, con un doble objetivo: cuidar a sus residentes y conseguir que ni ellos ni sus residentes se contagien del virus (Martínez-López et al., 2021).

Para los profesionales de la salud, los hogares de adultos mayores y egidas también son lugares que permiten brindar atención de alta calidad y, en consecuencia, experiencia de realización. Sin embargo, la crisis de COVID-19 ha afectado la sensación de bienestar que experimentan tanto los pacientes como los profesionales de la salud. El agotamiento entre los trabajadores tiene consecuencias perjudiciales para la atención y la seguridad del paciente. Esto incluye la disminución del tiempo entre el proveedor y el paciente, el aumento de los errores y las infecciones adquiridas entre los pacientes y la escasez de personal. La realidad del sistema de salud de Puerto Rico está llevando a muchos profesionales a desarrollar burnout y por tanto aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental; estos profesionales, trabajan en ambientes angustiosos que ponen a prueba su bienestar físico, emocional y psicológico lo cual tendrá como consecuencia en un futuro no tan lejano que sea más difícil para los pacientes obtener una atención de calidad cuando la necesiten (De Hert, 2020).

La forma en que la persona percibe los estresores modera el impacto del evento estresante y las consecuencias sobre su salud física y psicológica. En ese sentido, las creencias y percepciones de los profesionales sobre los adultos mayores con los que trabajan pueden moderar el impacto del burnout y el estrés (López-Frutos et al., 2022). Es importante estudiar el burnout y el estrés de los profesionales de la salud de los hogares de adultos mayores y egidas y su impacto en su salud mental (ansiedad, depresión, evitación experiencial), no solo por la necesidad de proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los profesionales, sino también de los adultos mayores que cuidan. Por ejemplo, López et al. (2021) señalan que existen menores niveles de buena atención en profesionales cuando se producen mayores niveles de despersonalización en residencias de adultos mayores. Comprender como la pandemia ha modificado los niveles de burnout y estrés permitirá desarrollar intervenciones para promover la salud tanto de los trabajadores como de los residentes; en este sentido, obtener información sobre si existen variables que amortigüen esta situación como la resiliencia, la satisfacción o el sentido de coherencia, puede ofrecer claves para orientar esas intervenciones preventivas y de reducción de síntomas desadaptativos. Debemos tener en cuenta que la pandemia por COVID-

19, ha provocado graves consecuencias no solo en los adultos mayores institucionalizados, sino también en el personal que trabaja en dichas instituciones debido a que ha tenido que enfrentarse a mayores tasas de mortalidad y han estado expuestos a condiciones laborales y ambientales altamente estresantes como fue la carga de trabajo, la falta de protocolos adecuados y equipamiento y la presión mediática (Martínez-López et al., 2021).

Las condiciones en las que desarrollan los profesionales de la salud el cuidado profesional de los adultos mayores, deben ser las adecuadas, de lo contrario, podría implicar riesgos que afectarían no solo sus carreras, sino también la de los residentes (Martínez-López et al., 2021). El contacto continuo con los residentes, la intensidad y duración de este contacto, la excesiva carga de trabajo, el ambiente laboral y la organización asociada al cuidado profesional de las personas mayores son factores que pueden aumentar la predisposición a riesgos psicosociales, como el burnout o el estrés (INSST, 2022). Esta situación agravada en el contexto de la pandemia, y especialmente durante la primera ola debido a la inexistencia de protocolos de actuación y equipos de protección individual comprometido los factores precipitantes del riesgo psicosocial. Además, el consiguiente riesgo de que los cuidadores enfermasen y exportaran el virus a sus propias familias fuera de las residencias fue un elemento determinante en el incremento del estrés, la ansiedad y el miedo.

El valor de esta investigación radica en el aporte de información que permitirá dar a conocer las dificultades que se generaron en durante la pandemia de COVID-19 en los profesionales de la salud que laboraban en hogares y egidas de Puerto Rico.

Visibilizar las condiciones laborales, las variables desadaptativas y aquellas que pueden ser amortiguadoras puede ser utilizado para la optimización de los servicios, la prevención de los contagios, e incluso para la búsqueda de herramientas que ayuden a erradicar y/o disminuir la carga física y emocional de los profesionales de salud que laboran en dichas instituciones. Tenemos la esperanza de que, al ofrecer esta evidencia empírica s en profesionales de la salud en hogares de adultos mayores y egidas, los resultados y conclusiones allanen el camino para el desarrollo de futuras estrategias de remediación que beneficien a quienes estuvieron en la primera línea de la crisis de COVID-19.



**CAPÍTULO 1.**  
***COVID Y SUS***  
***CONSECUENCIAS***  
***PSICOLÓGICAS***

---



A finales de diciembre de 2019, el síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), luego renombrado Enfermedad de Coronavirus 2019 (en adelante, COVID-19) por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021), fue identificado inicialmente en Wuhan, la ciudad más grande de la región central de China. El COVID-19 se extendió rápidamente por todo el mundo y la OMS declaró una pandemia el 11 de marzo de 2020. Antes del 22 de abril 2020 se documentaron 2.564.515 casos confirmados acumulados y 177.466 muertes (Zhou et al., 2020). En menos de una semana, ya existían pruebas para diagnosticar el nuevo coronavirus. No obstante, la principal estrategia de salud para contener el virus fue prohibir la entrada de pasajeros de China y otros países, e implantar medidas de protección como el uso obligatorio de las mascarillas, el distanciamiento físico y evitar los lugares aglomerados (González-Rivera et al., 2020).

Puerto Rico, país donde se realiza esta tesis doctoral, es un archipiélago en el Caribe y territorio no incorporado a los Estados Unidos, cuyos residentes tienen plena ciudadanía estadounidense. Aunque es un Estado Libre Asociado con autonomía sobre los asuntos locales, el gobierno de los EE. UU. impone restricciones significativas sobre la forma en que Puerto Rico debe manejar los asuntos gubernamentales, incluida la educación, el transporte, la comunicación, el comercio exterior y salud pública (Malavet, 2004; Morales, 2019). Cuenta con aproximadamente 3.6 millones de personas (U.S. Census Bureau, 2022). Tiene una mayor proporción de adultos de 65 años o más en comparación con los Estados Unidos continentales (21 % frente a 16,5 %) (U.S. Census Bureau, 2020). El Departamento de Salud de Puerto Rico (PRDH) reportó su primer caso de la nueva enfermedad causada por la COVID-19 el 9 de marzo de 2020 y la primera muerte asociada a COVID-19 el 17 de marzo de 2020 (Portal del Departamento de Salud, 2022).

En Estados Unidos, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomendó tomar precauciones ante la entrada al país para las personas que viajaban de China, luego ampliándola a de otros países (Nazario, 2021). Mientras en Puerto Rico, el 25 de enero de 2020 el secretario del Departamento de Salud (PRDH), que seguía al pie de la letra las recomendaciones del CDC, comunicaba "... que no debe haber razón para alarmarse, ya que en estos momentos ("el virus") no representa riesgo para Puerto Rico". Tres meses más tarde, todavía el DSPR continuaba con las recomendaciones de CDC de identificar como "pacientes bajo investigación" a personas que tuvieran alguno de los síntomas clínicos y hubieran viajado a China, Irán, Italia, Japón y Corea del Sur. Sin embargo, no consideraba como "pacientes bajo investigación" a personas potencialmente contagiadas con el coronavirus que venían desde Estados Unidos, el factor de riesgo de mayor contagio para la isla. El DSPR no cuestionó que, en ese momento tan crítico de la pandemia, las guías de CDC no protegían a los puertorriqueños de la entrada del virus. El SARS-CoV-2 ha contagiado a más de 200,000 personas y ha sido la causa de muerte de más de 3000 personas enfermas con la COVID-19 en Puerto Rico desde que inició el conteo de casos (Nazario, 2021).

La pandemia en Puerto Rico se ha manifestado en cuatro olas: La primera ola fue del 6 de julio 2020 al 7 de septiembre 2020 y guardó relación con las festividades del 4 de julio del

2020, fecha en que mucha gente se aglomeró, lo cual provocó más contagios. Usualmente el periodo de incubación de esta enfermedad es corto, de 2-7 días solamente, por lo tanto, no es sorprendente que ya para el 6 de julio empezara a manifestarse esa primera ola. Las primeras dos olas fueron de corta duración y de poca intensidad, probablemente por la cuarentena y otras restricciones impuestas por la ordenanza de la Gobernadora. La segunda ola fue del 7 de septiembre 2020 al 9 de octubre 2021. La tercera y más prolongada de todas las olas fue del 10 de octubre de 2020 al 1 de marzo de 2021. Su pico ocurrió el 18 de diciembre de 2020 con 1.381 casos nuevos ese día. Esta tercera ola se agravó más después de las elecciones del 3 de noviembre porque en muchos colegios de votación no se guardó distanciamiento social. La cuarta y última ola ha sido la más alta, comenzó a principios de abril y llegó a su punto máximo el 16 de abril de 2021, con 1.635 casos, el número más grande de casos registrados desde el principio de la pandemia en la Isla. Esta última ola comenzó el 1 de marzo y desapareció a mediados de junio. No está claro a qué responde esta cuarta ola. En el momento que esta ola llegó a su máximo punto el 16 de abril, ya estábamos vacunando rápidamente a la población y habíamos alcanzado un 25% de tasa de vacunación. Para mediados de junio, ya 57% de la población había recibido al menos una dosis de la vacuna y 47% estaban completamente vacunados con las dos dosis. En ese momento 45% estaban totalmente vacunados en Estados Unidos (Cabanillas, 2021).

Poniendo en contexto la situación referente al virus, hay que mencionar que, desde hace un siglo, la familia de los coronavirus ha sido asociada con infecciones no graves en los humanos. Referente a Puerto Rico, las últimas cifras del COVID-19 apuntan un número de 262,596 casos confirmados y 3,984 muertes hasta el 9 de febrero de 2022 (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2022). Las cifras de Puerto Rico representan 8,982 casos por cada millón de habitantes, colocando a la isla por encima de otros países latinoamericanos tales como Colombia, Argentina, Méjico, República Dominicana, Cuba y Costa Rica, entre otros (OMS, 2020).

Puerto Rico (PR), como la mayoría de los otros 212 países y territorios del mundo que han sido afectados por el nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19), ha sufrido profundas repercusiones en múltiples dominios y en múltiples niveles de análisis. El Coronavirus (SARS-

CoV-2) nos obliga a considerar que las pandemias no son meramente eventos biológicos. Las epidemias impactan la economía, la religión y las artes (González-Rivera et al., 2020).

La comunidad mundial está preocupada por la enfermedad de la COVID-19 y sus consecuencias a largo plazo. Además de las consecuencias de la COVID-19 en la salud física y mental de la población, va a impactar en varias esferas de la vida, como la economía, las industrias, el mercado global, la agricultura, la salud humana, la atención médica, etc. Por ejemplo, el impacto en la economía ha sido desproporcionado y con un mayor énfasis en los grupos minoritarios y en la población envejecida, revelando la desigualdad económica y la carga social de la COVID-19 en las poblaciones más desfavorecidas. En un estudio realizado en 2021 encontraron que, a consecuencia de la pandemia, el 20% de los estadounidenses mayores de 65 años habían perdido la principal fuente de sus ingresos o habían agotado sus ahorros, pero, además, la disminución era mayor para las personas afrodescendientes (32%) o latinos (39%). La desigualdad en el riesgo de enfermarse por la COVID-19 sigue centrándose en las personas envejecidas, en las personas sin recursos económicos, y con mayor desventaja a nivel social (Nazario, 2021).

En la actualidad, el enfoque de los Estados y los organismos mundiales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), trata de controlar y mitigar el impacto de esta pandemia mediante la identificación, prueba, tratamiento de personas infectadas, desarrollo de medicamentos, vacunas y protocolos de tratamiento. Sin embargo, a pesar de tales esfuerzos para vencer esta pandemia, no estamos muy seguros de qué dirección tomará la pandemia.

Desde el comienzo de la pandemia, la demanda por los servicios de las unidades de cuidado intensivo (UCI) ha sido muy alta, en parte por el curso de la infección SARS-CoV-2 y su tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) asociada con la neumonía intersticial y la infección respiratoria aguda grave -SARI-, (OMS, 2020) A pesar de que, primordialmente, la COVID-19 es una enfermedad que impacta los pulmones, se ha encontrado que afecta otros órganos, tales como el cerebro. Así, por ejemplo, un estudio de Mao et. al. (2020) reveló que, en un grupo de 214 pacientes con COVID-19, un 36% de los pacientes presentó síntomas neurológicos y un 45%, una infección severa. Entre los síntomas, encontraron alteraciones de la conciencia y fluctuaciones en la misma. Además, aquellos pacientes con infección severa

fueron descritos como mayores de edad y tenían más trastornos vasculares subyacentes, especialmente hipertensión.

Como enfermedad de transmisión infecciosa, la COVID-19 se propaga principalmente a través del tracto respiratorio, por gotitas de fluido oral, secreciones respiratorias y contacto directo para una dosis baja de infección (Guan et al., 2020; Li et al., 2020). Algunos estudios recientes sugieren que las personas que no muestran síntomas de la enfermedad pueden transmitir la COVID-19, por lo que es importante mantener la distancia social para prevenir la propagación de este. La transmisión al tocar una superficie u objeto contaminado y luego tocar la boca, la nariz o los ojos parece ser una ruta de transmisión (Guan et al., 2020; Yin y Wunderink, 2018).

Los síntomas físicos más frecuentes descritos son la fatiga, la disnea, el dolor u opresión en el pecho, las alteraciones de gusto u olfato y la tos. Otras secuelas descritas menos recurrentes son cefalea, artralgias, anorexia, mareos, mialgias, insomnio, alopecia, sudoración y diarrea. La bibliografía sostiene que algunos síntomas se resuelven más rápidamente que otros. Por ejemplo, la fiebre, los escalofríos y las manifestaciones olfativas/gustativas suelen resolverse entre las dos y las cuatro semanas, mientras que la fatiga, la disnea, la opresión en el pecho, los déficits cognitivos y los efectos psicológicos pueden llegar a durar meses (Carfi et al., 2020; Goërtz et al., 2020; Halpin et al., 2021; Xiong et al., 2021; Moreno-Pérez et al., 2021; Peramo-Álvarez, et al., 2021).

La enfermedad también tiene un gran impacto en la salud mental, lo que hace que las personas experimenten diversos grados de problemas emocionales (Gao et al., 2021; Li et al., 2020; Yao et al., 2020). En situaciones estresantes -como una pandemia-, los trastornos asociados a la ansiedad pueden afectar significativamente a la vida cotidiana (Lee, 2020; Wang et al., 2020). A pesar de esto, en muchos países se ha identificado la salud mental como unas de las áreas que menos se han trabajado durante este periodo (Xiang et al., 2020). Mas aún, investigaciones como la de Lee (2020), respaldan que los problemas de salud mental de las personas afectadas por la pandemia de coronavirus no se han abordado adecuadamente. Como resultado del creciente número de casos y muertes la población ha estado experimentando una gama de problemas y síntomas psicológicos, entre ellos, ansiedad, depresión y estrés (Liu et al.,

2020). Esto es sorprendente dado que las tragedias masivas, particularmente las que involucran enfermedades infecciosas, a menudo desencadenan olas de miedo y ansiedad intensas que conocemos que causan interrupciones significativas en el comportamiento y en el bienestar psicológico de muchos en la población (Balaratnasingam y Janca, 2006).

La pandemia de la COVID-19 puede resultar estresante para las personas. El temor y la ansiedad con respecto a una nueva enfermedad y lo que podría suceder ante ésta pueden resultar abrumadores y generar emociones fuertes tanto en adultos como en niños (Usher et al., 2020). Las medidas de salud pública, como el distanciamiento social, han causado que las personas se sientan aisladas y en soledad y, es posible que aumente el estrés, la ansiedad y su miedo ante los brotes de enfermedades. Este miedo trae consigo otros efectos como la discriminación, de hecho, en el brote de ébola de 2014, se consideró un problema social que resultó en discriminación contra aquellos de ascendencia africana (Monson, 2017), mientras que, en el 2009, el brote de Influenza A H1N1 en los Estados Unidos de América (USA), mexicanos y trabajadores migrantes fueron objeto de discriminación (McCauley et al., 2013). Desde enero de 2020, como resultado de la propagación de COVID-19, el Reino Unido y USA han reportado informes de violencia y actos de odio hacia personas de ascendencia asiática y un aumento general de sentimientos de aversión hacia la población de origen chino (Russell, 2020).

Como se ha comentado anteriormente, serán muy frecuentes, en la mayoría de las personas, emociones como la ansiedad, el miedo, la tristeza, el enfado o la impaciencia (Brooks et al., 2020; Trabucchi y De Leo, 2020). Estas emociones comparten entre sí la función de preservar la vida y movilizarnos para defendernos de lo que nos está amenazando, el COVID-19, en este caso. Tanto el miedo como la ansiedad ayudan a enfocarnos hacia las posibles fuentes de amenaza o daño. La incertidumbre sobre cómo evolucionarán las cosas, sobre la información, sobre cuánto durarán las medidas, etc. impulsa a tratar de recuperar la percepción de control, motivando la búsqueda de certezas, imaginando escenarios posibles y evaluando los recursos con los que se cuenta (Valero et al., 2020).

¿Qué ocurrió con los profesionales de la salud? Durante la crisis sanitaria asociada al COVID-19 estuvieron en primera línea, tuvieron que equilibrar entre contener el coronavirus, por un lado, y mantener la calidad de vida de sus pacientes, por otro. Trabajaron bajo presión

para salvar vidas, a pesar del miedo a infectarse a sí mismo y a sus familias (Pinazo et al., 2022; Sarabia-Cobo et al., 2021; Sun et al., 2020).

## **1. COVID-19 y los profesionales de la salud.**

Esta emergencia cambió la vida y los hábitos laborales de todos, especialmente los de los trabajadores sanitarios que estuvieron desde el primer momento en primera línea en la respuesta al brote de la COVID-19 (Huang et al., 2020; Tian et al., 2020). Ellos se vieron directamente involucrados en el manejo de esta condición crítica que los exponía a un gran riesgo de contagiarse, unido a la incertidumbre sobre la duración de la crisis, a la falta de terapias probadas o una vacuna, y a la posible escasez de recursos sanitarios incluidos los equipos de protección (Wu et al., 2020; Lai et al., 2020; Trumello et al., 2020). Además, algunos trabajadores sanitarios optaron por vivir lejos de sus familias para protegerlas del riesgo de contagio durante este período (Wu et al., 2020).

Debido a la rápida propagación de la COVID-19, su fuerte factor de contagio, letalidad en casos graves y sin medicación específica, representaba una gran amenaza para la vida y la salud tanto física como mental de los profesionales sanitarios. En situaciones críticas relacionadas con pandemias, las investigaciones indican que las personas experimentan una respuesta de estrés asociada al miedo a contraer el virus por contacto con otras personas u objetos. También presentan síntomas de estrés postraumático, como pensamientos intrusivos, insomnio o pesadillas (Cocco et al., 2002; Wong et al., 2005). Durante la epidemia de la COVID-19, se detectó una alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión entre los profesionales de los servicios de urgencias, como hiperactivación, ira, pérdida de motivación en el trabajo, dificultad para concentrarse o para quedarse dormidos (Wong et al., 2005; Zhang et al., 2018).

Los síntomas como la ansiedad y el miedo aumentaron inmediatamente en las primeras etapas de esta crisis epidemiológica, pero disminuyeron rápidamente en las etapas posteriores. Sin embargo, los síntomas de depresión y estrés postraumático persistieron a lo largo del tiempo

(Wu et al., 2009). Los trabajadores sanitarios que participaron en el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los pacientes con COVID-19 informaron de síntomas más graves de ansiedad, depresión y estrés que los que no estuvieron en primera línea (Lai et al., 2020; Kang et al., 2020).

Diferentes estudios han demostrado un nivel persistentemente alto de angustia psicológica a largo plazo, que incluye estrés crónico, mayor incidencia de depresión y ansiedad, aumento del consumo de alcohol y problemas de conducta y ausentismo del personal (Choudhury et al., 2020). El impacto en la salud mental del personal sanitario ya se había documentado durante los brotes de SARS-CoV-1 (2003) (Mauder et al., 2004; Chong et al., 2004; Lung et al., 2009; Wu et al., 2009; Nickell et al., 2004), H1N1 (2009) (Goulia et al., 2010; Liao et al., 2014), MERS-CoV (2012) (Khalid et al., 2016; Lee et al., 2018) o ébola (2014) (Stawicki et al., 2017; Shultz et al., 2016), mostrando niveles moderados y altos de ansiedad (Goulia et al., 2010; Lee et al., 2018) depresión, estrés postraumático (Chong et al., 2004) y absentismo (Lee et al., 2018; Shultz et al., 2016) y mayor prevalencia entre profesionales de enfermería, menor edad (Mauder et al., 2004; Wu et al., 2009; Nickell et al., 2004) y con contacto directo con pacientes contagiados (Liu et al., 2012; Wu et al., 2009).

La ansiedad, en ocasiones, es parte normal de la vida. Todos nos preocupamos por cosas como los problemas de salud, dinero o los problemas familiares. La ansiedad por la salud, que surge de la mala interpretación de las sensaciones corporales y los cambios percibidos, puede tener un efecto protector en la vida cotidiana. Sin embargo, durante un brote de una enfermedad infecciosa, en particular si la información es cambiante o exagerada en los medios de comunicación, la ansiedad por la salud puede volverse excesiva y llegar a lo que llamamos hipocondría. A nivel individual, esto puede manifestarse como comportamientos desadaptativos (consultas médicas repetidas, evitando la atención médica incluso si se está realmente enfermo, atesorando utensilios de limpieza particulares como papel de baño, sanitizantes, etc.), y a un nivel social más amplio puede generar desconfianza en las autoridades y sentimientos de ser el chivo expiatorio de poblaciones o grupos particulares (Nicolini, 2020).

A nivel mundial, los estudios sobre salud mental de los trabajadores de la salud muestran que, en China, los profesionales de la salud mostraron síntomas de ansiedad (44,6%), depresión

(50,4%) y angustia (71,5%) (Lai et al., 2019).

En la crisis actual de la COVID-19, la asistencia sanitaria en primera línea, especialmente el Servicios de Urgencias, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y el servicio de Neumología, se asoció a mayor susceptibilidad para desarrollar afecciones psiquiátricas (Lai et al., 2020; Xiang et al., 2020). Pese a una identidad social y profesional basada en la experiencia y la preparación para sobrellevar exigencias emocionales y cognitivas intensas (Kröger, 2020) -personalidad resistente o dureza (Kobasa, 1979)-, la falta de información, previsión y protocolos estables de actuación (Xiang et al., 2020) pudo conllevar desmotivación y problemas de salud mental (Zhang et al., 2020), como mayor nivel de estrés (Tan et al., 2020; Chew et al., 2020), ansiedad o depresión (Bao et al., 2020).

Otros autores asociaron el mayor impacto psicológico entre los “combatientes en el frente” a las condiciones laborales (uso de equipos de protección, reorganización del espacio de trabajo, gestión de la escasez de recursos materiales y carga laboral, turnos extra y horarios más prolongados), aspectos sociales y familiares (distanciamiento social, miedo al contagio de seres queridos) y factores relacionados con los pacientes (alta tasa de mortalidad, contacto con el sufrimiento y la muerte, conflictos éticos) (Danet-Danet, 2021; El-Hage et al., 2020).

Asimismo, estudios realizados exclusivamente con personal sanitario de primera línea (Junhua et al., 2020; Wu et al., 2020) o por comparación con el resto de los profesionales (Tan et al., 2020; Xiang et al., 2020), indicaron la necesidad de promover el bienestar psicológico de los profesionales. Sin embargo, se desconoce la aplicabilidad de los planes y medidas de apoyo en otras zonas geográficas y culturales, por lo que existe una necesidad urgente de explorar los efectos psicológicos de la COVID-19 en el ámbito occidental y conocer los riesgos asociados y posibles factores de protección, con la finalidad de diseñar estrategias óptimas y eficientes de apoyo y ayuda para la salud mental (Danet-Danet, 2021).

La prestación de los servicios de salud está relacionada directamente con la atención al usuario en las diferentes especialidades con el fin de garantizar una atención adecuada y oportuna con eficiencia y eficacia. Por eso, estos problemas tienen ramificaciones más allá de la salud de los propios profesionales de la salud, dado que la pobre salud mental de estos se puede traducir en efectos adversos sobre la calidad general de los cuidados que realizan (Tawfik et al., 2019).

## **2. COVID-19 en los profesionales que trabajan en hogares y égidas en Puerto Rico.**

Una comunidad de personas mayores es un lugar donde viven adultos mayores. Hay muchos tipos de comunidades para adultos mayores en Puerto Rico. Esta tesis se va a centrar en las égidas y en los hogares de personas adultas-mayores. Cada una ellas ofrecen diferentes servicios basados en el estilo de vida y, sobre todo, basados en las necesidades de atención médica de los residentes. Las personas eligen trasladarse a cualquiera de estas comunidades de adultos mayores por diferentes razones: porque están solos y quieren estar cerca de otras personas mayores, porque necesitan ayuda con las tareas cotidianas y/o sus familiares no pueden proporcionarles un entorno seguro o atención médica adecuada.

Las égidas son apartamentos individuales en edificios para personas mayores independientes, que pueden cuidar de sí mismos, no necesitan ayuda con las tareas cotidianas como bañarse, vestirse o tomar la medicación. Los adultos mayores que ahí residen pueden alquilar o comprar sus propias unidades. Con frecuencia, las comidas están incluidas. Los servicios de limpieza, lavandería y transporte también pueden estar disponibles. Actualmente, se están convirtiendo en una alternativa de vivienda para adultos-mayores en Puerto Rico cada vez más frecuente pues les permite vivir solos, pero cerca de otros. Además, ofrecen mucha variedad de actividades sociales, recreativas y educativas.

Este tipo de alternativa de vivienda es lo que, en los países nórdicos, especialmente en Suecia y Dinamarca, se ha denominado “*cohousing senior*” para hacer referencia a viviendas gestionadas por una cooperativa o un grupo de personas que se unen para vivir en comunidad dentro de un modelo de vivienda en el cual se compartan necesidades, valores, expectativas y proyectos de vida similares; tomando como base el consumo colaborativo y destacando la importancia de que estos espacios sean autogestionados por los residentes (Rodríguez, 2021).

Los hogares para personas mayores son centros gerontológicos sustitutorios del hogar donde se realizan servicios continuados de carácter personal y sanitario. Son lugares para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que sí necesitan cuidados especiales. Proporcionan una amplia gama de servicios de salud y de cuidado personal. Los hogares de adultos mayores cuentan con personal de enfermería y otros profesionales de la salud las 24

horas del día. Estos servicios usualmente incluyen atención de enfermería, supervisión las 24 horas, tres comidas al día y ayuda con las actividades cotidianas. También cuentan con servicios de rehabilitación, tales como terapia física, ocupacional y del habla. Es lo que en España denominamos residencias de personas mayores.

Algunos hogares en Puerto Rico están equipados como un hospital; otros procuran aparentar ser más un hogar, fomentando que los profesionales se relacionen más con los residentes. También existen hogares con unidades de cuidados especiales para personas con problemas serios de memoria, tales como la enfermedad de Alzheimer. Otros permiten la convivencia en pareja. Los centros no son sólo para adultos mayores, sino para cualquier persona que necesite de cuidados las 24 horas del día.

Los hogares de ancianos han sido uno de los mayores puntos críticos para la difusión y mortalidad de la pandemia de COVID-19 durante todo el año 2020 (Grabowski y Mor, 2020). Como se ha comentado previamente, los hogares de ancianos son instalaciones construidas para el cuidado residencial y/o de enfermería de personas mayores que viven con discapacidades físicas y/o cognitivas avanzadas que requieren de mucha atención y apoyo constante, lo que los hace vulnerables a contraer infecciones como la COVID-19 (Beland y Marier, 2020; Chen et al., 2021; Wilmink et al., 2020).

Los trabajadores de los hogares y égidas de personas mayores se han visto muy afectados por la crisis del COVID-19 (Deusdad, 2020; Nyashanu et al., 2022). Han tenido que tomar decisiones difíciles sobre cómo contener el virus y han tenido que enfrentarse a la situación de ver morir a los residentes con los que han convivido y a los que han cuidado. También fueron objeto de presión social por parte de los familiares y de las autoridades de salud (regionales y comunitarias), quienes implementaron un mayor seguimiento y control sobre estos hogares (Deusdad, 2020). Esto hizo que los trabajadores pensaran que su trabajo estaba siendo infravalorado en comparación con los profesionales de los hospitales (Maben y Bridges, 2020).

Trabajadores de hogares de personas mayores también vivieron el miedo al contagio y de infectar a sus seres queridos de primera mano (Nyashanu et al., 2020). En algunos de ellos, los trabajadores decidieron aislarse como medida preventiva para detener la propagación del

virus dentro y fuera del centro, situación que les hizo sentirse culpables por ausentarse de sus familias (Huang et al., 2020). Además, aunque fueron necesarias para prevenir la infección, se ha encontrado que las medidas de contención aumentaron el aislamiento del profesional, afectando negativamente su capacidad cognitiva, funcional y emocional, exacerbando su carga emocional (Armitage y Nellums, 2020; Webb, 2020).

Además, al comienzo de la pandemia, los trabajadores de los hogares de personas mayores no tenían suficiente acceso al equipo requerido para protegerse y realizar su trabajo de forma segura (p.ej., equipo de protección personal, pruebas diagnósticas, etc.), ni recibieron capacitación para ayudarlos a combatir la COVID-19 (Fischer et al., 2020). Muchas de los hogares de ancianos no estaban preparadas para hacer frente a una crisis sanitaria de esta magnitud. El sistema ya estaba bajo tensión antes de la pandemia por personal reducido, contratos precarios, falta de equipamiento técnico, bajo reconocimiento y bajos salarios (Rada, 2020). Algunos los trabajadores de hogares de ancianos fueron obligados a trabajar en dos residencias por necesidad económica, que, además de aumentar su carga de trabajo, aumentó el riesgo de contagio durante la crisis (Armstrong et al., 2020).

Esta situación sin precedentes les ha puesto a los profesionales que trabajan en hogares y égidas para personas mayores en una situación de alto riesgo de padecer trastornos como estrés, ansiedad y depresión por estar expuestos no solo al virus sino también a situaciones que podían provocar un fuerte impacto emocional (Greenberg et al., 2020; Martin et al., 2021; Yang et al., 2020).

# **CAPÍTULO 2.**

## ***BURNOUT Y COVID-19***

---



## **1. Concepto de burnout.**

El burnout fue objeto de atención social e investigación por primera vez en la década de 1970 porque parecía que la gente entraba en un trabajo con expectativas positivas, entusiasmo y el objetivo de tener éxito. Con el tiempo, las cosas cambiaban y comenzaban a tener una profunda sensación de agotamiento, sentimientos de frustración, ira y cinismo, y una sensación de ineficacia y fracaso.

En este contexto, Freudenberger en 1974 fue el primero en acuñar el término Burnout profesional tras observar cómo voluntarios de una clínica de desintoxicación, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, llegando posteriormente al agotamiento y desmotivación por su labor. Pero es a Christina Maslach (1976) a quien se debe principalmente la categorización y difusión del Síndrome de Burnout. Ella lo definió como un síntoma de dimensiones físicas y psicológicas, incluyendo actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y

otras personas, que son el resultado del agotamiento, la fatiga, la desesperación y la desesperanza de los individuos. En 1977 da a conocer este término en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (A.P.A). Más tarde Maslach y Jackson (1986) definen el concepto de Burnout más aceptado actualmente, como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico. Al contrario que otros conceptos psicológicos, el término "burnout" no se derivó de ninguna teoría académica, sino que fue más bien un fenómeno popular, en el que muchas personas lo consideraron una descripción especialmente adecuada de lo que les costaba afrontar en el trabajo.

En los últimos 10 años, el síndrome de burnout se ha convertido en un importante problema psicosocial causado por el estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha gestionado correctamente. Es un síndrome psicológico caracterizado por el agotamiento de la energía, una mayor distancia mental del propio trabajo (es decir, cinismo o negativismo) y una reducción de la eficacia profesional (OMS; ICD-11; 2013; 2018). Se trata de un síndrome tridimensional caracterizado por un agotamiento abrumador, sentimientos de cinismo y desapego del trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros (Maslach, 1976; Maslach et al., 1986). La dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout se refiere a la sensación del trabajador de no poder dar más de sí mismo a los demás y al agotamiento de su energía o recursos emocionales, se describe como desgaste, pérdida de energía, agotamiento, debilitamiento y fatiga; la despersonalización implica el intento del trabajador de distanciarse de la persona que recibe el servicio, lo que corresponde al desarrollo de actitudes, sentimientos y respuestas negativas, como el cinismo, hacia las personas con las que tiene contacto directo. Se describió como actitudes negativas o inapropiadas, despreocupación, irritabilidad, pérdida de idealismo y retraimiento. Por último, la baja realización personal se caracteriza por la tendencia del profesional a sentirse infeliz consigo mismo e insatisfecho con sus resultados laborales porque sus logros profesionales están por debajo de sus expectativas personales, lo que se traduce en una autoevaluación negativa. Se describió como productividad o capacidad reducidas, moral baja e incapacidad para hacer frente a la situación (Gil-Monte, 2003; Martínez et al., 2014; Ortega y López, 2004).

El síndrome de burnout es una situación que se va generando progresivamente hasta

desembocar en muchas ocasiones en un estado de incapacidad para continuar con el trabajo rutinario. Suele desarrollarse en personas cuya profesión implica una profunda dedicación a terceros, como, por ejemplo, los profesionales de la enseñanza, la sanidad y los asuntos sociales (Maslach y Leiter, 2016).

Algunos autores argumentaron que el burnout era simplemente una forma de depresión, puesto que parecía estar relacionada con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout (despersonalización y baja realización personal) (Bakker et al., 2000; Guerrero y Vicente, 2001; Leiter y Durup, 1994). Sin embargo, el burnout se presenta más dentro del contexto laboral, a diferencia de la depresión, que tiende a impregnar todos los ámbitos de la vida de una persona (Freudenberger, 1983; Warr, 1987).

El Síndrome de Burnout se considera un proceso continuo, de manera que no surge de forma súbita, sino que emerge paulatinamente. Aunque no todos concuerdan en el número de fases, de modo general, se pueden observar cinco fases en el desarrollo del Síndrome de Burnout (Edelwich y Brodsky, 1980):

1. Fase inicial de entusiasmo, en la que la persona considera su trabajo como algo alentador, experimenta energía y entusiasmo ante su nuevo trabajo o asignación de actividades, y tiene expectativas positivas y se entrega íntegramente.
2. Fase de estancamiento donde el trabajo no cumple con las expectativas profesionales de la persona y ésta empieza a valorar las contraprestaciones del trabajo percibiendo que no hay equilibrio entre su esfuerzo y la recompensa que obtiene.
3. Fase de frustración, en la que aparecen sentimientos de desilusión, desmoralización o frustración. Para la persona el trabajo carece de sentido, irritándole cualquier cosa y provocando conflictos con los compañeros y los usuarios a los que atiende. Además, la salud empieza a afectarse y pueden aparecer problemas fisiológicos, emocionales y conductuales.
4. Fase de agotamiento severo, en la que aparece la resignación. Se produce un colapso emocional y cognitivo que supone distanciamiento con su puesto de

trabajo y pérdida de interés, dando lugar al absentismo laboral.

El Síndrome de Burnout se caracteriza por síntomas ansioso-depresivos, pérdida del interés por el trabajo e incluso actitudes violentas. Está relacionado con situaciones de estrés continuo en el entorno laboral (Martínez Pérez, 2010; Gómez Cantorna, 2010). Tiene consecuencias o repercusiones tanto en la propia persona (individuales) y sus relaciones interpersonales (sociales) como en la organización a la que pertenece.

Afecta negativamente la calidad de vida, salud y bienestar del trabajador. Su posible sintomatología se manifiesta a nivel físico, cognitivo, emocional y conductual (Del Valle Vega, 2016). A nivel físico o fisiológico pueden aparecer alteraciones cardiovasculares (hipertensión, taquicardia, enfermedad coronaria, etc.), gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal, náuseas, gastritis, diarrea, etc.), respiratorias (crisis asmáticas, aumento de la frecuencia respiratoria, etc.), inmunológicas (mayor frecuencia de catarrros, infecciones, alergias, alteraciones de la piel, etc.), del sueño (insomnio), menstruales (pérdida del ciclo menstrual), disfunciones sexuales, tensión y dolores musculares o articulatorios, pérdida de peso, fatiga crónica, cefaleas y migrañas. A nivel cognitivo dificultades de concentración, deseo de abandonar el trabajo e ideas suicidas. A nivel emocional disforia, baja autoestima, labilidad emocional, apatía, irritabilidad, enfado, frustración, e incluso trastornos emocionales como ansiedad o depresión. Y a nivel conductual agresividad, cinismo, conductas de riesgo, así como el abuso de sustancias tóxicas e ingesta de psicofármacos (Gil-Monte, 2013; Reyes y González, 2016; Ortega y López, 2004).

El Síndrome de Burnout también parece tener consecuencias a nivel social. La calidad de vida de las relaciones sociales y familiares se ven deterioradas apareciendo problemas con la pareja, familia y/o amigos (Burke y Greenglass, 2001; Martínez, 2010).

Por último, en el ámbito de la salud laboral se habla de factores de riesgo psicosocial como aquellos elementos que existen en el ambiente de trabajo, relacionadas con la organización de este, que cuando alcanzan un determinado nivel, producirán en el individuo una tensión, es decir consecuencias negativas en la salud y productividad (Escriba-Agüir y Burguete Ramos, 2005). En consecuencia, el burnout parece tener también efectos negativos a nivel de la organización, es decir, se encuentra un menor rendimiento laboral, mayores tasas de

absentismo laboral y de bajas, llegando incluso, en casos extremos, al abandono del trabajo. Además, pueden aparecer conflictos interpersonales con compañeros y supervisores, así como con los propios usuarios y las familias. Esto puede hacer que disminuya el rendimiento y la motivación por prestarles unos cuidados, dando un trato y una atención de poca calidad (Gil-Monte, 2013; Reyes y González, 2016).

A lo largo de los años han aparecido diferentes modelos teóricos que han tratado de buscar explicaciones al por qué las personas llegan a sufrir Burnout. Así, por ejemplo, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos psicosociales para el estudio del burnout. El primero incluye los modelos desarrollados en el marco de la Teoría Sociocognitiva del Yo donde utilizan conceptos relacionados con las relaciones interpersonales, como la preocupación por el desapego, la deshumanización en la autodefensa y los procesos de atribución. Desde estos modelos consideran que las cogniciones y/o pensamientos de las personas influyen en lo que perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. Asimismo, el grado de seguridad de la persona también determinará reacciones emocionales como la depresión o el estrés. El modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993) y el modelo de Pines (1993) son algunos de los modelos. De entre los modelos incluidos en este grupo.

El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social, proponiendo que el Síndrome de Burnout surge a partir de las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia. Así, cuando perciben de manera continuada que aportan más de lo que reciben a cambio por su implicación personal y esfuerzo, y no son capaces de resolver adecuadamente esta situación, desarrollan sentimientos de quemarse en el trabajo. Y, por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la Teoría Organizacional, los cuales hacían hincapié en las actitudes y comportamientos laborales, incluyendo como antecedentes del Burnout las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional, es decir, enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento que emplea el sujeto ante la experiencia de quemarse. Así, consideraban este síndrome como una respuesta al estrés laboral.

Como se ha comentado anteriormente, el Síndrome de Burnout suele presentarse en aquellos trabajadores que se dedican a la prestación de servicios humanos, es decir, es experimentado por individuos cuyas ocupaciones requieren interacciones intensas con personas de las que son responsables de alguna manera (por ejemplo, sus pacientes, clientes o estudiantes) (Morse et al., 2012; Schaufeli y Van Dierendonck, 1993). Por eso, los profesionales de la salud son un grupo particularmente susceptible dada la naturaleza exigente de su profesión y entorno de trabajo, por lo que la prevalencia de este trastorno es continuamente alta. Dentro de este grupo se encuentra el personal de enfermería, colectivo mayormente investigado, por la gran responsabilidad que asume en horas laborales, la sobrecarga de trabajo y el continuo contacto con pacientes críticos (Embriaco et al., 2007; Martínez et al., 2014; Morata Ramírez y Ferrer Pérez, 2004; Ortega y López, 2004; Shanafelt et al., 2012; Shanafelt et al., 2015).

## **2. Estrés y burnout en el ámbito geriátrico.**

En el ámbito geriátrico el riesgo de padecer el Síndrome de Burnout es más elevado, principalmente en el personal de atención directa (p.ej., auxiliares de enfermería o cuidadores formales) (Del Valle Vega, 2016; Reyes y González, 2016). Estos puestos conllevan una exposición diaria a situaciones de sobrecarga emocional porque, por ejemplo, a largo plazo, los trabajadores pueden implicarse emocionalmente con los usuarios a los que asisten. Están expuestos a situaciones dolorosas y a estímulos estresantes (Boerner et al., 2015; Greif, 2013). Además, estos profesionales mantienen a diario un contacto directo con la enfermedad, que en muchos casos no tiene solución porque es crónica o degenerativa. Así, estos puestos conllevan complejidad para afrontar determinadas patologías, por ejemplo, las demencias, y por su irreversibilidad y cercanía a la muerte, lo que puede acarrear decepción y sentimientos de impotencia y generar sufrimiento en los trabajadores (Juthberg et al., 2010; Kandelman et al., 2017).

Los profesionales de los centros de cuidados de larga duración se enfrentan a varios factores estresantes ocupacionales específicos que no experimenta el personal de otro tipo de

servicios y que influyen en su satisfacción laboral y pueden conducir a mayores tasas de burnout (Stone y Harahan, 2010). Uno de estos factores estresantes es el elevado número de residentes con demencia que pueden maltratar física y verbalmente al personal o a otros residentes. Asimismo, se trata de un trabajo que, por requerir una atención y cuidado las 24 horas diarias normalmente lleva implícito el que el trabajador tenga horarios distintos dada la necesidad de realizar turnos lo que aumenta aún más la presión sobre el personal de atención directa (Pitfield et al., 2011). A esto se une el hecho de que a pesar de que este personal suele ser el más numeroso en las residencias, muchas veces es insuficiente ya que el número de usuarios a los que un solo trabajador ha de atender resulta elevado lo que genera una sobrecarga laboral, imposibilitando entonces una atención y un cuidado adecuado y de calidad (Moreno, 2016; Reyes y González, 2016).

Otros factores estresantes incluyen la exposición al deterioro de la salud y la muerte de muchos de los destinatarios de sus servicios, el cuidado de personas con incontinencia urinaria o fecal, el cuidado de personas que necesitan diferentes niveles de asistencia y la integración de los residentes con demencia con otros residentes de residencias (Hasson y Arnetz, 2008; Morgan et al., 2002; Pekkarinen et al., 2004).

Por ello, el síndrome de burnout merece especial atención en estos trabajadores, ya que tiene consecuencias negativas para su salud biopsicosocial y, además, se reconoce cada vez más como amenazas importantes para la seguridad de los pacientes y la calidad de la asistencia (Martínez, 2010; Reyes y González, 2016; Woodhead et al., 2014). El agotamiento del personal representa un peligro para la salud mental y física de los trabajadores de este sector (Borritz et al., 2010; Kim et al., 2011). Además, como ya se ha comentado, el burnout hace que, a menudo, disminuya la calidad y la eficiencia de la atención prestada por los trabajadores y por lo tanto representa un peligro para los destinatarios del servicio, así como un coste para los empleadores (Ben Natan et al., 2010; Poghosyan et al., 2010; Rai, 2010).

Estos estudios han demostrado que cuando los profesionales en este sector trabajan con personal y recursos insuficientes en entornos poco seguros, es más probable que dejen de prestar los cuidados necesarios a los pacientes, situación que trae consigo una peor calidad de los cuidados, un aumento de los acontecimientos adversos y una disminución de la satisfacción de

los pacientes (Ben-Natan et al. 2010; Jenkins y Elliott, 2004). Aquellos profesionales que faltan a los cuidados tienen más probabilidades de experimentar agotamiento emocional y de calificar mal la calidad de los cuidados (Barnard et al., 2006; Nissly et al., 2005).

Todo esto se ha visto agravado por el COVID-19 puesto que las residencias han sido lugares con muchos contagios y muertes, al residir en ellos personas muy vulnerables y de alto riesgo. Todo esto ha ocasionado un gran impacto en los trabajadores (enfermeras, directivos, psicólogos, mantenimiento, cocineros, etc.) en la salud física y mental. Diferentes estudios han confirmado que les ha generado altos niveles de ansiedad y estrés y el burnout puede haberse visto afectado (Blanco-Donoso et al., 2020; Brady et al., 2021; Navarro et al., 2022a, b). A pesar de esto, se conoce muy poco sobre el efecto en la salud biopsicosocial de los trabajadores de residencias, a pesar de haber estado en primera línea.

Algunos estudios han informado de que la pandemia de COVID-19 podría haber exacerbado un problema ya existente para la atención sanitaria en residencias de ancianos, como la elevada carga de trabajo, la alta agudeza de los pacientes y el poco tiempo para completar una tarea, que precipitan el burnout (Brooks et al., 2020; Greenberg et al., 2020; Pinazo et al., 2022). Por lo tanto, es importante estudiar los síndromes de burnout durante las crisis como la pandemia de COVID-19, lo que podría permitir una acción oportuna para prevenir el agotamiento excesivo entre los profesionales sanitarios.

Además, se sabe que los profesionales sanitarios deben gestionar recursos especialmente limitados, al tiempo que hacen vulnerable su integridad física y mental y tienen que equilibrar las necesidades de los pacientes con las suyas propias y las de sus familias (Greenberg et al., 2020). Están expuestos a un alto nivel de sufrimiento de los pacientes que atienden en un sistema sociosanitario desbordado (Brooks et al., 2020), al que se suma la incertidumbre sobre la enfermedad, la gravedad de los síntomas y el miedo a la muerte del enfermo como posibilidad real (Bonanad et al., 2020; González-Silva et al., 2020). Se encuentran también en una situación excepcional, ya que tienen que prestar asistencia sanitaria al tiempo que toman decisiones éticas y morales de gran alcance (Xiang et al., 2020).

Toda esta situación puede generar una serie de síntomas en los profesionales sanitarios, como el miedo, la inseguridad y la ansiedad (Shanafelt et al., 2020), que se manifiestan en forma

de excitabilidad, irritabilidad, falta de ganas de descansar y signos de malestar psicológico (Chen et al., 2020). En algunos casos, obligan a la persona afectada a dejar de trabajar temporalmente.

Por tanto, la profesión sanitaria, en la que se incluye la atención a las personas mayores en residencias, es la que más estrés laboral o burnout genera debido al continuo contacto de los profesionales sanitarios con el dolor y el sufrimiento (Barnand et al., 2006; Bonanad et al., 2020; Chen et al., 2020).

A lo largo del tiempo se han encontrado diferentes factores de riesgo de burnout, así como factores protectores o amortiguadores.



# **CAPÍTULO 3.**

## ***FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO QUE AFECTAN AL BURNOUT / ESTRÉS***

---



Partiendo del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), no todas las personas ante una misma realidad objetiva adversa reaccionan del mismo modo. El estrés únicamente tendría lugar cuando la persona valora a sus recursos como escasos e insuficiente como para hacer frente a las demandas del entorno. A partir de este modelo, primero debemos entender qué variables han afectado en positivo o en negativo, es decir, identificar los factores protectores y de riesgo que permiten a los individuos recuperarse con éxito de esta situación tan adversa (véase figura 1).

El Síndrome de Burnout puede ser el resultado de las características individuales del profesional, de las relaciones interpersonales entre el profesional que presta el servicio y el que lo recibe, y de la interacción entre el sujeto y su ambiente profesional. Todas estas características pueden funcionar como factores protectores y de riesgo.

Figura 1. Factores de riesgo y protectores del estrés/burnout.



## 1. Variables individuales.

Se han estudiado varias variables demográficas en relación con el burnout, pero los estudios son relativamente escasos y los resultados no son consistentes (Atance, 1997; Martínez, 2010; Schaufeli y Enzmann, 1998). La edad es la variable que muestra una correlación más consistente con el burnout. Los empleados más jóvenes, son más vulnerables al síndrome debido a que se encuentran en los primeros años de su carrera profesional. En esta etapa, a la que denominan de estabilización de la carrera o de mantenimiento, tendría lugar la contrastación de las expectativas idealistas con la situación real de la práctica laboral (Atance, 1997). Por consiguiente, a mayor edad los trabajadores irían adquiriendo mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión laboral (Álvarez y Fernández, 1991; Cañadas et al., 2014). Sin embargo, otros autores defienden que a mayor edad el agotamiento emocional aumenta, por tanto, habría mayor riesgo de Burnout (Hernández y Ehrenzweig, 2008; Ortega y López, 2004).

Con relación al género, algunos estudios encuentran que las mujeres son más vulnerables al Síndrome de Burnout, hecho que ciertos autores apuntan que se debe a que la mujer debe hacer frente a una doble carga de trabajo, la resultante de la práctica profesional y de las tareas familiares o domésticas. Sin embargo, otros estudios encuentran que son los

hombres los más vulnerables (Álvarez y Fernández, 1991; Atance, 1997; Ortega y López, 2004). Por ejemplo, Gil-Monte et al. (1996) señalan que los hombres puntúan significativamente más alto en la dimensión de despersonalización que las mujeres.

Algo en lo que sí existe un acuerdo unánime es en que la falta de formación, sobre todo, práctica, hace más vulnerable al trabajador (Álvarez y Fernández, 1991). Atance (1997) apunta que este síndrome aparece con mayor frecuencia en sujetos cuya antigüedad en el trabajo es de entre cinco y diez años.

En cuanto a las características de personalidad, se han estudiado varios rasgos de personalidad en un intento de descubrir qué tipos de personas corren un mayor riesgo de sufrir burnout (Schaufeli y Enzmann, 1998). Al igual que ocurre con las variables demográficas, existen algunas tendencias sugestivas, pero no una gran cantidad de hallazgos empíricos consistentes. Se ha encontrado que el burnout tiende a ser mayor entre las personas neuróticas (caracterizado por la inestabilidad emocional), que tienen una autoestima baja, un locus de control externo (la persona no encuentra una relación entre los resultados y su capacidad y esfuerzo personal), bajos niveles de resistencia y un estilo de comportamiento de tipo A (caracterizado por la impaciencia, hostilidad, irritabilidad, adicción al trabajo, etc.). Las personas que están agotadas afrontan el burnout como si fuera su propio trabajo (Hernández y Olmedo, 2004).

Un aspecto relacionado con todo esto es la empatía, se ha encontrado que aquellos trabajadores que poseen altos niveles de empatía (capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona) son más vulnerables al agotamiento emocional y la baja realización personal (Martínez et al., 2015). Pérez (2017) apunta que quienes poseen niveles altos de regulación emocional presentan niveles inferiores del síndrome, así, esta variable amortiguaría los efectos del agotamiento emocional y la despersonalización.

Un aspecto importante dentro de las características de personalidad es la capacidad de sobreponerse a las adversidades, recuperarse y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Menezes de Lucena et al., 2006). Hablamos de resiliencia.

Aunque tiene diversas definiciones, existe consenso en asumir que significa competencia o adaptación positiva y eficaz en respuesta a amenazas significativas para la vida

o las funciones de una persona. Luthar et al. (2015) definían la resiliencia como un fenómeno caracterizado por resultados positivos a pesar de las amenazas a la adaptación o el desarrollo, en el que las personas pueden salir aún más fortalecidas de la situación, mejorar sus estrategias de afrontamiento y mejorar la adaptación y el bienestar. La resiliencia implica actividades externas (desarrollar habilidades para resolver problemas o participar en trabajos, la oración el ejercicio físico, el juego o el arte) e internas (adoptar formas de pensar que atenúen el impacto de las experiencias traumáticas).

Diferentes estudios han demostrado que la resiliencia es un mecanismo caracterizado por resultados positivos a pesar de las amenazas a la adaptación, es decir, ayuda a los individuos a mitigar la angustia moral y el agotamiento (Connor, 2006). En consecuencia, los individuos pueden salir aún más fortalecidos de una situación dada, mejorando sus estrategias de afrontamiento, así como su adaptación (Meléndez et al., 2018, 2020; Perlman et al., 2017).

Contar con buenos niveles de resiliencia parece funcionar como forma de protección para que los trabajadores no sufran los efectos psicológicos causados por la pandemia (Cai et al., 2020). De hecho, Robles-Bello et al. (2022) informan de que la resiliencia puede convertirse en un factor de protección que contribuye a predecir la capacidad de adaptarse con flexibilidad a la situación de COVID-19. Asimismo, los hallazgos de Altieri y Santangelo (2021) han puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar programas específicos para cuidadores, incluso aquellos con alta resiliencia, dirigidos a la adquisición de estrategias de afrontamiento y habilidades para la vida que refuercen las variables utilizadas para minimizar las secuelas biopsicosociales provocadas por la pandemia. Por lo tanto, desarrollar altos niveles de resiliencia podría ser importante para que una persona sea capaz de adaptarse a nuevas situaciones. Además, podría ayudar al personal sanitario a mantener un estado de ánimo positivo y su capacidad para recuperarse de la actual crisis sanitaria.

Otro de los recursos con los que puede contar una persona para hacer frente a las situaciones estresantes es el Sentido de Coherencia -SOC- que contribuye al desarrollo y al mantenimiento de la salud. Antonovsky (1987) lo propuso basándose en los resultados de la investigación en personas de mediana edad y mayores altamente motivadas y sanas en condiciones de estrés. Se define como la capacidad de uno para comprender una situación particular y utilizar los recursos disponibles de manera eficaz mediante el uso de estrategias de

afrontamiento adaptativas (Eriksson y Lindstrom, 2007; Masanotti et al., 2020). Según la conceptualización de Antonovsky, el SOC tiene tres componentes: la comprensibilidad (cognitiva), la manejabilidad (instrumental) y la significatividad (motivacional). Todo ello se traduce en dos elementos fundamentales en la gestión del estrés: la orientación hacia la aceptación y la resolución de problemas y la capacidad para utilizar los recursos disponibles. Para Virués-Ortega et al. (2007), el SOC consiste en una capacidad general para percibir experiencias vitales que permite a la persona actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. Se ha descrito como un determinante del bienestar y un factor de protección contra el malestar psicológico y la sobrecarga (Navarro et al., 2021), así como un elemento que refuerza la resiliencia personal (López-Martínez et al., 2019; Navarro-Prados et al., 2022).

Parece tener un papel protector frente a los estresores derivados del entorno laboral y las dificultades para equilibrar trabajo y familia (Eriksson y Lindström, 2005, 2006). Se relaciona con la adaptabilidad en el lugar de trabajo, la satisfacción laboral y la ausencia de enfermedad, además de ser un factor de protección contra los factores de estrés procedentes del entorno laboral y las dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar (Basińska et al., 2011; Schäfer et al., 2020; Ward et al., 2014). Así, por ejemplo, las personas con un alto SOC muestran una mayor capacidad para evitar situaciones peligrosas. Tienden a incorporar más fácilmente comportamientos que promueven la salud y a rechazar los perjudiciales. Sin embargo, el SOC se asocia con un menor riesgo de problemas de salud, como el agotamiento o la depresión (Basińska et al., 2011; Schäfer et al., 2007).

A pesar de que el SOC puede desempeñar un papel protector frente a circunstancias adversas al reducir los niveles de sobrecarga emocional y ansiedad (Antonovsky, 1987; Matsushita et al., 2014), su relación con el síndrome de burnout en los trabajadores de residencias de ancianos durante este brote de coronavirus aún no se ha explorado. Los pocos estudios previos, anteriores al COVID-19, que establecieron una relación entre el SOC y el burnout laboral, fueron con muestras de farmacéuticos (Basson y Rothmann, 2002), trabajadores sanitarios (Steinlin et al., 2017), cuidadores familiares (Matsushita et al., 2014), profesores (Bracha y Bocos, 2015) y/o estudiantes universitarios (Fernández-Martínez et al., 2017). Sus hallazgos indican que los profesionales con un SOC fuerte son más capaces de movilizar recursos, valorar las situaciones estresantes como desafiantes y utilizar enfoques

eficaces de resolución de problemas con el fin de manejar el estrés y experimentar niveles más bajos de burnout (Kalimo et al., 2003). Esto se debe a que cuanto más fuerte es el SOC, mayor es la tendencia a identificar la naturaleza del factor estresante al que nos enfrentamos y a seleccionar los recursos adecuados para cada situación. Más concretamente, estos resultados indican que un SOC débil (y especialmente la manejabilidad) está estrechamente relacionado con el agotamiento emocional.

Con referencia a las estrategias de afrontamiento, entendidas como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984). Existirían cuatro tipos de estrategias de afrontamiento: directas/activas (cambiar la fuente de estrés o confrontarse con la persona que causa el estrés), directas/inactivas (ignorar la fuente de estrés o abandonar la situación estresante), indirectas/activas (hablar sobre el estrés a otras personas que sirvan de apoyo o implicarse en otras actividades) e indirectas/inactivas (beber alcohol, tomar drogas, etc.). Diversos autores han demostrado que las personas con burnout afrontan los acontecimientos estresantes de forma más bien pasiva y defensiva, mientras que el afrontamiento activo y de confrontación se asocia con menos burnout (Hernández et al., 2004).

Un constructo muy relacionado con las estrategias de afrontamiento es la flexibilidad psicológica, la cual, podría ayudar a gestionar las emociones desagradables que experimentan las personas a la hora de enfrentarse a algún acontecimiento difícil. Así, por ejemplo, se ha observado que aquellos estilos de afrontamiento basados en la flexibilidad psicológica pueden llevar a prevenir el estrés laboral, aumentando el grado de satisfacción laboral y la salud tanto psicológica como física (McConachie et al., 2014; Ramaci et al., 2019; Ruiz y Odriozola-González, 2017). Por el contrario, las estrategias de afrontamiento opuestas a la flexibilidad psicológica, como la evitación experiencial (evitación de emociones, pensamientos o sensaciones desagradables), tienden a tener mayores niveles de estrés y presentan mayor riesgo de burnout (Bardeen y Fergus, 2016; Kent et al., 2019; Montaner et al., 2021).

Un proceso clave en la inflexibilidad psicológica es la fusión cognitiva, que se refiere al fenómeno por el cual las personas creen que el contenido de sus pensamientos y emociones es real y literal, en lugar de estados internos transitorios (Hayes et al., 2011). La atención y el

comportamiento de las personas que están muy "fusionadas" con el contenido de sus cogniciones están dominados por este proceso, sin ser conscientes del propio proceso de pensamiento, y este proceso puede llegar a dominar el comportamiento por encima de otras fuentes de regulación conductual (Gillanders et al., 2014). Así, la fusión cognitiva se refiere a la tendencia de la conducta a estar excesivamente regulada e influenciada por los pensamientos. Por ello, la fusión cognitiva se ha asociado a diferentes consecuencias psicológicas como vergüenza o depresión, (Dinis et al. 2015), malestar del cuidador (Barrera-Caballero et al. 2022), así como sintomatología depresiva y ansiosa en poblaciones y contextos muy diversos (Gillanders et al., 2014).

La evitación experiencial se define como la falta de voluntad para experimentar pensamientos, emociones o sensaciones corporales no deseados, e interfiere en el progreso hacia objetivos valiosos. También es un concepto central de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La aceptación se enseña como alternativa a la evitación experiencial e implica el reconocimiento de las exigencias de una situación concreta y la adaptación a ella, lo que permite al individuo cambiar de estrategia para resolver un problema cuando es necesario o no actuar impulsivamente (Hayes et al., 2006).

Una mayor evitación experiencial también se ha relacionado con mayores niveles de depresión entre los adultos mayores durante la pandemia causada por la COVID-19 (López et al., 2021). En la misma línea, un estudio realizado por Navarro-Prados et al. (2022) encontró que la evitación experiencial era un importante predictor de los efectos que la COVID-19 en los trabajadores de las residencias de ancianos, es decir, estamos ante una estrategia desadaptativa a largo plazo, ya que conduce al desarrollo de problemas emocionales y puede coincidir con síntomas físicos y de comportamiento.

La evitación experiencial tiene un papel significativo en la salud mental de las personas en general (McHugh, 2011), y de los profesionales de la salud (Frögéli et al., 2015). Un estilo de afrontamiento basado en la aceptación experiencial puede prevenir el desarrollo de burnout en el trabajo y mejorar la satisfacción vital en una muestra de profesionales sanitarios que trabajan con personas afectadas por demencia y, por tanto, presentan una mejor salud física y psicológica (Montaner et al., 2021). En consecuencia, un estilo de afrontamiento basado en la aceptación podría proteger a los profesionales de estos centros de desarrollar problemas de salud mental durante la pandemia.

## **2. Variables interpersonales o sociales.**

El clima social de un lugar de trabajo está relacionado con el estrés laboral y el burnout (Kinman et al., 2011; Kowalski et al., 2010). El apoyo social puede reducir el burnout y el estrés laboral (Jenkins y Elliott, 2004), aunque se sabe poco acerca de los tipos de apoyo social que están disponibles para los profesionales que trabajan en cuidados a largo plazo, y si los diferentes tipos de apoyo están relacionados con el burnout. El apoyo social puede proporcionar funciones informativas, emocionales o instrumentales (Thoits, 2011). La provisión de ciertos tipos de apoyo social dentro de las relaciones laborales y no laborales, como el apoyo instrumental y la reafirmación de la valía, puede tener un resultado positivo en la salud y el bienestar, como ayudar a las personas a lidiar con el estrés laboral y el burnout (Akroyd et al., 2002; Scheurer et al., 2012; Stevens et al., 2013; Varvel et al., 2007).

El apoyo social hace referencia a la ayuda y la protección real o percibida la ayuda y ofrecidas por los demás. Puede ser formal (supervisores inmediatos) o informal (familia, compañeros de trabajo). Se han descrito cuatro características definitorias: el apoyo emocional, que está relacionado con el afecto e incluye actitudes como la atención, la confianza, la empatía, el civismo y el cariño; el apoyo instrumental, es decir, la provisión de bienes o servicios tangibles o asistencia específica; el apoyo informativo, o la provisión de información en momentos de estrés; y el apoyo evaluativo, mediante el cual se proporciona información para permitir la autoevaluación (Shirey, 2004).

La falta de apoyo social se ha relacionado con niveles más elevados del Síndrome de Burnout (Gil-Monte, 2003; Martínez, 2010; Velando-Soriano et al., 2020). El apoyo de compañeros de trabajo y amigos o familiares se ha asociado con un menor agotamiento emocional y mayores niveles de realización personal (Woodhead et al., 2014). Por tanto, potenciar este aspecto en los trabajadores podría mitigar los efectos del estrés laboral sobre la salud (García-Rojas et al., 2015; Schmidt, 2013). Por ejemplo, existen estudios que han encontrado que un apoyo adecuado por parte de los supervisores puede limitar el desarrollo del burnout, y que deberían aplicarse programas para ayudar al personal de enfermería a gestionar el estrés, desarrollar habilidades de afrontamiento o aumentar los conocimientos y las habilidades (Liang et al., 2013; McGilton et al., 2007).

Asimismo, la falta de asertividad se relaciona significativamente también con la

ansiedad social, el agotamiento emocional y la baja realización personal (Salazar et al., 2014).

Durante esta pandemia, el apoyo social puede haber desempeñado un papel importante. Así, por ejemplo, en un estudio con enfermeras se comprobó que compartir continuamente sentimientos y experiencias con los compañeros y expresar emociones negativas reducía en gran medida los niveles de estrés y agotamiento (Catton, 2020; Mo et al., 2020).

### **3. Variables organizacionales.**

Si las condiciones laborales son fuente de estrés, todos los miembros que componen la organización estarán inmersos en las dinámicas que se generen, en este sentido la organización juega un papel importante en el desarrollo del Burnout (Maslach, 2009). Más de tres décadas de investigación sobre el burnout han identificado varios factores de riesgo organizativos en muchas ocupaciones de diferentes países (Maslach et al., 2001; Schaufeli y Enzmann, 1998). Maslach y Leiter (1997; 1999) identificaron seis ámbitos clave: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad y valores.

Las investigaciones han demostrado que la fuente más importante de estrés en el entorno laboral es la carga de trabajo: las exigencias del trabajo superan los límites humanos. Esto es, la situación en la que el trabajador ha de desempeñar una gran carga de tareas o atender a un número elevado de usuarios, es decir, no tiene el tiempo suficiente como para ofrecer una atención y un cuidado adecuados u óptimos, dado que existe escasez de personal (Álvarez y Fernández, 1991; Maslach, 2009). El aumento de la carga de trabajo tiene una relación consistente con el burnout, especialmente con la dimensión de agotamiento (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al., 2001; Schaufeli y Enzmann, 1998).

Los modelos estructurales del burnout han demostrado que el agotamiento funciona como mediador en la relación de la carga de trabajo con las otras dos dimensiones del burnout (Lee y Ashforth, 1996; Leiter y Harvie, 1998). Esta asociación refleja la relación de las exigencias del trabajo con el estrés laboral en la literatura sobre estrés y afrontamiento (Cox et al., 1993). Tanto la sobrecarga de trabajo cualitativa como la cuantitativa contribuyen al agotamiento al reducir la capacidad de las personas para satisfacer las exigencias del trabajo.

El punto crítico se produce cuando las personas son incapaces de recuperarse de las exigencias del trabajo puesto que no encuentran la oportunidad de recuperarse durante periodos de descanso en el trabajo o en casa (Shinn et al., 1984).

Un problema importante de control se produce cuando las personas experimentan un conflicto de roles. Muchos estudios sobre el burnout han descubierto que un mayor conflicto de roles se asocia fuerte y positivamente con un mayor agotamiento (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al., 1996). El conflicto de rol surge de múltiples autoridades con demandas contradictorias o valores incongruentes, y las personas en esta situación no pueden ejercer un control efectivo en su trabajo. El conflicto de rol no es simplemente un indicador de exigencias laborales adicionales, sino que es emocionalmente agotador en sí mismo (Siefert et al., 1991; Starnaman y Miller, 1992). En general, la ambigüedad de rol se asocia con un mayor agotamiento, pero la relación no es tan consistente como la del conflicto de rol (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al., 1996).

Cuando las personas tienen más control sobre su trabajo, pueden elegir más libremente sus acciones, lo que puede conducir a una mayor satisfacción con el trabajo y a un mayor compromiso con el mismo. En la teoría de la demanda y el control del estrés laboral de Karasek y Theorell (1990) defendían el papel facilitador del control.

Está comprobado que la participación en la toma de decisiones de la organización se asocia con mayores niveles de eficacia y menores niveles de agotamiento (Fernet et al., 2004; Peeters y Rutte, 2005). Por eso, aumentar el control ha sido el objetivo de algunas de las intervenciones diseñadas para prevenir el agotamiento (Sonnetag y Frese, 2013).

Un aspecto importante y relacionado con el papel y la participación de los profesionales en la institución es la imparcialidad que se produce cuando las decisiones en el trabajo se perciben como justas y equitativas (Campbell et al., 2013; Lambert et al., 2010). La experiencia de la injusticia parece estar asociada con los aspectos de agotamiento y cinismo del burnout (Jin et al., 2015). Asimismo, la equidad es otro aspecto fundamental, así pues, las percepciones de equidad o desigualdad se basan en la determinación de las personas del equilibrio entre sus aportaciones (es decir, tiempo, esfuerzo y experiencia) y sus resultados (es decir, recompensas y reconocimiento). Investigaciones en este sentido han descubierto que la falta de reciprocidad, o los procesos de intercambio social desequilibrados, predicen el agotamiento (por ejemplo,

Bakker et al., 2000; Schaufeli et al., 1996). Parece que los empleados valoran la equidad en sí misma y la consideran indicativa de una auténtica preocupación por el bien a largo plazo del personal de la organización, especialmente en tiempos difíciles.

Cuando la percepción de que las recompensas e incentivos -monetarias, sociales e intrínsecas- son insuficientes (Maslach, 2009), es decir, no son coherentes con las expectativas, aumenta la vulnerabilidad de las personas al burnout (Chappell y Novak, 1992; Glicklen, 1983; Maslanka, 1996; Siefert et al., 1991). La falta de reconocimiento por parte de los destinatarios del servicio, los colegas, los directivos y las partes interesadas externas parece estar relacionado con el burnout (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al., 1996).

Asimismo, para la mayoría de las personas, lo que hace que el trabajo continúe es el placer y la satisfacción que experimentan con el flujo diario de trabajo que va bien, es decir, las recompensas intrínsecas (como el orgullo de hacer algo importante y hacerlo bien) que pueden ser tan importantes como las extrínsecas, sino más (Hammig et al., 2012). El reconocimiento de las contribuciones de los empleados se ha identificado como un método directo, eficaz y de bajo coste para prevenir el agotamiento y aumentar el compromiso de los empleados con su trabajo (Day y Randell, 2014).

La comunidad o clima laboral es la calidad general de la interacción social en el trabajo, incluidos los conflictos, el apoyo mutuo, la cercanía y la capacidad de trabajar en equipo. La existencia de un clima laboral deficiente o de malas relaciones tanto con compañeros de trabajo, supervisores, familiares de usuarios, etc. parece estar relacionado con el burnout (Cañadas et al., 2014; Greenglas et al., 1994; Maslach et al., 1996; Ortega y López, 2004). Así, por ejemplo, el apoyo por parte de los supervisores se ha asociado de forma más consistente con el agotamiento, reflejando el impacto de éstos en la carga de trabajo de los miembros del personal. Por el contrario, el apoyo de los compañeros de trabajo está más estrechamente relacionado con el logro o la eficacia, lo que refleja el valor que los profesionales conceden a la evaluación experta por parte de sus compañeros. Independientemente de su forma específica, se ha observado que el apoyo social se asocia a un mayor compromiso (Cortina et al., 2001; Leiter, 2012). También se ha prestado atención al sentimiento de comunidad en una organización y su influencia en el burnout. Parece que contar con un buen sentimiento de comunidad amortigua el impacto de la percepción de desigualdad en el trabajo (Deery et al., 2011; Savicki et al., 2003).

No se ha investigado mucho sobre el impacto de los valores en el estrés laboral, pero parece desempeñar un papel clave en la predicción de los niveles de agotamiento y compromiso (Leiter y Maslach, 2004). Los valores son los ideales y las motivaciones que llevaron a las personas a su puesto de trabajo y, por lo tanto, son la conexión motivadora entre el trabajador y el lugar de trabajo, que va más allá del intercambio utilitario de tiempo por dinero o promoción profesional. En algunos casos, las personas pueden sentirse obligadas por el trabajo a hacer cosas que no son éticas ni acordes con sus propios valores, o pueden verse atrapadas entre valores contradictorios de la organización. En otros casos, puede haber un conflicto entre las aspiraciones profesionales personales y los valores de la organización, como cuando las personas se dan cuenta de que entraron en una ocupación con unas expectativas equivocadas. Los estudios han demostrado que la incongruencia de valores, junto con la sobrecarga de trabajo, es especialmente relevante para la experiencia de burnout de los empleados (Brom et al., 2015; Leiter et al., 2009; Veage et al., 2014).

Por otro lado, existen factores de riesgo que, aunque son propios del puesto de trabajo, se considera que la organización puede mediar en la medida de lo posible sobre ellos; por ejemplo, la baja flexibilidad de rotación de turnos o de horario laboral (Atance, 1997; Martínez, 2010); el contacto con usuarios problemáticos y dependientes, con enfermedades irreversibles, el dolor y la cercanía de la muerte, lo cual supone un impacto y sobrecarga emocional (Cañadas et al., 2014; Gil-Monte, 2003; Ortega y López, 2004).

En definitiva, el burnout se considera un problema social, y no meramente teórico; los datos epidemiológicos demuestran que tiene una alta prevalencia y que tiene consecuencias personales y laborales muy negativas (Kitaoka y Masuda, 2013).

# **CAPÍTULO 4.**

## ***MATERIAL Y MÉTODO***

---



## 1. Objetivos e hipótesis.

El objetivo general de este estudio fue analizar como afectó a las condiciones laborales y a variables psicológicas desadaptativas y amortiguadoras de los trabajadores de hogares y égidas de la isla de Puerto Rico la pandemia por COVID-19.

Derivado de este objetivo general, se plantearon diversos objetivos específicos, así como las hipótesis que se dependían de los mismos.

OE1. Analizar la relación entre las medidas utilizadas.

H1.OE1. Se espera observar que las dimensiones de burnout agotamiento emocional y despersonalización y el estrés se relacionen de forma significativa y positiva entre ellas y con aquellas variables que son desadaptativas (evitación experiencial, estado de ánimo negativo y las dimensiones de ansiedad: queja somática, regulación emocional, evaluación negativa), mientras que se relacionaran significativa y negativamente con las variables amortiguadoras.

H1.OE1. Se espera observar que aquellas variables que son amortiguadoras

(satisfacción vital, resiliencia y sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) se correlacionen positivamente entre ellas y con el burnout crecimiento personal y negativamente con las variables desadaptativas.

OE2. Estudiar cómo funcionan las variables dependientes relacionadas con las condiciones laborales (estrés percibido y dimensiones de burnout) en la variable independiente lugar de trabajo y: a. haber pasado la COVID-19; b. número de residentes.

H3.OE2. En aquellos entornos profesionales donde se trabaja con adultos mayores independientes (égidas) el estrés y el burnout no estarán afectados por la variable haber pasado la enfermedad. En cambio, cuando se trabaje con adultos mayores dependientes (hogares) el haber pasado la enfermedad puede tener una carga negativa hacia la percepción de estrés y la sensación de estar quemado en el trabajo.

H4.OE2. Los entornos con mayor número de residentes, generará más estrés percibido tanto en hogares como en égidas. El burnout afectará en mayor medida a los hogares cuando exista un mayor número de usuarios.

OE3. Estudiar cómo funcionan las variables dependientes relacionadas con las variables psicológicas desadaptativas (evitación experiencial, estado de ánimo negativo y dimensiones de ansiedad) en la variable independiente lugar de trabajo y: a. haber pasado la COVID-19; b. número de residentes.

H5.OE3. En ambos entornos laborales el haber pasado la enfermedad tendrá una carga negativa que supondrá un peor estado de ánimo, mayor repercusión en la ansiedad y aplicación de la evitación experiencial.

H6.OE3. En los entornos con usuarios independientes (egidas) no debería existir evitación psicológica ni depresión independientemente del número de residente; en cambio en los hogares si afectara, siendo las puntuaciones más altas cuanto mayor sea el número de residentes. Tanto en égidas como en hogares el número de residentes afectara significativamente a la ansiedad siendo más alta cuando más usuarios se tenga.

OE4. Estudiar cómo funcionan las variables dependientes relacionadas con las variables

psicológicas amortiguadoras (satisfacción, resiliencia y dimensiones del sentido de coherencia) en la variable independiente lugar de trabajo y: a. haber pasado la COVID-19; b. número de residentes.

H7.OE4. En ambos entornos laborales el haber pasado la enfermedad debería afectar a la satisfacción vital negativamente, pero debería mejorar la resiliencia y el sentido de coherencia.

H8.OE4. En ambos entornos laborales el número de usuarios no debería afectar a la satisfacción vital, pero la resiliencia y el sentido de coherencia deberían ser más altas cuanto mayor fuera el número de usuarios.

## **2. Participantes.**

Este estudio consideró a los profesionales de instituciones de adultos mayores de la Isla de Puerto Rico que trabajaban tanto en los hogares de adultos mayores como en las égidas y que tienen carácter gubernamental. Tanto hogares como égidas son dos opciones de vivienda que pueden elegir los adultos mayores que no quieren o pueden residir en su propia vivienda.

Los hogares son aquellas instituciones donde residen adultos mayores que son dependientes y proporcionan atención de enfermería especializada, rehabilitación, servicios médicos, cuidado personal y recreación en un entorno supervisado y seguro (Castle, 2010). En las égidas residen adultos mayores que son independientes y generalmente son apartamentos o condominios individuales en edificios para personas de la tercera edad que pueden manejarse de manera independiente pero que no tienen los recursos para adquirir una vivienda (Guadalupe, n.d.). Muchas égidas ofrecen actividades para compartir en común y otras tienen servicio de transporte, enfermeras y trabajadoras sociales, y en su mayoría están cerca de hospitales y otros lugares que los residentes pueden necesitar.

Como criterio de inclusión, se evaluó a aquellos profesionales de la salud que estaban o hubieran estado en activo en la red gubernamental de hogares y égidas de Puerto Rico durante la pandemia por COVID-19.

La pandemia en el País se manifestó en cuatro olas tras el periodo de confinamiento. La primera ola fue del 6 de julio 2020 al 7 de septiembre 2020 y guardó relación con las

festividades del 4 de julio del 2020, fecha en que mucha gente se aglomeró, lo cual resultó en más contagios. Usualmente el periodo de incubación de esta enfermedad es corto, de 2-7 días solamente, por lo tanto, no es sorprendente que ya para el 6 de julio empezara a manifestarse esa primera ola. La segunda ola fue del 7 de septiembre 2020 al 9 de octubre 2020. Las primeras dos olas fueron de corta duración y de poca intensidad, probablemente por la cuarentena y otras restricciones impuestas por la ordenanza de la Gobernadora. La tercera y más prolongada de todas las olas fue del 10 de octubre de 2020 al 1 de marzo de 2021. Su pico ocurrió el 18 de diciembre de 2020 con 1381 casos nuevos ese día. Esta tercera ola se pronunció más después de las elecciones del 3 de noviembre porque en muchos colegios de votación no se guardó la distancia social. La cuarta ola fue la más alta, comenzó a principios de abril y llegó a su punto máximo el día 16 de abril de 2021, con 1635 casos, el número más grande de casos registrados desde el principio de la pandemia en la Isla; esta última ola desapareció a mediados de junio. En relación a sus causas, no está claro a qué respondió esta cuarta ola, sin embargo, sí que se debe señalar que en el momento que esta ola llegó a su máximo punto el proceso de vacunación ya estaba en marcha, y se había alcanzado un 25% de tasa de vacunación. De ahí en adelante la curva descendió rápidamente. Para mediados de junio un 57% de la población había recibido al menos una dosis de la vacuna y 47% estaban completamente vacunados con las dos dosis. En ese momento el 45% estaban totalmente vacunados en Estados Unidos (Cabanillas, 2021). La evaluación se realizó entre los meses de octubre de 2020 y febrero del 2021, momento en el cual la tercera ola por COVID-19 en la Isla estaba en su apogeo. El protocolo, inicialmente pensado para ser aplicado en lápiz y papel fue configurado finalmente mediante un sistema online. Para ello, se elaboró el protocolo en línea a través del sistema de encuestas LimeSurvey de la Universidad de Valencia cuya duración oscilaba entre 25 y 35 minutos. El protocolo se difundió mediante muestreo no probabilístico tipo bola de nieve a las personas de la red de contactos de hogares y égidas de la Oficina de Epidemiología e Investigaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico, solicitando, a su vez, a estos participantes que reenviaran la invitación a los contactos de la institución.

La primera página del cuestionario incluía información sobre el objetivo del estudio, el tipo de colaboración que se esperaba del participante, la duración de la prueba, el anonimato de las respuestas, el derecho de protección de datos, la confidencialidad del proceso de tratamiento de los datos, la voluntariedad de la participación en la investigación y el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento. También se proporcionaron los datos de contacto necesarios

para atender posibles dudas o consultas en referencia al estudio.

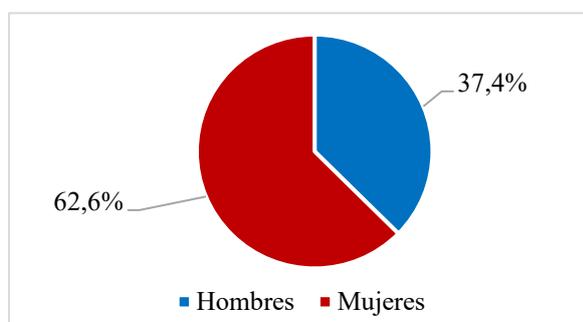
En la siguiente página y, antes de acceder a las distintas preguntas y cuestionarios, era necesario confirmar el consentimiento para participar en el estudio. Una vez este era aceptado, los participantes accedían a una nueva página en la cual aparecían las preguntas en relación a variables sociodemográficas. Las siguientes paginas presentaban, de forma independiente, cada uno de los instrumentos seleccionados para la evaluación.

Debe señalarse que, en todo momento, aparecía en la parte superior de la página una barra de progreso indicando el porcentaje realizado, que existía la posibilidad de navegar hacia atrás, y que también existía la obligatoriedad de responder a todos los ítems de los cuestionarios, en el caso de que no lo finalizaran las respuestas no eran guardadas. Además, con el objetivo de conocer si los encuestados respondían a los ítems al azar, se incluyeron cuatro preguntas de control de la atención en los cuestionarios; un ejemplo de este tipo de ítems es “Si estás leyendo esto, marca la opción 1 = totalmente en desacuerdo”. Las personas que presentaron dos o más errores en estos cuatro ítems fueron eliminadas debido a la posibilidad de que estuvieran contestando al azar.

Una vez los participantes respondían la última escala, aparecía una última página que agradecía su participación e informaba de que las respuestas habían sido guardadas con éxito.

La muestra inicialmente fue de 923 participantes, sin embargo, 23 fueron eliminados debido a que incumplieron el requisito de las preguntas de control, lo que supone un 2,49%. De este modo, para este estudio se dispuso de una muestra de 900 participantes de entre 20 y 66 años con una media de edad de 44,8 ( $DT = 8,5$ ). Por lo que se refiere al género 563 son mujeres para un 62.6% y 337 son hombres para un 37.4%.

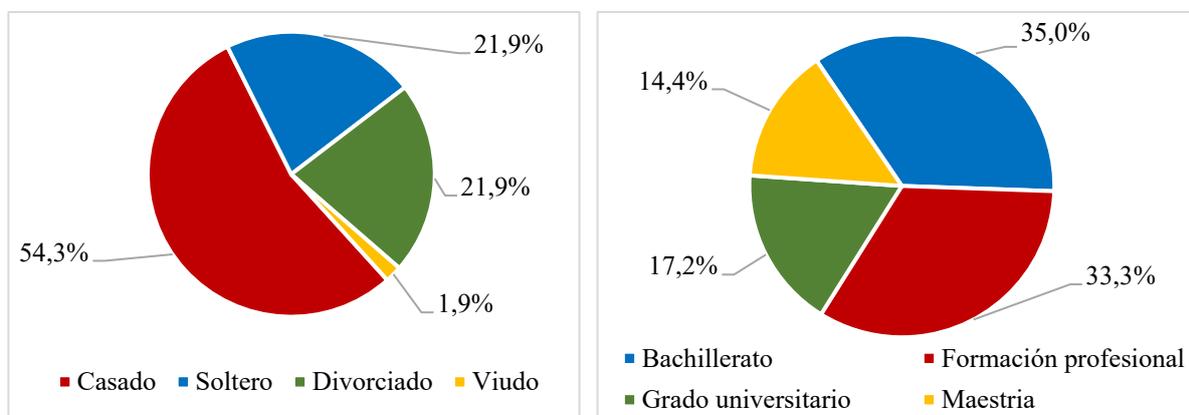
Figura 2. Porcentaje de participantes en función del género.



En relación al estado civil un 54,3% estaba casado, un 21,9% soltero, un 21,9% divorciado, un 1,9% viudo. En relación a los niveles académicos de Puerto Rico, la escuela

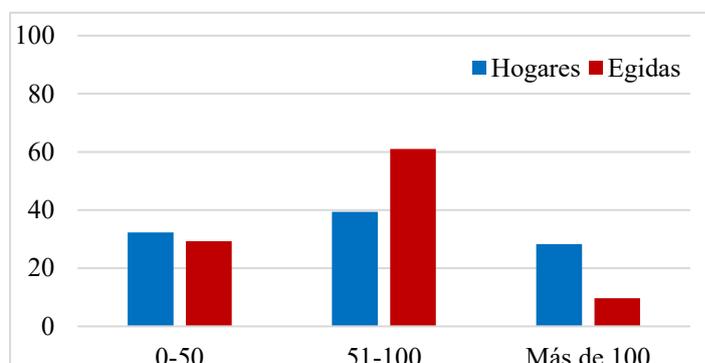
elemental va desde el primer al quinto grado (6-10 años); la escuela intermedia comprende desde sexto hasta octavo grado (estudiantes usualmente entre 11 y 13 años) y la escuela superior comprende de noveno hasta duodécimo grado (usualmente estudiantes entre 14 y 17 años). Además, existe la posibilidad de cursar estudios técnicos similares a la formación profesional de otros países. Finalmente estarían los grados universitarios y las maestrías complementarias que refuerzan los estudios de grado. En este sentido la distribución de los participantes en función de los niveles académicos fue la siguiente: el 35% finalizaron bachiller, un 33,3% poseía formación profesional, un 17,2% tenía un grado universitario y el 14,4% tenía un máster.

Figura 3. Porcentaje de participantes en función del estado civil y del nivel académico.



En relación a las características laborales el 50,1% estaba empleado en égidas y el 49,9 en hogares. En relación al tamaño de las instituciones, en los hogares el 32,3% eran de menos de 50 usuarios, el 39,4% de entre 51 y 100 usuarios y el 28,3% de más de 100 usuarios; en el caso de las égidas el 29,3% eran de menos de 50 usuarios, el 61% de entre 51 y 100 usuarios y el 9,7% de más de 100 usuarios.

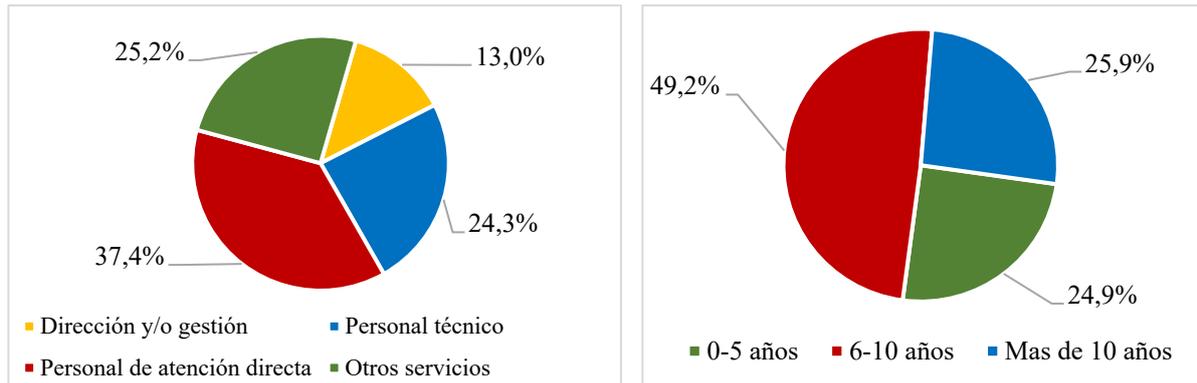
Figura 4. Porcentaje tamaño de las instituciones en función del tipo.



Por lo que se refiere al puesto desempeñado, el 13% ocupaba puestos de dirección y/o gestión como por ejemplo director, gerente o coordinador, un 24,3% era personal técnico tales

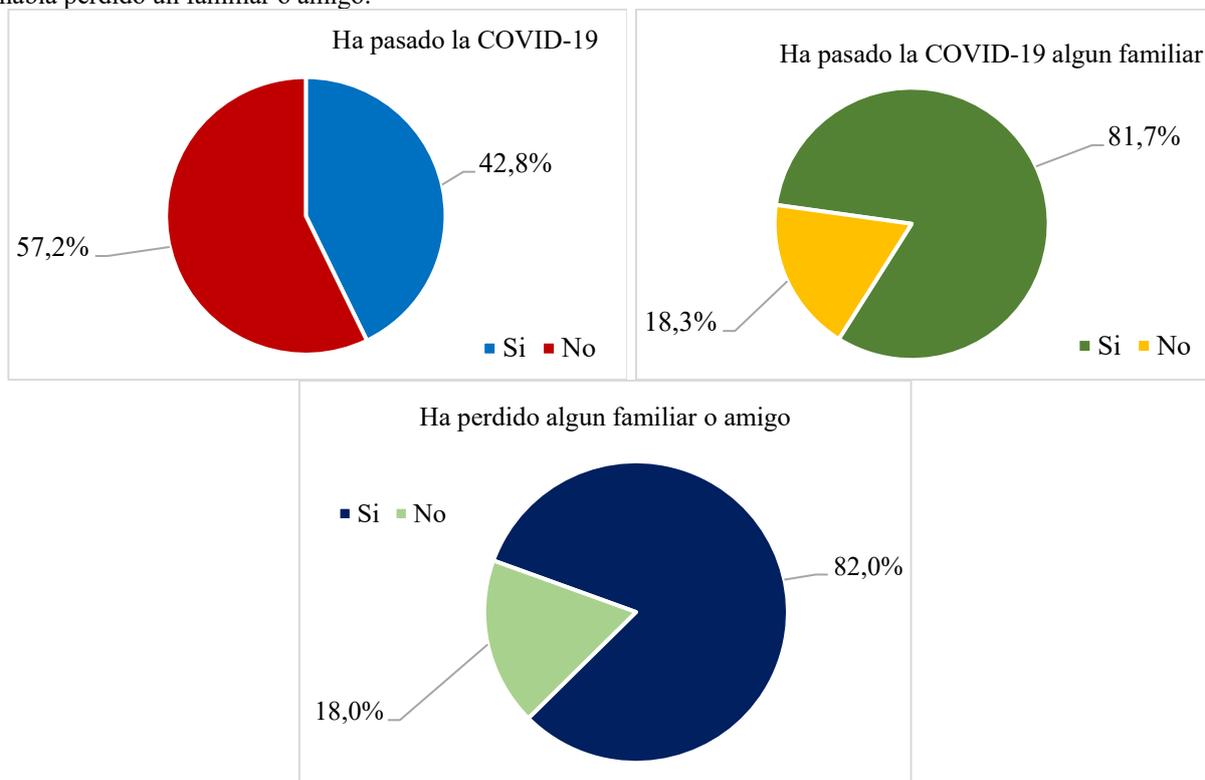
como médico, enfermero, psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta respiratorio, el 37,4% era personal de atención directa tales como auxiliar de enfermería y cuidadores, finalmente un 25,2% se dedicaba a otros servicios tales como los relacionados con el área de cocina, de mantenimiento, de limpieza, lavandería, recepción. De estos, el 24,9% llevaba 5 años o menos trabajando en el puesto, el 49,2% entre 6 y 10 años y el 25,9% más de 10 años.

Figura 5. Porcentaje de participantes en función del puesto desempeñado y años trabajados.



En relación a si los participantes del cuestionario han sufrido de COVID-19, se obtuvo que 385 participantes indicaron que lo habían pasado para un 42,8% mientras que 515 participantes contestaron que no lo habían tenido para un 57,2%.

Figura 6. Porcentaje de participantes y familiares que habían estado afectados por la COVID-19 y porcentaje que había perdido un familiar o amigo.



En este mismo sentido, pero en relación a si sus familiares habían pasado la COVID-19, un total de 735 (81,7%) participantes indicaron que sí, mientras que 165 (18,3%) participantes indicaron que sus familiares no habían pasado la COVID-19. Además, 738 (82%) participantes indicaron que había perdido un familiar o amigo, mientras que 162 (18%) participantes contestaron que no habían perdido a nadie.

El estudio se llevó en distintas localidades o municipios de la isla de Puerto Rico agrupadas dependiendo de las regiones de Salud de la Isla. La Región Metro incluye los municipios de San Juan, Carolina, Canóvanas, Guaynabo, Trujillo Alto y Loíza. La región Bayamón comprende los municipios de Vega Alta, Dorado, Toa Baja, Toa alta, Bayamón, Catano, Comerío, Barranquitas, Orocovis, Corozal y Naranjito. La región de Arecibo se comprende de los municipios Vega Baja, Manatí, Morovis, Ciales, Barceloneta, Florida, Arecibo, Utuado, Lares, Camuy, Hatillo y Quebradillas. La región de Mayagüez está compuesta por Isabela, Aguadilla, Moca, San Sebastián, Aguada, Rincón, Añasco, Las Marías, Mayagüez, Maricao, Hormigueros, San German, Cabo Rojo, Lajas y Sabana Grande. La región Ponce se compone de Guánica, Yauco, Adjuntas, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya, Juana Diaz, Villalba, Coamo, Santa Isabel, Salinas, Guayama, Arroyo y Patillas. La región de Caguas se compone de Aibonito, Cayey, Cidra, Aguas Buenas, Caguas, San Lorenzo, Gurabo, Juncos, Las Piedras, Naguabo, Humacao, Yabucoa y Maunabo. Por último, la región de Fajardo que la componen Rio Grande, Luquillo, Fajardo, Ceiba Vieques y Culebra. A continuación, se presenta la figura 7 de dichas regiones.

Figura 7. Regiones de Salud de la Isla de Puerto Rico.

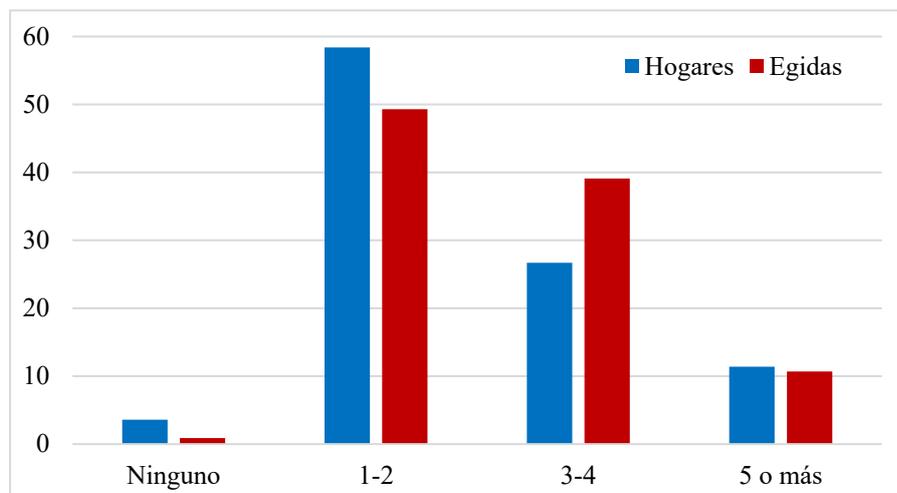


En la región Metro participaron un total de 392 personas (43,5%) de los municipios de: San Juan con 227 participantes, Guaynabo con 76 participantes, Trujillo Alto con 23 participante y Carolina con 66 participantes. En la región de Bayamón participaron un total de

176 personas (19,5%) de los municipios de: Bayamón con 146 participantes, Comerío con 17 participantes y Dorado con 13 participantes. En la región de Arecibo participaron un total de 27 personas de los municipios de: Arecibo con 22 participantes y Manatí con 5 participantes. En la región de Mayagüez participaron un total de 63 personas (7,1%) de los municipios de: Aguadilla con 8 participantes, Aguada con 6 participantes, Añasco con 5 participantes y Mayagüez con 44 participantes. En la región Ponce participaron un total de 63 personas (7,1%) de los municipios de: Yauco con 12 participantes, Ponce con 16 participantes, Salinas con 20 participantes, Santa Isabel con 1 participante y Guayama con 15 participantes. En la región de Caguas participaron un total de 158 personas (17,5%) de los municipios de: Aibonito con 16 participantes, Cayey con 32 participantes, Cidra con 19 participantes, Caguas con 73 participantes, Gurabo con 4 participantes, San Lorenzo con 3 participantes, Juncos con 1 participante y Humacao con 10 participantes. Finalmente, en la región de Fajardo participaron un total de 15 personas (1,6%) de los municipios de: Río Grande con 2 participantes y Fajardo con 13 participantes.

Finalmente, en relación a como la COVID-19 durante la primera ola de la pandemia afecto a los trabajadores, señalar que del total de entrevistados en tan solo un 2,2% de las instituciones no se vieron afectados, en un 53,8% se vieron afectados 1 o 2 trabajadores, en un 32,9% 3 o 4 trabajadores y en 11% se vieron afectados 5 o más trabajadores. En figura XX se puede observar como afecto a los trabajadores en función de que la institución fuera un hogar o una égida.

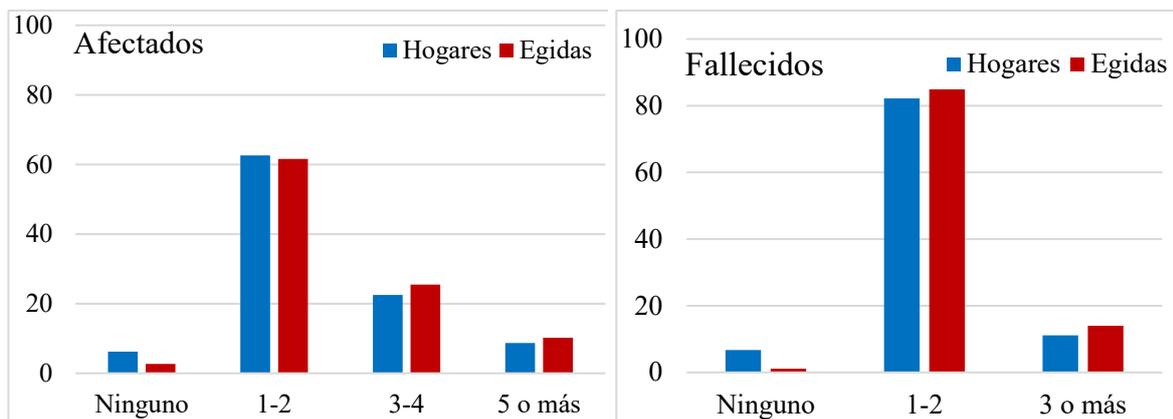
Figura 8. Porcentaje de trabajadores afectados por la COVID-19 en función del tipo de institución.



En relación con los usuarios hay que señalar que en tan solo un 4,4% de las instituciones no se vieron afectados los usuarios, en un 62,1% se vieron afectados 1 o 2, en un 24% se vieron

afectados 3 o 4 y en 9,4% se vieron afectados 5 o más. Por otra parte, no hubo fallecimiento en un 3,9%, hubo 1-2 fallecimientos en el 83,6% y en un 12,6% hubo tres o más. En la siguiente figura se presentan los gráficos relacionados con estas dos variables en función del tipo de institución donde se trabajaba.

Figura 9. Porcentaje de usuarios afectados y fallecidos por la COVID-19 en función del tipo de institución.



### 3. Instrumentos.

La Escala de Estrés Percibido (PSS; Cohen et al., 1983) está orientada a medir el grado en que las situaciones en la vida de uno se consideran estresantes, habiéndose aplicado la versión española adaptada por Remor (2006) y creada en base al modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1987). La escala evalúa el grado en el que las personas encuentran que la vida es impredecible, incontrolable o les sobrecarga, tres aspectos que han sido confirmados repetidamente como componentes centrales de la experiencia del estrés (Remor, 2006). La escala es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes y consta de 14 ítems con una escala de respuesta de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y posteriormente sumando las puntuaciones de los 14 ítems. Una puntuación más alta indica un nivel más alto de estrés percibido (Remor y Carrobbles, 2001). Los ítems de la escala son fáciles de entender y las alternativas de respuesta son fáciles de marcar. La versión de 14 ítems presentado buena consistencia interna, validez concurrente y sensibilidad (Remor y Carrobbles, 2001; Remor, 2006). En esta investigación los ítems de la escala PSS obtuvieron un alfa de 0,912 mostrando

su bien fiabilidad.

En cuanto a la dimensionalidad del instrumento, existe numerosa bibliografía que analiza su estructura factorial. Si bien en un principio los autores en el artículo en el que presentan su herramienta no mencionan la existencia de dimensiones, en la mayoría de las ocasiones en las que se ha revisado su estructura se ha encontrado una estructura de dos dimensiones.

Algunos autores han observado una estructura unidimensional (p.ej., Cohen y Williamson, 1988, Mitchell et al., 2008). No obstante, prima la evidencia de una estructura de dos dimensiones correlacionadas (p.ej., Eklund et al., 2014, González y Landero, 2007). Una dimensión comprende ítems referidos al estrés percibido o la incapacidad para manejarlo, mientras que la otra dimensión agrupa ítems referidos a la capacidad de afrontamiento y resiliencia ante el estrés; estos últimos se invierten para generar una puntuación total de estrés autopercebido (Reyna et al., 2019). Vale señalar que hay diferencias entre los estudios que han hallado un ajuste adecuado de la escala a una estructura de dos dimensiones correlacionadas. Por ejemplo, Eklund et al. (2014) encontraron que la estructura de la escala presenta buenos índices de ajuste eliminando el ítem 12, mientras que González y Landero (2007) observaron que modificando la redacción del ítem 12 la escala presenta un adecuado ajuste. Ahora bien, algunos autores señalan que el hecho de que las dimensiones se correspondan con la forma en que están escritos los ítems (estrés negativo vs. estrés positivo) lleva a cuestionar la existencia de dos dimensiones, esto es, puede que la redacción de los ítems tenga mayor incidencia en la evidencia estructural que el constructo de estrés percibido en sí (p.ej., González y Landero, 2007). Así, en contextos tanto clínicos como de investigación es más frecuente el uso de una puntuación total de estrés (Perera et al., 2017). El estudio de Larzabal-Fernández y Ramos (2019) señalan que los factores encontrados hacen referencia la manera en la que se ha actuado frente del estrés, en el caso de “Control de estrés” y “afrontamiento de los estresores” y la manera en la que es percibido el estrés, en el caso de “No Control de Estrés” y “percepción de estrés”. Es decir, un factor responde a la detección del estrés y el otro a la respuesta dada a ese mismo estrés.

La escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI; Maslach et al., 1996), posiblemente es el instrumento utilizado con más frecuencia para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo o burnout. De entre las diversas versiones que existen de la escala, el *MBI-Human Services Survey* (MBI-HSS), está dirigido a los profesionales de la salud fundamentado en la

versión clásica del MBI (Maslachy y Jackson, 1986). La escala es un cuestionario que consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Existen múltiples validaciones y adaptaciones al castellano como las realizadas por Gil-Monte (2002) con población española, también con población chilena (Gil-Monte y Faúndez, 2011).

La escala diferencia tres dimensiones: Agotamiento Emocional (AE) con 9 ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo; Despersonalización (DP) con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes con desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo; y Realización o logro Personal (RP) con 8 ítems expresa sentimientos de competencia y éxito y, en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome de burnout.

En relación a esta estructura factorial recientes estudios señalan que los resultados obtenidos estudio muestran una adecuada consistencia interna del MBI-HSS para los profesionales sanitarios en los tres factores, pero especialmente para Agotamiento Emocional y Realización o logro Personal (Forné y Yuguero, 2022) Además, la estructura factorial ha sido contrastada mediante análisis factorial confirmatorio como el estudio de Leiter y Schaufeli (1996), con diferentes muestras de profesionales de la salud que obtuvieron un ajuste adecuado para el modelo de tres factores; esta estructura también ha sido confirmada con las versiones holandesa (Taris et al., 1999) finlandesa y sueca (Schutte et al., 2000), obteniéndose resultados similares a los de la versión inglesa. Sin embargo, debe señalarse que recientemente González-Rodríguez et al. (2022) indican que si bien el MBI-HSS tiene propiedades psicométricas adecuadas y confirman la existencia de los tres factores clásicos, debe señalarse de la posible existencia de un cuarto factor denominado Estrés Psicológico Interpersonal en línea con trabajos anteriores (Densten, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1999). Este cuarto factor, concuerda con lo establecido por Kato (2014), quien reportó que los estresores interpersonales que se originan en las relaciones con los pacientes aumentan el estrés psicológico de los profesionales.

Por lo que se refiere a la consistencia interna evaluada mediante el alfa de Cronbach, diversos trabajos muestran una excelente estimación de la fiabilidad del instrumento que apoya su uso como instrumento fiable para evaluar el burnout, en este estudio el alfa obtenido fue de

0,920 para la dimensión de agotamiento emocional, de 0,798 para despersonalización y de 0,861 para realización personal.

El Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011) evalúa la evitación experiencial y la flexibilidad/inflexibilidad psicológica de acuerdo con la experiencia del sujeto evaluado, habiéndose aplicado en este estudio la adaptación española (Ruíz et al., 2013). Según Bond et al. (2011) la aceptación y la evitación experiencial son ejemplos de flexibilidad e inflexibilidad psicológica, respectivamente y hacen referencia a posturas y acciones psicológicas que las personas adoptan cuando el momento presente contiene pensamientos y sentimientos con los que las personas pueden no desear contactar. Este constructo se ha propuesto en el marco de la “Terapia de Aceptación y Compromiso”, que es una terapia que trabaja para ayudar a aumentar la capacidad de adaptación a las circunstancias de la vida sin perder de vista los propios valores y objetivos (Hayes et al., 2006). Desde este modelo, el término general para la mala salud psicológica es la “evitación experiencial” definido como el intento de alterar la forma, la frecuencia o la sensibilidad situacional de acontecimientos percibidos como difíciles (es decir, pensamientos, sentimientos y sensaciones fisiológicas), aunque hacerlo pueda llevar al sujeto a aplicar acciones que sean inconsistentes con sus valores y objetivos de uno (Hayes et al., 1996). La inflexibilidad psicológica implica intentar evitar experimentar acontecimientos internos no deseados, sin embargo, según Wenzlaff y Wegner (2000) irónicamente tiene el efecto de aumentar la angustia, reducir el contacto con el momento presente y disminuir la probabilidad de emprender acciones basadas en valores propios.

El cuestionario consta de 7 ítems que se responden utilizando una escala Likert de 7 puntos (1 “nunca es verdad” a 7 “siempre es verdad”). Estudios recientes han demostrado que el AAQ-II tiene mejores propiedades psicométricas y una estructura factorial más clara que la primera versión del AAQ (Bond et al., 2011) habiéndose eliminado 3 ítems de puntuación invertida.

Las propiedades psicométricas del instrumento indican elevada confiabilidad y validez; en su versión original cuenta con un coeficiente alfa medio en las seis muestras que utilizaron de 0,84 y la fiabilidad test-retest a los 3 y 12 meses fue de 0,81 y 0,79, respectivamente, los datos para la versión española del AAQ-II señalan una buena consistencia interna (alfa global = 0,88), y en este estudio la fiabilidad fue de 0,89.

Por lo que se refiere a la estructura de la prueba, la mayoría de estudios señalan una correcta validez de constructo que muestra una solución factorial de un solo factor que ha sido analizada tanto con técnicas exploratorias como confirmatorias. En el caso de las primeras, se han comprobado la estructura de un factor (Mellin y Padrós, 2021; Monestès et al., 2009; Pinto-Gouveia et al., 2012; Pennato et al., 2013). En cuanto a las segundas, el análisis factorial confirmatorio también ha apoyado de forma invariante en diversas muestras una estructura unidimensional de la escala (Edwards y Vowles, 2020; Fledderus et al., 2012; Menéndez-Aller et al., 2021; Østergaard et al., 2020).

La *Centre for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D; Radloff, 1977), es un instrumento de tamizaje o cribado para la detección de depresión o estado de ánimo deprimido con base en su sintomatología, considerando los aspectos más relevantes del trastorno como el afecto depresivo aumentado, el afecto positivo disminuido, la actividad somática alterada y los problemas interpersonales. En este estudio se aplicó la versión adaptada al español por Latorre y Montañés (1997). La CES-D es una escala de autoinforme que consta de 20 ítems que se responden acorde a la frecuencia con que él ha experimentado cada ítem en la última semana. De esta manera, ante cada síntoma presentado tiene las opciones de “Ninguna Vez” (0 puntos); “Pocas Veces” (1); “Bastantes veces” (2); “Muchas veces” (3). Es importante mencionar que existen 4 ítems (4, 8, 12 y 16) en el cuestionario que señalan síntomas positivos, por lo que tienen puntaje inverso al señalado anteriormente (Chapela y de Snyder, 2009).

Considerando todo esto, la puntuación máxima de la prueba es de 60 puntos, de manera que mientras mayor sea la puntuación obtenida, mayor será el estado de ánimo depresivo o la presencia de síntomas depresivos. En la literatura en general, así como en la versión en castellano se ha sugerido que el punto de corte sea de 16 puntos en población general, sin embargo, otros estudios sugieren que el punto de corte puede ser de hasta 28 en adultos mayores sin deterioro cognitivo (Ros et al., 2011). La CES-D ha mostrado ser consistentemente satisfactoria en diferentes contextos socioculturales, poblaciones y sexos, alcanzando coeficientes de Alpha de Cronbach mayores a 0,80 (Aguilera-Guzman et al., 2004; Benjet et al., 1999; Jiménez Tapia et al., 2007; Salgado y Maldonado, 1994); en este estudio se obtuvo un alfa de 0,91.

En relación a su estructura se han descrito más de 20 soluciones factoriales exploratorias aplicando componentes principales con rotación ortogonal que sugieren la presencia de uno, dos, tres y cuatro factores (Boisvert et al., 2003; Lee et al., 2008; Williams et al., 2007). En el

desarrollo del CES-D, Radloff planteó originalmente una estructura de cuatro factores, que recogían a) el afecto deprimido, por ejemplo, sentirse triste o melancólico, b) factores somáticos/vegetativos, por ejemplo, sentirse molesto, trastornos del sueño, pérdida de apetito, c) interpersonales, por ejemplo, sentirse a disgusto o solo, d) afecto positivo, por ejemplo, sentirse feliz o esperanzado. Carleton et al. (2013) propusieron una versión modificada proporcionando una solución factorial confirmatoria de 3 factores (es decir, afecto negativo, anhedonia y síntomas somáticos) y 14 ítems que es coherente con una conceptualización más contemporánea de la depresión y obtuvo un ajuste excelente, así como una consistencia interna aceptable para todos los factores en todas las muestras. Sin embargo, la mayoría de los estudios (Gomez y McLaren, 2015; Ros et al., 2011; Stansbury et al., 2006), aportan pruebas a favor de la estructura original de cuatro factores de Radloff; los trabajos señalados mediante modelos de análisis factorial confirmatorio probaron diversas estructuras alternativas de uno, dos, tres y cuatro factores, concluyendo que la mejor solución era mantener la estructura factorial original de Radloff.

El Cuestionario de Credibilidad de Sentimientos y Pensamientos Ansiógenos (BAFT; Herzberg et al., 2012), en su adaptación española (Ruíz et al., 2014) es un cuestionario que evalúa la fusión cognitiva con pensamientos y sentimientos ansiosos a través de 16 ítems en una escala tipo Likert 7 opciones de respuestas (1 = nunca es verdad a 7 = siempre es verdad). La fusión cognitiva es un caso específico de proceso verbal en el que los individuos se apegan a los pensamientos o evaluaciones sobre un acontecimiento concreto no sólo como pensamientos, sino como si fueran lo mismo que el acontecimiento real al que se refieren los pensamientos (Luoma et al., 2007), a menudo sin tener en cuenta el contexto y cuando lo hacen causan un daño significativo. Este tipo de procesos puede resultar poco útil cuando los pensamientos y los sentimientos se confunden continuamente con las experiencias reales que describen, y los comportamientos se guían por lo que parecen implicar los pensamientos en lugar de por contingencias conductuales más útiles.

La puntuación total del BAFT mostró una excelente consistencia interna en su versión original (escala global 0,90), y lo mismo ocurrió con las puntuaciones de las tres subescalas que evaluaban fusión con las preocupaciones somáticas (0,81), la fusión con la regulación de las emociones (0,81) y la fusión con la evaluación negativa (0,84); la versión en castellano de Ruíz et al. (2014) obtuvo un alfa de Cronbach general de 0,92; en este estudio los alfas obtenidos fueron de 0,995 para la escala global y de 0,87 para las dimensiones de quejas somáticas y la

de control de emociones y de 0,88 para evaluación negativa.

Por lo que se refiere a la estructura factorial de la BAFT diversos estudios han señalado la existencia de tres factores. Herzberg et al. (2012) mediante análisis factorial confirmatorio señalaron la existencia de un patrón de resultados que sugiere que la estructura factorial del BAFT es jerárquica, con un factor general de orden superior y tres factores de orden inferior, cada uno de los cuales parece captar una varianza única y facetas de la fusión con la ansiedad. Sin embargo, la versión en castellano, mediante análisis factorial exploratorio obtuvo una estructura factorial que difiere ligeramente de la obtenida por Herzberg et al. (2012) señalando la existencia de dos factores que se solapaban en gran medida con los tres factores extraídos en el estudio original. El primer factor constaba principalmente de los ítems de las subescalas Preocupaciones somáticas y Evaluaciones negativas y el segundo factor consistía en cuatro de los cinco ítems de la subescala de Regulación de las Emociones. Los autores mantienen para el primer factor la etiqueta de Evaluación Negativa ya que representa mejor esta dimensión, y al igual que en el estudio original, los resultados sugieren la presencia de una estructura factorial jerárquica con dos factores de primer orden y un factor superior de fusión cognitiva general.

La *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS; Sinclair y Wallston, 2004) es una escala utilizada para evaluar un patrón de afrontamiento resiliente como reflejo de un modelo de resolución activa de problemas. La medida evalúa un patrón de afrontamiento eficaz y activo para la resolución de problemas que refleja los patrones de afrontamiento resilientes analizados en la bibliografía, concretamente los atributos descritos por Polk (1997) como patrones situacionales asociados a la resiliencia. De este modo con esta prueba se espera que, las personas que obtengan puntuaciones elevadas tengan en vista un objetivo, crean en su capacidad para afrontar situaciones adversas y, por lo general, tengan éxito ante los desafíos que se presenten (Sinclair y Wallston, 2004). En este estudio se utilizó la versión adaptada al castellano en población de adultos mayores por Tomas et al. (2012).

La prueba consta de cuatro preguntas que tratan de evaluar las tendencias para afrontar el estrés de una manera altamente adaptativa. Cada pregunta se valora a través de una escala Likert donde una respuesta igual a 1 implica que el ítem no describe al sujeto y 5 significa que le describe muy bien. El sumatorio total de los ítems es de entre 4 y 20 puntos, y se ha mencionado que un puntaje de 4 a 13 equivale a sujetos con baja resiliencia; de 14 a 16 puntos indica un nivel medio de resiliencia; de 17 a 20 puntos indica un nivel alto de resiliencia

(Sinclair y Wallston, 2004). En relación a la consistencia interna la versión original obtuvo un alfa combinado entre diversas muestras de 0,69 y la adaptación al castellano de 0,83; este estudio se obtuvo un alfa de 0,77.

En relación a su estructura factorial, esta ha sido replicada de forma constante en diversos estudios. Tomas et al (2012) mediante análisis factorial confirmatorio comprueban la validez confirmatoria de la escala y la estructura unidimensional de la misma, en esta línea de resultados Kocalevent et al. (2017) señala que los resultados de los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios apoyan claramente la hipótesis de que la BRCS es unidimensional y representa un factor latente, además se pudo confirmar la invarianza métrica y escalar entre hombres y mujeres. En relaciona este factor único y como conclusión se puede señalar que una persona resiliente, según la BRCS, estaría mejor preparada para tener éxito y afrontar situaciones difíciles y están relacionadas con mantener un mejor estado psicológico tras la exposición a estresores ambientales (Vaishnavi et al., 2007).

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener et al., 1985), es una de las medidas más ampliamente utilizada del componente cognitivo del bienestar subjetivo de los adultos, siendo descrita la satisfacción con la vida como la evaluación que hace una persona del grado en que está satisfecha con su vida en general; de este modo la puntuación en la escala se evidencia a través del juicio cognitivo que hace la persona sobre su vida, buscando que se haga una evaluación general de lo logrado en la vida y de su satisfacción al respecto. Para este estudio se utilizó la versión adaptada al castellano por Atienza et al. (2000).

La escala está compuesta por 5 reactivos que evalúan el juicio acerca de qué tan satisfecho se está con la vida actual. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert que va de 1 “Totalmente en desacuerdo” a 7 “Totalmente de acuerdo”. El puntaje total equivale a la sumatoria de los ítems, y va de 5 a 35 puntos posibles. Según Pavot y Diener (2013), una puntuación de 30 a 35 en esta escala implica que la persona está altamente satisfecha, ama su vida y disfruta mucho de ella, una puntuación de 25 a 29 señala que, para la persona, las cosas son buenas en general; una puntuación entre 20 y 24 puntos indican un puntaje medio, donde hay satisfacción en general, pero también hay algunas áreas que podrían mejorar; entre 15 a 19 puntos implica que la persona está ligeramente por debajo de la media de satisfacción con la vida, mostrando que tiene pequeños problemas en varias áreas de la vida; puntuaciones entre 10 a 14 puntos indica que la persona está insatisfecha con la vida, y existen problemas severos en algunas áreas; y finalmente, de 5 a 9 puntos indican extrema insatisfacción, y corresponde a

aquellas personas totalmente infelices con su vida actual.

En cuanto a su fiabilidad, en su versión original (Diener et al., 1985) obtuvo un valor alfa de 0,87, que fue de 0,84 para la versión al castellano de Atienza et al. (2000) y de 0,81 en este estudio. Por lo que se refiere a su estructura, la diversas versiones y adaptaciones señalan que de forma general los resultados indican que los análisis factoriales confirmatorios proporcionaron un buen ajuste del modelo para la solución unidimensional (Atienza et al., 2003; Esnaola et al., 2017; Hinz et al. 2018). Una reciente revisión Emerson et al. (2017) señala que en general, los resultados sugieren que la interpretación y el significado de los ítems del SWLS varían según la cultura y la edad, pero en general pueden considerarse equivalentes según el género confirmándose su invarianza en esta variable.

La Escala de Sentido de Coherencia (SOC; Antonovsky, 1993), se trata de un instrumento que evalúa la capacidad de percibir experiencias vitales que permiten actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. Según Antonovsky (1987), el sentido de coherencia (SOC) es una disposición personal hacia la valoración de las experiencias vitales como comprensibles, manejables y llenas de significado; los individuos con SOC elevado a. tienen menor riesgo de percibir situaciones desfavorables como estresantes, lo que les protege de los efectos negativos del estrés sobre el estado de salud; b. mantienen la percepción de “controlabilidad”, que tiene efectos fisiológicos protectores, y c. tienen una mayor probabilidad de adoptar conductas saludable.

El constructo evalúa tres dimensiones: comprensibilidad (interpretar de forma estructurada, predecible y explicable los estímulos tanto internos como externos); manejabilidad (percibir que se dispone de los recursos necesarios para dar respuesta a las demandas planteadas por tal estimulación); y significación (el individuo entiende esas demandas como desafíos merecedores de esfuerzo e implicación).

Para esta investigación, se tomó la versión adaptada a población española de Virués-Ortega et al. (2007) y abreviada a 13 ítems. Los ítems están dispuestos para su respuesta mediante una escala Likert que puntúa desde 1 a 7, con preguntas de forma afirmativa o negativa, por lo que algunos ítems deben ser invertidos (Lizarbe-Chocarro et al., 2016).

La consistencia interna de la adaptación a población española obtuvo un valor alfa de 0,80 para la escala general sin embargo la fiabilidad de los dominios fue moderadamente baja ( $\alpha$  de Cronbach = 0,57-0,68), según Antonovsky (1993) el alfa de 16 estudios que utilizaron la

SOC-13 oscilo entre 0,74 y 0,91. En este estudio el alfa de Cronbach obtenido en las dimensiones fue de 0,97 para comprensibilidad, 0,95 para manejabilidad y 0,95 para significación.

Al respecto de la estructura de la escala, la revisión de Eriksson y Lindström (2005) informa de que la estructura factorial del SOC parece ser más bien multidimensional que unidimensional. Estudios como el de Virués-Ortega et al. (2007) mediante el análisis factorial confirmatorio comprueba una estructura bifactorial con un primer factor asociado sobre todo a los ítems del dominio Comprensibilidad y el segundo asociado principalmente a los de Significación. Solo recientemente varios estudios han replicado el modelo de tres factores pretendido con todos los ítems incluidos estableciendo algunas correlaciones entre los ítems (Grevenstein et al., 2016; Grevenstein y Bluemke, 2022; Moksnes y Haugan, 2014; Stern et al., 2019). En todos los casos, los factores de comprensibilidad y manejabilidad correlacionaron tan altamente que puede cuestionarse si son realmente conceptualmente distintos. En cualquier caso, esta modificación del modelo factorial mejora consistente y sustancialmente el ajuste de los modelos puestos a prueba (Feldt et al., 2003). Pese a estos resultados, debe señalarse que Antonovsky (1987) es notablemente explícito al aseverar el carácter teórico y no factorial de los dominios de la escala.

#### **4. Análisis.**

Los análisis estadísticos se realizaron en el paquete estadístico SPSS (versión 21). Se realizaron correlaciones bivariadas entre las medidas tanto globales como de las dimensiones de las escalas utilizadas.

Además, se aplicaron diferentes MANOVAS con el objetivo de comprobar si la interacción del lugar de trabajo (évidas y hogares) y haber pasado o no la COVID-19 y lugar de trabajo (évidas y hogares) y número de residentes de la institución donde trabaja eran significativas; estos MANOVAS fueron aplicados teniendo en cuenta tres agrupaciones diferentes de variables dependientes: a. condiciones laborales: burnout (agotamiento emocional, despersonalización y crecimiento personal) y estrés percibido; b. Variables psicológicas negativas; depresión, ansiedad (queja somática, regulación emocional y evaluación negativa) y evitación psicológica, y; c. Variables psicológicas amortiguadoras: satisfacción vital, resiliencia

y sentido de coherencia (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad). En el caso de ser significativas las interacciones se aplicaron los correspondientes análisis de varianza de seguimiento y pruebas *post-hoc* para estudiar las diferencias entre los grupos.

# **CAPÍTULO 5.**

## ***RESULTADOS***

---



## **1. Análisis bivariado: correlaciones.**

Tal y como puede observarse en la tabla 1, las dimensiones agotamiento emocional y la despersonalización, evaluadas mediante la escala Maslach de Burnout, muestran relaciones significativas y positivas entre ellas y significativas y negativas con el crecimiento personal. Además, estas dos dimensiones que tienen un carácter desadaptativo dada su definición, se relacionan también significativa y positivamente con la depresión así como las dimensiones de ansiedad y con la evitación psicológica y significativa y negativamente con la satisfacción, la resiliencia y las dimensiones del sentido de coherencia; por el contrario, las relaciones de la dimensión crecimiento personal son exactamente las contrarias y no muestra relación con la significatividad de la escala SOC. Por su parte el estrés percibido también muestra relaciones idénticas a las dimensiones desadaptativas del burnout. Además, las otras variables desadaptativas como son la depresión, las dimensiones de ansiedad y la evitación psicológica, se relacionan significativa y positivamente mientras que muestran relaciones significativas y negativas con las variables adaptativas. En relación a estas últimas, sus relaciones son significativas y positivas excepto para la resiliencia y la dimensión significatividad del SOC

que no fue significativa.

Tabla 1. Correlaciones entre las medidas utilizadas para el total de la muestra.

	MBI-AE	MBI-DP	MBI-CP	MBI-CP	EEP	CES-D	BAFT-QS	BAFT-RE	BAFT-EN	AAQ-EP	SWLF	BRCS	SOC-C	SOC-M
MBI-DP	,900**													
MBI-CP	-,847**	-,831**												
EEP	,526**	,499**	-,388**											
CES-D	,578**	,563**	-,426**	-,457**										
BAFT-QS	,710**	,683**	-,600**	,614**	,647**									
BAFT-RE	,728**	,670**	-,654**	,609**	,582**	,884**								
BAFT-EN	,715**	,680**	-,636**	,599**	,677**	,897**	,862**							
AAQ-EP	,713**	,722**	-,602**	,606**	,619**	,820**	,779**	,801**						
SWLS	-,606**	-,603**	,674**	-,307**	-,425**	-,552**	-,578**	-,573**	-,532**					
BRCS	-,608**	-,571**	,647**	-,368**	-,420**	-,587**	-,641**	-,631**	-,594**	,561**				
SOC-C	-,297**	-,292**	,384**	-,151**	-,193**	-,407**	-,428**	-,422**	-,358**	,271**	,668**			
SOC-M	-,291**	-,257**	,128**	-,412**	-,324**	-,295**	-,310**	-,307**	-,258**	,102**	,069*	,228**		
SOC-S	-,254**	-,281**	,054	-,385**	-,367**	-,337**	-,255**	-,301**	-,321**	,122**	,033	,230**	,663**	

NOTA: MBI (Maslach Burnout Inventory); AE Agotamiento Emocional, DP = Despersonalización, CP = Crecimiento personal; EEP = Escala de Estrés Percibido; CES-D = *Centre for Epidemiologic Studies*; BAFT (*Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire*): QS = Queja somática, RE = Regulación emocional, EN = Evaluación negativa; AAQ-EV = *Acceptance and Action Questionnaire-II* = Evitación experiencial; SWLS = Escala de satisfacción con la vida; BRCS = *Brief Resilient Coping Scale*; SOC (Sentido de coherencia): C = Comprensibilidad, M = Manejabilidad, S = Significatividad.

## 2. Análisis multivariados.

Finalmente se aplicaron MANOVAs para estudiar diferencias entre variables dependientes relacionadas conceptualmente y el lugar donde trabajan (hogares y égidias) y otra de las variables independientes estudiadas tal y como se señalan a continuación: 1. haber pasado la COVID-19 (si o no) y 2. número de residentes de la institución donde trabaja (0-50, 51 a 100, > 100). En relación a las variables dependientes se tuvieron en cuenta tres bloques de variables agrupadas conceptualmente del siguiente modo: a. condiciones laborales (estrés percibido y dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y crecimiento personal); b. variables psicológicas desadaptativas (evitación psicológica, depresión, y dimensiones de ansiedad: queja somática, regulación emocional y evaluación negativa); c. variables psicológicas amortiguadoras (satisfacción vital, resiliencia y dimensiones de sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad).

### 2.1. MANOVAS para variables dependientes relacionadas con las condiciones laborales.

#### 2.1.1. Análisis de diferencia en las condiciones laborales en función de lugar donde trabaja y haber pasado la COVID-19.

Al aplicar el MANOVA, los contrastes multivariados mostraron efectos principales significativos para las variables lugar de trabajo ( $\Lambda = 0,971, F_{4, 893} = 6,77; p < 0,001; \eta^2 = 0,029$ ), y haber pasado la COVID-19 ( $\Lambda = 0,937, F_{4, 893} = 14,95; p < 0,001; \eta^2 = 0,063$ ), así como para la interacción de ambas variables ( $\Lambda = 0,965, F_{4, 893} = 7,97; p < 0,001; \eta^2 = 0,035$ ).

La tabla 2 presenta los resultados de los ANOVA para los efectos principales de las variables lugar de trabajo y haber pasado la COVID-19 y su interacción.

Tabla 2. ANOVAS sobre las variables dependientes en condiciones laborales: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y haber pasado la COVID.

	Lugar de trabajo				Haber pasado la COVID-19				Lugar X COVID			
	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
EP	1,67	1, 896	0,196	0,002	43,38	1, 896	< 0,001	0,046	15,27	1, 896	< 0,001	0,017
BAE	24,47	1, 896	< 0,001	0,027	44,33	1, 896	< 0,001	0,047	27,54	1, 896	< 0,001	0,030
BP	22,48	1, 896	< 0,001	0,024	41,15	1, 896	< 0,001	0,044	26,95	1, 896	< 0,001	0,029
BCP	21,68	1, 896	< 0,001	0,024	25,67	1, 896	< 0,001	0,028	15,38	1, 896	< 0,001	0,017

Nota: EP = Estrés percibido; BAE = Burnout: Agotamiento emocional; BP = Burnout: Despersonalización; BCP = Burnout: Crecimiento personal.

Como se puede observar en la tabla anterior, cuando se aplicó la prueba post hoc de Tukey para estudiar en función del lugar de trabajo en qué variables dependientes diferían entre sí los trabajadores de hogares y égidas se observó que existían diferencias significativas en las tres dimensiones de burnout ( $p < 0,001$ ) siendo la media de los hogares más alta en agotamiento emocional y despersonalización y más baja en crecimiento personal; sin embargo en la variable estrés percibido no se obtuvieron diferencias entre las puntuaciones de los trabajadores de hogares y égidas. En relación a haber pasado la COVID-19 aquellos participantes que sí habían pasado la enfermedad obtuvieron puntuaciones más altas ( $p < 0,001$ ) para estrés percibido y en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y más bajas en burnout crecimiento personal ( $p < 0,001$ ).

Por último, con respecto a la interacción lugar de trabajo y haber pasado la COVID-19, la Tabla 3 muestra las medias y las desviaciones típicas de todas las variables estudiadas teniendo en cuenta que las cuatro interacciones fueron significativas.

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las condiciones laborales entre lugar de trabajo y haber pasado la enfermedad, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.

	Lugar	COVID	Media (DT)	F	g.l.	p	$\eta^2$
Estrés percibido	Égida	Si	2,12 (0,15)	3,57	1, 896	0,059	0,004
		No	2,09 (0,14)				
	Hogar	Si	2,18 (0,19)	55,59	1, 896	< 0,001	0,058
		No	2,06 (0,17)				
Burnout: agotamiento emocional	Égida	Si	2,84 (0,49)	0,98	1, 896	0,332	0,001
		No	2,77 (0,47)				
	Hogar	Si	3,29 (0,97)	71,66	1, 896	< 0,001	0,074
		No	2,76 (0,62)				
Burnout: despersonalización	Égida	Si	2,86 (0,86)	0,74	1, 896	0,390	0,001
		No	2,81 (0,80)				
	Hogar	Si	3,32 (0,98)	68,11	1, 896	< 0,001	0,071
		No	2,78 (0,64)				
Burnout: crecimiento personal	Égida	Si	3,12 (0,39)	0,64	1, 896	0,421	0,001
		No	3,16 (0,41)				
	Hogar	Si	2,81 (0,74)	40,84	1, 896	< 0,001	0,044
		No	3,13 (0,51)				

Tal y como se puede observar mientras que los trabajadores de las égidas no mostraron diferencias en las variables estudiadas en función de haber pasado o no la COVID-19, en aquellos trabajadores que desarrollaban sus funciones laborales en los hogares aquellos que habían pasado la enfermedad mostraron significativamente mayor estrés percibido, así como

agotamiento emocional y despersonalización y un menor crecimiento personal.

2.1.2. *Análisis de diferencia en las condiciones laborales en función de lugar donde trabaja y el número de residentes.*

Al aplicar el MANOVA, los contrastes multivariados mostraron efectos principales significativos para las variables lugar de trabajo ( $\Lambda = 0,958, F_{4, 891} = 9,74; p < 0,001; \eta^2 = 0,042$ ), y número de residentes de la institución donde trabaja ( $\Lambda = 0,946, F_{8, 1782} = 6,29; p < 0,001; \eta^2 = 0,027$ ), así como para la interacción de ambas variables ( $\Lambda = 0,923, F_{8, 1782} = 9,09; p < 0,001; \eta^2 = 0,039$ ).

La tabla 4 presenta los resultados de los ANOVA para los efectos principales de las variables lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja y su interacción.

Tabla 4. ANOVAS sobre las variables dependientes en condiciones laborales: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y número de residentes.

	Lugar de trabajo				Número de residentes				Lugar X número residentes			
	F	g.l.	p	$\eta^2$	F	g.l.	p	$\eta^2$	F	g.l.	p	$\eta^2$
EP	7,24	1, 894	0,007	0,008	1,23	2, 894	0,291	0,003	11,04	2, 894	< 0,001	0,024
BAE	33,27	1, 894	< 0,001	0,036	8,95	2, 894	< 0,001	0,020	28,72	2, 894	< 0,001	0,060
BP	30,41	1, 894	< 0,001	0,033	9,17	2, 894	< 0,001	0,020	23,92	2, 894	< 0,001	0,051
BCP	37,40	1, 894	< 0,001	0,040	9,88	2, 894	< 0,001	0,022	33,84	2, 894	< 0,001	0,070

Nota: EP = Estrés percibido; BAE = Burnout: Agotamiento emocional; BP = Burnout: Despersonalización; BCP = Burnout: Crecimiento personal.

Tal y como se observa en la tabla 4 se obtuvieron diferencias significativas en función del lugar de trabajo para las cuatro variables dependientes estudiadas, siendo la media del estrés percibido de los trabajadores de hogares más alto ( $p = 0,007$ ) así como en las dimensiones de burnout agotamiento emocional y burnout despersonalización ( $p < 0,001$ ), mientras que en la dimensión de crecimiento personal la media fue más alta para los trabajadores de las égidas ( $p < 0,001$ ). En relación al número de residentes de la institución donde trabaja el estrés percibido no obtuvo diferencias significativas, en cambio en las dimensiones de burnout agotamiento emocional y burnout despersonalización las instituciones con tamaños superiores a 100 residentes obtuvieron puntuaciones significativamente más altas ( $p < 0,001$ ) y más bajas en burnout crecimiento personal ( $p < 0,001$ ).

Por último, con respecto a la interacción lugar de trabajo y número de residentes de la

institución donde trabaja, la Tabla 5 muestra las medias y las desviaciones típicas de todas las variables estudiadas teniendo en cuenta que las cuatro interacciones fueron significativas.

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las condiciones laborales entre lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.

	Lugar	Tamaño	Media (DT)	F	g.l.	p	$\eta^2$
Estrés percibido	Égida	≤ 50	2,12 (0,16)	6,65	2, 894	0,001	0,014
		51-100	2,11 (0,14)				
		>100	2,02 (0,13)				
	Hogar	≤ 50	2,11 (0,21)	4,93	2, 894	0,007	0,011
		51-100	2,09 (0,14)				
		>100	2,15 (0,23)				
Burnout: agotamiento emocional	Égida	≤ 50	2,80 (0,53)	2,06	2, 894	0,127	0,005
		51-100	2,83 (0,48)				
		>100	2,61 (0,30)				
	Hogar	≤ 50	2,85 (0,56)	55,89	2, 894	< 0,001	0,111
		51-100	2,75 (0,47)				
		>100	3,51 (1,22)				
Burnout: despersonalización	Égida	≤ 50	2,76 (0,50)	2,77	2, 894	0,063	0,006
		51-100	2,88 (0,53)				
		>100	2,68 (0,33)				
	Hogar	≤ 50	2,85 (0,55)	49,13	2, 894	< 0,001	0,099
		51-100	2,81 (0,50)				
		>100	3,52 (1,24)				
Burnout: personal crecimiento	Égida	≤ 50	3,19 (0,43)	4,35	2, 894	0,013	0,010
		51-100	3,09 (0,42)				
		>100	3,31 (0,21)				
	Hogar	≤ 50	3,14 (0,43)	63,33	2, 894	< 0,001	0,124
		51-100	3,17 (0,39)				
		>100	2,56 (0,91)				

Tal y como se observa en la tabla 5 se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables en el caso de los hogares, pero en el caso de las égidas no resultaron significativas dos de las dimensiones del burnout: agotamiento emocional y despersonalización. En relación al estrés percibido, en las égidas cuando mayor es el número de residentes existe significativamente menos estrés que cuando tiene un tamaño entre 51 y 100 ( $p = 0,003$ ) y que aquellas de menos de 50 residentes ( $p = 0,001$ ). En cambio, en los hogares se observa el efecto contrario dado que en aquellos que tienen mayor número de residentes existe un estrés percibido más alto que en los de menor tamaño tanto los que tienen entre 51 y 100 ( $p = 0,007$ ) como aquellos  $\leq 50$  ( $p = 0,050$ ). Por lo que respecta a las dimensiones del burnout en los hogares y

en relación al agotamiento emocional y la despersonalización, se observa que existe una puntuación significativamente más alta en aquellos que disponen del mayor número de residentes que en aquellos que tienen entre 51 y 100 ( $p < 0,001$ ) como aquellos que tienen  $\leq 50$  ( $p < 0,001$ ), en cambio en el caso del crecimiento personal se observa la tendencia contraria, esta dimensión es significativamente menor en aquellos hogares de más de 100 residente frente a aquellos que tienen entre 51 y 100 ( $p < 0,001$ ) como aquellos que tienen  $\leq 50$  ( $p < 0,001$ ). Finalmente, en el caso de las égidas y el crecimiento personal este es mayor en las instituciones de mayor tamaño frente a las que tienen entre 51 y 100 ( $p = 0,026$ ).

## 2.2. MANOVAs para variables dependientes relacionadas con las variables psicológicas desadaptativas.

### 2.2.1. Análisis de diferencias las variables psicológicas desadaptativas en función de lugar donde trabaja y haber pasado la COVID-19.

Al aplicar el MANOVA, los contrastes multivariados mostraron efectos principales significativos para las variables lugar de trabajo ( $\Lambda = 0,955$ ,  $F_{5, 892} = 8,18$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,029$ ), y haber pasado la COVID-19 ( $\Lambda = 0,895$   $F_{5, 892} = 120,45$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,063$ ), así como para la interacción de ambas variables ( $\Lambda = 0,958$ ,  $F_{5, 892} = 7,65$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,035$ ).

La tabla 6 presenta los resultados de los ANOVA para los efectos principales de las variables lugar de trabajo y haber pasado la COVID-19 y su interacción.

Tabla 6. ANOVAS sobre las variables dependientes desadaptativas: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y haber pasado la COVID.

	Lugar de trabajo				Haber pasado la COVID-19				Lugar X COVID			
	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
EVE	24,80	1, 874	< 0,001	0,028	77,27	1, 874	< 0,001	0,081	30,87	1, 874	< 0,001	0,034
CES	31,80	1, 874	< 0,001	0,035	53,90	1, 874	< 0,001	0,058	19,70	1, 874	< 0,001	0,022
BQS	28,78	1, 874	< 0,001	0,032	94,50	1, 874	< 0,001	0,098	20,86	1, 874	< 0,001	0,023
BRE	29,99	1, 874	< 0,001	0,033	81,13	1, 874	< 0,001	0,085	28,82	1, 874	< 0,001	0,032
BEN	31,35	1, 874	< 0,001	0,035	82,14	1, 874	< 0,001	0,095	23,43	1, 874	< 0,001	0,023

Nota: EVE = Evitación experiencial; CES = Estado de ánimo negativo; BQS = Ansiedad: Queja somática; BRE = Ansiedad: Regulación emocional; BEN = Ansiedad. Evaluación negativa.

Tal y como se observa en la tabla 6 se obtuvieron diferencias significativas en función del lugar de trabajo para todas las variables dependientes estudiadas ( $p < 0,001$ ), siendo en todos los casos más alta la puntuación de los trabajadores de los hogares. Del mismo modo, aquellos

trabajadores que habían pasado la enfermedad también obtuvieron puntuaciones significativamente más altas ( $p < 0,001$ ) en todas las variables desadaptativas.

Por último, con respecto a la interacción lugar de trabajo y haber pasado la COVID-19, la Tabla 7 muestra las medias y las desviaciones típicas de todas las variables estudiadas teniendo en cuenta que las cinco interacciones fueron significativas.

Tabla 7. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables desadaptativas entre lugar de trabajo y haber pasado la enfermedad, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.

	Lugar	COVID	Media (DT)	F	g.l.	p	$\eta^2$
Evitación experiencial	Égida	Si	4,09 (0,49)	5,19	1, 896	0,023	0,006
		No	3,95 (0,46)				
	Hogar	Si	4,56 (0,93)	103,57	1, 896	< 0,001	0,106
		No	3,93 (0,63)				
CES-D: Estado de ánimo	Égida	Si	28,11 (3,44)	4,18	1, 896	0,041	0,005
		No	27,28 (2,92)				
	Hogar	Si	31,01 (5,55)	69,82	1, 896	< 0,001	0,074
		No	27,62 (4,65)				
BAFT: queja somática	Égida	Si	4,12 (0,61)	13,19	1, 896	< 0,001	0,015
		No	3,87 (0,51)				
	Hogar	Si	4,60 (0,97)	102,73	1, 896	< 0,001	0,105
		No	3,91 (0,72)				
BAFT: regulación emocional	Égida	Si	4,24 (0,62)	6,57	1, 896	0,010	0,007
		No	4,06 (0,56)				
	Hogar	Si	4,76 (0,94)	103,99	1, 896	< 0,001	0,106
		No	4,06 (0,71)				
BAFT: Evaluación negativa	Égida	Si	4,14 (0,62)	11,25	1, 896	0,001	0,013
		No	3,91 (0,50)				
	Hogar	Si	4,63 (0,95)	104,91	1, 896	< 0,001	0,107
		No	3,95 (0,66)				

Tal y como se puede observar tanto las égidas como los hogares se observan diferencias en todas las variables psicológicas negativas, siendo significativamente más altas las puntuaciones de aquellos trabajadores que si han pasado la enfermedad y por tanto muestran una mayor evitación psicológica, un peor estado de ánimo y mayor sintomatología ansiosa.

### 2.2.2. Análisis de diferencias las variables psicológicas desadaptativas en función de lugar donde trabaja y número de residentes.

Al aplicar el MANOVA, los contrastes multivariados efectos principales significativos para las variables lugar de trabajo ( $\Lambda = 0,952$ ,  $F_{5, 890} = 8,78$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,048$ ), y número de residentes de la institución donde trabaja ( $\Lambda = 0,951$   $F_{5, 890} = 4,44$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,025$ ),

así como para la interacción de ambas variables ( $\Lambda = 0,932$ ,  $F_{5, 1780} = 6,23$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,035$ ).

La tabla 8 presenta los resultados de los ANOVA para los efectos principales de las variables lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja y su interacción.

Tabla 8. ANOVAS sobre las variables dependientes desadaptativas: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y número de residentes.

	Lugar de trabajo				Número de residentes				Lugar X Número de residentes			
	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
EVE	31,31	1, 872	< 0,001	0,035	6,03	2, 872	0,002	0,014	23,29	2, 872	< 0,001	0,051
CES	22,88	1, 872	< 0,001	0,026	13,74	2, 872	< 0,001	0,031	10,06	2, 872	< 0,001	0,023
BQS	38,31	1, 872	< 0,001	0,042	5,20	2, 872	0,006	0,012	23,03	2, 872	< 0,001	0,050
BRE	38,27	1, 872	< 0,001	0,042	5,29	2, 872	0,005	0,012	23,33	2, 872	< 0,001	0,051
BEN	40,74	1, 872	< 0,001	0,045	4,52	2, 872	0,011	0,010	24,38	2, 872	< 0,001	0,053

Nota: EVE = Evitación experiencial; CES = Estado de ánimo negativo; BQS = Ansiedad: Queja somática; BRE = Ansiedad: Regulación emocional; BEN = Ansiedad. Evaluación negativa.

Tal y como se observa en la tabla 8 se obtuvieron diferencias significativas en función del lugar de trabajo para todas las variables dependientes estudiadas ( $p < 0,001$ ), siendo en todos los casos más alta la puntuación de aquellos trabajadores que estaban en los hogares.

En relación al número de residentes de la institución donde se trabaja, se obtuvieron diferencias en todas las variables dependientes. En relación a la evitación experiencial fue en aquellas instituciones que tienen más de 100 residentes donde se observó que exista una puntuación significativamente más alta en comparación con los de menos de 50 ( $p = 0,018$ ) y los 50 a 100 residentes ( $p = 0,002$ ), si bien entre estos dos grupos no se obtuvieron diferencias. En relación al estado de ánimo negativo, también fue en las instituciones con más de 100 residentes donde se obtuvo una media significativamente más alta que en los de menos de 50 ( $p = 0,006$ ) y los 50 a 100 residentes ( $p < 0,001$ ). Por lo que se refiere a la ansiedad, en aquellas que tienen entre 50 y 100 residentes las puntuaciones para las quejas somáticas son significativamente más bajas que en aquellas instituciones con menor ( $p = 0,047$ ) y con mayor número de residentes ( $p = 0,018$ ); del mismo modo en la no regulación emocional son significativamente más bajas las instituciones de tamaño intermedio que aquellas con menos de 50 ( $p = 0,038$ ) o más de 100 residentes ( $p = 0,019$ ); finalmente en la evaluación negativa se obtuvieron diferencias ( $p = 0,038$ ) entre aquellas que tienen entre 50 y 100 y las de más de 100 residentes, siendo la

puntuación más alta en estas últimas.

Por último, con respecto a la interacción lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja, la Tabla 9 muestra las medias y las desviaciones típicas de todas las variables estudiadas teniendo en cuenta que las cinco interacciones fueron significativas.

Tabla 9. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables desadaptativas entre lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.

	Lugar	Tamaño	Media (DT)	F	g.l.	p	$\eta^2$
Evitación experiencial	Égida	≤ 50	4,01 (0,56)	2,09	2, 894	0,124	0,005
		51-100	4,04 (0,45)				
		>100	3,82 (0,34)				
	Hogar	≤ 50	4,08 (0,61)	41,57	2, 894	< 0,001	0,087
		51-100	3,99 (0,48)				
		>100	4,66 (1,22)				
CES-D: Estado de ánimo	Égida	≤ 50	28,25 (3,81)	2,25	2, 894	0,106	0,005
		51-100	27,29 (2,80)				
		>100	27,75 (2,95)				
	Hogar	≤ 50	28,45 (4,93)	33,83	2, 894	< 0,001	0,072
		51-100	27,84 (3,57)				
		>100	31,76 (6,82)				
BAFT: queja somática	Égida	≤ 50	4,03 (0,62)	3,58	2, 894	0,028	0,008
		51-100	3,99 (0,56)				
		>100	3,70 (0,38)				
	Hogar	≤ 50	4,18 (0,76)	33,27	2, 894	< 0,001	0,071
		51-100	3,94 (0,58)				
		>100	4,64 (1,24)				
BAFT: regulación emocional	Égida	≤ 50	4,19 (0,67)	3,85	2, 894	0,022	0,009
		51-100	4,15 (0,56)				
		>100	3,85 (0,43)				
	Hogar	≤ 50	4,34 (0,74)	33,38	2, 894	< 0,001	0,071
		51-100	4,10 (0,60)				
		>100	4,80 (1,19)				
BAFT: Evaluación negativa	Égida	≤ 50	4,10 (0,64)	5,18	2, 894	0,006	0,012
		51-100	4,01 (0,53)				
		>100	3,70 (0,40)				
	Hogar	≤ 50	4,18 (0,72)	32,68	2, 894	< 0,001	0,070
		51-100	4,01 (0,59)				
		>100	4,67 (1,16)				

Tal y como se puede observar en los hogares todas las variables estudiadas mostraron diferencias significativas mientras que en las égidas solo lo fueron las dimensiones de la ansiedad. De este modo, en los hogares para las variables de evitación psicológica y de estado

de ánimo depresivo, se observó que existían en ambas variables una puntuación significativamente más alta en aquellos que disponen del mayor número de residentes que en aquellos que tienen entre 51 y 100 ( $p < 0,001$ ) como aquellos que tienen  $\leq 50$  ( $p < 0,001$ ). En relación a las dimensiones de la ansiedad, en el caso de los hogares se observó que existían puntuaciones significativamente más elevadas de quejas somáticas y de evaluación negativa y una menor regulación emocional cuando las instituciones tenían más de 100 residentes que cuando disponían de 51 a 100 ( $p < 0,001$ ) y  $\leq 50$  ( $p < 0,001$ ) en las tres dimensiones. En las égidas, en cambio, eran las de mayor tamaño las que mostraban puntuaciones significativamente más bajas para la queja somática que aquellas de 51 a 100 ( $p = 0,029$ ) y  $\leq 50$  ( $p = 0,040$ ) y para la baja evaluación negativa que aquellas de 51 a 100 ( $p = 0,022$ ) y  $\leq 50$  ( $p = 0,004$ ) y disponían de puntuaciones significativamente más altas en regulación emocional que aquellas de 51 a 100 ( $p = 0,036$ ) y  $\leq 50$  ( $p = 0,020$ ).

### 2.3. MANOVA para variables dependientes relacionadas con las variables psicológicas amortiguadoras.

#### 3.3.1. Análisis de diferencias entre el lugar donde trabaja y haber pasado la COVID-19.

Al aplicar el MANOVA, los contrastes multivariados mostraron efectos principales significativos para las variables lugar de trabajo ( $\Lambda = 0,955$ ,  $F_{5, 892} = 8,31$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,045$ ), y haber pasado la COVID-19 ( $\Lambda = 0,811$   $F_{5, 892} = 41,70$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,189$ ), así como para la interacción de ambas variables ( $\Lambda = 0,979$ ,  $F_{5, 892} = 3,76$ ;  $p = 0,002$ ;  $\eta^2 = 0,021$ ).

La tabla 10 presenta los resultados de los ANOVA para los efectos principales de las variables lugar de trabajo y haber pasado la COVID-19 y su interacción.

Tabla 10. ANOVAS sobre las variables dependientes amortiguadoras: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y haber pasado la COVID.

	Lugar de trabajo				Haber pasado la COVID-19				Lugar X COVID			
	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
STF	26,23	1, 896	< 0,001	0,028	32,64	1, 896	< 0,001	0,035	14,58	1, 896	< 0,001	0,016
RES	26,25	1, 896	< 0,001	0,028	149,5	1, 896	< 0,001	0,143	12,69	1, 896	< 0,001	0,014
S-C	20,30	1, 896	< 0,001	0,022	150,3	1, 896	< 0,001	0,144	5,58	1, 896	0,018	0,006
S-M	0,10	1, 896	0,765	0,001	2,50	1, 896	0,114	0,003	0,16	1, 896	0,683	0,001
S-S	0,03	1, 896	0,553	0,001	4,55	1, 896	0,033	0,005	0,03	1, 896	0,850	0,001

Nota: STF = Satisfacción vital; RES = Resiliencia; S-C = Sentido de coherencia Comprensibilidad; S-M = Sentido de coherencia Manejabilidad; S-S = Sentido de coherencia Significatividad.

Tal y como se observa en la tabla 10 se obtuvieron diferencias significativas en función del lugar de trabajo para las variables dependientes de satisfacción vital, resiliencia y sentido de coherencia comprensibilidad ( $p < 0,001$ ), siendo en todos los casos más alta la puntuación de los trabajadores de las égidas.

Del mismo modo, aquellos trabajadores que no habían pasado la enfermedad también obtuvieron puntuaciones significativamente más altas ( $p < 0,001$ ) en satisfacción vital, resiliencia y la dimensión comprensibilidad del sentido de coherencia.

Por último, con respecto a la interacción lugar de trabajo y haber pasado la COVID-19, la Tabla 11 muestra las medias y las desviaciones típicas de todas las variables estudiadas teniendo en cuenta que tres de las cinco interacciones fueron significativas.

Tabla 11. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables amortiguadoras entre lugar de trabajo y haber pasado la enfermedad, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.

	Lugar	COVID	Media (DT)	F	g.l.	p	$\eta^2$
Satisfacción	Égida	Si	4,68 (0,57)	1,77	1, 896	0,183	0,002
		No	4,75 (0,29)				
	Hogar	Si	4,36 (0,74)	45,92	1, 896	< 0,001	0,049
		No	4,70 (0,52)				
Resiliencia	Égida	Si	3,14 (0,51)	37,16	1, 896	< 0,001	0,040
		No	3,44 (0,34)				
	Hogar	Si	2,83 (0,69)	126,08	1, 896	< 0,001	0,123
		No	3,38 (0,53)				
SOC Comprensibilidad	Égida	Si	4,91 (0,77)	48,48	1, 896	< 0,001	0,051
		No	5,35 (0,38)				
	Hogar	Si	4,61 (0,76)	108,13	1, 896	< 0,001	0,108
		No	5,25 (0,68)				

De las tres variables dependientes que resultaron significativas en el ANOVA anterior, se estudiaron las diferencias entre los grupos siendo en el caso de los hogares más altas las puntuaciones de aquellos participantes que no habían sufrido la enfermedad; en el caso de las égidas los resultados fueron similares excepto para satisfacción que no obtuvo diferencias significativas. De este modo, se observa como las puntuaciones en las variables psicológicas amortiguadores de aquellos sujetos que no han pasado son más altas.

### 3.3.2. Análisis de diferencias entre el lugar donde trabaja y número de residentes.

Al aplicar el MANOVA, los contrastes multivariados mostraron efectos principales significativos para las variables lugar de trabajo ( $\Lambda = 0,946$ ,  $F_{5, 890} = 10,18$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 =$

0,054), y número de residentes de la institución donde trabaja ( $\Lambda = 0,867$   $F_{5, 890} = 13,18$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,069$ ), así como para la interacción de ambas variables ( $\Lambda = 0,917$ ,  $F_{5, 1780} = 7,09$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,043$ ).

La tabla 12 presenta los resultados de los ANOVA para los efectos principales de las variables lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja y su interacción.

Tabla 12. ANOVAS sobre las variables dependientes amortiguadoras: efectos principales y de la interacción de lugar de trabajo y número de residentes.

	Lugar de trabajo				Número de residentes				Lugar X Número de residentes			
	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
STF	28,95	1, 894	< 0,001	0,031	15,29	2, 894	< 0,001	0,033	17,44	2, 894	< 0,001	0,038
RES	34,29	1, 894	< 0,001	0,037	14,95	2, 894	< 0,001	0,032	25,42	2, 894	< 0,001	0,054
S-C	29,45	1, 894	< 0,001	0,032	27,48	2, 894	< 0,001	0,058	17,93	2, 894	< 0,001	0,039
S-M	0,02	1, 894	0,883	0,001	2,33	2, 894	0,098	0,005	0,56	2, 894	0,566	0,001
S-S	1,09	1, 894	0,295	0,001	0,50	2, 894	0,604	0,001	1,09	2, 894	0,335	0,002

Nota: STF = Satisfacción vital; RES = Resiliencia; S-C = Sentido de coherencia Comprensibilidad; S-M = Sentido de coherencia Manejabilidad; S-S = Sentido de coherencia Significatividad.

Tal y como se observa en la tabla 12 se obtuvieron diferencias significativas en función del lugar de trabajo para tres de las variables dependientes de satisfacción vital, resiliencia y sentido de coherencia comprensibilidad ( $p < 0,001$ ), siendo en todos los casos más alta la puntuación de los trabajadores de las égidias.

Por lo que se refiere al número de residentes, también fueron tres las variables dependientes significativas. En relación a la satisfacción vital, esta fue significativamente más baja en aquellas instituciones de más de 100 residentes cuando fueron comparadas con las de 0 a 50 residentes ( $p < 0,001$ ) y las que tienen entre 50 y 100 ( $p < 0,001$ ). En la variable resiliencia, son las instituciones con un tamaño intermedio de residentes (50-100) las que obtienen las puntuaciones significativamente más altas que aquellas con menos de 50 residentes ( $p < 0,001$ ) y aquellas con más de 100 ( $p < 0,001$ ). Finalmente, en la dimensión de comprensibilidad del sentido de coherencia, existen diferencias entre todos los grupos, de manera que las instituciones intermedias muestran puntuaciones significativamente más altas que las de 0 a 50 residentes ( $p < 0,001$ ) y las que tienen entre 50 y 100 ( $p < 0,001$ ), pero además las de 0 a 50 residentes tienen significativamente puntuaciones más altas que las de entre 50 y 100 ( $p < 0,001$ )

Por último, con respecto a la interacción lugar de trabajo y número de residentes de la

institución donde trabaja, tal y como se puede observar en la tabla 13 en los hogares todas las variables estudiadas mostraron diferencias, sin embargo, en las égidas la satisfacción fue no significativa. En este sentido, en los hogares, la satisfacción era significativamente más baja en los de mayor número de residentes que en aquellos de 51 a 100 ( $p < 0,001$ ) y  $\leq 50$  ( $p < 0,001$ ), del mismo modo, el nivel de resiliencia era significativamente más bajo en los de mayor tamaño que en aquellos de 51 a 100 ( $p < 0,001$ ) y  $\leq 50$  ( $p < 0,001$ ); en relación a la dimensión comprensibilidad del SOC, fueron aquellos con un tamaño medio los que obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los de  $> 100$  ( $p < 0,001$ ) y  $\leq 50$  ( $p < 0,001$ ). En el caso de las égidas y la puntuación de resiliencia las diferencias se observaron entre los de mayor y menor tamaño ( $p = 0,012$ ) siendo las puntuaciones más bajas en las de menor tamaños, por lo que respecta a la comprensibilidad también las instituciones de menor tamaño obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que las de 51 a 100 ( $p = 0,012$ ) y las que son  $> 100$  ( $p = 0,001$ ).

Tabla 13. Medias y desviaciones típicas de las interacciones en las variables amortiguadoras entre lugar de trabajo y número de residentes de la institución donde trabaja, y pruebas de efectos simples para el análisis de dichas interacciones.

	Lugar	Tamaño	Media (DT)	F	g.l.	p	$\eta^2$
Satisfacción	Égida	$\leq 50$	4,77 (0,37)	0,98	2, 894	0,375	0,002
		51-100	4,69 (0,47)				
		$>100$	4,76 (0,24)				
	Hogar	$\leq 50$	4,75 (0,47)	42,57	2, 894	$< 0,001$	0,105
		51-100	4,66 (0,37)				
		$>100$	4,15 (0,91)				
Resiliencia	Égida	$\leq 50$	3,21 (0,48)	4,77	2, 894	0,009	0,011
		51-100	3,34 (0,44)				
		$>100$	3,48 (0,19)				
	Hogar	$\leq 50$	3,14 (0,52)	48,58	2, 894	$< 0,001$	0,098
		51-100	3,39 (0,50)				
		$>100$	2,77 (0,83)				
SOC Comprensibilidad	Égida	$\leq 50$	5,00 (0,76)	7,87	2, 894	$< 0,001$	0,017
		51-100	5,21 (0,53)				
		$>100$	5,43 (0,39)				
	Hogar	$\leq 50$	4,74 (0,73)	36,41	2, 894	$< 0,001$	0,075
		51-100	5,30 (0,65)				
		$>100$	4,76 (0,85)				

# CAPÍTULO 6.

## *DISCUSIÓN*

---



Esta tesis se desarrolló en el marco de la pandemia por COVID 19 en la isla de Puerto Rico durante la que fue denominada como la tercera ola y aunque la vacunación ya había comenzado diversos factores como el relajamiento a las normas impuestas inicialmente hicieron que los casos por contagio volvieran a crecer de forma exponencial. De este modo se planteó como objetivo general estudiar cual era el impacto de la pandemia tanto en variables relacionadas con las condiciones laborales como con variables psicológicas desadaptativas y amortiguadoras en los trabajadores de hogares de adultos mayores y égidas para poder tener información comparativa sobre dos modelos de cuidado, uno con adultos mayores dependientes y otro con independientes.

Como **primer objetivo** y a partir de las correlaciones realizadas entre las diversas medidas se pretendía estudiar cómo eran estas relaciones entre los instrumentos. Partiendo de los hallazgos encontrados en la presente investigación, se puede afirmar, en relación con la *primera hipótesis* establecida que, sí existe relación positiva entre el estrés percibido y las dimensiones de burnout agotamiento emocional y despersonalización en los trabajadores de hogares y égidas de la isla de Puerto Rico, y además de estar correlacionadas entre ellas lo están

con las variables que fueron conceptualizadas como desadaptativas.

En un estudio realizado en Nueva York se encontró que el estrés emocional durante la pandemia correlacionó significativamente con la angustia emocional y los dos dominios negativos del burnout: agotamiento emocional y despersonalización (Raimo et al., 2018). Si bien para definir el burnout siempre se ha señalado la necesidad de incluir tanto un alto estrés emocional como una alta despersonalización, investigaciones recientes han sugerido que la despersonalización puede ser el factor más importante del agotamiento (Eckleberry-Hunt et al., 2018; Maslach y Leiter, 2016) y por tanto debe existir una alta relación entre ambas variables como es el caso de este estudio en el que se puede observar que las dos variables obtienen una muy alta, significativa y positiva relación, además de estar correlacionadas con la segunda de las dimensiones negativas del burnout. Este resultado es acorde con el obtenido por Bernaldo de Quirós y Labrador (2008) que encontraron que existen altas correlaciones y significativas entre el estrés y el burnout entre los profesionales de la salud, además plantean que el estrés es probablemente una variable determinante en la generación del burnout, favoreciéndolo, lo cual hace que su relación sea altamente significativa ya que como sugieren Bernaldo de Quirós y Labrador (2008) aquellos trabajadores que presentaban un mayor nivel de estrés mostraban a su vez un nivel más alto de burnout (mayor cansancio emocional y despersonalización y menor realización personal), estando además estos resultados en consonancia con los obtenidos en otros estudios (Bartz y Maloney, 1986; Cáceres et al., 2000). Por otra parte, Bernaldo de Quirós y Labrador (2008) también informan de altas correlaciones del burnout y el estrés con las escalas que median síntomas psicopatológicos. Los profesionales de la salud que presentaron un mayor nivel de estrés, cansancio emocional y despersonalización mostraron puntuaciones más altas en todas las escalas que evaluaban aspectos desadaptativos. También según García et al. (2000), el burnout se relaciona con síntomas de ansiedad, depresión, disfunción social y problemas somáticos de origen psicológico; un dato a señalar es que en el caso de los profesionales de enfermería parece ser que, además, esta relación está mediatizada por el tiempo que llevan en su actual situación laboral, en cambio, en otro tipo de trabajos como es el de los médicos los mayores niveles de estrés vienen generalmente provocados por el mayor nivel de responsabilidad.

En relación con el burnout y la depresión debe tenerse en cuenta que existen algunos

síntomas superpuestos observados entre ambas variables (Chen y Meier, 2021), sin embargo, a pesar de esta superposición, estas variables son estudiadas de forma independiente. Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 10 años han demostrado que la mayoría de las personas con frecuencias relativamente altas de síntomas de burnout cumplían los criterios diagnósticos para la depresión (Bianchi et al., 2014); además, se ha encontrado que el burnout y los síntomas depresivos cambian juntos con el tiempo, con aumentos (o disminuciones) en los síntomas de burnout paralelos a aumentos (o disminuciones) conmensurados en los síntomas depresivos (Ahola et al., 2014). Por el contrario, tal y como señalan Schonfeld y Bianchi (2016) en vista de la superposición entre el burnout y la depresión, parece cada vez más difícil aislar el burnout del espectro de cuadros depresivos. En esta misma línea Cox et al. (2005) observaron que la práctica en la investigación del burnout ha sido estudiar el burnout en trabajadores que en realidad no están quemados. En tales condiciones, el burnout puede haber aparecido engañosamente como algo distinto de la depresión. En cualquier caso, de forma razonable debe existir una relación significativa y positiva entre ambas variables tal y como se ha observado en este estudio y que es coherente a los resultados obtenidos en otros trabajos durante la pandemia como el de Huo et al. (2021) cuyos hallazgos sugieren que la tasa de prevalencia del burnout fue extremadamente alta entre el personal médico, lo que se asocia con otros trastornos psicológicos. También Martins et al. (2020) informan que el agotamiento emocional está relacionado con bajos niveles de salud mental, habiendo sido la pandemia por COVID-19 un factor que ha perturbado los sistemas sanitarios en todo el mundo, generando, debido al prolongado tiempo de respuesta, un estrés adicional que se ha relacionado con los síntomas depresivos.

En relación al estrés, en el contexto de la crisis pandémica, los trabajadores de primera línea se enfrentaron a experiencias traumáticas tanto con sus usuarios como con la pérdida inesperada de amigos, familiares y colegas. Como resultado, estos trabajadores estuvieron afectados en mayor medida por el malestar psicológico, como depresión, ansiedad y estrés (Li et al., 2021). Batra et al. (2020) realizaron un metaanálisis para aportar nuevas pruebas relacionadas con el impacto de la COVID-19 en el bienestar de los trabajadores y entre los principales factores identificados como causantes del malestar psicológico señalaron la ansiedad, la depresión, el estrés, el síndrome de estrés postraumático, el insomnio, la angustia psicológica y el agotamiento, estando todos ellos significativamente relacionados. También

Alnazly et al. (2021) determinaron que existían factores asociados con el malestar psicológico de los trabajadores como tener más experiencia clínica y trabajar directamente con pacientes a los que se había diagnosticado COVID-19. El miedo, la depresión, la ansiedad y el estrés se correlacionaron positivamente.

Con respecto al burnout y la ansiedad, esta investigación encontró que ambas variables se relacionan significativa y positivamente. Esta relación, ya era conocida de forma previa a la pandemia, por ejemplo, un estudio realizado en personal sanitario en Albacete por Marcos y Selva (2016) señaló que tener un nivel alto de ansiedad tanto rasgo como estado lleva consigo un nivel medio de burnout (entre 19-26) con alta despersonalización ( $> 10$ ) y alto estado de ineficiencia y poca realización personal ( $< 33$ ). Esta misma relación se ha evidenciado en un estudio realizado con enfermeros durante la COVID-19, el cual obtuvo correlaciones significativas con respecto al burnout y la ansiedad (Guixia y Hui, 2020). Los resultados mostraron que había cierto grado de ansiedad y depresión en los enfermeros en el período COVID-19, pero la ansiedad tuvo un mayor impacto en el desgaste profesional y, con la antigüedad, el desgaste tendió a disminuir. Este estudio informó además de la existencia de correlaciones positivas significativas entre los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad y estrés) y todas las dimensiones del burnout. Es decir, cuanto más graves son los síntomas psicológicos, mayor es el nivel de burnout, lo cual es consistente con los resultados del estudio de Mousavi et al. (2017). También el trabajo de Montgomery et al. (2019) informa que este tipo de sintomatología se relaciona de forma directa con el burnout. Dichos resultados, concuerdan con los resultados obtenidos, afirmando aún más la correlación entre ambas variables.

Por lo que se refiere al estrés, debe señalarse que algunos trabajos como el de Riello et al. (2020) ya señalaban la existencia de altos niveles de ansiedad y estrés en trabajadores de residencias de adultos mayores en Italia inmediatamente después del primer brote de COVID-19. Además, informaron de la existencia de síntomas por estrés postraumático en aquellos que habían estado en contacto reciente con pacientes COVID-19-positivos y dado que este tipo de trabajadores formaba parte de una comunidad muy unida que comparte altos niveles de angustia, se les debería considerar como un grupo con mayor riesgo de síntomas psiquiátricos durante la pandemia de COVID-19. También Hering et al., (2022) informaron que el estrés fue significativamente mayor en los trabajadores más jóvenes, y se asoció con una mayor ansiedad

relacionada con la COVID-19, con una mayor carga de trabajo relacionada con la COVID-19 y con la falta de apoyo y de sentido de comunidad en el trabajo. Por su parte Ornel et al. (2020) indican que la situación creada durante la pandemia generó un nivel de estrés y malestar psicológico que tuvo entre sus manifestaciones principales la ansiedad y el agotamiento emocional. En este sentido Sarabia-Cobo et al. (2021), señalan la importancia de reconocer las fuentes de ansiedad y desgaste emocional lo cual puede permitir a las organizaciones desarrollar enfoques para abordar estas preocupaciones y proporcionar apoyo específico a los profesionales que están sufriendo este tipo de sintomatología.

En relación a la evitación experiencial y el burnout, algunos trabajos como el de Iglesias et al. (2010) señalan que, aunque se desconocen las relaciones entre estas dos variables de forma fehaciente, sin embargo, la evitación experiencial puede utilizarse como un mecanismo de afrontamiento emocional para lidiar con la angustia asociada al burnout. Aunque inicialmente puede parecer un método beneficioso para superar los factores estresantes del trabajo, su uso continuado conduce a consecuencias perjudiciales a medio y largo plazo. Con el tiempo, como en el caso de la pandemia, los esfuerzos cada vez más intensos para evitar o cambiar los acontecimientos desagradables pueden dar lugar a niveles progresivamente más altos de estrés, psicopatología y una peor calidad de vida (Dyrbye et al., 2008, Wood y Killion, 2007). Como se señalaba, trabajos anteriores y actuales han puesto de relieve la tendencia de los individuos a evitar los síntomas de angustia emocional y física durante los desastres a gran escala (Lovell et al., 2020; Siebenhaar et al., 2020). La evitación experiencial refleja el intento rígido de un individuo de evitar pensamientos aversivos, sentimientos, sensaciones físicas y otras experiencias internas. Teóricamente, los intentos repetidos de escapar o evitar los síntomas aversivos durante un desastre a gran escala, como la pandemia COVID-19, pueden exacerbar la gravedad de los síntomas y el estrés relacionado con dicha perturbación (Aldrich et al., 2000). Según Mayorga et al. (2022) los datos actuales sugieren que la evitación experiencial, que refleja una evitación persistente de experiencias y contextos internos estresantes, es un proceso psicológico disfuncional; en su estudio, ésta demostró una clara utilidad predictiva incremental después de ajustar el impacto emocional de la COVID-19, lo que sugiere que la forma en que las personas responden a los estímulos internos (es decir, aceptando vs. evitando) puede influir en los procesos relacionados con la salud en relación con la gravedad de la angustia de la COVID-19.

En relación a la satisfacción vital y el burnout, Bernales-Tupo et al. (2022) señalan que la satisfacción vital es un factor importante que puede verse influido por la responsabilidad laboral, desencadenando una serie de resultados positivos o negativos en la organización (Hagmaier et al., 2018). Los empleados satisfechos tienen más probabilidades de ser más productivos y de sentirse más vinculados a su lugar de trabajo (Janicijevic et al., 2013). En particular, la satisfacción de los trabajadores sanitarios influye en la productividad, la calidad, la eficacia y el compromiso con el trabajo y, al mismo tiempo, en los costes de la atención sanitaria. Posiblemente la relación negativa que se observa en este estudio provenga de la baja satisfacción que existía durante la pandemia, es por ello que se ha obtenido una relación negativa y significativa con las dimensiones del burnout. En este sentido, tal y como señalan Bernales-Tupo et al. (2022) durante la pandemia se comprobó que el compromiso laboral desempeña un papel mediador en la relación entre el agotamiento laboral, la autoeficacia profesional, la satisfacción vital y el rendimiento laboral en los trabajadores sanitarios. Además, se evidenció que la autoeficacia profesional estaba positivamente relacionada con el compromiso laboral y la satisfacción vital, sin embargo, existía una relación negativa con el burnout.

Con respecto a la satisfacción vital y el estrés, Rogowska et al. (2021) establecen que durante las primeras dos olas de COVID-19 los niveles de estrés aumentaron y la satisfacción vital disminuyó, lo cual sería coherente con los resultados que se han obtenido. Estudios durante la pandemia del COVID-19 indican que el regreso al trabajo pudo exacerbar el estrés percibido debido a que los trabajadores tuvieron que exponerse a situaciones con riesgo de infección por COVID-19 (Hu et al., 2023). Sin embargo, tal y como establecen Hu et al. (2023), cuando las personas se adaptan a la situación de pandemia pueden mejorar sus emociones positivas e incluso contribuir a su capacidad de resolución de problemas, lo que puede mejorar su satisfacción con la vida. Por otra parte, el estudio de Wang et al. (2020) demostró que para las personas con baja capacidad de adaptación, la satisfacción con la vida se redujo drásticamente a medida que aumentaba el estrés percibido; aquellos con baja capacidad de adaptación no pudieron recuperarse rápidamente de los eventos adversos o estados emocionales negativos y adaptarse mejor a los nuevos entornos, lo que llevó a que su satisfacción con la vida se redujera drásticamente a medida que aumentaba el estrés percibido; además, se comprobó que el aumento del estrés podía resultar en un peor bienestar psicológico.

En cuanto al burnout y la resiliencia en el estudio de Vieira et al. (2022) se demostró que la resiliencia es un factor protector para variables que puedan afectar a la salud mental, así como a otros trastornos psicológicos menores, agotamiento emocional y despersonalización. Un estudio realizado en China, con enfermeras de primera línea en el pico de la pandemia de COVID-19, reveló la asociación significativa entre resiliencia y burnout (Zhang et al., 2021). En ambos estudios la resiliencia mostró correlaciones negativas con las dimensiones del burnout de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal. Estos resultados son acordes a los observados en la población estudiada en esta investigación. Según el estudio de Jamebozorgi et al. (2022) esta relación posiblemente se debe a la menor capacidad para recuperarse rápidamente en períodos difíciles donde es probable que ocurran cambios, inconvenientes, obstáculos, desilusiones y falta de éxito como los encontrados durante la pandemia de COVID-19. De acuerdo a Jose et al. (2020), los hallazgos significativos encontrados entre el burnout y la resiliencia significan que un alto nivel de resiliencia podría ayudar a manejar el burnout y a enfrentar positivamente los desafíos en la vida y la toma de decisiones.

Con respecto a la resiliencia y el estrés, estudios como el de Havnen et al. (2020) indican relaciones significativas y negativas entre ambas variables. Asimismo, se ha establecido en numerosos estudios que la resiliencia es predictora negativa de la ansiedad, la depresión y el estrés (Balay-Odao et al., 2021; Kim et al., 2021; Shi et al., 2021). Los resultados demuestran la importancia de los recursos de resiliencia con respecto a qué tan bien un individuo enfrenta circunstancias estresantes de la vida, como la pandemia por COVID-19. El estudio de Oducado et al. (2021) demostró la relación significativa y negativa entre la resiliencia y el estrés. Dicho estudio indica que una mayor resiliencia está asociada con menor estrés y miedo relacionados con la COVID-19. Según Yildirim y Arslan (2022), la resiliencia tiene un efecto amortiguador sobre las consecuencias indeseables y el impacto negativo de las perturbaciones en tiempos de crisis.

Por lo que respecta al sentido de coherencia (SOC) y el burnout, estudios como el Stoyanova y Stoyanov (2021) encontraron asociaciones sustanciales entre todos los componentes del SOC y las dimensiones del burnout. Variables como la significatividad y la puntuación total del SOC se asocian con altos niveles de realización personal y logro como

dimensión positiva del burnout mientras que con el agotamiento emocional y la despersonalización se asocian bajos niveles de SOC. Estas tendencias sientan las bases para un funcionamiento más salutogénico de los profesionales de la salud. Por lo tanto, la combinación de componentes motivacionales, instrumentales y cognitivos del SOC predice significativamente el desempeño profesional y el burnout en los profesionales de la salud. Estos resultados según Navarro-Prados et al. (2022a) pueden deberse a factores tales como obtención de recursos (mascarillas o equipo de protección personal) necesarios durante la pandemia, así como a las largas jornadas de trabajo o falta de trabajo en equipo que parecen producirse en las instituciones en las que se trabaja con adultos mayores.

También se han observado relaciones negativas entre el estrés y el sentido de coherencia como anteriores investigaciones (Izydorczyk et al., 2016; Schäfer et al., 2020). De este modo, se puede entender que la población con un nivel alto de SOC (manejabilidad, comprensibilidad y significado en la vida) dispondría de una capacidad para reducir los efectos del estrés y específicamente el causado por la COVID-19. Gómez-Salgado et al. (2020) señalan que tanto el malestar psicológico como el SOC están relacionados con la presencia de síntomas COVID-19, pero que los que no sufrían angustia tenían un SOC más alto. Como se señalaba, el SOC parece ser un factor favorable para la salud mental, y en el caso de los profesionales sanitarios se relaciona con la calidad de vida y protege contra la ansiedad, la depresión y la carga subjetiva (Lopez-Martinez et al., 2019); además se ha relacionado con la prevención del estrés postraumático experimentado (Ragger et al., 2019). Dado el impacto psicológico que supone trabajar en el amenazante escenario de la pandemia, se debe proteger a las personas que están en primera línea contra la enfermedad, minimizando los riesgos, proporcionándoles recursos y apoyo, y fomentando sus habilidades de afrontamiento.

En relación a la *segunda hipótesis* incluida en el primer objetivo, se esperaba observar que las variables amortiguadoras (satisfacción con la vida, resiliencia y sentido de coherencia) correlacionaran significativamente y de forma positiva entre ellas, así como con el burnout crecimiento personal y negativamente con las variables desadaptativas; se puede confirmar que la hipótesis se ha cumplido y que las relaciones entre las medidas han seguido lo establecido.

Por lo que se refiere a cómo las variables amortiguadoras se relacionan entre ellas, parece lógico señalar que estas relaciones sean positivas ya que todas estas variables son de

carácter adaptativo. Algunos autores han indicado que la satisfacción y la resiliencia de los profesionales sanitarios han sido componentes clave de la continuidad de los servicios sanitarios durante la pandemia de COVID-19 (Bozdağ y Ergün, 2021). Haider et al. (2021) informan de que la resiliencia y la satisfacción vital desempeñan un papel mediador en la asociación entre el estrés y el agotamiento por falta de compromiso, y que ciertos factores internos, como el optimismo, la resolución de problemas, la autorregulación, etc., actúan como amortiguadores o protectores frente a los factores estresantes de la vida. También Dymecka et al. (2022) informan que la relación entre el estrés y la satisfacción vital está mediada por el sentido de coherencia, por tanto, el sentido de coherencia de un individuo puede afectar a su bienestar subjetivo y ayudarle a gestionar eficazmente el estrés y reducir la ansiedad. Kase et al. (2023) obtuvieron altas correlaciones entre el SOC y la resiliencia y señalan que incluso existe la posibilidad de que algunos aspectos del constructo de resiliencia se solapen con algunos aspectos del SOC, sin embargo, los resultados que obtienen muestran una mayor utilidad predictiva del SOC que la de la resiliencia para los indicadores relacionados con la salud, como el bienestar psicológico y la tendencia a la depresión. En cualquier caso, todas estas investigaciones, muestran como estas tres variables amortiguadoras están altamente relacionadas y por tanto refuerzan los resultados obtenidos y la hipótesis planteada.

Además, los resultados han mostrado relaciones positivas entre estas variables amortiguadoras y la dimensión de logro del burnout. La satisfacción vital es un sentimiento subjetivo de felicidad y satisfacción con la vida, y es una percepción combinada de la calidad de vida laboral y no laboral. Linn et al. (1986) informaron de que las personas que están satisfechas con su vida experimentan significativamente menos conflictos entre su trabajo y su vida personal, menos estrés laboral y una satisfacción laboral significativamente mayor. A la inversa, los sentimientos relacionados con el trabajo pueden extenderse a la vida en general (Demerouti et al. 2000). Sin embargo, tal y como señalan Lee et al. (2004), la satisfacción vital podría ser más sensible a los resultados laborales negativos que a los positivos, con lo cual más que maximizar los elementos de logro se debería intervenir eliminando las variables relacionadas con el agotamiento. En esta línea Iecovich (2017) señala que las estrategias para disminuir el agotamiento emocional y la despersonalización y para aumentar el sentido de realización personal deberían incluir el desarrollo profesional y la formación y la capacitación de los empleados. En cualquier caso, lo que sí parece claro, y los resultados que se han obtenido

confirman es que estas dos variables están relacionadas y que el logro puede facilitar la satisfacción vital. En esta línea Navarro-Prados et al (2022b) informaban que la dimensión de logro, además de estar correlacionada, es un predictor altamente significativo de la satisfacción.

Por lo que se refiere a la resiliencia Navarro-Prados et al. (2022b) señalaban, que la dimensión de logro del burnout cuando es conceptualizada como crecimiento y, por tanto, mostrando una puntuación inversa a las que presentan las otras dos dimensiones, está correlacionada positivamente con la resiliencia al igual que se ha podido comprobar en este estudio. Yörük y Güler (2021) informan que frente a acontecimientos vitales traumáticos como ha sido la pandemia las personas pueden experimentar estados emocionales negativos; sin embargo, a menudo pueden adaptarse con el tiempo.

La resiliencia psicológica desempeña un papel importante a la hora de permitir que los profesionales sanitarios se adapten al brote de COVID-19 y lo afronten con eficacia; en este sentido, los autores obtuvieron correlaciones significativas entre estas dos variables planteándose la idea de que algunas variables pueden ser clave en el desarrollo personal y profesional y no simplemente un elemento desadaptativo. Debe tenerse en cuenta que, tal y como demostraron Zhang et al. (2021) mediante un modelo de ecuaciones estructurales, la resiliencia mostró un efecto indirecto significativo en la realización personal, siendo el afecto positivo y el negativo las variables que mediaban totalmente los efectos de la resiliencia. El afecto positivo y negativo pueden verse influidos por la incertidumbre como fue en el caso de la pandemia en la que observó el aumento del afecto negativo en respuesta a las demandas (Li et al., 2020); en este sentido los impactos mentales agudos o a largo plazo de la pandemia por COVID-19 causaron una angustia emocional excesiva y un deterioro del funcionamiento social y laboral (Brooks et al., 2020) frente a los cuales la resiliencia puede ser un amortiguador que minimice la desadaptación.

Debe señalarse que existen pocos estudios que pongan en relación el logro, el crecimiento como dimensión del burnout con el sentido de coherencia (SOC). Navarro-Prados et al. (2022a) señalan que las personas con un alto SOC muestran una mayor capacidad para evitar situaciones peligrosas y tienden a incorporar más fácilmente conductas promotoras de la salud y a rechazar las perjudiciales. En su estudio, además obtuvieron una correlación significativa entre la dimensión de logro del burnout y la puntuación total del sentido de

coherencia. Según López-Martínez et al. (2019) el sentido de coherencia se ha relacionado con una mejor salud y una mayor calidad de vida en la población general, y parece tener un papel protector frente a los estresores derivados del entorno laboral y las dificultades para conciliar trabajo y familia (Eriksson y Lindström, 2006). Investigaciones anteriores a la pandemia indican que los profesionales con un SOC fuerte son más capaces de movilizar recursos, valorar las situaciones estresantes como un reto y utilizar enfoques eficaces de resolución de problemas con el fin de gestionar el estrés y experimentar niveles más bajos de burnout (Kalimo et al., 2003). Esto es así porque cuanto más fuerte es el SOC, mayor es la tendencia a identificar la naturaleza del factor estresante al que se enfrenta y a seleccionar los recursos apropiados para la situación dada. Más concretamente, estos resultados indican que un SOC débil (y especialmente la manejabilidad) está fuertemente relacionado con el agotamiento emocional.

Finalmente, y por lo que respecta a las relaciones entre las variables amortiguadoras y las desadaptativas, los resultados obtenidos acordes con la hipótesis, muestran relaciones significativas y negativas.

Son múltiples los trabajos que van en esta misma línea, concretamente y en relación al estado de ánimo negativo, Rennemark y Hagberg (1999) hallaron una fuerte conexión entre el sentido de la coherencia y la depresión, habiéndose asociado los bajos niveles de SOC con el agotamiento y la depresión (Malagón-Aguilera et al., 2012). Algunos autores sugieren que el SOC es un factor favorable para la salud mental de los profesionales sanitarios, ya que se relaciona con la calidad de vida y protege contra la ansiedad, la depresión y la carga subjetiva (López-Martínez et al., 2019). Por su parte, Christopher (2000) descubrió que un mayor grado de resiliencia y una mayor satisfacción vital eran los predictores más fuertes del bienestar psicológico disminuyendo el riesgo de un estado de ánimo negativo. Benke et al. (2022) señalan que se ha observado un aumento de los síntomas depresivos y de la soledad, así como una disminución de la satisfacción vital desde el inicio de la pandemia por COVID-19 hasta el seguimiento de 1 año, y demostraron que, en todas las olas de evaluación, pertenecer a un grupo de riesgo COVID-19 era un factor de riesgo de altos niveles de depresión, ansiedad, angustia y menor satisfacción vital. En relación a la resiliencia, Wagnild y Young (1993), en su estudio entre personas mayores, descubrieron que las puntuaciones altas en ésta se correlacionaban positivamente con la salud física y negativamente con la depresión; también los resultados de

Nygren et al. (2005) se corresponden con los de otros estudios sobre la resiliencia relacionada con la salud psicológica y como esta disminuye el riesgo de aparición de síntomas depresivos. Además, se ha observado que la resiliencia está inversamente asociada a la depresión y la ansiedad entre las personas afectadas por la pandemia de COVID-19 (Zhang et al., 2020). La resiliencia también puede ser un factor de protección frente a la ansiedad y la depresión debido a la capacidad de las personas resilientes de mantener una actitud o perspectiva positiva a pesar de los acontecimientos que ponen en peligro la vida (Kim et al., 2019).

Los estudios con trabajadores sanitarios han demostrado que la resiliencia media la relación entre el malestar psicológico (es decir, la depresión y la ansiedad) y el burnout (Hou et al., 2021; Serrão et al., 2021). Los estudios longitudinales realizados en la población general durante la pandemia (Riehm et al., 2021) también han informado de que una alta resiliencia actúa como salvaguarda frente a la ansiedad. Karagöz et al. (2021) informaron de que el aumento del miedo al COVID-19 disminuía la resiliencia psicológica y la satisfacción vital entre los profesionales sanitarios turcos. Es probable que la exposición frecuente a casos y muertes por COVID-19 agrave el miedo y aumente la vulnerabilidad al agotamiento y erosione los recursos de afrontamiento. Diversos estudios (Leung et al., 2022; Rohani et al., 2015) han señalado que el SOC desempeña un papel mediador en la relación entre la tensión que experimenta un individuo y la respuesta ansiosa derivada de la dificultad para afrontar un factor estresante. Dymecka et al. (2022) destacaron que el SOC es un factor importante para controlar y reducir la ansiedad, especialmente en relación con la COVID-19. Además, investigaron la relación entre el miedo a la COVID-19, el estrés, el SOC y la satisfacción vital, e informaron que el SOC era mayor en las personas con miedo a la COVID-19, debido potencialmente a una valoración de que la amenaza del contagio era creíble y requería cambios en la forma de vivir.

Por otra parte, una mayor evitación experiencial se ha relacionado con mayores niveles de depresión entre los adultos mayores durante la pandemia causada por el COVID-19 (López et al., 2021) siendo por tanto una variable desadaptativa. Por contra, un estilo de afrontamiento basado en la aceptación experiencial puede prevenir el desarrollo del burnout laboral y mejorar la satisfacción vital de los trabajadores de las residencias (Montaner et al., 2021), protegiendo a los profesionales de estos centros del desarrollo de problemas de salud mental, máxime durante la pandemia. Según Dinibutun (2020), los trabajadores sanitarios tienen, en general, un

mayor sentimiento de realización personal al enfrentarse a los resultados inmediatos de su atención a las personas infectadas por COVID-19 de manera que no parece que utilizar la evitación experiencial sea una de sus estrategias puesta en marcha, por contra, el sentido de coherencia (SOC) se plantea como un factor altamente relacionado, que ha actuado como papel protector en profesionales de residencias de adultos mayores durante la pandemia por COVID-19 en España (Navarro Prados et al., 2022a). Según Navarro-Prados et al. (2022b), la evitación experiencial se entiende como la falta de voluntad para experimentar pensamientos, emociones o sensaciones corporales no deseadas e interfiere en el progreso hacia los objetivos, por tanto, su relación negativa con la satisfacción parece clara. Concretamente estos autores, señalaron esta variable como un predictor negativo de la satisfacción vital dado su carácter desadaptativo a largo plazo, y sus resultados apoyaron hallazgos de estudios anteriores en los que la evitación experiencial se planteaba como una estrategia de regulación emocional desadaptativa relacionada con un menor bienestar (Machell et al., 2015). La evitación experiencial puede influir en la medida en que una persona siente satisfacción vital e impide la respuesta de recompensa a las actividades vitales, e interfiere en la capacidad de perseguir objetivos vitales valiosos. Además, su relación negativa con la resiliencia también ha sido comprobada por otros autores como Jiménez et al. (2022) que obtuvo correlaciones significativas y predictivas entre la evitación experiencial y la resiliencia durante la pandemia. Seçer et al. (2020) examinaron el papel de la resiliencia y la evitación experiencial con respecto a los problemas de salud mental y el miedo al COVID-19 aplicando un modelo de ecuaciones estructurales y observaron que el impacto del miedo a la COVID-19 sobre los problemas de salud mental se predecía indirectamente por la evitación experiencial (positivamente) y la resiliencia psicológica (negativamente). Tal y como señalan Ruiz-Párraga y López-Martínez (2015) existe un vínculo inverso entre resiliencia y evitación experiencial, en el que se observa que un mayor nivel de resiliencia se asocia con menores niveles de evitación experiencial como estrategia de afrontamiento del malestar psicológico. Los resultados de Reyes et al. (2022) también apoyan la hipótesis teórica de que los individuos con mayores niveles de resiliencia tienden a utilizar menos la evitación experiencial, mientras que aquellos con más evitación experiencial tienden a evitar más el malestar psicológico.

Por lo que respecta al **segundo de los objetivos** planteados en esta tesis, se pretendía estudiar cómo funcionan las variables dependientes relacionadas con las condiciones laborales

(estrés percibido y dimensiones de burnout) con la variable independiente lugar de trabajo y su interacción con: a. haber pasado la COVID-19; y b. número de residentes.

De forma general se pudo comprobar que el haber estado expuesto al COVID tuvo un mayor impacto en el estrés y el burnout entre los trabajadores de los hogares de adultos mayores, pero no entre los trabajadores de égidas. Con relación al tamaño de las instituciones, el estrés es mayor en las égidas más pequeñas, mientras que las residencias de adultos mayores presentan significativamente más estrés cuando tienen un mayor número de residentes, mostrando puntuaciones más altas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización del burnout. De este modo, la hipótesis tercera de este estudio se cumplió, mientras que la cuarta de las hipótesis se cumplió parcialmente ya que se esperaba que, tanto en hogares como en égidas en los entornos con mayor número de residentes existiría más estrés percibido y que el burnout afectaría en mayor medida a los hogares cuando exista un mayor número de usuarios.

En relación a la *tercera de las hipótesis*, es probable que las diferencias observadas en los niveles de estrés entre ambos tipos de instituciones estén generadas por factores extremos que se dan más en los hogares que en las égidas, como son las demandas de los pacientes dada su mayor dependencia, así como las exigencias laborales y la carga de trabajo derivada del tipo de residentes atendidos. Los profesionales de las residencias de adultos mayores tienen contacto directo y diario con la enfermedad de sus usuarios, que en muchos casos no tiene solución por ser crónica o degenerativa, lo que puede llevar a la decepción y al sentimiento de impotencia y a generar sufrimiento en los trabajadores, que vaya desde síntomas de salud física hasta agotamiento psicológico o depresión (Kandelman et al., 2017; Sonnentag y Frese, 2013).

Los resultados indican que las instituciones con residentes dependientes han mostrado niveles significativamente más altos de burnout cuando se había superado el COVID-19, mientras que en aquellas con adultos mayores independientes (égidas) no se han obtenido diferencias. White et al. (2019) informaron de que la pandemia ha añadido una tensión significativa a un personal de residencias de adultos mayores ya vulnerable, que históricamente ha experimentado altos niveles de rotación, escasez crónica de personal y un elevado burnout. Además, White et al. (2021), analizando datos cualitativos de una muestra de profesionales sanitarios que trabajan en residencias de adultos mayores y otros entornos de cuidados de larga duración, indican que los encuestados informaron haber experimentado agotamiento y

describieron la carga física, mental y emocional de asumir cargas de trabajo más pesadas y aprender nuevas funciones y procesos o incluso realizar tareas que no forman parte de su trabajo. Cai et al. (2020) comprobaron que la carga de trabajo excesiva, un equipo de protección personal inadecuado, la incertidumbre sobre su seguridad y la de sus familias, y la preocupación por la mortalidad de los pacientes son factores que pueden desencadenar malestar psicológico durante esta situación crítica y novedosa.

Con respecto a la *cuarta de hipótesis* incluida en el segundo objetivo y relativa al tamaño de las instituciones, la revisión de Konetzka et al. (2021) señala que los predictores más importantes y consistentes de casos y muertes por COVID-19 eran la prevalencia de COVID-19 en la comunidad y el mayor tamaño de la instalación, que estaba relacionado con el número de personas que entraban y salían de esa comunidad, así como con la facilidad de transmisión dentro de una instalación. Se puede argumentar que el tamaño de la residencia ha sido una variable relevante durante la pandemia. Los resultados obtenidos en Puerto Rico mostraron dos patrones diferentes en función del lugar de atención y del tamaño. Mientras que en las égidas (adultos mayores independientes), se observó que con menos residentes el nivel de estrés era mayor y había menos realización personal, en los hogares de adultos mayores, con adultos mayores dependientes, con un mayor número de residentes el estrés y el burnout es significativamente mayor.

Posiblemente estos resultados estén relacionados con las características específicas de este tipo de instituciones en las que el personal suele trabajar con sus residentes durante meses o años, llegando a conocerlos bien a ellos y a sus familias. La familiaridad puede ser positiva a la hora de proporcionar los cuidados necesarios especialmente en el caso de adultos mayores dependientes, sin embargo, también puede suponer una carga emocional añadida que aumente el estrés como parece ser el caso en las residencias más grandes. Esto hace que experimenten un duelo importante si el usuario fallece, lo cual no es infrecuente en las residencias de adultos mayores (Boerner et al., 2017) y particularmente durante la pandemia fue más frecuente. Por el contrario, cuando los adultos mayores son independientes, habrá una mayor desvinculación en los establecimientos más grandes, y se generará estrés cuando haya un contacto más directo y personal, como ocurre en las égidas más pequeñas.

La investigación con adultos mayores dependientes con demencia, señala que el tamaño

de las instalaciones (mediano, 80-120 camas) se asocia positivamente con un mayor agotamiento emocional de los auxiliares de cuidados en comparación con las de tamaño pequeño (Chamberlain et al., 2017). Los resultados obtenidos en esta tesis mostraron que los trabajadores en residencias de adultos mayores más grandes tienen significativamente más agotamiento emocional y despersonalización y menos logros personales. Hawk et al. (2022) descubrieron que los centros más pequeños (< 50 camas) cumplían con mayor frecuencia todas las categorías de dotación de personal. La dotación de personal es importante para evaluar y garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, pero también lo es para gestionar los recursos de forma eficaz y minimizar los efectos del agotamiento. El estudio de Akinci y Krolkowski (2005) confirma que la calidad de la atención se ve afectada negativamente cuando se reduce la dotación de personal. Por lo tanto, es posible que un mayor tamaño provoque deficiencias estructurales que generen burnout entre los trabajadores de los hogares de adultos mayores.

Independientemente de las limitaciones de tamaño y de que la comunidad suele ser el entorno preferido para quienes requieren cuidados de larga duración, la necesidad de atención residencial especializada sigue existiendo, por lo que establecer unas condiciones de trabajo que faciliten el desarrollo de los profesionales implicados debería ser un objetivo prioritario. Reducir las fuentes de estrés y burnout puede ser una de las claves para mejorar la atención a las personas mayores, así como la prestación de cuidados especializados en residencias. Aunque en las últimas décadas, numerosos programas han intentado crear una atención centrada en la persona que considere y respete las voces de los adultos mayores y de quienes trabajan con ellos (Fishman et al., 2016), este cambio sigue siendo un movimiento en evolución con poca evidencia para guiar a los proveedores en la implementación de cambios con impacto comprobado (Shier et al., 2014).

La comparación de diferentes modelos de atención a adultos mayores proporciona información relevante sobre las oportunidades que hay que reforzar y los puntos débiles que hay que reducir. Este estudio mostró cómo los efectos de la pandemia por COVID-19 afectaron a los trabajadores de residencias de adultos mayores de forma más significativa que a los que trabajan en otros tipos de modelos residenciales con adultos mayores independientes. Los trabajadores de residencias de adultos mayores muestran mayores niveles de estrés y

agotamiento cuando ellos mismos han padecido la enfermedad y cuando trabajan en centros de mayor tamaño, lo que puede afectar a la calidad de la atención en el futuro.

Finalmente en relación a este segundo objetivo se puede señalar que parece existir una necesidad urgente de aplicar intervenciones de prevención psicosocial que ayuden a mitigar el estrés y el agotamiento de los trabajadores de residencias de adultos mayores tras haber estado en contacto continuo con una situación traumática como la derivada de la pandemia de COVID-19. No sólo se debe pensar en aplicar una intervención que remedie la exposición al periodo de crisis aguda, ya que es probable que el estrés postraumático y los problemas emocionales derivados de la situación tengan una alta incidencia en el futuro. Las intervenciones tempranas, además de facilitar la adaptación tras el periodo de crisis, pueden ayudar a prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos en etapas posteriores de la vida.

Como **tercer objetivo**, se pretendía estudiar las interacciones significativas entre el lugar de trabajo y: a. haber pasado la COVID-19; y b. número de residentes, para las variables desadaptativas evaluadas (evitación experiencial, estado de ánimo negativo y dimensiones de ansiedad).

En relación a la *quinta de las hipótesis* definidas en el tercer objetivo, se planteaba que, para las variables desadaptativas haber pasado la enfermedad afectaría a los trabajadores de ambos tipos de instituciones, siendo estos los que obtuvieran puntuaciones más altas y por tanto mostrarán una mayor evitación experiencial, peor estado de ánimo, y mayor sintomatología ansiosa.

Posiblemente la crisis pandémica de COVID-19 ha sido la situación más amenazadora que la mayoría de los individuos han experimentado en los últimos años. Esta crisis causó un impacto sin precedentes en la mayoría de los ámbitos de la vida de las personas, junto con la incertidumbre sobre su duración y los continuos ajustes personales y sociales. Por lo tanto, parece razonable que de forma generalizada en contextos diferentes el funcionamiento psicológico de los individuos se haya deteriorado y haya aumentado el malestar psicológico máxime cuando las personas han tenido que enfrentarse a la enfermedad tanto directamente como por su propia condición laboral.

Con respecto al estado de salud mental durante la pandemia, Ferreira et al. (2021) señalan que numerosos estudios publicados informan de una alta prevalencia de problemas de

salud mental en diferentes poblaciones, presentando niveles más altos de síntomas de moderados a graves de depresión y ansiedad que anteriormente (Moreira et al., 2021; Passos et al., 2020; Paulino et al., 2020). Sin embargo, otros estudios como el de López et al. (2022) han observado niveles normales de salud mental por ejemplo en población de adultos mayores. Estos autores señalan que contrariamente a lo esperado, los adultos mayores mejoraron su malestar emocional, mantuvieron sus puntuaciones en estado de ánimo depresivo y disminuyeron sus niveles de ansiedad a lo largo de la pandemia a pesar de las restricciones gubernamentales.

En el caso de este estudio se pretendía saber si el trabajar con adultos mayores y el haber pasado la enfermedad podían ser elementos determinantes en las variables desadaptativas. La interacción significativa obtenida en los resultados indica que estos elementos influyen y concretamente se ha comprobado que los sujetos de ambos tipos de instituciones muestran puntuaciones más altas en las variables desadaptativas cuando han pasado la enfermedad.

Este resultado puede ser coherente con lo planteado por Rotărescu et al. (2020) que señalan que posiblemente una de las claves principales que dan significado al incremento en los niveles de desadaptación psicológica que las personas han mostrado puede estar en el incremento de la ansiedad que se ha producido durante la pandemia. Desde su punto de vista esta ha sido una respuesta emocional ante los retos de la pandemia que ha afectado negativamente a la salud mental de las personas. Psicológicamente, el término ansiedad es un concepto amplio que abarca una gran variedad de emociones y pensamientos negativos, caracterizados por malestar interior, sentimientos de inseguridad y aumento de la excitación, a menudo acompañados de un patrón de comportamiento irregular al preocuparse por acontecimientos actuales o previstos e incluso por reacciones fisiológicas.

Asociada significativamente a los síntomas de la ansiedad y la depresión (Mahoney et al., 2015) la evitación experiencial también ha sido una variable clave en el comportamiento de las personas que dan cuidado y servicios a los adultos mayores. Aunque la evitación experiencial puede considerarse una estrategia de regulación emocional (Boulanger et al., 2010), también se correlaciona con el desarrollo de patologías específicas (Roya, 2017). Según la literatura disponible, el uso a corto plazo, pero no habitual, de la distracción puede ser adaptativo para gestionar las emociones negativas (Diefendorff, et al., 2008; Naragon-Gainey

et al., 2017); por el contrario, el uso crónico y habitual de la evitación experiencial se asocia con un mayor agotamiento y psicopatología (McKenzie, et al., 2017; Naragon-Gainey et al., 2017; Sheppes, et al., 2015). Este tipo de estrategia, media el impacto de los eventos estresantes y la capacidad del individuo para adaptarse a ellos, influyendo así en la calidad de vida. En estas condiciones, es razonable suponer que el aislamiento social durante la pandemia, en situaciones de estrés, podría activar un mecanismo de regulación emocional desadaptativo como la evitación experiencial (Shi et al., 2016).

Para Rotărescu et al. (2020) la evitación experiencial podría conducir a una menor capacidad de adaptación a cambios negativos inevitables, o a requisitos de cumplimiento significativos, similares a los cambios que sí se produjeron durante la pandemia por COVID-19. Utilizada inicialmente como un práctico mecanismo de defensa, la evitación experiencial crea un desencadenante de ansiedad y un mal ajuste a los requisitos externos (Chawla y Ostafin, 2007), distorsionando las respuestas cognitivas y de acción de los individuos. Los resultados obtenidos por Rotărescu et al. (2020) mediante regresión lineal muestran que evitación experiencial, ansiedad (rasgo) y resiliencia influyeron significativamente en la variable dependiente ansiedad estado. De este modo y desde un enfoque terapéutico y clínico orientado a la disminución de la ansiedad, se sugiere que puede ser más eficaz aplicar intervenciones dirigidas a la minimizar la evitación experiencial, que a intentar fomentar estrategias resilientes. Tal y como señalan Navarro-Prado et al (2022b) un estilo de afrontamiento basado en la aceptación podría haber protegido a los profesionales que trabajaban en los centros de adultos mayores del desarrollo de problemas de salud mental durante la pandemia; la aceptación, facilita la atención y la conciencia psicológica del aquí y ahora (frente a la evitación) y concretamente la evitación experiencial en su estudio aparece como el predictor más significativo del estado de ánimo depresivo. Además, demostraron que no evitar, sino aceptar los pensamientos y emociones que uno puede sentir como resultado de un acontecimiento psicológico tan traumático como la pandemia por COVID-19, podría haber sido crucial para desarrollar emociones positivas como la satisfacción.

Beck (1976) sugirió que los trastornos de ansiedad se basan en tres características fundamentales: la percepción de uno mismo como vulnerable, el presente como caótico y el futuro como impredecible. Gray et al. (2022) sugieren que los tres aspectos estaban presentes

en los hogares de adultos mayores durante la pandemia. La vulnerabilidad se observó en la preocupación por la falta de equipos, no disponer de pruebas diagnósticas, el miedo al contagio o la transmisión de COVID-19 a sus familias. El caos se experimentó a través de las cambiantes directrices gubernamentales y organizativas en los distintos países, y las alteraciones de las rutinas normales debidas a las restricciones impuestas. Finalmente se puede afirmar que la imprevisibilidad ha sido una característica de la pandemia durante todo su transcurso y sigue siéndolo, pero además se observaba en la dificultad para predecir quiénes de los usuarios padecían realmente la enfermedad.

Las revisiones y metaanálisis que abarcan estudios realizados en las primeras fases de la pandemia han informado de altos niveles de síntomas depresivos y de ansiedad, así como de altos niveles de estrés percibido entre los trabajadores sanitarios, con estimaciones de prevalencia agrupadas según Luo et al. (2020) que oscilan entre el 24% y el 29% para la ansiedad, entre el 25% y el 26% para la depresión y el 41% para el malestar psicológico general. Según Gray et al. (2022) las conclusiones cualitativas y cuantitativas son coherentes y señalan que los niveles de angustia y ansiedad aumentaron en las residencias durante la pandemia. También Husky et al. (2022) informan que un tercio de los trabajadores de residencias de adultos mayores presentaron durante la pandemia problemas significativos asociados con la ansiedad y la depresión, sin embargo, el factor que se asoció más fuertemente con las probabilidades de trastorno probable fue la presencia de problemas de salud mental prepandémicos. Por otra parte, hacen una interesante reflexión, en relación a que dado que el personal de las residencias es una mano de obra en la que predominan las mujeres (Coco et al., 2003) la proporción de sintomatología ansiosa y depresiva actual puede estar asociada a la elevada proporción de mujeres en la muestra, que suelen presentar tasas más elevadas que los hombres (Kessler, 2003; McLean et al., 2011).

Los resultados de Takahashi et al. (2022) señalan que las frecuencias de depresión en los cuidadores de hogares de adultos mayores fueron similares a las notificadas entre los trabajadores sanitarios, sin embargo, indican que existe un mayor riesgo entre estos cuidadores y trabajadores atribuible a un contacto más prolongado con los usuarios a los que dan servicio en comparación con otras ocupaciones. Según el patrón de los resultados obtenido por Levere et al. (2021) se sugiere que el aislamiento, potencialmente derivado de las tendencias generales

de reducción de la provisión de cuidados directos, también contribuyó a las reducciones en el bienestar. Estudios sobre la pandemia por COVID-19 han revelado que los efectos psicológicos de la enfermedad pueden durar mucho tiempo después del suceso, repercutiendo negativamente en el bienestar psicológico (Magnavita et al., 2020) y causando trastorno de estrés postraumático y depresión (Bisson et al., 2010). En el contexto de la crisis pandémica, se espera que los trabajadores sanitarios se enfrenten a las experiencias traumáticas de los pacientes y a la pérdida inesperada de amigos, familiares y colegas. Como resultado, los trabajadores se ven afectados por malestar psicológico y depresión (Li et al., 2021). Batra et al. (2020) realizaron un metaanálisis para aportar nuevas pruebas relacionadas con el impacto de la COVID-19 en el bienestar psicológico y señalaron entre los principales factores identificados como causantes del malestar la ansiedad y la depresión, así como la angustia psicológica y el agotamiento.

En relación a este tercer objetivo, la *sexta hipótesis* planteada se señalaba que independientemente del tamaño de la institución la evitación experiencial y la depresión no debería afectar en las egidas debido al tipo de usuarios con los que tratan los trabajadores; por el contrario, en las residencias de adultos mayores, dada la dependencia de los usuarios, estas dos variables obtendrían puntuaciones más altas cuando el tamaño de la institución fuera mayor. Finalmente se planteaba que la ansiedad afectaría tanto a égidas como a residencia cuando tuvieran más usuarios. Los resultados obtenidos señalan un cumplimiento parcial dado que la ansiedad en las égidas ha sido significativamente mayor cuando estas tienen menor cantidad de usuarios, este resultado es similar al obtenido en el anterior objetivo y muestra un patrón diferencial en comparación con lo que ocurre en las residencias de adultos mayores.

Aunque se ha observado que las características de las residencias de adultos mayores influyen en la calidad de vida (Shippee et al., 2015) sorprendentemente se ha publicado poca investigación cuantitativa en este ámbito, máxime en relación a cómo influyen en los trabajadores. La revisión de Clemens et al. (2022) confirma que el menor tamaño del hogar se asocia a una mejor conexión social, incluido un mayor compromiso, y un menor aislamiento social. También Yoon et al. (2016) informan que el tamaño de la residencia es un factor significativo para predecir la probabilidad de compromiso social de los residentes, ya que los residentes de residencias grandes tenían menos probabilidades de comprometerse que los de residencias medianas o pequeñas. Posiblemente este mejor clima en aquellas residencias de

tamaño pequeño pueda ser una de las claves para la existencia de menor evitación experiencial por parte de los trabajadores, así como menores niveles de estado de ánimo deprimido, esta idea iría en línea con los resultados que señalan que, en los centros más pequeños, los residentes experimentan menos síntomas depresivos y conductas agresivas y tienen una mejor calidad de vida (Shippee et al., 2015).

Yoon et al. (2016) también aportan evidencia de que la existencia mayor cantidad de personal de cuidado y servicio es un elemento determinante en la consecución del compromiso social de los residentes y por tanto del establecimiento de un buen clima dentro de la institución. Sin embargo, como informa Levere et al. (2021), las residencias de adultos mayores durante la pandemia se enfrentaron a menudo a una escasez de personal, lo cual dificultaría el mantenimiento de buen clima en la organización, pero además podría conducir a una incapacidad para proporcionar el mismo nivel de cuidados y atención que de costumbre. Posiblemente en aquellas instituciones de mayor tamaño, esta circunstancia se agravó lo cual sería coherente con el incremento observado en las puntuaciones de ansiedad en las residencias con mayor número de usuarios. De forma contraria a las hipótesis planteadas, en las egidas el efecto fue exactamente el contrario obteniendo puntuaciones más elevadas en los centros pequeños, como ya se señaló en relación al estrés y al burnout, la mayor desvinculación cuando existe un número alto de usuarios independientes hace que sea en las egidas pequeñas en las que existe un nivel más alto de ansiedad en sus tres dimensiones de queja somática, regulación emocional y evaluación negativa; el contacto directo y personal durante largo plazo se convierten en el elemento que dispara estas puntuaciones.

Por lo que se refiere a las residencias de adultos mayores existe una relación bien documentada entre el nivel de personal y la calidad de los cuidados (Schnelle et al., 2004). Las residencias han luchado durante mucho tiempo para mantener un número suficiente de personal debido a los bajos salarios y a la naturaleza exigente del trabajo y el brote de COVID-19 puede haber exacerbado estos problemas (Ouslander y Grabowski, 2020). Estas exigencias también pueden haber afectado a la disponibilidad de personal para la prestación de cuidados directos haciendo que sus puntuaciones en ansiedad sean más altas; unido a esto el miedo al virus, la cobertura negativa de las residencias de adultos mayores por parte de los medios de comunicación y la concentración en el personal y los recursos hospitalarios agravaron una

situación ya de por sí estresante para el personal de los hogares de adultos mayores, sobrecargado por la escasez de personal y las nuevas responsabilidades para abordar los protocolos del COVID-19.

Finalmente, en relación a este tercer objetivo parece interesante señalar el planteamiento de reducir la evitación experiencial como estrategias de mejora de la calidad en la relación entre trabajadores y usuarios de este tipo de instituciones. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2006) ha demostrado su utilidad en el tratamiento de los trastornos emocionales, entre otros para la ansiedad y la depresión (Hacker et al., 2016). Frente a la consideración tradicional de los problemas psicológicos como resultado de un déficit o disfunción de algún mecanismo psicológico, la ACT, como terapia contextual, sitúa la adquisición y mantenimiento de los problemas en el contexto interpersonal, en las relaciones de la persona con los demás y consigo misma (Bai et al., 2020). La ACT pretende aumentar la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de permanecer en contacto con las experiencias sin necesidad de evitarlas y/o escapar de ellas y de ajustar la conducta según lo requiera la situación para perseguir objetivos que merezcan la pena (Hayes et al., 2006, Levin et al., 2014). Las respuestas rígidas a las experiencias internas, pueden proporcionar alivio a corto plazo, pero, a largo plazo, aumentan la frecuencia e intensidad de esas experiencias indeseables, restringiendo así la vida de la persona. Según Grégoire et al. (2018), para fomentar la flexibilidad psicológica deben desarrollarse seis procesos interrelacionados y superpuestos: la aceptación (experimentar pensamientos, sentimientos, recuerdos e impulsos, tanto agradables como desagradables, en lugar de intentar controlarlos o evitarlos), el contacto con el momento presente (estar atento y consciente de las propias experiencias), el yo como contexto (desarrollar una perspectiva amplia del pensamiento y los sentimientos y un yo no evaluativo y observador), la defusión cognitiva (dar un paso atrás y observar los pensamientos como una representación de los procesos mentales, viéndolos como lo que son y no como verdades literales), los valores (clarificar y definir los valores y objetivos fundamentales para realizar un trabajo significativo) y la acción comprometida (emprender acciones eficaces guiadas por los valores). Este tipo de intervención podría ser conveniente aplicarlo en instituciones que trabajan con adultos mayores dada la eficacia que presenta para facilitar el ajuste y adaptación de las personas a las situaciones.

En relación al **cuarto y último de los objetivos**, se pretendía conocer los efectos sobre las variables psicológicas amortiguadoras (satisfacción, resiliencia y dimensiones del sentido de coherencia) en la variable independiente lugar de trabajo y: a. haber pasado la COVID-19; b. número de residentes.

En los últimos años, la Psicología Positiva ha aportado diversas contribuciones esenciales frente a perspectivas más tradicionales sobre la salud mental, centradas casi exclusivamente en los problemas psicológicos y la psicopatología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). La psicología no debe limitarse a estudiar los problemas y las posibles soluciones, sino que también debe identificar y comprender los factores que promueven el desarrollo humano (Csikszentmihalyi, 2011) y la adaptación satisfactoria. Un objetivo principal es comprender cómo las circunstancias adversas y el sufrimiento pueden dar lugar a un funcionamiento positivo y adaptativo (Ivtzan et al., 2016; Lomas e Ivtzan, 2016; Wong, 2017). Los acontecimientos dolorosos, a menudo pueden conducir al crecimiento personal y servir como promotores del sentido de la vida. La estabilidad mental y el bienestar están más influidos por la forma en que atribuimos significado a las experiencias internas que por su impacto negativo real (Lyubomirsky, 2001). El afrontamiento adaptativo requiere de orientaciones positivas entendidas como tendencias que integran la satisfacción vital, la resiliencia o el sentido de coherencia y que facilitan un pensamiento positivo. La positividad como disposición autoevaluativa básica parece ser un prometedor predictor de un funcionamiento óptimo, pudiendo actuar como factor protector frente a las situaciones adversas (Alessandri et al., 2012; Caprara et al., 2019).

En este sentido, se planteaba como *séptima hipótesis* que en ambos entornos laborales podría afectar negativamente a la satisfacción vital haber pasado la enfermedad dadas las repercusiones que esta tiene para la salud y su influencia en otras áreas del desarrollo, pero debería observarse una mejora en la resiliencia, así como en las dimensiones del sentido de coherencia.

La hipótesis se ha cumplido parcialmente puesto que en las égidas donde se trabaja con adultos mayores independientes el haber pasado o no la enfermedad no ha afectado dado que no se obtienen diferencias entre los grupos; por el contrario, en las residencias de adultos mayores sí que se han obtenido diferencias entre los grupos siendo más baja la puntuación en

satisfacción vital de aquellos que han pasado la enfermedad. Debemos tener en cuenta que tal y como plantean Bernales-Turpo et al. (2022) la satisfacción vital es un factor importante que puede verse influido por otros factores, desencadenando una serie de resultados positivos o negativos; posiblemente la menor modificación de responsabilidades laborales en las égidas sea clave en que los grupos muestren puntuaciones similares a diferencia de los hogares donde aquellos que han pasado la enfermedad reducen sus puntuaciones posiblemente por el miedo a un nuevo contagio; además, esta reducción en sus puntuaciones posiblemente minimice su capacidad de producción, facilite el eludir responsabilidades y reduzca su vinculación al lugar de trabajo. Según Kołtuniuk et al. (2021) la satisfacción de los trabajadores sanitarios influye en la productividad, la calidad, la eficacia y el compromiso con el trabajo y, al mismo tiempo, en los costes. La satisfacción vital cuando permite a los individuos experimentar emociones positivas amplía la capacidad para poner en marcha recursos y pensamientos propios, facilita el afrontamiento adaptativo cognitivo y conductual, así como que se sea más activo en el compromiso con la vida y, por lo tanto, se ejerzan niveles más altos de cuidado (Mo et al., 2022).

Por otra parte, y de forma contraria a lo planteado en las hipótesis, en ambos contextos para las variables resiliencia y comprensibilidad del sentido de coherencia, han sido los sujetos que no han pasado la enfermedad los que significativamente obtienen puntuaciones más altas. De este modo y en relación, al supuesto anteriormente planteado en el que se señalaba que la vivencia de ciertos acontecimientos negativos podría favorecer el desarrollo y crecimiento de ciertas cualidades psicológicas que amortiguaran los efectos negativos de la COVID-19 parece no haberse cumplido ya que haber pasado la enfermedad ha generado una reducción de las puntuaciones tanto en la capacidad para desarrollar un patrón de afrontamiento resiliente que sea un reflejo de un modelo de resolución activa de problemas, como de la capacidad para interpretar de forma estructurada, predecible y explicable los estímulos tanto internos como externos. De algún modo estos resultados llevan a plantear que, si bien como algunos autores señalan, estas variables pueden ser elementos que amortigüen la carga desadaptativa de los acontecimientos, lo que se observa es que la enfermedad ha minimizado la capacidad de respuesta de los individuos dificultando su capacidad de adaptación.

Concretamente la importancia de la resiliencia como variable amortiguadora se deriva

de su relación directa con la capacidad de hacer frente eficazmente a las adversidades (Turenne et al., 2019), y la capacidad y el proceso dinámico para superar el estrés de forma adaptativa mientras se mantiene el funcionamiento mental y físico normal (Rutter, 2012; Wu et al., 2013). La resiliencia es un componente principal de la psicología positiva y se cree que desempeña un papel importante en el fomento del bienestar y los comportamientos positivos. La resiliencia, impulsa a los individuos a descartar las limitaciones de las emociones negativas en relación con la cognición y los comportamientos, y a seguir caminos de pensamiento y acción más novedosos y creativos (Fredrickson y Joiner, 2002). De este modo, la importancia de la resiliencia psicológica pasa a un primer plano durante un periodo pandémico (Greenberg et al., 2020; Wang et al., 2021; Wong, 2017) y promover la resiliencia ha sido catalogado como una de las diez consideraciones más importantes para gestionar eficazmente la transición COVID-19 en todo el mundo (Habersaat et al., 2020). Los individuos que son resilientes tienden a ver las adversidades como inevitables, desafiantes y manejables; tienden a creer que pueden superar situaciones difíciles y perseverar ante los obstáculos. Por lo tanto, es más probable que muestren una visión más positiva de sí mismos y un mayor optimismo para el futuro (Mo et al., 2022)

Por lo que se refiere al sentido de coherencia, según Ruiz-Frutos et al. (2021), la comprensibilidad resulta ser la variable más significativa con respecto al nivel de malestar psicológico, algo que es coherente con los resultados obtenidos que señalan que aquellas personas que han pasado la enfermedad presentan puntuaciones más altas. Además, según estos autores, la baja comprensibilidad y la presencia de estrés dan lugar a los mayores porcentajes de trabajadores con malestar psicológico, disminuyendo el malestar a medida que aumenta el nivel del sentido de coherencia, tanto en la valoración global del SOC como en sus tres dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Berger-Estilita et al. (2022) han informado de que el componente de comprensibilidad demostró tener las correlaciones más altas con la mayoría de las condiciones de trabajo y los resultados de salud, en contraste con los demás componentes en la población general en condiciones no pandémicas. En estudios recientes de profesionales sanitarios, el componente de comprensibilidad del SOC general parecía ser el protector más eficaz contra el malestar psicológico, seguido de la manejabilidad (Allande-Cussó et al., 2021). Danioni et al. (2021) señalan que el SOC es dinámico, cambiante durante la pandemia por COVID-19 para algunas personas, y por tanto un recurso heterogéneo. Como sugieren Braun-Lewensohn et al. (2013), es probable que estar expuesto a un

acontecimiento traumático e impredecible como la pandemia por COVID-19 y vivir en condiciones de vida inestables puede debilitar la capacidad de los individuos para dar sentido a la realidad que les rodea y percibirla como comprensible y manejable. Sin embargo, según Danioni et al. (2021) la mayoría de las personas con un SOC alto al principio del confinamiento fueron capaces de gestionar las situaciones estresantes relacionadas con la pandemia. Por lo tanto, han seguido percibiendo sus vidas como comprensibles, manejables y significativas. Esto es coherente con la hipótesis del nivel de Antonovsky (1987), según la cual se espera que los individuos con un SOC alto estén mejor preparados para enfrentarse a los problemas y conserven su actitud positiva hacia la vida y sus retos en comparación con los individuos con un SOC bajo.

Finalmente, la *octava y última de las hipótesis* indicaba que en ambos entornos laborales el número de usuarios no debería afectar a la satisfacción vital, pero la resiliencia y el sentido de coherencia deberían ser más altas cuanto mayor fuera el número de usuarios. Los resultados han apuntado hacia interpretaciones diferentes a las planteadas pues que se ha observado como en las residencias la satisfacción es más alta cuando tienen menor número de residentes mientras que en las égidas no hay diferencias en función del tamaño. Si se retoma la idea que se planteaba al inicio de este objetivo que señalaba que las variables amortiguadoras de resiliencia y sentido de coherencia podían ser una forma de crecimiento frente a condiciones adversas, los resultados han mostrado que en las residencias de mayor tamaño se obtienen puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos que presentan menor número de residentes, y que en las égidas y al igual que en los objetivos anteriores se produce el patrón contrario obteniéndose las puntuaciones más bajas en aquellas que tienen menor número de usuarios.

Se considera que el trabajo con adultos mayores es una ocupación plagada de factores estresantes, como el exigente contacto con los usuarios, la presión del cuidado y la sobrecarga de trabajo en un entorno laboral en el que los recursos son a menudo insuficientes para hacer frente eficazmente a estas demandas. Según el modelo de Demerouti et al. (2000), las condiciones de trabajo son precursoras del burnout, que a su vez influye en la satisfacción vital general. Así pues, un contexto de mayor exigencia como es el caso del mayor número de usuarios y en situación de pandemia generará un mayor agotamiento que unido a una falta de

recursos que se relaciona con la falta de compromiso acabarán generando una reducción de la satisfacción vital. Debe tenerse en cuenta como señalan Castle y Engberg (2006) que las grandes residencias de adultos mayores tienen procedimientos más burocráticos para supervisar la atención a los residentes, mientras que en los centros más pequeños bastan prácticas más informales, por tanto, parece lógico que la satisfacción vital pueda verse reducida en comparación con hogares de menor tamaño.

En relación a la resiliencia tal y como señala la revisión de Ghahramani et al. (2021) una mayor experiencia de trabajo en condiciones de adversidad y disponibilidad limitada de suministros conduciría a una mayor resiliencia y, en última instancia, a un menor agotamiento en los profesionales sanitarios. Sin embargo, los resultados señalan que en los hogares de adultos mayores son aquellas instituciones de tamaño pequeño y mediano en las que existen puntuaciones más altas y que en aquellas por encima de cien usuarios existen puntuaciones significativamente más bajas. La resiliencia se considera normalmente como el proceso por el cual los individuos utilizan con éxito capacidades y recursos para protegerse de las consecuencias negativas asociadas a experiencias adversas (Luthar et al., 2000; Masten, 2007). Estas capacidades y recursos se describen como factores de protección, sin embargo, el muy elevado nivel de presión por la carga de trabajo, contacto con la muerte y el sufrimiento, y falta de recursos materiales y humanos, vivido en las residencias de mayor tamaño tuvo que impactar directamente sobre la resiliencia de los trabajadores (Blanco-Donoso et al., 2022). En esta misma línea de explicaciones Contreras et al (2020) o Halbesleben et al., (2009) informan que cuando se percibe un desequilibrio permanente entre las demandas del entorno laboral y los recursos personales, se pueden desarrollar agotamiento, fatiga y estrés crónico, aumentando la probabilidad de padecer el síndrome de burnout y por tanto de reducir la capacidad de resiliencia. Por el contrario, tal y como se ha obtenido, en las égidas han sido las de mayor tamaño las que han mostrado mayor nivel de resiliencia, lo cual confirmaría el planteamiento de crecimiento frente a la adversidad, aunque debe señalarse que posiblemente dadas las condiciones de los usuarios, que son más independientes y existe menor interacción directa, parece que la posibilidad de distanciamiento del problema pueda ser una variable que diferencie y facilite el desarrollo y por tanto la resiliencia. Del mismo modo, este distanciamiento podría facilitar la comprensibilidad del sentido de coherencia ya que tal y como se ha comprobado en las égidas de mayor tamaño las puntuaciones son más elevadas a diferencia de los que ocurre en

los hogares de adultos mayores donde son las de tamaño mediano en las que esta dimensión presenta puntuaciones significativamente más altas, siendo por tanto el contacto directo y personal pero altamente comprometido a nivel emocional el que ha facilitado el desarrollo de la comprensibilidad.

Por último, en relación a las variables amortiguadoras analizadas en este objetivo debe señalarse que los recursos personales son, por tanto, un factor crucial para facilitar la adaptación al entorno laboral entre los trabajadores que ofrecen cuidado o servicios a los adultos mayores, lo que les permite hacer frente a unas condiciones de trabajo muy exigentes. Los trabajadores que han desarrollado recursos personales adecuados tienden a ser más flexibles, sensibles al cambio, abiertos al aprendizaje e inclinados hacia el desarrollo permanente de estos recursos (Airila et al., 2014), que incluyen sentirse apreciados, percibir autocontrol y tener habilidades y actitudes asociadas a tales sentimientos. Los recursos personales promueven el bienestar de los trabajadores (Ventura et al., 2015), ya que les ayudan a hacer frente a condiciones de trabajo de manera más eficiente. Según Vanhove et al. (2016) para las personas que trabajan en ocupaciones asociadas con un alto riesgo de experimentar trauma, la importancia de la prevención primaria a través de la creación de resiliencia es evidente. Pero la resiliencia también puede ser relevante en contextos laborales en los que formas menos agudas de estrés pueden acumularse a lo largo del tiempo (Masten, 2001) como, por ejemplo, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, la falta de seguridad en el empleo o la falta de recursos (Faragher et al., 2004; Johnson y Cooper, 2003), y pueden tener efectos importantes tanto en la salud individual como en el funcionamiento organizativo.

Los programas destinados a aumentar la resiliencia pueden constituir un medio viable para prevenir los efectos psicosociales negativos del estrés laboral y mejorar el bienestar y el rendimiento. Como se ha señalado, la resiliencia puede considerarse como un proceso de aplicación de capacidades y recursos para protegerse de experiencias adversas y por tanto los programas de fomento de la resiliencia se han centrado normalmente en los factores psicosociales que se cree que son susceptibles de desarrollo. En este sentido debe diferenciarse los programas orientados al fomento de la resiliencia de las intervenciones de gestión del estrés, que hacen hincapié en mitigar los efectos negativos de la exposición al estrés; aunque debe señalarse que ambos tipos de programas se solapan en cierta medida. La principal distinción

entre estos dos tipos de programas radica en la diferencia entre prevención primaria y secundaria. Los programas de fomento de la resiliencia están pensados para ser utilizados como parte de los esfuerzos de prevención primaria, cuyo objetivo es promover el bienestar y la competencia para prevenir los efectos negativos de algún factor estresante futuro (Masten, 2007). Los de gestión del estrés, por otro lado, suelen utilizar un enfoque de prevención secundaria, que hace hincapié en mitigar la gravedad de los síntomas que surgen en respuesta a un factor estresante (Murphy y Sauter, 2003). Esta idea de intervención podría ser una clave interesante a aplicar a los trabajadores evaluados en esta investigación y facilitar el desarrollo de capacidades que incrementen las variables amortiguadoras. En este sentido Kaye-Kauderer et al. (2021) señalan como claves en estos programas la necesidad de trabajar: el afecto positivo para mantener emociones positivas, la reevaluación cognitiva como una oportunidad para reexaminar las instituciones y volver a conectar con los miembros de la familia, el apoyo social para mantener la conexión social y ayudar a las personas mayores y aisladas, y la espiritualidad como la búsqueda de sentido, propósito y dirección en la vida.

Este estudio no está exento de algunas *limitaciones*. Posiblemente la principal limitación a los resultados obtenidos estriba en su carácter transversal y la necesidad de realizar estudios longitudinales que nos ofrezcan información relevante de la evolución de las puntuaciones. En segundo lugar, no fue posible realizar un análisis multinivel en función de los distintos cargos ejecutivos; los modelos multinivel son un instrumento útil para analizar y comparar los resultados de los instrumentos entre los diferentes niveles, y permite discriminar de forma adecuada los resultados de las distintas unidades profesionales de un servicio. En tercer lugar, los tamaños del efecto obtenidos han sido bajos, por lo que debemos ser cautos a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

# **CAPÍTULO 7.**

## ***CONCLUSIONES***

---



1. Existe una relación positiva entre el estrés percibido y el burnout y de estas con las variables desadaptativas (ansiedad, depresión y evitación experiencial) en los trabajadores de hogares y égidas de la isla de Puerto Rico.
2. Las variables amortiguadoras (satisfacción vital, resiliencia y sentido de coherencia) se relacionan positivamente entre ellas dado su carácter adaptativo.
3. Haber estado expuesto al COVID-19 tiene un impacto significativo incrementando el estrés y el burnout de los trabajadores de los hogares de adultos mayores, pero no entre los trabajadores de égidas.
4. Cuando se conjugan las exigentes demandas de los usuarios de los hogares, así como los requerimientos y la carga de trabajo derivada del alto número de residentes atendidos, se producirá un impacto significativo y negativo en el estrés y el burnout de los trabajadores.
5. En las instituciones con adultos mayores independientes habrá una mayor desvinculación relacionada con los cuidados en los establecimientos más

grandes, y se generará estrés cuando haya un contacto más directo y personal, como ocurre en las égidas más pequeñas.

6. Reducir las fuentes de estrés y burnout puede ser una de las claves para mejorar la atención, así como la prestación de cuidados especializados en instituciones que trabajan con adultos mayores.
7. De forma generalizada en los dos contextos laborales evaluados el funcionamiento psicológico de los individuos se ha deteriorado, aumentando el malestar psicológico máxime cuando las personas han tenido que enfrentarse a la enfermedad tanto directamente como por su propia condición laboral.
8. El trabajar con adultos mayores y el haber pasado la enfermedad son variables determinantes para presentar puntuaciones significativamente más altas en las variables desadaptativas estudiadas.
9. El mejor clima en aquellas residencias de tamaño pequeño puede ser una de las claves para la existencia de menor evitación experiencial por parte de los trabajadores, así como menores niveles de estado de ánimo deprimido entre los trabajadores.
10. La escasez de personal, podría conducir a una incapacidad para proporcionar el mismo nivel de cuidados y atención que de costumbre que facilitaría el desarrollo de variables psicológicas desadaptativas.
11. En las egidas pequeñas se generaron niveles más altos de ansiedad debido al contacto directo entre el personal y los usuarios.
12. Aplicar intervenciones dirigidas a la minimizar la evitación experiencial puede ser una estrategia de mejora de la calidad en la relación entre trabajadores y usuarios de este tipo de instituciones dado que facilita la flexibilidad psicológica, la capacidad de permanecer en contacto con las experiencias sin evitarlas y el ajuste conductual.
13. Haber pasado la enfermedad ha generado una reducción de las puntuaciones tanto en la capacidad para desarrollar un patrón de afrontamiento resiliente

reflejo de un modelo de resolución activa de problemas, como de la capacidad para interpretar de forma estructurada, predecible y explicable los estímulos.

14. La baja comprensibilidad y la presencia de estrés dan lugar a los mayores porcentajes de trabajadores con malestar psicológico.
15. Un contexto de mayor exigencia como es el caso del mayor número de usuarios y en situación de pandemia generará un mayor agotamiento que unido a una falta de recursos acabarán generando una reducción de la satisfacción vital.
16. El elevado nivel de presión por la carga de trabajo, el contacto con la muerte y el sufrimiento, y la falta de recursos materiales y humanos, vivido en las residencias de mayor tamaño impacto negativamente sobre la resiliencia de los trabajadores.
17. Los programas de fomento de la resiliencia podrían facilitar el bienestar y la competencia y prevenir los futuros efectos negativos de posibles factores estresantes.



# CAPÍTULO 8.

## *REFERENCIAS*

---



- Aguilera-Guzmán, R. M., García, M. S. C. y García, F. J. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental, 27*(6), 57-66.
- Ahola, K., Hakanena, J., Perhoniemia, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research, 1*, 29-37.
- Airila, A., Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., Luukkonen, R., Punakallio, A., & Lusa, S. (2014). Are job and personal resources associated with work ability 10 years later? The mediating role of work engagement. *Work & Stress, 28*, 87105.
- Akinci, F., & Krolikowski, D. (2005). Nurse staffing levels and quality of care in Northeastern Pennsylvania nursing homes. *Applied Nursing Research, 18*(3), 130-137.
- Aldrich, S., Eccleston, C., & Crombez, G. (2000). Worrying about chronic pain: Vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behaviour Research and Therapy, 38*(5), 457-470.

- Alessandri, G., Caprara, G. V., & Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning. *European Psychologist, 17*, 44-54.
- Allande-Cussó, R., García-Iglesias, J. J., Ruiz-Frutos, C., Domínguez-Salas, S., Rodríguez-Domínguez, C., & Gómez-Salgado, J. (2021). Work engagement in nurses during the covid-19 pandemic: A cross-sectional study. *Healthcare, 9*, 253.
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *Plos One, 16*(3), e0247679.
- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 11*(39), 257-265.
- An, Y., Yang, Y., Wang, A., Li, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Ungvari, G. S., Qin, M. Z., An, F. R., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders, 276*, 312-315.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine, 36*(6), 725-733.
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health, 5*(5), 256.
- Armstrong, P., Armstrong, H., Choiniere, J., Lowndes, R., & Struthers, J. (2020). *Re-imagining long-term residential care in the COVID-19 crisis*. Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública, 71*(3), 293-303.
- Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences, 34*, 103-112.

35(6), 1255-1260.

- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Balaratnasingam, S., & Janca, A. (2006). Mass hysteria revisited. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(2), 171-174.
- Balay-Odao, E. M., Alquwez, N., Inocian, E. P., & Alotaibi, R. S. (2021). Hospital preparedness, resilience, and psychological burden among clinical nurses in addressing the COVID-19 crisis in Riyadh, Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health*, 8, 573932.
- Bamonti, P. M., Smith, A., & Smith, H. M. (2022). Cognitive emotion regulation strategies predict burnout in geriatric nursing staff. *Clinical Gerontologist*, 45(5), 1236-1244.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-CoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet*, 395(10224), 37-38.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6.
- Barnard, D., Street, A., & Love, A. (2006). Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nursing*, 29, 338-345
- Barrera-Caballero, S., Romero-Moreno, R., Vara-García, C., Márquez-González, M., Olazarán, J., & Losada-Baltar, A. (2022). Cognitive fusion and distress in family caregivers: the role of satisfaction with personal values. *Aging & Mental Health*.
- Bartz, C., & Maloney, J. P. (1986). Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing & Health*, 9(2), 147-153.
- Basińska, M., Andruszkiewicz, A., & Grabowska, M. (2011). Nurses' sense of coherence and their work-related patterns of behaviour. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24, 256-266.

- Basson, M. & Rothmann, S. (2002). Sense of coherence, coping and burnout of pharmacists. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 5(1), 35-62.
- Batra, K., Singh, T. P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N. (2020). Investigating the psychological impact of COVID-19 among healthcare workers: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9096.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press.
- Ben Natan, M., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57, 113-120.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. y Chartt-León, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Benke, C., Autenrieth, L. K., Asselmann, E., & Pané-Farré, C. A. (2022). One year after the COVID-19 outbreak in Germany: long-term changes in depression, anxiety, loneliness, distress and life satisfaction. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- Berger-Estilita, J., Abegglen, S., Hornburg, N., Greif, R., & Fuchs, A. (2022). Health-promoting quality of life at work during the COVID-19 pandemic: A 12-month Longitudinal Study on the work-related sense of coherence in acute care healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6053.
- Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F. J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 4, 53-61.
- Bernales-Turpo, D., Quispe-Velasquez, R., Flores-Ticona, D., Saintila, J., Ruiz Mamani, P. G., Huancahuire-Vega, S., Morales-García, M., & Morales-García, W. C. (2022). Burnout, professional self-efficacy, and life satisfaction as predictors of job performance in health

- care workers: The mediating role of work engagement. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 21501319221101845.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A re-examination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management*, 21, 307-324.
- Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., Nordanger, D., Orengo Garcia, F., Punamaki, R. L., Schnyder, U., Sezgin, A. U., Wittmann, L., & Olf, M. (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69-74.
- Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Amutio, A., Gallego-Alberto, L., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2021). Stressors, job resources, fear of contagion, and secondary traumatic stress among nursing home workers in face of the COVID-19: The case of Spain. *Journal of Applied Gerontology*, 40(3), 244-256.
- Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Gallego-Alberto, L., Amutio, A., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2022). Satisfied as professionals, but also exhausted and worried!!: The role of job demands, resources and emotional experiences of Spanish nursing home workers during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 148-160.
- Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., & Mock, S. E. (2015). Grief after patient death: Direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(2), 214-222.
- Boerner, K., Gleason, H., & Jopp, D. S. (2017). Burnout after patient death: Challenges for direct care workers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54, 317-325.
- Boisvert, J. A., McCreary, D. R., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. (2003). Factorial validity of the center for epidemiologic studies-depression (CES-D) scale in military peacekeepers. *Depression and Anxiety*, 17(1), 19-25.
- Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F., Sanchis, J., Bertomeu-González, V., Fácila, L., Ariza, A., Núñez, J., & Cordero, A. (2020). The effect of age on mortality

- in patients with COVID-19: A meta-analysis with 611,583 Subjects. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 915-918.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Borritz, M., Christensen, K. B., Bültmann, U., Rugulies, R., Lund, T., Andersen, I., Villadsen, E., Diderichsen, F., & Kristensen, T. S. (2010). Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA Study among human service workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 964-970.
- Boulanger J. L., Hayes S. C., Pistorello J., (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. M.Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation, and psychopathology: A transdiagnostic approach to aetiology and treatment* (pp. 107-136). The Guilford Press.
- Bozdağ, F., & Ergün, N. (2021). Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. *Psychological Reports*, 124(6), 2567-2586.
- Bracha, E., & Bocos, M. (2015). A sense of coherence in teaching situations as a predictor of first year teaching interns' burnout. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 209, 180-187.
- Brady, C., Fenton, C., Loughran, O., Hayes, B., Hennessy, M., Higgins, A., Leroi, I., Shanagher, D., & McLoughlin, D. M. (2021). Nursing home staff mental health during the COVID-19 pandemic in the Republic of Ireland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1).
- Braun-Lewensohn, O., Sagy, S., Sabato, H., & Galili, R. (2013). Sense of coherence and sense of community as coping resources of religious adolescents before and after the disengagement from the Gaza Strip. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 50(2), 110-117.
- Brom, S. S., Buruck, G., Horváth, I., Richter, P., and Leiter, M. P. (2015). Areas of worklife as

- predictors of occupational health: A validation study in two German samples. *Burnout Research*, 2, 60-70.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Cabanillas, F. (2021). *La Pandemia del COVID-19 en Puerto Rico*. EnciclopediaPR. Consultado el 11 de febrero de 2023. Disponible en: <https://enciclopediapr.org/content/la-pandemia-del-covid-19-en-puerto-rico/>
- Cáceres, V., Otero-López, J. M., Pardiñas, M. C., Castro, C. y Santiago, M. J. (2000). *Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la provincia de A Coruña*. Diputación provincial da Coruña, La Coruña-España.
- Cai, Q., Yang, M., Liu, D., Chen, J., Shu, D., Xia, J., Liao, X., Gu, Y., Ca, Q., Yang, Y., Shen, C., Li, X., Peng, L., Huang, D., Zhang, J., Zhang, S., Wang, F., Liu, J., Chen, L., Chen, S., & Liu, L. (2020). Experimental treatment with favipiravir for COVID-19: An open-label control study. *Engineering*, 6(10), 1192-1198.
- Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., & Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102111.
- Campbell, N. S., Perry, S. J., Maertz, C. P., Allen, D. G., & Griffeth, R.W. (2013). All you need is... resources: The effects of justice and support on burnout and turnover. *Human Relations*, 66, 759-782.
- Cañadas, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., y De la Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(21), 44-52.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., & Caprara, M. (2019). Associations of positive orientation with

- health and psychosocial adaptation: A review of findings and perspectives. *Asian Journal of Social Psychology*, 22(2), 126-132.
- Carfi, A., Bernabei, R., & Landi, F. (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *Jama*, 324(6), 603-605.
- Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Teale, M. J., Welch, P. G., Abrams, M. P., Robinson, T., & Asmundson, G. J. (2013). The center for epidemiologic studies depression scale: A review with a theoretical and empirical examination of item content and factor structure. *PloS One*, 8(3), e58067.
- Castle, N. G. (2008). State differences and facility differences in nursing home staff turnover. *Journal of Applied Gerontology*, 27(5), 609-630.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2006). Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, 46(1), 62-73.
- Castle, N. G., & Ferguson, J. C. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist*, 50(4), 426-442.
- Catton, H. (2020). Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. *International Nursing Review*, 67(1), 4-6.
- Chamberlain, S. A., Gruneir, A., Hoben, M., Squires, J. E., Cummings, G. G., & Estabrooks, C. A. (2017). (2017). Influence of organizational context on nursing home staff burnout: A cross-sectional survey of care aides in Western Canada. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 60-69.
- Chapela, I. B. y de Snyder, N. S. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32(4), 299-307.
- Chappell, N. L., & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *Gerontologist*, 32(3), 351-359.
- Chawla N., & Ostafin B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.

- Chen Y, Liu Y, Zhang Y, Li Z and Zhou T (2021) The effect of fear of the COVID-19 on depression among Chinese outbound students studying online in china amid the COVID-19 pandemic period: The role of resilience and social support. *Frontiers in Psychology*, 12, 750011.
- Chen, C., & Meier, S. T. (2021). Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 124, 104099.
- Chen, T., Dai, Z., Mo, P., Li, X., Ma, Z., Song, S., Chen, X., Luo, M., Liang, K., Gao, S., Zhang, Y., Deng, L., & Xiong, Y. (2020). Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: A single-centered, retrospective study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 75(9), 1788-1795.
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ... & Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559-565.
- Chong, M. Y., Wang, W. C., Hsieh, W. C., Lee, C. Y., Chiu, N. M., Yeh, W. C., Huang, T. L., Wen, J. K., & Chen, C. L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 127-133.
- Chong, Z. Z., Lin, S. H., & Maiese, K. (2004). The NAD<sup>+</sup> precursor nicotinamide governs neuronal survival during oxidative stress through protein kinase B coupled to FOXO3a and mitochondrial membrane potential. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 24(7), 728-743.
- Christopher, K. A. (2000). Determinants of psychological well-being in Irish immigrants. *Western Journal of Nursing Research*, 22(2), 123-140.
- Clemens, S., Aelick, K., Babineau, J., Bretzlaff, M., Edwards, C., Gibson, J. L., Colborne, D. H., Iaboni, A., Lender, D., Schon, D., Snowball, E., McGilton, K. S., & Bethell, J. (2022). Home-and community-level predictors of social connection in nursing home residents: A scoping review. *Health Science Reports*, 5(4), 743.

- Cocco, E., Gatti, M., de Mendonça Lima, C. A., & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(1), 78-85.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds). *The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (pp. 31-67). Sage.
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., & Esguerra, G. A. (2020). Could personal resources influence work engagement and burnout? A study in a group of nursing staff. *Sage Open, 10*(1), 2158244019900563.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review, 18*, 621-656.
- Cortina, L. M., Magley, V. J., Williams, J. H., & Langhout, R. D. (2001). Incivility in the workplace: Incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology, 6*, 64-80.
- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. P. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Cox, T., Tisserand, M., & Taris, T. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions. *Work & Stress, 19*(3), 187-191.
- Cruz-Correa, M., Díaz-Toro, E. C., Falcón, J. L., García-Rivera, E. J., Guiot, H. M., Maldonado-Dávila, W. T., Martínez, K. G., Méndez-Latalladi, W., Pérez, C. M., Quiñones-Feliciano, M. L., Reyes, J. C., Rodríguez, P., Santana-Bagur, J., Torrellas, L. C., Vázquez, D., Vázquez, G. J., & Rodríguez-Quilichini, S. (2020). Public health academic alliance for COVID-19 response: The role of a national Medical Task Force in Puerto Rico. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(13), 4839.

- Csikszentmihalyi, M. (2011). Positive psychology and a positive world-view: New hope for the future of humankind. In M. Csikszentmihalyi, S. I. Donaldson, J. Nakamura, S. I. Donaldson, M. Csikszentmihalyi, & J. Nakamura (Eds.), *Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society* (pp. 205-213). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Danet Danet A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458.
- Danioni, F., Sorgente, A., Barni, D., Canzi, E., Ferrari, L., Ranieri, S., Iafrate, R., Regalia, C., Rosnati, R., & Lanz, M. (2021). Sense of coherence and COVID-19: A longitudinal study. *The Journal of Psychology*, 155(7), 657-677.
- Day, A., & Randell, D. (2014). Building a foundation for psychologically healthy workplaces and well-being. In A. Day, E. K. Kelloway, & J. J. Hurrell (Eds.) *Workplace wellbeing: How to build psychologically healthy workplaces* (pp. 3-26). Wiley.
- De Hert S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183.
- Deery, S., Walsh, J., & Guest, D. (2011). Workplace aggression: The effects of harassment on job burnout and turnover intentions. *Work, Employment and Society*, 25, 742-759.
- del Valle Vega, M. M. (2016). El síndrome de Burnout en personal de atención directa al anciano, en residencias geriátricas del principado de Asturias. Universidad de Oviedo Consultado 14 de septiembre de 2021. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38316/3/Valle%2520Vega.pdf&ved=2ahUKEwj5\\_-AzYbzAhV68OA KHZdpDa0QFnoECAQQ AQ&usg=AOvVaw1nA\\_-o2M1KCmOm0JgziIyT](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38316/3/Valle%2520Vega.pdf&ved=2ahUKEwj5_-AzYbzAhV68OA KHZdpDa0QFnoECAQQ AQ&usg=AOvVaw1nA_-o2M1KCmOm0JgziIyT)
- Del Valle Vega, M. M. D. (2016). El Síndrome de Burnout en personal de atención directa al anciano, en residencias geriátricas del Principado de Asturias.
- Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., & Schaufeli W. B. (2000) A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing* 32, 454-464.

- Densten, I. L. (2001). Re-thinking burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 22(8), 833-847.
- Deusdad, B. (2020). COVID-19 and care homes and nursing homes crisis in Spain: Ageism and scarcity of resources. *Research on Ageing and Social Policy*, 8(2) 142-168.
- Diefendorff, J. M., Richard, E. M., & Yang, J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *Journal of Vocational Behavior*, 73(3), 498-508.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dinibutun, S. R. (2020). Factors associated with burnout among physicians: an evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, 12, 85-94.
- Dinis, A., Carvalho, S., Gouveia, J. P., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 63-86.
- Dymecka, J., Gerymski, R., & Machnik-Czerwik, A. (2022). How does stress affect life satisfaction during the COVID-19 pandemic? Moderated mediation analysis of sense of coherence and fear of coronavirus. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 280-288.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., Durning, S., Moutier, C., Szydlo, D. W., Novotny, P. J., Sloan, J. A. & Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341.
- Eckleberry-Hunt, J., Kirkpatrick, H., & Barbera, T. (2018). The problems with burnout research. *Academic Medicine*, 93(3), 367-370.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press.
- Edwards, K. A., & Vowles, K. E. (2020). Acceptance and Action Questionnaire-II: Confirmatory factor analysis and measurement invariance between Non-Hispanic White and Hispanic/Latinx undergraduates. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 32-

38.

- Eklund, M., Bäckström, M., & Tuveesson, H. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Swedish version of the Perceived Stress Scale. *Nordic Journal of Psychiatry, 68*(7), 494-499.
- El Haj, M., Allain, P., Annweiler, C., Boutoleau-Bretonnière, C., Chapelet, G., Gallouj, K., Kapogiannis, D., Roche, J., & Boudoukha, A. H. (2020). Burnout of healthcare workers in acute care geriatric facilities during the COVID-19 crisis: An online-based study. *Journal of Alzheimer's Disease, 78*(2), 847-852.
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieta, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.O. & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): Quels risques pour leur santé mentale? *L'encephale, 46*(3), 73-80.
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 175*(7), 686-692.
- Emerson, S. D., Guhn, M., & Gadermann, A. M. (2017). Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: Reviewing three decades of research. *Quality of Life Research, 26*, 2251-2264.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 59*(6), 460-466.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*(5), 376-381.
- Escribà-Agüir, V., & Burguete-Ramos, D. (2005). ¿Cómo perciben las enfermeras de transplantes las causas del estrés laboral? *Index de Enfermería, 14*(50), 15-19.
- Esnaola, I., Benito, M., Agirre, I. A., Freeman, J., & Sarasa, M. (2017). Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) by country, gender and age. *Psicothema,*

29(4), 596-601.

- Fernández-Martínez, E., & Morán Astorga, C. (2017). Relación entre el sentido de coherencia y el cansancio emocional en estudiantes universitarios. *Psychology, Society & Education, 9*(3), 393-403.
- Fernet, C., Guay, F., & Senécal, C. (2004). Adjusting to job demands: The role of work self-determination and job control in predicting burnout. *Journal of Vocational Behavior, 65*, 39-56.
- Ferreira, M. J., Sofia, R., Carreno, D. F., Eisenbeck, N., Jongenelen, I., & Cruz, J. F. A. (2021). Dealing with the pandemic of COVID-19 in Portugal: On the important role of positivity, experiential avoidance, and coping strategies. *Frontiers in Psychology, 12*, 647984.
- Fischer, F., Raiber, L., Boscher, C., & Winter, M. H. J. (2020). COVID-19 and the elderly: Who cares? *Frontiers in Public Health, 8*, 151.
- Fishman, N. W., Lowe, J. I., & Ryan, S. F. (2016). Promoting an alternative to traditional nursing home care: Evaluating the Green House small home model. An introduction from the funders and the green house project. *Health Services Research, 51*(Suppl 1), 344-351.
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A. H., ten Klooster, P. M., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological Assessment, 24*(4), 925-936.
- Forné, C., & Yuguero, O. (2022). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey in Spanish urgency healthcare personnel: A cross-sectional study. *BMC Medical Education, 22*(1), 1-10.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*(2), 172-175.
- Freudenberger, H. J. (1983). Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (pp. 23-28). Pergamon.

- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos One*, 15(4), e0231924.
- García, C., Rivera, F. I., Garcia, M. A., Burgos, G., & Aranda, M. P. (2021). Contextualizing the COVID-19 era in Puerto Rico: Compounding disasters and parallel pandemics. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(7), 263-267.
- García, M., Sáez, M. C. y Llor, B. (2000): Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 215-228.
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R. y Ruiz Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-20
- Geng, F., Stevenson, D. G., & Grabowski, D. C. (2019). Daily nursing home staffing levels highly variable, often below CMS expectations. *Health Affairs*, 38(7), 1095-1100.
- Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, M., Heydari, K., Shahabi, S., & Azmand, S. (2021). A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 758849.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Factorial validity of the Spanish adaptation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1), 33-40.
- Gil-Monte, P. R., & Faúndez, V. E. O. (2011). Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory in Chilean professionals working to physical disabled people. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 441-451.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en

- una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1996). Influencias de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-46.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelo interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.
- Glicken, M. D. (1983). A counseling approach to employee burnout. *Personnel Journal*, 62(3), 222-228.
- Goërtz, Y. M., Van Herck, M., Delbressine, J. M., Vaes, A. W., Meys, R., Machado, F. V., Houben-Wilke, S., Burtin, C., Posthuma, R., Franssen, F. M. E., van Loon, N., Hajian, B., Spies, Y., Vijlbrief, H., vant Hul, A. J., Janssen, D. J. A., & Spruit, M. A. (2020). Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: The post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Research*, 6(4), 542.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- Goldberg, D. (1989). Screening for psychiatric disorder. In P. Williams y G. Wilkinson (Eds.), *The scope of epidemiological psychiatry: Essays in honour of Michael Shepherd* (pp. 108-127). London: Routledge.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire* (Maudsley Monograph No. 21). Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Üstün, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Goldberg, D. P., Rickels, K., Downing, R. & Hesbacher, P. (1976). A comparison of two psychiatric screening tests. *British Journal of Psychiatry*, 129, 61-67.

- Gómez Cantorna, C., Puga Martínez, A., Mayán Santos, J. M., & Gandoy Crego, M. (2012). Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos*, 23(2), 59-62.
- Gomez, R., & McLaren, S. (2015). The center for epidemiologic studies depression scale: Support for a bifactor model with a dominant general factor and a specific factor for positive affect. *Assessment*, 22, 351-360.
- Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., García-Iglesias, J. J., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Sense of coherence and psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Sustainability*, 12(17), 6855.
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González-Rivera, J. A., Rosario-Rodríguez, A., & Cruz-Santos, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19. *Interacciones*, 6(3), e163.
- González-Rodríguez, R., Dominguez Alonso, J., Verde-Diego, C., & Frieiro Padin, P. (2022). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services in social work professionals in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 949-956.
- Gonzalez-Silva, Y., Marcos, B., Gutiérrez, M., & Merino, M. M. (2020). Clinical involvement and symptoms of patients older than 65 years with COVID-19. *Atencion Primaria*, 52(9), 662-664.
- Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D., & Hyphantis, T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Diseases*, 10(1), 1-11.
- Grabowski, D. C., & Mor, V. (2020). Nursing home care in crisis in the wake of COVID-19. *Jama*, 324(1), 23-24.
- Gray, K. L., Birtles, H., Reichelt, K., & James, I. A. (2022). The experiences of care home staff

- during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 26(10), 2080-2089.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ*, 368, m1211.
- Greenglass, E. R., & Burke, R. J. (2001). Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 33, 93-108.
- Greenglass, E. R., Fiksenbaum, L., and Burke, R. J. (1994). The relationship between social support and burnout over time in teachers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 219-230.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., & Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49(3), 360-372.
- Greif, J. (2013). El síndrome de burnout en Enfermería: su relación con variables personales y organizacionales. *Investigaciones en Psicología*, 18(1), 47-68
- Grevenstein, D., & Bluemke, M. (2022). Measurement invariance of the SOC-13 Sense of Coherence Scale across gender and age groups. *European Journal of Psychological Assessment*, 38, 61-71.
- Grevenstein, D., Aguilar-Raab, C., Schweitzer, J., & Bluemke, M. (2016). Through the tunnel, to the light: Why sense of coherence covers and exceeds resilience, optimism, and self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 98, 208-217.
- Guadalupe, P. (n.d.). *El Cuidado de la tercera edad a largo plazo y vivienda en Puerto Rico*. <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/puerto-rico-cuidado-jubilacion-ancianos/info-2016/cuidado-ancianos-largo-plazo-puerto-rico.html>
- Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., Liu, L., Shan, H., Lei, C. L., Hui, D., Du, B., Li, L. J., Zeng, G., Yuen, K. Y., Chen, R. C., Tang, C. L., Wang, T., Chen, P. Y., Xiang, J., Li, S. Y., ... & Zhong, N. S. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of*

*Medicine*, 382(18), 1708-1720.

Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). *Síndrome de burnout o desgaste profesional y estrés en el profesorado*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.

Guixia, L., & Hui, Z. (2020). A study on burnout of nurses in the period of COVID-19. *Psychology and Behavioral Sciences*, 9(3), 31-6.

Habersaat, K. B., Betsch, C., Danchin, M., Sunstein, C. R., Böhm, R., Falk, A., Brewer, N. T., Omer, S. B., Scherzer, M., Sah, S., Fischer, E. F., Scheel, A. E., Fancourt, D., Kitayama, S., Dubé, E., Leask, J., Dutta, M., MacDonald, N. E., Temkina, A., ... & Butler, R. (2020). Ten considerations for effectively managing the COVID-19 transition. *Nature Human Behaviour*, 4(7), 677-687.

Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy-do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565.

Hagmaier, T., Abele, A. E., & Goebel, K. (2018). How do career satisfaction and life satisfaction associate? *Journal of Managerial Psychology*, 33,142-160.

Haider, S. I., Ahmed, F., Pasha, H., Pasha, H., Farheen, N., & Zahid, M. T. (2022). Life satisfaction, resilience and coping mechanisms among medical students during COVID-19. *Plos One*, 17(10), e0275319.

Halbesleben, J. R. B., Harvey, J., & Bolino, M. C. (2009). Too engaged? A conservation of resources view of the relationship between work engagement and work interference with family. *Journal of Applied Psychology*, 94, 1452-1465

Halpin, S. J., McIvor, C., Whyatt, G., Adams, A., Harvey, O., McLean, L., Walshaw, C., Kemp, S., Corrado, J., Singh, R., Collins, T., O'Connor, R. J. & Sivan, M. (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of Medical Virology*, 93(2), 1013-1022.

Halpin, S., O'Connor, R., & Sivan, M. (2021). Long COVID and chronic COVID syndromes. *Journal of Medical Virology*, 93(3), 1242-1243.

Hammig, O., Brauchli, R., & Bauer, G. F. (2012). Effort-reward and work-life imbalance,

- general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 142, 135-147.
- Havnen, A., Anyan, F., Hjemdal, O., Solem, S., Gurigard Riksfjord, M., & Hagen, K. (2020). Resilience moderates negative outcome from stress during the COVID-19 pandemic: A moderated-mediation approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 6461.
- Hawk, T., White, E. M., Bishnoi, C., Schwartz, L. B., Baier, R. R., & Gifford, D. R. (2022). Facility characteristics and costs associated with meeting proposed minimum staffing levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(4), 1198-1207.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hering, C., Gangnus, A., Budnick, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2022). Psychosocial burden and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: Findings from a retrospective survey in Germany. *BMC Nursing*, 21(1), 1-10.
- Herzberg, K., Sheppard, S., Forsyth, J., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*, 24, 877-891.
- Hewitt, C. E., Perry, A. E., Adams, B. & Gilbody, S. M. (2010). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders*, 128(1), 72-82.

- Hinz, A., Conrad, I., Schroeter, M. L., Glaesmer, H., Brähler, E., Zenger, M., Kocalevent, R. D., & Herzberg, P. Y. (2018). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS), derived from a large German community sample. *Quality of Life Research, 27*(6), 1661-1670.
- Hornig, W. B., Lee, C. P., & Chen, C. W. (2001). Classification of age groups based on facial features. *Journal of Applied Science and Engineering, 4*(3), 183-192.
- Hou, W. K., Tong, H., Liang, L., Li, T. W., Liu, H., Ben-Ezra, M., Goodwin, R., & Lee, T. M. C. (2021). Probable anxiety and components of psychological resilience amid COVID-19: A population-based study. *Journal of Affective Disorders, 282*, 594-601.
- Hu, J., Ye, B., Yildirim, M., & Yang, Q. (2023). Perceived stress and life satisfaction during COVID-19 pandemic: The mediating role of social adaptation and the moderating role of emotional resilience. *Psychology, Health & Medicine, 28*(1), 124-130.
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during COVID-19 outbreak: A comparative study. *Plos One, 15*(8), e0237303.
- Huo, L., Zhou, Y., Li, S., Ning, Y., Zeng, L., Liu, Z., Qian, W., Yang, J., Zhou, X., Liu, T., & Zhang, X. Y. (2021). Burnout and its relationship with depressive symptoms in medical staff during the COVID-19 epidemic in China. *Frontiers in Psychology, 12*, 616369.
- Husky, M. M., Villeneuve, R., Teguo, M. T., Alonso, J., Bruffaerts, R., Swendsen, J., & Amieva, H. (2022). Nursing home workers' mental health during the COVID-19 pandemic in France. *Journal of the American Medical Directors Association, 23*(7), 1095-1100.
- Iecovich, E., & Avivi, M. (2017). Agism and burnout among nurses in long-term care facilities in Israel. *Aging & Mental Health, 21*(3), 327-335.
- Iglesias, M. E. L., de Bengoa Vallejo, R. B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*(1), 30-37.
- IMSERSO (2005). Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles. España: Instituto

de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2022,). *Guía Gestión de los Riesgos Psicosociales en la actividad de cuidado de personas mayores - portal INSST - INSST*. Portal INSST. Consultado el 23 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/guia-para-la-gestion-de-los-riesgos-psicosociales-en-la-actividad-de-cuidado-de-personas-mayores>

Ivtzan, I., Lomas, T., Hefferon, K., & Worth, P. (2016). *Second Wave Positive Psychology*. London: Routledge.

Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Kühn-Dymecka, A., & Lizińczyk, S. (2019). Resilience, sense of coherence, and coping with stress as predictors of psychological well-being in the course of schizophrenia. The study designs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*, 1266.

Jamebozorgi, M. H., Karamoozian, A., Bardsiri, T. I., & Sheikhbardsiri, H. (2022). Nurses burnout, resilience, and its association with socio-demographic factors during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 2484.

Janicijevic, I., Seke, K., Djokovic, A., & Filipovic, T. (2013). Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction-where is the linkage? *Hippokratia*, *17*(2), 157-162.

Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(6), 622-631.

Jiménez Tapia, A., Mondragón Barrios, L., & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, *30*(5), 20-26.

Jiménez-Fernández, R., Corral-Liria, I., Trevissón-Redondo, B., Lopez-Lopez, D., Losa-Iglesias, M., & Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R. (2022). Burnout, resilience and psychological flexibility in frontline nurses during the acute phase of the COVID-19 pandemic (2020) in Madrid, Spain. *Journal of Nursing Management*, *30*(7), 2549-2556.

Jin, W. M., Zhang, Y., and Wang, X. P. (2015). Job burnout and organizational justice among medical interns in Shanghai, People's Republic of China. *Advances in Medical*

*Education and Practice*, 6, 539-544.

- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (2021). *New COVID-19 Cases Worldwide*. Consultado el 29 de octubre de 2021. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/data/new-cases>.
- Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M. C. (2020). Burnout and resilience among frontline nurses during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in the emergency department of a Tertiary Care Center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(11), 1081-1088.
- Junhua, M., Qi, Z., Xue, G. O. N. G., Lijuan, L., Zhongwen, Z., & Jing, W. (2020). Analysis of psychological and sleep state of medical staff with novel coronavirus pneumonia. *Herald Medicine*, 39(3), 345-349.
- Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P., & Topipinen-Tanner, S. (2003). Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*, 17(2), 109-122.
- Kandelman, N., Mazars, T., & Levy, A. (2017). Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3), 147-153.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Yang, B. X., 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.
- Karagöz, Y., Durak, İ., & Mutlu, H. T. (2021). Psychological resilience and life satisfaction of healthcare professionals in Turkey: The mediating role of fear of COVID. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 11(62), 403-417.
- Karasek, R., and Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kase, T., Ueno, Y., & Endo, S. (2023). Association of sense of coherence and resilience with distress and infection prevention behaviors during the coronavirus disease pandemic.

*Current Psychology.*

- Kash, B. A., Castle, N. G., Naufal, G. S., & Hawes, C. (2006). Effect of staff turnover on staffing: A closer look at registered nurses, licensed vocational nurses, and certified nursing assistants. *The Gerontologist, 46*(5), 609-619.
- Kato, T. (2014). Coping with interpersonal stress and psychological distress at work: Comparison of hospital nursing staff and salespeople. *Psychological Research and Behavior Management, 7*, 31- 36.
- Kaye-Kauderer, H., Feingold, J. H., Feder, A., Southwick, S., & Charney, D. (2021). Resilience in the age of COVID-19. *BJPsych Advances, 27*(3), 166-178.
- Kent, W., Hochard, K. D., & Hulbert-Williams, N. J. (2019). Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility? *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, 11-19.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders, 74*(1), 5-13.
- 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 & Research, 14*(1), 7-14.
- Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & Social Care in the Community, 27*(4), 797-807.
- Kim, H., Ji, J., & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Social Work, 56*, 258-268.
- Kim, S. C., Quiban, C., Sloan, C., & Montejano, A. (2021). Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. *Nursing Open, 8*(2), 900-907.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1-11.
- Kocalevent, R. D., Zenger, M., Hinz, A., Klapp, B., & Brähler, E. (2017). Resilient coping in the general population: Standardization of the brief resilient coping scale (BRCS). *Health and Quality of Life Outcomes, 15*(1), 1-8.

- Kołtuniuk, A., Witczak, I., Młynarska, A., Czajor, K., & Uchmanowicz, I. (2021). Satisfaction with life, satisfaction with job, and the level of care rationing among Polish nurses-A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology, 12*, 734789.
- Konetzka, R. T., White, E. M., Pralea, A., Grabowski, D. C., & Mor, V. (2021). A systematic review of long-term care facility characteristics associated with COVID-19 outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society, 69*(10), 2766-2777.
- Kröger, C. (2020). Shattered social identity and moral injuries: Work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(S1), 156–158.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open, 3*(3), e203976-e203976.
- Lambert, E. G., Hogan, N. L., Jiang, S., Elechi, O., Benjamin, B., Morris, A., Laux, J. M., & Dupuy, P. (2010). The relationship among distributive and procedural justice and correctional life satisfaction, burnout, and turnover intent: An exploratory study. *Journal of Criminal Justice, 38*, 7-16.
- Larzabal-Fernández, A. y Ramos-Noboa, M. I. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en estudiantes de bachillerato de la provincia de Tungurahua (Ecuador). *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA, 17*(2), 269-282.
- Latorre, J. M. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicados y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*(3), 243-264.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*(3), 141-169.

- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., & Daly, B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing, 48*(6), 632-641.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology, 81*, 123-133.
- Lee, S. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies, 44*(7), 1-9.
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry, 87*, 123-127.
- Lee, S. W., Stewart, S. M., Byrne, B. M., Wong, J. P., Ho, S. Y., Lee, P. W., & Lam, T. H. (2008). Factor structure of the Center for Epidemiological Studies Depression scale in Hong Kong adolescents. *Journal of Personality Assessment, 90*(2), 175-184.
- Leiter M. P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping, 7*, 357-373.
- Leiter, M. P. (2012). *Analyzing and Theorizing the Dynamics of the Workplace Incivility Crisis*. Springer.
- Leiter, M. P., & Harvie, P. (1998). Conditions for staff acceptance of organizational change: Burnout as a mediating construct. *Anxiety, Stress and Coping, 11*, 1-25.
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping, 9*(3), 229-243.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of work life: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being*, vol. 3 (pp. 91-134). Elsevier Science.
- Leiter, M. P., Frank, E., & Matheson, T. J. (2009). Demands, values, and burnout: Their relevance for physicians. *Canadian Family Physician, 55*, 1224-1225, e1-e6.
- Leung, A. Y. M., Parial, L. L., Tolabing, M. C., Sim, T., Mo, P., Okan, O., & Dadaczynski, K. (2022). Sense of coherence mediates the relationship between digital health literacy and anxiety about the future in aging population during the COVID-19 pandemic: A path

- analysis. *Aging & Mental Health*, 26(3), 544-553.
- Levere, M., Rowan, P., & Wysocki, A. (2021). The adverse effects of the COVID-19 pandemic on nursing home resident well-being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(5), 948-954.
- Levin, M. E., Pistorello, J., Seeley, J. R., & Hayes, S. C. (2014). Feasibility of a prototype web-based acceptance and commitment therapy prevention program for college students. *Journal of American College Health*, 62(1), 20-30.
- Li, Y., Wang, Y., Jiang, J., Valdimarsdóttir, U. A., Fall, K., Fang, F., Song, H., Lu, D. & Zhang, W. (2021). Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak. *Psychological Medicine*, 51(11), 1952-1954.
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., Jia, Y., & Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 916-919.
- Liang, H. L., Kao, Y. T., & Lin, C. C. (2013). Moderating effect of regulatory focus on burnout and exercise behavior. *Perceptual and Motor Skills*, 117(3), 696-708.
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W., Ng, D. M., & Fielding, R. (2014). Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Hong Kong: ten cross-sectional surveys. *BMC Infectious Diseases*, 14(1), 1-11.
- Linn L. S., Yager J., Cope D. W. & Leake, B. (1986) Factors associated with life satisfaction among practicing internists. *Medical Care*, 24, 830-837.
- Liu, C., Zhou, Q., Li, Y., Garner, L. V., Watkins, S. P., Carter, L. J., Smoot, J., Gregg, A. C., Daniels, A. D., Jervey, S., & Albaiu, D. (2020). Research and development on therapeutic agents and vaccines for COVID-19 and related human coronavirus diseases. *ACS Central Science*, 6, 315-331.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental

- health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4),
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 15-23.
- Lomas, T., & Ivtzan, I. (2016). Second wave positive psychology: Exploring the positive-negative dialectics of wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 17, 1753-1768.
- López, J., Pérez-Rojo, G., Noriega, C., & Velasco, C. (2021). Personal and work-related factors associated with good care for institutionalized older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 820.
- López, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Martinez-Huertas, J. A., & Velasco, C. (2022). Emotional distress among older adults during the COVID-19 outbreak: understanding the longitudinal psychological impact of the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics*, 22(1), 77-83.
- López-Frutos, P., Pérez-Rojo, G., Noriega, C., Velasco, C., Carretero, I., Martínez-Huertas, J. Á., Galarraga, L., & López, J. (2022). Burnout and quality of life in professionals working in nursing homes: The moderating effect of stereotypes. *Frontiers in Psychology*, 13, 772896.
- López-Martínez, C., Frías-Osuna, A., & del-Pino-Casado, R. (2019). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 185-190.
- López-Martínez, C., Serrano-Ortega, N., Moreno-Cámara, S., & del-Pino-Casado, R. (2019). Association between Sense of Coherence and Mental Health in Caregivers of Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3800.
- Lovell, N., Maddocks, M., Etkind, S. N., Taylor, K., Carey, I., Vora, V., Marsh, L., Higginson, I. J., Prentice, W., & Edmonds, P. (2020). Characteristics, symptom management, and outcomes of 101 patients with COVID-19 referred for hospital palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e77-e81.

- Lung, F. W., Lu, Y. C., Chang, Y. Y., & Shu, B. C. (2009). Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a follow-up study. *Psychiatric Quarterly*, *80*, 107-116.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public-A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *291*, 113190.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skill-training manual for therapists*. New Harbinger
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*, 543-562.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American psychologist*, *56*(3), 239-249.
- Maben, J. & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(15-16), 2742-2750.
- Magnavita, N., Tripepi, G., & Di Prinzio, R. R. (2020). Symptoms in health care workers during the COVID-19 epidemic. A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(14), 5218.
- Malagón-Aguilera, M. C., Fuentes-Pumarola, C., Suner-Soler, R., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Pena, R., & Bosch-Farré, C. (2012). El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enfermería Clínica*, *22*(4), 214-218.
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Li, Y., & Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, *77*(6), 683.
- Marcos, M. L. T., & Selva, J. P. S. (2016). Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *Journal of Negative and No Positive Results*, *1*(3), 100-106.
- Martín, J., Alfonso Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., y Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, *18*(2), 129-136.

- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 112, 42-80.
- Martínez, J. P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A., y García, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 41-53.
- Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., & Gómez-Galán, J. (2021). Burnout among direct-care workers in nursing homes during the COVID-19 pandemic in Spain: A preventive and educational focus for sustainable workplaces. *Sustainability*, 13(5), 2782.
- Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Rodrigues Silva, A., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R. & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10.
- Maslach, C. (1976). Burn-out. *Human Behaviour*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 32, 37-43.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2<sup>a</sup> ed). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3<sup>a</sup>ed.). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslanka, H. (1996). Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS Care*, 8(2), 195-206.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- Matsushita, M., Ishikawa, T., Koyama, A., Hasegawa, N., Ichimi, N., Yano, H., Hashimoto, M., Fujii, N., & Ikeda, M. (2014). Is sense of coherence helpful in coping with

- caregiver burden for dementia? Sense of coherence in dementia care. *Psychogeriatrics*, 14(2), 87-92.
- Maunder, R. (2004). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: Lessons learned. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1447), 1117-1125.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Rourke, S., Hunter, J. J., Goldbloom, D., Balderson, K., Petryshen, P., Steinberg, R., Wasylenki, D., Koh, D., & Fones, C. S. (2004). Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 938-942.
- Mayorga, N. A., Manning, K. F., Garey, L., Viana, A. G., Ditre, J. W., & Zvolensky, M. J. (2022). The role of experiential avoidance in terms of fatigue and pain during COVID-19 among Latinx adults. *Cognitive Therapy and Research*, 46(3), 470-479.
- McCauley, M., Minsky, S., & Viswanath, K. (2013). The H1N1 pandemic: media frames, stigmatization and coping. *BMC Public Health*, 13(1), 1-16.
- McGilton, K. S., Hall, L. M., Wodchis, W. P., & Petroz, U. (2007). Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff. *The Journal of Nursing Administration*, 37, 366-372.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035.
- Meléndez, J. C., Satorres, E., Redondo, R., Escudero, J., & Pitarque, A. (2018). Wellbeing, resilience, and coping: Are there differences between healthy older adults, adults with mild cognitive impairment, and adults with Alzheimer-type dementia? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 38-43.
- Meléndez, J. C., Satorres, E., Reyes-Olmedo, M., Delhom, I., Real, E., & Lora, Y. (2020). Emotion recognition changes in a confinement situation due to COVID-19. *Journal of Environmental Psychology*, 72, 101518.

- Mellin Sánchez, M. G. y Padrós Blázquez, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 21, 81-91.
- Menéndez-Aller, Á., Cuesta, M., Postigo, Á., González-Nuevo, C., García-Fernández, J., & García-Cueto, E. (2021). Validation of the Acceptance and Action Questionnaire-II in the general Spanish population. *Current Psychology*.
- Mitchell, A. M., Crane, P. A., & Kim, Y. (2008). Perceived stress in survivors of suicide: Psychometric properties of the Perceived Stress Scale. *Research in Nursing & Health*, 31(6), 576-585.
- Mo, P. K., She, R., Yu, Y., Li, L., Yang, Q., Lin, J., Ye, X., Wu, S., Yang, Z., Guan, S., Zhang, J., Hu, H., Xie, L., & Lau, J. T. (2022). Resilience and intention of healthcare workers in China to receive a COVID-19 vaccination: The mediating role of life satisfaction and stigma. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2327-2338.
- Moksnes, U. K., & Haugan, G. (2014). Validation of the Orientation to Life Questionnaire in Norwegian adolescents, construct validity across samples. *Social Indicators Research*, 119, 1105-1120.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traducción et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308.
- Monson, S. (2017). Ebola as African: American media discourses of panic and otherization. *Africa Today*, 63(3), 3-27.
- Montaner, X., Tárrega, S. y Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(3), 144-151.
- Morata Ramírez, M. A. y Ferrer Pérez, V. A. (2004). Interacción entre estrés laboral, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. *MAFRE Medicina*, 15 (3), 49-58
- Moreno-Pérez, O., Merino, E., Leon-Ramirez, J. M., Andres, M., Ramos, J. M., Arenas-

- Jiménez, J., Asensio, S., Sanchez, R., Ruiz-Torregrosa, P., Galan, I., Scholz, A., Amo, A., González-de la Aleja, P., Boix, V., Gil, J., & COVID19-ALC research group. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study. *Journal of Infection*, 82(3), 378-383.
- Morgan, D. G., Semchuk, K. M., Stewart, N. J., & D'Arcy, C. (2002). Job strain among staff of rural nursing homes: A comparison of nurses, aides, and activity workers. *The Journal of Nursing Administration*, 32(3), 152-161.
- Mousavi, S. V., Ramezani, M., Salehi, I., Hossein Khanzadeh, A. A., & Sheikholeslami, F. (2017). The relationship between burnout dimensions and psychological symptoms (depression, anxiety and stress) among nurses. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27(2), 37-43.
- Murphy, L. R., & Sauter, S. L. (2003). The USA perspective: Current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist*, 38, 151-157.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384-426.
- Navarro-Prados, A. B., Jiménez, S., & Meléndez, J. C. (2022a). Sense of coherence and burnout in nursing home workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 244-252.
- Navarro-Prados, A. B., Jiménez, S., Meléndez, J. C., & López, J. (2022b). Factors associated with satisfaction and depressed mood among nursing home workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*.
- Nazario, C. M. (2021). Consideraciones Acerca de la COVID-19 en Puerto Rico: Una Reflexión desde la Epidemiología. *Revista Puertorriqueña De Psicología*, 32(1), 140-142.
- Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Makhoul, S., & Upshur, R. E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 793-798.

- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la Pandemia de Covid-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5), 842-847.
- Nissly, J. A., Barak, M. E. M., & Levin, A. (2005). Stress, social support, and workers' intentions to leave their jobs in public child welfare. *Administration in Social Work*, 29(1), 79-100
- Nyashanu, M., Pfende, F., & Ekpenyong, M. S. (2022). Triggers of mental health problems among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in private care homes and domiciliary care agencies: Lived experiences of care workers in the Midlands region, UK. *Health & Social Care in the Community*, 30, 370-376.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362.
- Oducado, R. M., Parreño-Lachica, G., & Rabacal, J. (2021). Personal resilience and its influence on COVID-19 stress, anxiety and fear among graduate students. *International Journal of Educational Research and Innovation*, 15, 431-443.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Østergaard, T., Lundgren, T., Zettle, R. D., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2020). Norwegian Acceptance and Action Questionnaire (NAAQ): A psychometric evaluation. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 103-109.
- Ouslander, J. G., & Grabowski, D. C. (2020). COVID-19 in nursing homes: Calming the perfect storm. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2153-2162.
- Pan, R., Zhang, L., & Pan, J. (2020). The anxiety status of Chinese medical workers during the epidemic of COVID-19: A meta-analysis. *Psychiatry Investigation*, 17(5), 475.
- 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, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907.
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44-55.
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. In S. A. David, I. Boniwell, & A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 134-151). Oxford University Press.
- Peeters, M. A., & Rutte, C. G. (2005). Time management behavior as a moderator for the job demand-control interaction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 64-75.
- Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., & Rivas, T. (2013). Italian version of the acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 552-563.
- Peramo-Álvarez, F. P., López-Zúñiga, M. Á., & López-Ruz, M. Á. (2021). Medical sequels of COVID-19. Secuelas médicas de la COVID-19. *Medicina Clinica*, 157(8), 388-394.
- Perera, M. J., Brintz, C. E., Birnbaum-Weitzman, O., Penedo, F. J., Gallo, L. C., Gonzalez, P., Gouskova, N., Isasi, C. R., Navas-Nacher, E. L., Perreira, K. M., Roesch, S. C., Schneiderman, N., & Llabre, M. M. (2017). Factor structure of the Perceived Stress Scale-10 (PSS) across English and Spanish language responders in the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Psychological Assessment*, 29(3), 320-328.
- Perlman, D., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E. K., Brighton, R., Sumskis, S., & Heffernan, T. (2017). Understanding the influence of resilience for people with a lived experience of mental illness: A self-determination theory perspective. *Journal of Community Psychology*, 45, 1026-1032.
- Pinazo-Hernandis, S., Galvan, A., Dosil, C., Pinazo-Clapés, C., Nieto-Vieites, A., Facal, D. (2022). El peor año de mi vida. Agotamiento emocional y burnout por la covid-19 en profesionales de residencias. Estudio RESICOVID. *Revista española de Geriatría y Gerontología*, 57, 224-229.

- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288-298.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 1-13.
- Puerto Rico Department of Health (2021). COVID-19 Cases in Puerto Rico. Consultado 18 de abril de 2022. Disponible en: [https://www.salud.gov.pr/estadisticas\\_v2#defunciones](https://www.salud.gov.pr/estadisticas_v2#defunciones).
- Rada, A. (2020). COVID-19: The precarious position of Spain's nursing homes. *BMJ*, 369, 1-3.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Ragger, K., Hiebler-Ragger, M., Herzog, G., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2019). Sense of coherence is linked to post-traumatic growth after critical incidents in Austrian ambulance personnel. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-11.
- Rai, G. S. (2010). Burnout among long-term care staff. *Administration in Social Work*, 34(3), 225-240.
- Raimo, J., LaVine, S., Spielmann, K., Akerman, M., Friedman, K. A., Katona, K., & Chaudhry, S. (2018). The correlation of stress in residency with future stress and burnout: a 10-year prospective cohort study. *Journal of Graduate Medical Education*, 10(5), 524-531.
- Ramón, J. P. M., Mateo, I. M., y Sevilla, J. G. (2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 325-333.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Remor, E. y Carrobes, J. A. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-

- 14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Rennemark, M. & Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging & Mental Health*, 3(1), 79-87.
- Reyes, A. T., Cross, C. L., & Manzano, E. R. M. (2022). The Moderating Role of Resilience on Mindfulness, Experiential Avoidance, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms of College Student Veterans: A Cross-Sectional Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(8), 721-729.
- Reyes, K., y González, A. L. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología*, 9(1), 15-23.
- Reyna, C., Mola, D. J. y Correa, P. S. (2019). Escala de Estrés Percibido: Análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 138-147.
- Riehm, K. E., Brenneke, S. G., Adams, L. B., Gilan, D., Lieb, K., Kunzler, A. M., Smail, E. J., Hologue, C., Stuart, E. A., Kalb, L. G., & Thrul, J. (2021). Association between psychological resilience and changes in mental distress during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 282, 381-385.
- Riello, M., Purgato, M., Bove, C., MacTaggart, D., & Rusconi, E. (2020). Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *Royal Society Open Science*, 7(9), 200880.
- Robles-Bello, M. A., Sánchez-Teruel, D., & Valencia Naranjo, N. (2022). Variables protecting mental health in the Spanish population affected by the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 41, 5640-5651.
- Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., & Ochnik, D. (2021). Changes in stress, coping styles, and life satisfaction between the first and second waves of the COVID-19 pandemic: A longitudinal cross-lagged study in a sample of university students. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 4025.
- Rohani, C., Abedi, H. A., Omranipour, R., & Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality

- of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 1-14.
- Ros, L., Latorre, J., Aguilar, M., Serrano, J., Navarro, B., & Ricarte, J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in older populations with and without cognitive impairment. *The International Journal of Aging and Human Development*, 72, 83-110.
- Rotărescu, V. S., Matei, D. B., Mircea, I. A., Mirescu, A. M., Nedelescu, B. G., Nedelea, D. G., Raluca Neagu, A. N., Necşulescu, A. G., Oteşanu, G. A., & Tudor, L. C. (2020). How anxious did you feel during lockdown? The roles resilience, living environment, and gender play on the level of anxiety state during pandemic isolation. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 23(3), 231-238.
- Roya A. (2017). Mediating role of interpersonal problems in the relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of Applied Psychology*, 4(40), 523-542.
- Ruíz, F. Langer, A., Luciano, C., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruíz, F., Odriozola-González, P., & Suárez-Falcón, J. (2014). The Spanish version of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire. *Psicothema*, 26(3), 308-313.
- Ruiz-Frutos, C., Ortega-Moreno, M., Allande-Cussó, R., Ayuso-Murillo, D., Domínguez-Salas, S., & Gómez-Salgado, J. (2021). Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Safety Science*, 133, 105033.
- Ruiz-Párraga, G. T., & López-Martínez, A. E. (2015). The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: A path analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(2), 247-257.

- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344.
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L. y Ramos-Navas, J. M. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 523-549.
- Salgado, V. N. y Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión en el Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36(2), 200-209.
- Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., de Lorena, P., Hermosilla-Grijalbo, C., Sáenz-Jalón, M., Fernández-Rodríguez, A., & Alconero-Camarero, A. R. (2021). Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 869-878.
- Savicki, V., Cooley, E., & Gjesvold, J. (2003). Harassment as a predictor of job burnout in correctional officers. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 602-619.
- Schäfer, I., & Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 614-618.
- Schäfer, S. K., Sopp, M. R., Schanz, C. G., Staginnus, M., Göritz, A. S., & Michael, T. (2020). Impact of COVID-19 on public mental health and the buffering effect of a sense of coherence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 386-392.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W. B., Dierendonck, D. V., & Gorp, K. V. (1996). Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Work & Stress*, 10(3), 225-237.
- Schnelle, J. F., Simmons, S. F., Harrington, C., Cadogan, M., Garcia, E., & M. Bates-Jensen,

- B. (2004). Relationship of nursing home staffing to quality of care. *Health Services Research, 39*(2), 225-250.
- Schonfeld, I. S., & Bianchi, R. (2016). Burnout and depression: two entities or one? *Journal of Clinical Psychology, 72*(1), 22-37.
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73*(1), 53-66.
- Seçer, İ., Ulaş, S., & Karaman-Özgül, Z. (2020). The effect of the fear of COVID-19 on healthcare professionals' psychological adjustment skills: mediating role of experiential avoidance and psychological resilience. *Frontiers in Psychology, 11*, 561536.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological, 55*, 5-14.
- Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., & Teixeira, A. (2021). Burnout and depression in portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic-the mediating role of psychological resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(2), 636.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine, 172*(18), 1377-1385.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings, 90*, 1600-1613.
- Shaukat, N., Ali, D. M., & Razzak, J. (2020). Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: A scoping review. *International Journal of Emergency Medicine, 13*, 1-8.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual*

- Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379-405.
- Shi R., Zhang S., Zhang Q., Fu S., Wang Z. (2016). Experiential avoidance mediates the association between emotion regulation abilities and loneliness. *Plos One*, 11(12): e0168536.
- Shi, X., Wang, S., Wang, Z., & Fan, F. (2021). The resilience scale: factorial structure, reliability, validity, and parenting-related factors among disaster-exposed adolescents. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-9.
- Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L. W., Zimmerman, S., & Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *The Gerontologist*, 54(Suppl\_1), S6-S16.
- Shinn, M., Rosario, M., Morch, H., & Chestnut, D. E. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 864-876.
- Shippee, T. P., Henning-Smith, C., Kane, R. L., & Lewis, T. (2015). Resident-and facility-level predictors of quality of life in long-term care. *The Gerontologist*, 55(4), 643-655.
- Shultz, J. M., Cooper, J. L., Baingana, F., Oquendo, M. A., Espinel, Z., Althouse, B. M., Marcelin, L. H., Towers, S., Espinola, M., McCoy, C. B., Mazurik, L., Wainberg, M. L., Neria, Y., & Rechkemmer, A. (2016). The role of fear-related behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola virus disease outbreak. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-14.
- Siebenhaar, K. U., Köther, A. K., & Alpers, G. W. (2020). Dealing with the COVID-19 infodemic: Distress by information, information avoidance, and compliance with preventive measures. *Frontiers in Psychology*, 11, 2981.
- Siefert, K., Jayaratne, S., & Chess, W. A. (1991). Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers. *Health & Social Work*, 16(3), 193-202.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Sonnentag, S., & Frese, M. (2013). Stress in organizations. In N. W. Schmitt, S. Highhouse, &

- I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology* (pp. 560-592). John Wiley & Sons, Inc.
- Stansbury, J. P., Ried, L. D., & Velozo, C. A. (2006). Unidimensionality and bandwidth in the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale. *Journal of Personality Assessment, 86*(1), 10-22.
- Starnaman, S. M., and Miller, K. I. (1992) A test of a causal model of communication and burnout in the teaching profession. *Communication Education, 41*(1), 40-53.
- Stawicki, S. P., Sharpe, R. P., Galwankar, S. C., Sweeney, J., Martins, N., Papadimos, T. J., Jeanmonod, D., Firstenberg, M. S., Paladino, L., Hansoti, B., & Garg, M. (2017). Reflections on the ebola public health emergency of international concern, Part 1: Post-Ebola syndrome: The silent outbreak. *Journal of Global Infectious Diseases, 9*(2), 41-44.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services, 38*(2), 159-175.
- Stern, B., Socan, G., Renner-Sitar, K., Kukec, A., & Zaletel-Kragelj, L. (2019). Validation of the Slovenian version of short sense of coherence questionnaire (SOC-13) in multiple sclerosis patients. *Slovenian Journal of Public Health, 58*(1), 31-39.
- Stoyanova, K., & Stoyanov, D. S. (2021). Sense of coherence and burnout in healthcare professionals in the COVID-19 era. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 709587.
- Takahashi, T., Ekoyama, S., Tachikawa, H., Midorikawa, H., Shiratori, Y., Ota, M., Takahashi S., & Arai, T. (2022). Mental health of caregivers working in nursing homes during the COVID-19 pandemic. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 51*(3), 233-240.
- Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., Zhang, K., Chin, H. K., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., Paliwal, P. R., Wong, L. Y. H., Sagayanathan, R., Chen, J. T., Ying, A., &... & Sharma, V. K. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine, 173*(4),

317-320.

- Taris, T. W., Schreurs, P. J., & Schaufeli, W. B. (1999). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey: A two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work & Stress, 13*(3), 223-237.
- Tawfik, D. S., Scheid, A., Profit, J., Shanafelt, T., Trockel, M., Adair, K. C., Sexton, B., & Ioannidis, J. P. (2019). Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 171*(8), 555-567.
- Tian, F., Li, H., Tian, S., Yang, J., Shao, J., & Tian, C. (2020). Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Research, 288*, 112992.
- Tomas, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P., & Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment, 28*, 283-289.
- Trabucchi, M., & De Leo, D. (2020). Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *The Lancet Psychiatry, 7*(5), 387-388.
- Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M. L., & Babore, A. (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(22), 8358.
- Turenne, C. P., Gautier, L., Degroote, S., Guillard, E., Chabrol, F., & Ridde, V. (2019). Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Social Science and Medicine, 232*, 168-180.
- U.S. Census Bureau quickfacts: Puerto Rico. (n.d.). Consultado el 9 de february de 2022.  
Disponible en: <https://www.census.gov/quickfacts/PR>
- Usher, K., Durkin, J., & Bhullar, N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health

- impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 315-318.
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152(2-3), 293-297.
- Valero, N., Vélez, M., Durán, A. y Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70.
- Valero-Cedeño, N. J., Mina-Ortiz, J. B., Veliz-Castro, T. I., Merchán-Villafuerte, K. M., & Perozo-Mena, A. J. (2020). COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. *Kasmera*, 48(1).
- Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L., Harms, P. D., & Lester, P. B. (2016). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(2), 278-307.
- Veage, S., Ciarrochi, J., Deane, F. P., Andresen, R., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2014). Value congruence, importance and success in the workplace: Links with well-being and burnout amongst mental health practitioners. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 258-264.
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), e12269.
- Ventura, M., Salanova, M., & Llorens, S. (2015). Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: The role of challenge and hindrance demands. *The Journal of Psychology*, 149, 277-302.
- Vidal, C., Dobbs, P. D., Herrmann, E., Mena, D. A., & Jones, C. (2022). COVID-19 Risk Perceptions and health behaviors in Puerto Rico. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 107(2), 278-283.
- Vieira, L. S., Machado, W. D. L., Dal Pai, D., Magnago, T. S. B. D. S., Azzolin, K. D. O., & Tavares, J. P. (2022). Burnout and resilience in intensive care Nursing professionals in

- the face of COVID-19: A multicenter study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30.
- Virúes-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L. y Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-492.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wang, Q., Zhao, X., Yuan, Y., & Shi, B. (2021). The relationship between creativity and intrusive rumination among Chinese teenagers during the COVID-19 pandemic: emotional resilience as a moderator. *Frontiers in Psychology*, 11, 601104.
- Ward, M., Schulz, M., Bruland, D., & Lohr, M. (2014). A systematic review of Antonovsky's Sense of Coherence scale and its use in studies among nurses: Implications for psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2), 61-71.
- Warr, P. B. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford University Press.
- Webb, L. (2020). COVID-19 lockdown: A perfect storm for older people's mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28, 300.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59-91.
- White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071.
- White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071.
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line nursing home staff experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 199-203.
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line nursing home staff

- experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 199-203.
- Williams, C. D., Taylor, T. R., Makambi, K., Harrell, J., Palmer, J. R., Rosenberg, L., & Adams-Campbell, L. L. (2007). CES-D four-factor structure is confirmed, but not invariant, in a large cohort of African American women. *Psychiatry Research*, 150(2), 173-180.
- Wilmink, G., Summer, I., Marsyla, D., Sukhu, S., Grote, J., Zobel, G., Fillit, H., & Movva, S. (2020). Real-time digital contact tracing: Development of a system to control COVID-19 outbreaks in nursing homes and long-term care facilities. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(3), e20828.
- Wong, P. T. (2017). Meaning-centered approach to research and therapy, second wave positive psychology, and the future of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 45(3), 207-216.
- Wong, T. W., Yau, J. K., Chan, C. L., Kwong, R. S., Ho, S. M., Lau, C. C., Lau, F. L. & Lit, C. H. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 13-18.
- Wood, B. D., & Killion, J. B. (2007). Burnout among healthcare professionals. *Radiology Management*, 29(6), 30-4.
- Woodhead, E. L., Northrop, L., & Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), 84-105.
- World Health Organization (2019). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report-87*. Consultado el 27 de abril de 2020. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200416-sitrep-87-covid-19.pdf?sfvrsn=9523115a\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200416-sitrep-87-covid-19.pdf?sfvrsn=9523115a_2).
- World Health Organization (2021). *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19*. World Health Organization. Consultado el 15 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>

- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Consultado el 27 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 10.
- Wu, J., Rong, X., Chen, F., Diao, Y., Chen, D., Jing, X., & Gong, X. (2020). Investigation on sleep quality of first-line nurses in fighting against corona virus disease 2019 and its influencing factors. *Chinese Nursing Research*, 34, 558-562.
- Wu, P. E., Styra, R., & Gold, W. L. (2020). Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *Canadian Medical Association Journal*, 192(17), 459-460.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C. J., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 60-65.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Xiong, Q., Xu, M., Li, J., Liu, Y., Zhang, J., Xu, Y., & Dong, W. (2021). Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(1), 89-95.
- Yao, H., Chen, J., & Xu, Y. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet*, 7(4), 21.
- Yildirim, M., & Arslan, G. (2022). Exploring the associations between resilience, dispositional

- hope, preventive behaviours, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19. *Current Psychology*, 41(8), 5712-5722.
- Yin, Y., & Wunderink, R. G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2), 130-137.
- Yoon, J. Y., Kim, H., Jung, Y. I., & Ha, J. H. (2016). Impact of the nursing home scale on residents' social engagement in South Korea. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 1965-1973.
- Yörük, S., & Güler, D. (2021). The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 390-398.
- Zhang, J., Yang, Z., Wang, X., Li, J., Dong, L., Wang, F., Li, Y., Wei, R., & Zhang, J. (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4020-4029.
- Zhang, X., Jiang, X., Ni, P., Li, H., Li, C., Zhou, Q., Ou, Z., Guo, Y., & Cao, J. (2021). Association between resilience and burnout of front-line nurses at the peak of the COVID-19 pandemic: Positive and negative affect as mediators in Wuhan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 939-954.
- Zhang, Y. Y., Han, W. L., Qin, W., Yin, H. X., Zhang, C. F., Kong, C., & Wang, Y. L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810-819.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062.