



FACULTADE DE RELACIÓNS LABORAIS

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS

EL TRABAJO EMOCIONAL Y EL BURNOUT

Autora: Olalla Gómez Rodríguez

Tutora: Pamela Alonso Abeijón

Santiago de Compostela

Año académico 2018/2019- Oportunidad de
SEPTIEMBRE

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS
POR LA UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

O traballo emocional e o burnout

El trabajo emocional y el burnout

Emotional work and burnout

Autora: Olalla Gómez Rodríguez

FIRMA

Tutora: Pamela Alonso Abeijón

Santiago de Compostela

Año académico 2018/2019- Oportunidad de SEPTIEMBRE

Índice:

Resumen	3
Abstract	3
I. Parte teórica.	5
1. Introducción	5
2. El trabajo emocional.	7
2.1. ¿Qué son las emociones?.....	8
2.2. Contexto y concepto	8
2.3. Características y dimensiones.....	9
2.4. Consecuencias	11
3. Burnout o síndrome de quemarse en el trabajo	13
3.1. Contexto y concepto	13
3.2. Síntomas.....	14
3.3. Fases del burnout	14
3.4. Factores de riesgo	15
3.5. Consecuencias	16
3.6. Intervenciones.....	17
3.7. El engagement.....	19
4. Relación entre trabajo emocional y burnout.	19
II. Parte empírica	21
5. Objetivos del estudio.....	21
6. Método.....	21
6.1 Muestra.....	21
6.2. Medidas	22
6.2.1. Trabajo emocional. Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS)	22
6.2.1.1. Fiabilidad del cuestionario FEWS.....	23
6.2.2. Burnout. Maslach Burnout Inventory (MBI).....	24
6.2.2.1 Fiabilidad del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	25
6.3. Procedimiento	25
7. Resultados.....	26
7.1. Resultados en el cuestionario Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS)	26
7.2. Baremos del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	32
7.3. Resultados en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	33
7.4. Correlaciones entre las variables	37
8. Discusión	41
9. Bibliografía.....	44

Anexo I. Cuestionarios Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS) y Maslach Burnout Inventory (MBI).....	49
--	----

Resumen

A lo largo de este trabajo hemos estudiado de forma teórica qué son las emociones y la importancia del trabajo emocional a lo largo de los años en los puestos del sector servicios, y más concretamente, en las profesiones del ámbito sanitario.

Por otro lado, hemos observado el riesgo de sufrir burnout o el síndrome de quemarse por el trabajo a lo largo de una carrera profesional, su relación con la edad o la antigüedad en el puesto, sus consecuencias en la salud de los trabajadores y algunas posibles formas de intervención, tanto sobre el mismo individuo, como sobre la organización.

Además, hemos visto las diferentes dimensiones de cada uno de los términos mencionados (trabajo emocional y burnout) y las relaciones entre ellas. Comprobamos cuáles se consideran más relevantes y qué se encuadra en cada una de ellas, de esa forma pudimos entender mejor la globalidad de cada uno de los términos a estudiar.

Para ello, nos basamos en un estudio empírico realizado en un hospital, con una muestra de 102 enfermeros/as y técnicos auxiliares de enfermería, empleando las escalas Maslach Burnout Inventory (MBI) y Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS).

Por último, este análisis nos ha ayudado a confirmar la importancia del trabajo emocional en la rama sanitaria y el riesgo de poder sufrir burnout en un futuro. Además, se comprobó la relación entre las implicaciones emocionales en el trabajo y la aparición del burnout.

Palabras clave: Trabajo emocional, burnout, riesgos psicosociales.

Abstract

Throughout this work we have studied theoretically what are the emotions and the importance of emotional work over the years in the job positions of the service sector, and more specifically, in the health professions.

On the other hand, we have observed the risk of suffering burnout or the syndrome of burning through work throughout a professional career, its relationship with age or seniority in the position, its consequences on the health of workers and some possible forms of intervention, both on the worker and on the organization.

In addition, we have seen the different dimensions of each of the mentioned terms (emotional work and burnout) and the relationships between them. We checked which are considered most relevant and what fits in each of them, that way we could better understand the globality of each of the terms to study.

To do this, we relied on an empirical study conducted in a hospital, with a sample of 102 nurses and auxiliary nursing technicians, using the Maslach Burnout Inventory (MBI) and Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS) scales.

Finally, this analysis has helped us to confirm the importance of emotional work in the healthcare branch and the risk of suffering burnout in the future. In addition, the relationship between the emotional implications at work and the appearance of burnout was proven.

Keywords: Emotional work, burnout, psychosocial risks.

I. Parte teórica

1. Introducción.

Durante años, incluso siglos, se ha tenido la idea equivocada de que las emociones eran perjudiciales para los procesos implicados en la razón (Solomon, 1976 y 1993, citado por Niedenthal y Brauer, 2012). Sin embargo, actualmente se considera que enfocarse en las emociones puede suponer un beneficio para las organizaciones (Muchinsky, 2000).

En el mundo actual, donde se reducen los empleos de carácter industrial y aumenta la demanda en el sector servicios, la calidad de un buen servicio se basa, sobre todo en la importancia que se les da a las interacciones cara a cara a la hora de ofrecer una buena atención a los clientes (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1990). Por ello, es sumamente relevante la expresión y control de las emociones en el trabajo.

Como consecuencia, han aumentado significativamente el número de investigaciones enfocadas en estudiar la relación entre las expresiones emocionales de los empleados y su eficacia y eficiencia (Morris y Feldman, 1996).

Con este estudio queremos comprobar la importancia de las emociones y su posible influencia en la salud de los empleados, para ello debemos entender también, qué se considera salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna en 1946 (OMS, 1946) define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (pág. 1).

Por otro lado, analizaremos el concepto de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo que se encuadra dentro de un gran concepto denominado “riesgo psicosocial”.

Se entiende por riesgo psicosocial aquel hecho, situación o estado consecuencia de la organización del trabajo, que tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador y cuyas consecuencias suelen ser importantes. La definición del concepto proviene de la Directiva Europea 89/391/CEE. Además, establece que los riesgos psicosociales (igual que el resto de los riesgos laborales) se determinan por la probabilidad de su aparición y la gravedad de sus efectos sobre la salud de los trabajadores.

Un elemento de gran relevancia es la evaluación de los riesgos psicosociales, puesto que nos ayuda en su prevención. Como se establece en el Real Decreto de los Servicios de Prevención (RD 39/1997), la evaluación de riesgos es el elemento previo para la toma de decisiones preventivas por parte de la organización.

Para ello, hay que identificar el riesgo, evaluar su probabilidad y gestionar su intervención y control (Gómez, González, López y Rodríguez, 1996). El método de evaluación más común es el cuestionario de las condiciones de trabajo.

Además, debemos entender la importancia que tiene la gestión de los riesgos psicosociales. Primero, porque pueden ser identificados y medidos (Cox, Griffiths y Randall, 2003); segundo porque el coste es importante, y su control y modificación forman parte de una de las formas activas de inversión en las organizaciones.

Actualmente, según estudios realizados mediante encuestas del Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo, podemos saber que un gran porcentaje de españoles sufren de diversos trastornos musculoesqueléticos y de problemas de estrés y ansiedad, a causa de problemas como el agotamiento.

Por último, en el presente trabajo trataremos de encontrar la relación que tiene la demanda de emociones en el trabajo con la aparición del burnout, todo ello ayudándonos de un estudio empírico realizado en el ámbito sanitario.

2. El trabajo emocional.

2.1. ¿Qué son las emociones?

Para entender qué es la emoción, tenemos varias definiciones, más de cien, las cuales se pueden clasificar en once categorías diferentes, y han sido recogidas por Kleinginna y Kleinginna (1981), que aportaron la siguiente definición: *“Complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que pueden dar lugar a experiencias efectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado, generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones y procesos de etiquetado, generar ajustes fisiológicos y dar lugar a una meta adaptativa”* (pág.355).

La emoción es un proceso y consta de las siguientes fases (Palmero, 2002):

- Aparición del estímulo. Es necesario para poder desencadenar un cambio y que así se inicie el proceso emocional.
- Percepción del estímulo. El individuo debe percibir un desequilibrio tras percibir el estímulo, ya sea de forma consciente o inconsciente.
- Evaluación y valoración. Se trata de interpretar de forma completa y estimar la repercusión personal del estímulo.
- Experiencia emocional subjetiva. Se toma conciencia de la ocurrencia de una emoción.
- La respuesta fisiológica. El organismo reacciona de una forma específica en relación con la emoción que se experimenta.
- La orexis. Es la tendencia a la acción, el deseo y los impulsos.
- La expresión emocional. Son aquellas manifestaciones que se observan asociadas a la experiencia emocional.

Los autores Hatfield, Cacioppo y Rapson (1993) introducen el término contagio emocional, que es aquella tendencia que tenemos las personas a imitar la expresión emocional de las otras. Por ello, debemos tener en cuenta que el ambiente emocional que se da en un grupo de individuos influirá de forma particular en cada uno de ellos (Bandura, 1978).

Todo ello nos deriva a la importancia del control de las emociones dentro del lugar de trabajo, para ello, contamos con un conjunto de recursos, denominados competencias emocionales, como pueden ser el autocontrol, la autoconciencia emocional, el desarrollo

pleno de la personalidad, etc., para eso es importante contar con una buena educación emocional (Richman, Kubzansky, Maselko, Kawachi, Choo y Bauer, 2005). De hecho, según Goleman (1995), el éxito en el trabajo depende un 80% de la inteligencia emocional y un 20% del cociente intelectual.

2.2. Contexto y concepto

Para entender la importancia del concepto de trabajo emocional debemos establecer previamente un contexto. Hasta hace relativamente poco, los trabajadores eran considerados como meros engranajes que hacían funcionar grandes máquinas, las empresas, y dentro de esa concepción no había lugar para comprender la involucración de las emociones dentro del trabajo.

Por lo tanto, trabajo y sentimientos iban totalmente por separado, un gran ejemplo de ello serían los estudios del trabajo de Frederick Winslow Taylor (1911) plasmados en su famoso libro *Principios de la Administración Científica*, donde explica la organización científica en la que se separaba el trabajo en tareas muy simples para que los operarios pudiesen realizarlas de forma sistemática, prácticamente como robots.

Posteriormente en cuanto a la organización del trabajo, empezaron a considerarse a los empleados como personas y no simples máquinas que realizaban tareas, concretamente con los estudios realizados por Elton Mayo (1933). No es hasta 1983 cuando se acuña el término “trabajo emocional” por Arlie Russel Hochschild, que realiza un estudio entre azafatas de vuelo, dándose cuenta de que es necesario tener en cuenta las actitudes que deben tener estas trabajadoras a la hora de describir el puesto de trabajo. Así, en 1983 obtenemos la primera definición sobre el trabajo emocional de la mano de Hochschild (1983): *“Es el control de los sentimientos para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente”* (pág. 7).

A lo largo de los años se han ido añadiendo características a esa definición para ir completándola poco a poco, y una de las más específicas la encontramos en Martínez-Íñigo (2001) que define el trabajo emocional como *“todos aquellos procesos psicológicos y conductas conscientes y/o automáticas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión emocional asociados con el logro de otros objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden”* (pág. 138).

2.3. Características y dimensiones

Una vez tenemos contextualizado y definido el término, debemos centrarnos en sus características principales. Éstas han sido establecidas por Hochschild (1983), Morris y Feldman (1996) y Zapf (2002) y son las siguientes:

- Se da en interacciones cara a cara o conversaciones con los clientes.
- Las emociones se manifiestan para influir en las emociones, conductas y actitudes de otras personas.
- La exhibición de emociones sigue unas reglas determinadas.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que es un concepto multidimensional, en contra de lo que se pensaba en un inicio, donde lo calificaban como un término unidimensional (Adelmann, 1995). Esto se debe a que la manifestación emocional varía en relación con las veces que se interactúa en el trabajo, ya sea con otros empleados o con clientes. Además, no todas las emociones tienen la misma duración, puesto que la interacción puede darse de forma breve, como si se siguiera un guion, o de forma larga, teniendo que adaptarse a la situación, el primero de los casos mencionados necesita menos esfuerzo que el segundo (Morris y Feldman, 1996, 1997).

Así mismo, debemos considerar la intensidad de las emociones, es decir la magnitud con la que se manifiestan. Por ejemplo, emociones como la felicidad son más intensas que la satisfacción (Zapf, 2002). Por consiguiente, aquellas con mayor intensidad precisan de un esfuerzo superior.

Por último, tenemos que mencionar la variedad de emociones que se deben expresar, ya que hay puestos de trabajo que exigen más emociones que otros, según Morris y Feldmann (1996). Es decir, hay profesiones en las que únicamente se demandan emociones positivas o alegres como puede ser el caso de camareros/as, sin embargo, hay profesiones mucho más complejas, como son aquellas en las que se trabaja con personas con necesidades más específicas y profundas, por ejemplo, con personas enfermas, con niños, etc.

De todo ello, se desprenden las seis dimensiones a evaluar en el trabajo emocional, y en las cuales también nos centraremos más adelante para determinar los resultados del estudio y de los cuestionarios (Zapf, Voght, Seifert, Mertini e Isic, 1999):

- El requisito de expresar *emociones positivas*, como puede ser el ser simpático o agradable con los clientes.
- El requisito de expresar *emociones negativas*, por ejemplo, tener que enfadarse o regañar a algún cliente.
- El requisito de expresar *emociones neutras*, por ejemplo, mostrar autoridad o serenidad.
- La *sensibilidad requerida*, como puede ser la compasión.
- El *control de la interacción*, es decir, la capacidad de influir en las demandas emocionales del trabajo.
- La *disonancia emocional*, que se refiere al momento en el que el trabajador debe expresar emociones que no siente. Esta última es la que más se ha estudiado a lo largo de los años, por la complejidad de tener que mostrar emociones con las que no te sientes identificado. Dentro de esta dimensión encontramos tres elementos involucrados (Zerbe, 2000):
 - Las emociones de los empleados
 - Las emociones que expresan
 - Las emociones que demanda la organización

Posteriormente, se han combinado estos tres elementos para conceptualizar la disonancia emocional de dos formas distintas:

- *La disonancia emoción-norma emocional*, que hace hincapié sobre la discrepancia que se puede dar entre las emociones que siente el empleado y las que demanda la organización (Martínez-Íñigo, Totterdell, Alcover y Holman, 2007).
- *La falsa expresión emocional*, que se refiere a la divergencia entre las emociones que siente el trabajador y las que expresa (Côté, 2005; Van Dijk y Kirk, 2006).

Además, esta dimensión, ha sido vista como un problema, puesto que el hecho de no sentir lo que debería sentir puede llevar a suprimir las emociones reales y llevar a la persona a tener una menor autoestima e incluso a la depresión (Zapf, 2002).

Por otro lado, Hochschild (1983) describió dos formas de regulación emocional por las cuales los empleados responden a las demandas de las organizaciones cuando se da esta diferencia entre lo que sienten y lo que se requiere que sientan en su trabajo.

Una de ellas, es la actuación superficial, por la cual modifican y controlan la expresión de sus emociones, y la otra la actuación profunda mediante la cual intentan modificar sus emociones para que coincidan con las requeridas por el puesto.

2.4. Consecuencias

La primera persona en realizar estudios sobre las consecuencias que tenía esta demanda laboral fue Hochschild (1983), que a partir de estudios cualitativos explicó que las altas demandas emocionales producían efectos negativos en la salud de los trabajadores. Posteriormente, en otros estudios no se encontró relación entre estrés psicológico y la demanda de emociones en el trabajo, incluso hubo estudios que demostraron consecuencias positivas del trabajo emocional.

Al encontrarnos ante un término multidimensional, es normal encontrarnos con resultados contradictorios, aun así, haremos referencia a las consecuencias que se han estudiado con mayor frecuencia:

- *Consecuencias relacionadas con el bienestar del empleado.* Como hemos dicho anteriormente, hay estudios tanto sobre consecuencias positivas como negativas. Una de las consecuencias negativas más estudiadas es el síndrome del burnout (Ramis, Manassero y García, 2009), del que hablaremos a lo largo de este trabajo con mayor detenimiento. Por otro lado, en cuanto a las consecuencias positivas es que puede ser beneficioso para el trabajador. Esto se debe a que expresar emociones positivas en el trabajo está positivamente relacionado con la autoeficacia percibida (Zapf y Holz, 2006).

Por otro lado, se pueden llegar a producir dolencias físicas como, por ejemplo, dolencias cardiovasculares (Gross y Levenson, 1997).

Otras consecuencias serían las relacionadas con la satisfacción laboral, hay estudios que demuestran que el trabajo emocional conlleva insatisfacción laboral (Hochschild, 1983). Sin embargo, hay estudios más recientes que encuentran relaciones positivas entre ambos términos, como por ejemplo en empleos de banca u hospitales (Wharton, 1993).

Rafaeli y Sutton (1987) proponen que las consecuencias positivas aparecen cuando las características de la persona son congruentes con las demandas laborales. Por tanto, podemos llegar a la conclusión de que el hecho de que el

trabajo emocional tenga consecuencias positivas se encuentra en la autenticidad de las emociones mostradas.

- *Consecuencias relacionadas con el rendimiento del empleado.* Debemos considerar que, en los primeros estudios realizados (Pugh, 2001), el hecho de que la expresión de emociones positivas aporta beneficios a la organización en todas aquellas profesiones en las que el trato con el cliente (alumno, paciente, etc.) es imprescindible y en ello se basa la percepción de un buen o mal servicio.

Sin embargo, actualmente se ha demostrado que lo importante en realidad es la capacidad de mostrar emociones verdaderas y de comprender las necesidades del cliente (Wieseke, Geigenmüller y Kraus, 2012).

3. Burnout o síndrome de quemarse en el trabajo

3.1. Contexto y concepto

De la misma forma que el término de trabajo emocional, el burnout es un concepto relativamente reciente. Aparece por primera vez en el campo científico de la mano de Herbert Freudenberger en 1974, para describir la disminución progresiva de energía hasta llegar al agotamiento de un grupo de voluntarios que trabajaban en un servicio de rehabilitación de personas toxicómanas.

Freudenberger describió el burnout como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en instituciones cuyo objeto era la atención o ayuda a personas.

Posteriormente el término se utilizó de forma coloquial en Estados Unidos para referirse a personas que abusaban de alguna droga. No fue hasta 1981 cuando Maslach y Jackson extendieron y consolidaron el término. Para Maslach (1993) el burnout era una respuesta prolongada en el tiempo a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, compuesto por tres componentes claves: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal.

De esta definición debemos entender a qué nos referimos con cada una de las mencionadas claves. Maslach se refería a agotamiento emocional como un aumento de la demanda o agotamiento de los recursos emocionales, morales y psicológicos de la persona; la despersonalización es la distancia afectiva o indiferencia emocional con respecto a los demás (pacientes, alumnos, clientes, etc.); por último, entiende que la reducción de la realización profesional disminuye los sentimientos de competencia y de placer asociados al desarrollo de una actividad profesional.

En España, Gil-Monte (2001), creó su propia definición sobre el burnout: *“es una respuesta al estrés laboral crónico por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”* (pág.2)

Actualmente el burnout comienza a convertirse en un problema de gran relevancia social, de hecho, se ha reclamado el reconocimiento de este como una enfermedad

profesional o como riesgo laboral (Gil-Monte, 2005). En 2019 la OMS ha decidido incluir de forma oficial el burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

3.2. Síntomas

Los síntomas de este síndrome son variados, pueden afectar tanto físicamente (fatiga, cefaleas, dolores musculares, etc.), psíquicamente (falta de concentración, lentitud de pensamiento, etc.) o en el comportamiento (irritabilidad, pérdida de la iniciativa, etc.).

Y como ocurría con el trabajo emocional, también nos encontramos ante un término multidimensional, y cada una de las dimensiones se miden a través del uso de cuestionarios. El cuestionario más empleado en la literatura para evaluar esta cuestión es el Maslach Burnout Inventory (MBI) diseñado por Maslach y Jackson en 1981 y que posteriormente modificaron en 1986, puesto que este se valoraba tanto por la intensidad como por la frecuencia y a partir de 1986 fue únicamente por su frecuencia. Las dimensiones que mide este cuestionario son las siguientes:

- *Agotamiento emocional y físico*, que consiste en la ausencia de energía, junto a un sentimiento de escasez de recursos y frustración. Ésta es la primera manifestación del síndrome, por lo tanto, se debe reaccionar poniendo remedios para evitar que finalmente se produzca.
- *Despersonalización*: se trata de la insensibilidad emocional, cinismo y crítica exacerbada de su ambiente. Se caracteriza por tratar a los clientes de forma despersonalizada, como si simplemente fuesen números y no personas, esto sucede porque es más sencillo gestionar las demandas emocionales cuando se trata con objetos impersonales.
- *Baja realización personal*: es la tendencia a autoevaluarse de forma negativa, lo que produce infelicidad con uno mismo y termina con el sentimiento de competencia y éxito en el trabajo.

3.3. Fases del burnout

Debemos tener en cuenta que este síndrome es algo progresivo, que en ningún caso aparecerá de repente, si no que será consecuencia de una acumulación de sucesos. Por ello, Jerry Edelmich y Archie Brodsky (1980) proponen cuatro fases por las que debe pasar todo individuo que sufra de burnout.

1. *Etapas de idealismo y entusiasmo*. Sucede en el momento en el que la persona de forma voluntaria se involucra demasiado en su trabajo, esto puede

desencadenar un sentimiento de desilusión si no se cumplen sus expectativas, lo que lleva a la siguiente etapa.

2. *Etapa de estancamiento.* En el momento en el que el individuo ve como sus expectativas no se cumplen, comienza a disminuir las actividades que desarrolla, lo que conlleva a que pierda su entusiasmo inicial.
3. *Etapa de apatía.* Se puede considerar como la fase central. El aumento de frustración lleva a paralizar sus actividades, por lo que desarrolla falta de interés en su trabajo. Este también es el punto en el que comienzan a surgir problemas emocionales, conductuales y físicos. Para evitar el contacto con la situación, el individuo comienza a distanciarse, llegándose a producir absentismo o incluso en casos más extremos abandonando el trabajo o incluso la profesión.
4. *Etapa de distanciamiento.* Al llegar a esta etapa, se considera que el individuo está crónicamente frustrado, lo que le proporciona sentimientos de vacío.

3.4. Factores de riesgo

Se podría hacer una clasificación en relación a los posibles factores de riesgo para que se desencadene el burnout, de la siguiente forma (Bresó, Salanova, Schaufeli, y Nogareda, 2007):

- *Naturaleza de la tarea.* Es un síndrome que se suele dar con mayor habitualidad en aquellas profesiones que tienen por objeto el bienestar de otras personas, como sucede por ejemplo en la sanidad o la educación.
- *Variable individual*
 - La edad. Se considera que hay ciertos períodos en los que los trabajadores son más vulnerables antes este síndrome, uno de ellos serían los primeros años dedicados a la carrera profesional, puesto que es el momento en el que se pasa de las expectativas a la realidad de la rutina en el trabajo.
 - El género. La mayoría de los autores sitúan a las mujeres como el grupo con mayor probabilidad a ser vulnerables al burnout. Pero también hay estudios que sitúan a los hombres por encima e incluso que no hay ningún tipo de diferencia por géneros.
 - Personalidad competitiva. Esto se debe a la autoexigencia de cada persona, que puede elevar demasiado los niveles de estrés de algunas personas.
- *Variable interpersonal.*

- Los hijos. Hay estudios que demuestran que aquellas personas con hijos son más resistentes al síndrome, puesto que en su mayoría tienen una personalidad más madura y estable.
- Las relaciones conflictivas en el trabajo. La falta de apoyo en el puesto de trabajo favorece a la aparición del burnout.
- *Variable organizacional e institucional.*
 - Turnicidad laboral. El hecho de trabajar en distintos turnos puede incrementar las opciones de aparición de burnout, puesto que da lugar a trastornos del sueño, problemas de alimentación, mayores dificultades de conciliación familiar, etc.
 - Sobrecarga laboral. Cuanto mayor sea el número de horas dedicadas al trabajo, mayor será la probabilidad de que aparezca burnout.
 - Cambios sociales y tecnológicos. Si estos cambios se producen de forma continuada no permite que los profesionales se adapten de forma adecuada y eso termina favoreciendo la aparición de burnout por el estrés que les puede aportar.

3.5. Consecuencias

Se pueden dar tanto consecuencias para los individuos como para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997):

- *Consecuencias para el individuo.* Pueden aparecer alteraciones psicósomáticas de tipo cardiovascular, respiratorio, musculares y del sistema nervioso. También puede originar problemas familiares y sociales, debido a que se desarrollan actitudes y conductas negativas. Además, estos aspectos negativos no abandonan al individuo una vez termina su relación laboral, puesto que pueden seguir afectando a su vida privada. Hay un estudio con trabajadores sociales (Jayaratne, Chess y Kunkel, 1986) que demuestra que aquellos con niveles más altos en burnout estaban menos satisfechos con sus matrimonios, por lo tanto, los autores determinaron que los problemas que desarrollan los individuos como consecuencia del burnout deterioran sus relaciones personales.
- *Consecuencias para la organización.* Se puede producir absentismo, disminución de la calidad, baja satisfacción laboral, disminución del interés y del esfuerzo para realizar las actividades laborales, aumento de conflictos interpersonales con compañeros y disminución de la calidad de vida laboral.

Koeske y Koeske (1989), también en un estudio con trabajadores sociales, obtuvieron valores importantes en las correlaciones entre las tres dimensiones del MBI y la propensión a abandonar el puesto, siendo la más alta el agotamiento emocional.

3.6. Intervenciones

Como es obvio, no es suficiente con evaluar y valorar los peligros y daños psicosociales, sino que se debe proceder a su intervención. Para ello debemos orientarlas tanto a cambiar el ambiente del trabajo, como a cambiar a la persona y a la interacción entre la persona y el trabajo (Lorente, Salanova y Martínez, 2007). Por tanto, las intervenciones pueden ser tanto individuales como organizacionales.

La nota técnica de prevención 705 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (actualmente el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo) sobre el burnout nos da las siguientes indicaciones para poder prevenirlo:

- *Nivel organizativo.*
 - Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT (síndrome de quemarse por el trabajo).
 - Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
 - Establecer mecanismos de feedback o retroinformación del resultado del trabajo.
 - Promover el trabajo en equipo.
 - Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
 - Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
 - Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles.
 - Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
 - Definición de competencias y responsabilidades.
 - Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.
 - Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.
 - Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.

- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de los mismos.
- Crear, si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Se puede establecer asistencia, por parte de personal especializado. También informar al personal de los servicios que ofertan las instituciones.
- Facilitar a los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo.
- *Nivel interpersonal*
 - Fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento.
 - Promover y planificar el apoyo social en el trabajo
 - Grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales.
 - Dirigir bien y con un estilo adecuado.
 - Entrenamiento en habilidades sociales
 - Establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo.
 - Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.
 - Establecer trabajos de supervisión profesional en grupo a los trabajadores.
- *Nivel individual*
 - Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo.
 - Es importante tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas.
 - Poner en práctica programas de formación continua y reciclaje.
 - Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.
 - Formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas.
 - Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario.
 - Implementar cambios de ambiente de trabajo, rotaciones.
 - Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre el exceso de implicación y la indiferencia.

- Establecer programas de supervisión profesional individual.
- Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.
- Trabajar el feedback, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas.
- Entrenamiento a fin de conseguir un ajuste individuo-puesto de trabajo.

3.7. El engagement

Es importante hacer mención del término engagement, por la relación que guarda con el burnout. Tradicionalmente ha sido ubicado en el extremo opuesto al síndrome de quemarse por el trabajo (Maslach y Leiter, 1997) y está formado por los tres componentes contrarios al burnout:

- Vigor, frente al cansancio emocional
- Dedicación, frente a la despersonalización
- Absorción, frente a la baja realización personal.

Para poder comprender la aparición de este nuevo término debemos entender que se engloba dentro de lo denominado psicología positiva, que se trata del estudio orientado de forma positiva por las fuerzas, recursos humanos y capacidad psicológica que pueden ser medidos, desarrollados y manejados para la mejoría del desempeño (Luthans, 2002).

El término es definido por Angst, Benevides-Pereira y Porto Martins (2009) como: *“un estado positivo de la mente, realizados y relacionado al trabajo que se caracteriza por el vigor, la dedicación y la absorción. Más que un estado momentáneo y específico, el engagement se refiere a un estado más persistente y afectivo-cognitivo que no está enfocado en un objeto, evento, individuo o comportamiento específico”* (pág.5).

4. Relación entre trabajo emocional y burnout

Como hemos mencionado brevemente con anterioridad, hay numerosos estudios que investigan los efectos negativos del trabajo emocional y varios de ellos consideran que una de estas consecuencias es el burnout (Ramis, Manassero y García, 2009), ya que es considerado una respuesta a estresores crónicos de tipo emocional e interpersonal en el trabajo.

Las interacciones con los clientes/pacientes, su intensidad y la variedad de las expresiones han sido consideradas como dimensiones tanto en el trabajo emocional como predictores del burnout (Cordes y Dougherty, 1993; Morris y Feldman, 1996)

Los resultados más consistentes se encuentran sobre todo en la disonancia emocional, influyendo en las dos dimensiones más importantes del burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización (Bozionelos y Kiamou, 2008; Kovács, Kovács y Hegedüs, 2010). Todo ello se relaciona con lo que expresaba Hochschild (1983), que afirmaba que si los empleados expresan emociones que no sienten en realidad pueden terminar sufriendo estrés psicológico.

En lo referente al resto de dimensiones del trabajo emocional, hay estudios que determinan que la expresión de emociones negativas también está relacionada con el burnout (Kovács, Kovács y Hegedüs, 2010) y esto se debe a que estas emociones se expresan durante interacciones tensas y desagradables, por lo tanto, la expresión repetida durante la jornada laboral de este tipo de emociones puede aumentar la posibilidad de sufrir burnout.

Por otro lado, Maslach (1976) determinó que aquellos trabajadores con menos cargas emocionales tienden a sufrir menos desgaste profesional y Best, Downey y Jones (1997) encontraron que la exigencia de inhibir las emociones negativas se relaciona de forma positiva con el burnout.

II. Parte empírica

5. Objetivos del estudio

El objetivo principal por el que se ha realizado este estudio era poder determinar si en una muestra determinada, se dan los indicios necesarios para que se produzca burnout, y observar en qué medida es importante el trabajo emocional en el ámbito sanitario.

Por otro lado, y como objetivo secundario, buscamos poder determinar si entre estas variables de los riesgos psicosociales, hay algún tipo de relación.

6. Método

6.1 Muestra

La muestra analizada finalmente fue de 102 individuos, los cuales se encuentran en un intervalo de edad entre los 22 y los 64 años, siendo la media de edad los 42.55 años, de entre estas edades hay períodos de antigüedad que se encuentran entre 1 y 516 meses (43 años), pero siendo la media los 190.23 meses (16 años aproximadamente). (Para una información más detallada, ver Tabla 1).

Tabla 1.

Descripción de la muestra. Edad y Antigüedad.

	Mínimo	Máximo	Media
Edad	22 años	64 años	42.55 años
Antigüedad	1 mes	516 meses	190.23 meses

Por otro lado, tal y como podemos comprobar de forma más pormenorizada en la Tabla 2, diferenciamos la muestra en relación con el sexo, obteniendo que un 80.4% son mujeres (82) y un 19.6% son hombres (20). Además, separando a los individuos por su categoría profesional, podemos observar que el 66.7% se trata de enfermeros/as (68) y el 33.3% de técnicos auxiliares de enfermería (34).

Por último, contamos con la división por área profesional, como son once áreas no obtienen un porcentaje demasiado elevado, siendo el más alto el correspondiente a oncología pediátrica, a la que corresponde un 13.7% (14 individuos).

Tabla 2.

Descripción de la muestra. Sexo, categoría profesional y área.

Aspecto evaluado		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombres	20	19.6
	Mujeres	82	80.4
Categoría profesional	Enfermeros/as	68	66.7
	Técnicos auxiliares de enfermería	34	33.3
Área	Traumatología	10	9.8
	Digestivo	9	8.8
	Neurocirugía	6	5.9
	Neurología	2	2.0
	Hospital de día	10	9.8
	Partos	10	9.8
	Oncología pediátrica	14	13.7
	Cardiología	8	7.8
	Cirugía cardíaca	9	8.8
	Radioterapia y rayos	11	10.8
Medicina interna	13	12.7	

6.2. Medidas

Para la realización de este estudio se han utilizado dos cuestionarios, uno para cada uno de los riesgos psicosociales a analizar (Anexo I).

6.2.1. Trabajo emocional. Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS)

El cuestionario seleccionado para medir el trabajo emocional fue el FEWS (Frankfurt Emotion Work Scales). Se trata de una escala desarrollada por Zapf, Vogt, Seifert,

Mertini e Isic (1999). Esta se puede aplicar a diversas profesiones y está disponible en varios idiomas. Es una de las escalas con mayor fiabilidad y validez.

Se trata de una medida cuantitativa del trabajo emocional, tratándolo como un constructo multidimensional. Estos investigadores entienden el trabajo emocional como la regulación emocional que tienen que llevar a cabo los trabajadores para exhibir o mostrar las emociones que se demandan por la organización.

Se centran en las interacciones cara a cara, en las emociones que necesitan mostrar o exhibir para influir en las actitudes de los demás, mientras se adaptan a ciertas reglas de expresión que deben cumplir.

La versión aplicada en este caso cuenta con 21 ítems divididos en 6 dimensiones, emociones positivas, emociones negativas, emociones neutrales, sensibilidad requerida, control de la interacción y disonancia emocional. Se utilizó esta versión porque ha sido traducida y validada al español por Ortiz, Navarro, García-Buades, Ramis y Manassero. (2012). Se evalúa empleando una escala de tipo Likert para determinar el mayor o menor acuerdo con las frases utilizadas para evaluarlos. Los ítems están divididos de la siguiente forma:

- Emociones positivas, se encuentran en los 4 primeros ítems.
- Emociones negativas, se valoran en los ítems del 5 al 9, ambos incluidos.
- Emociones neutrales, medidas por los ítems 10, 11 y 12.
- Sensibilidad requerida, se mide por las preguntas 13, 14 y 15.
- Control de la interacción, en los ítems de 16 a 19, ambos incluidos.
- Disonancia emocional, se valora por los últimos dos ítems.

6.2.1.1 Fiabilidad del cuestionario FEWS

Para poder medir la fiabilidad de cada cuestionario utilizaremos el coeficiente Alfa de Cronbach que se trata de un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems (Cohen y Swerdlik, 2001).

La fórmula para obtener este coeficiente es la siguiente:

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) * \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde

n = número de ítems de la prueba

S^2_t = Varianza total de la prueba

S^2_i = Varianza de cada ítem

Como se puede observar en la Tabla 3, todas las variables a excepción de la disonancia emocional y las emociones neutrales obtienen una puntuación por encima de .70, que es el valor mínimo establecido para considerar que una medida es fiable. Aunque las dos variables mencionadas anteriormente no lleguen a la cifra esperada, no se quedan demasiado lejos de ella y también puede llegar a influir el hecho de que sean aquellas que menos ítems engloban, puesto que, por ejemplo, la última de ellas consta únicamente de las dos últimas cuestiones.

Tabla 3.

Fiabilidad del cuestionario FEWS en el presente estudio.

Escala	Alfa de Cronbach
Emociones positivas	.823
Emociones negativas	.798
Emociones neutrales	.651
Sensibilidad requerida	.706
Control de la interacción	.784
Disonancia emocional	.672

6.2.2. Burnout. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Para la medición de este síndrome se utilizó el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach y Jackson (1981), que ha sido el instrumento más utilizado por la comunidad de investigadores para llevar a cabo la evaluación del burnout.

Inicialmente fue utilizado en el ámbito de la salud, evaluando mediante 47 ítems, que posteriormente fue reducido a 25, y en la versión actual, a 22. Evalúa tres dimensiones: el agotamiento, la despersonalización y la baja realización profesional (Pérez, Parra, Fasce, Ortiz, Bastías y Bustamante, 2012).

Posteriormente se amplió para otros ámbitos profesionales denominándose MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996), se trataba de una versión abreviada con 16 ítems divididos en dos dimensiones, agotamiento y baja

eficacia profesional. Años después, Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002) lo adaptaron al ámbito académico lo cual dio origen al MBI-Student Survey.

6.2.2.1 Fiabilidad del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

En el caso del cuestionario del burnout la fiabilidad de las subescalas, tal y como se muestra en la Tabla 4, fue alta para las dimensiones de cansancio emocional y de realización personal. Sin embargo, en el caso de esta muestra, se encontró una fiabilidad inferior a .70 para la variable de despersonalización.

Tabla 4.

Fiabilidad del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en el presente estudio

Escala	Alfa de Cronbach
Cansancio emocional	.858
Despersonalización	.602
Realización personal	.768

6.3. Procedimiento

Para poder llevar a cabo el estudio en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, en primer lugar, contactamos con el área de Docencia e Investigación de enfermería. Tras una reunión con la responsable de esta área se acordó el método a utilizar para conseguir una mayor participación de los individuos.

Una vez estaba decidida la forma en la que llevar a cabo el estudio, había que determinar cómo recoger esos datos. Finalmente, se optó por entregar de forma física los cuestionarios explicados en el apartado anterior.

Se entregaron tanto a diplomados/as o graduados/as en enfermería, como a técnicos auxiliares de enfermería. Para ello, fueron seleccionadas aquellas áreas que parecían más apropiadas para el estudio, y en las que más tiempo pasan los profesionales con sus pacientes. Las áreas objeto de estudio fueron las siguientes:

- Traumatología
- Digestivo
- Neurocirugía
- Neurología

- Hospital de día de hematología y oncología
- Partos
- Oncología pediátrica
- Cardiología
- Cirugía cardíaca
- Radioterapia y rayos
- Medicina interna

Se indicó a las responsables de cada área el número de preguntas que debían contestar, cómo debían hacerlo y se especificó el anonimato de los cuestionarios. Además, también se precisó que el tiempo que tendrían hasta la recogida de los mismos sería de un mes.

Por lo tanto, cuando había pasado aproximadamente un mes desde la entrega, se procedió a su recogida en el hospital, para posteriormente transcribir los resultados en un documento Excel. Por último, utilizamos ese documento como base de datos para su análisis en el programa estadístico SPSS.

7. Resultados

7.1. Resultados en el cuestionario Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS)

En primer lugar, procedemos a comparar los resultados obtenidos en nuestra muestra, con aquellos proporcionados por Ortiz et al. (2012). Su muestra está compuesta por 656 personas que trabajan establecimientos turísticos, tanto hoteles como restaurantes. Se utiliza esta muestra como comparación puesto que es el estudio de referencia que ha servido para traducir al español el cuestionario original.

Como podemos observar en la Tabla 5 todos nuestros resultados se encuentran entre los valores promedios del estudio de Ortiz et al. Como dato a destacar podemos encontrar el resultado obtenido en la sensibilidad requerida, puesto que, aunque se encuentra dentro del promedio, dentro de nuestra muestra se observa que obtiene una puntuación bastante alta.

Tabla 5.

Comparación resultados medios de la muestra con los obtenidos por Ortiz et al.

	Muestra del estudio		Muestra de Ortiz et al.		
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Promedio
Emociones positivas	3.98	.78	4.20	.72	3.48 – 4.92
Emociones negativas	1.79	.72	1.44	.58	.86 – 2.02
Emociones neutrales	3.44	.82	3.16	.87	2.29 – 4.03
Sensibilidad requerida	4.36	.62	3.72	.92	2.80 – 4.64
Control de la interacción	3.13	.91	2.99	1.09	1.90 – 4.08
Disonancia emocional	2.52	1.03	3.01	1.01	2.00 – 4.02

Posteriormente, procedemos a analizar las puntuaciones obtenidas en cada una de las variables del cuestionario sobre el trabajo emocional, haciendo una división según el sexo (Tabla 6).

Tabla 6.

Puntuaciones medias según el sexo en las seis dimensiones del trabajo emocional.

Aspecto evaluado	Hombres		Mujeres		F
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Emociones positivas	3.99	.83	3.97	.77	.01
Emociones negativas	1.78	.71	1.79	.72	.00
Emociones neutrales	3.45	.74	3.44	.84	.00
Sensibilidad requerida	4.32	.70	4.37	.60	.14
Control de la interacción	3.46	.68	3.06	.95	3.22
Disonancia emocional	2.50	1.19	2.53	.99	.01

En el caso de las emociones positivas comprobamos que tanto hombres como mujeres puntúan cerca del 4 sobre 5, por lo tanto, descubrimos que en el desarrollo habitual de

su trabajo es frecuente el mostrar emociones agradables hacia sus pacientes. Ocurre lo mismo en el caso de la variable referente a las emociones neutrales donde ambos sexos puntúan alrededor del 3.5, o en el control de la interacción que ambos puntúan por encima del 3, pero en este caso las mujeres obtienen menos, por lo que en cierto modo ellas esconden menos sus sentimientos para mostrar otros más neutros frente a sus pacientes. Sin embargo, estas diferencias encontradas no resultaron ser estadísticamente significativas.

Por último, la dimensión en la que menos puntúan, quedando ambos por debajo del 2 es en la de mostrar emociones negativas, seguida de la disonancia emocional en la que los dos se sitúan alrededor del 2.5.

También puede resultar interesante analizar los datos de cada dimensión en relación con la categoría profesional de los individuos objeto de estudio como podemos observar en la Tabla 7.

Tabla 7.

Puntuaciones medias según la categoría profesional en las seis dimensiones del trabajo emocional.

Aspecto evaluado	Enfermeros/as		Técnicos auxiliares de enfermería		F
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Emociones positivas	3.89	.78	4.15	.75	2.74
Emociones negativas	1.76	.71	1.85	.76	.36
Emociones neutrales	3.42	.84	3.49	.80	.18
Sensibilidad requerida	4.31	.68	4.46	.49	1.28
Control de la interacción	2.99	.88	3.43	.92	5.61*
Disonancia emocional	2.49	.92	2.59	1.23	.19

Nota. *p < .05

Si comparamos los resultados obtenidos entre enfermeros/as y auxiliares en relación con la expresión de emociones positivas podemos ver que ambos logran alrededor del 4, aunque los/as auxiliares están un poco por encima. También se dan puntuaciones altas en sensibilidad requerida y emociones neutrales. Por otro lado, la variable en la que más se diferencian es en el control de la interacción donde los/as auxiliares puntúan más alto.

Aquellas variables donde obtienen menos son en las emociones negativas y la disonancia emocional. Además, podemos observar que, en la dimensión referente a el control de la interacción, la diferencia encontrada resultó ser estadísticamente significativa ($p < .05$).

Por último, analizaremos aquellos resultados relevantes en relación con el área en el que trabajan los individuos objeto de estudio (Tabla 8).

En la dimensión referente a las emociones positivas, el área con mayor puntuación es la de partos y la que menos neurocirugía. En el caso de las emociones negativas el área que destaca es neurología con un 3.3, encontrándose casi todas las áreas por debajo del 2. Por otro lado, en las emociones neutrales todos se mantienen entre el 3 y el 4 sin demasiadas diferencias entre ellas. Lo mismo pasa con la sensibilidad requerida, todos se encuentran entre el 4 y el 5, sólo está por debajo neurología.

En cambio, en la disonancia emocional, hay mucha variación en las puntuaciones, siendo la más baja un 1.25 perteneciente a neurología y la más alta un 3 en digestivo. Una situación similar se da en el control de la interacción donde partos obtiene un 2.57 siendo la más baja y neurología la más alta con un 4.12.

Por último, podemos comprobar que, tanto en la variable de emociones negativas, como en el control de la interacción, las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p < .01$).

Tabla 8

Puntuaciones medias según el área en las seis dimensiones del trabajo emocional.

Aspecto evaluado	Traumatología		Digestivo		Neurocirugía		Neurología		Hospital de día		Partos	
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.
Emociones positivas	3.93	.86	3.83	.53	3.20	1.57	3.75	.35	3.97	.34	4.32	.49
Emociones negativas	1.68	.70	1.73	.63	1.93	0.69	3.30	.42	1.32	.32	1.52	.44
Emociones neutrales	3.27	.51	3.52	.65	3.39	1.45	3.83	1.17	3.27	.84	3.33	1.01
Sensibilidad requerida	4.46	.50	4.33	.79	4.22	1.17	3.83	.23	4.40	.64	4.33	.54
Control de la interacción	2.70	1.05	3.08	.61	3.17	.68	4.13	.18	2.70	.75	2.58	.68
Disonancia emocional	2.10	1.10	3.00	.79	2.58	1.32	1.25	.35	2.55	.86	2.95	.90

Tabla 8.

Puntuaciones medias según el área en las seis dimensiones del trabajo emocional (Continuación).

Aspecto evaluado	Oncología pediátrica		Cardiología		Cirugía cardíaca		Radioterapia y rayos		Medicina interna		F
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Emociones positivas	4.05	.63	4.12	.79	4.22	.79	3.75	.92	4.08	.77	1.09
Emociones negativas	2.26	.79	1.70	.44	2.00	1.01	1.53	.61	1.78	.71	2.72**
Emociones neutrales	3.67	.89	3.25	.98	3.70	.63	3.24	.79	3.56	.83	.47
Sensibilidad requerida	4.52	.55	4.63	.38	4.30	.56	4.27	.93	4.23	.58	.52
Control de la interacción	3.63	.61	3.81	.78	3.39	1.26	2.75	1.17	3.33	.75	2.58**
Disonancia emocional	2.32	1.03	2.81	1.31	2.56	1.26	2.68	1.06	2.23	.93	1.10

Nota. *p < .05; **p < .01

7.2. Baremos del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

El MBI consta de 22 ítems tipo Likert a modo de afirmaciones, estas se refieren a actitudes, emociones y sentimientos que el trabajador debe mostrar en el desarrollo de su jornada laboral. Los ítems se valoran entre 0 y 6, donde 0 significa nunca y 6 que sucede todos los días, por lo tanto, el resto de las puntuaciones son las frecuencias intermedias entre ambos extremos.

Para la valoración de los resultados en este cuestionario se deben tener en cuenta los baremos proporcionados para cada grupo de ítems.

- Cansancio emocional, compuesto de 9 preguntas, (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) con una puntuación máxima de 54.
- Despersonalización, compuesto por 5 preguntas, (5, 10, 11, 15, 22.) con una puntuación máxima de 30.
- Realización personal, compuesto por 8 preguntas, (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) con una puntuación máxima de 48.

La puntuación alta en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera, definen el síndrome de burnout (Tabla 9).

Tabla 9.

Cálculo de puntuaciones del burnout.

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Indicios de burnout
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Más de 26
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	Más de 9
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	Menos de 34

7.3. Resultados en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

De la misma forma que hemos hecho con el trabajo emocional, compararemos los resultados del burnout con los obtenidos por Portero y Vaquero (2015), en su estudio realizado en el personal de enfermería de la sanidad pública de Andalucía, con una muestra de 258 enfermeros/as y técnicos auxiliares de enfermería. Elegimos este estudio porque su muestra porque es muy similar a la nuestra (Tabla 10).

Podemos comprobar que todos los valores se mantienen dentro de los promedios del estudio con el que los comparamos, pero podemos resaltar que el cansancio emocional es mucho más alto, aunque se encuentra dentro del rango de puntuaciones promedio.

Tabla 10.

Comparación resultados medios con los de Portero y Vaquero (2015)

Aspecto evaluado	Muestra del estudio		Muestra de Portero y Vaquero		
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Promedio
Cansancio emocional	26.20	11.20	17.48	11.93	5.55 – 29.41
Despersonalización	7.33	5.55	9.04	5.53	3.51 – 14.57
Realización personal	36.69	7.09	39.22	8	28.22 – 44.22

Para interpretar posteriormente las puntuaciones obtenidas en las tres escalas según cada variable (sexo, categoría profesional y área), se utilizaron los siguientes puntos de corte: para el agotamiento emocional los valores se sitúan entre 15 y 24 (<15 bajo, 15-24 medio y >24 elevado), para la despersonalización entre 4 y 9 (<4 bajo, 4-9 medio y >9 elevado) y para la realización personal entre 33 y 39 (<33 elevado, 33-39 medio y >39 bajo), ellos especificados también en el estudio realizado por Portero y Vaquero (2015) y establecidos por Maslach y Jackson en 1997.

En el caso de los hombres puntúan alto en las dos primeras, pero en la última obtienen un resultado medio, por lo que se podría interpretar que estrictamente no sufren burnout, pero sí hay indicios para sufrirlo, puesto que, sólo en una de las variables no obtienen la puntuación necesaria para encuadrarlos dentro de este síndrome (Tabla 11).

En el supuesto de las mujeres, puntúan de forma media en todas ellas, por lo que en su caso el riesgo de sufrir burnout no es tan alto como en los hombres.

Tabla 11.

Puntuaciones medias según el sexo en las tres dimensiones del burnout

Aspecto evaluado	Hombres		Mujeres		F
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Cansancio emocional	28.80	10.15	25.56	11.40	1.35
Despersonalización	10.25	6.48	6.62	5.09	7.31**
Realización personal	36.15	7.26	36.82	7.07	0.14

Nota. **p < .01.

Podemos observar que, las diferencias encontradas en la variable despersonalización resultaron ser estadísticamente significativas ($p < .01$).

De la misma forma que hemos hecho con el trabajo emocional, procederemos a analizar también los resultados obtenidos en relación con la categoría profesional (Tabla 12).

Tabla 12.

Puntuaciones medias según la categoría profesional en las tres dimensiones a evaluar del burnout

Aspecto evaluado	Enfermeros/as		Técnicos auxiliares de enfermería.		F
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Cansancio emocional	26.43	11.12	25.74	11.50	0.09
Despersonalización	6.37	5.14	9.26	5.90	6.52*
Realización personal	36.06	7.38	37.94	6.36	1.61

Nota. * $p < .05$.

En la categoría de enfermería puntúan alto en cansancio emocional y medio en despersonalización y realización personal, por lo tanto, no hay un riesgo demasiado alto de sufrir burnout. En el caso de la categoría de técnicos auxiliares podemos ver que obtienen una puntuación media-alta en cansancio emocional, alta en despersonalización y media en realización personal, por lo tanto, el riesgo es similar a la categoría anterior.

De la misma forma que en la tabla anterior (Tabla 11), podemos observar como nuevamente en la variable despersonalización podríamos obtener los mismos resultados en cuanto a la categoría profesional, esta vez con un 95% de probabilidad.

Por último, vamos a examinar los resultados obtenidos en las distintas áreas del hospital (Tabla 13).

Podemos observar que no se da burnout en ninguna de las áreas porque en ninguna se cumple que se den los 3 requisitos, sin embargo, hay muchas áreas en riesgo porque puntúan lo necesario en 2 de las variables y sólo quedan por debajo o muy cerca en una de ellas. Las áreas con más riesgo son neurocirugía y cirugía cardíaca. Además, cardiología es la que más alto puntúa en la variable de cansancio emocional, estando por encima de 30.

Tabla 13.

Puntuaciones medias según el área en las seis dimensiones del burnout.

Aspecto evaluado	Traumatología		Digestivo		Neurocirugía		Neurología		Hospital de día		Partos	
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.
Cansancio emocional	28.20	12.73	26.56	12.74	29.33	10.82	21.00	1.41	28.50	8.74	21.30	12.87
Despersonalización	6.00	4.94	5.67	4.87	11.17	6.99	16.50	4.95	8.30	4.88	5.70	5.81
Realización personal	35.00	7.06	32.78	5.67	37.17	8.95	37.00	1.41	38.30	8.03	40.20	8.04

Tabla 13.

Puntuaciones medias según el área en las seis dimensiones del burnout (Continuación).

Aspecto evaluado	Oncología pediátrica		Cardiología		Cirugía cardíaca		Radioterapia y rayos		Medicina interna		F
	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	
Cansancio emocional	22.43	9.59	22.43	11.46	22.43	12.43	22.43	9.40	22.43	12.86	.71
Despersonalización	6.43	5.60	6.43	6.88	6.43	2.60	6.43	5.22	6.43	5.01	1.9
Realización personal	36.71	6.81	36.71	5.62	36.71	8.79	36.71	7.62	36.71	5.69	.74

7.4. Correlaciones entre las variables

Las correlaciones son la forma numérica en la que la estadística puede evaluar la relación de dos o más variables, por lo tanto, mide la dependencia de una variable en relación con otra (Restrepo y González, 2007).

Para poder analizar la relación entre las variables se utilizan los llamados coeficientes de correlación. En este caso se ha realizado mediante el software SPSS y con el coeficiente de correlación de Pearson (Tablas 14, 15, 16 y 17)

Tabla 14.

Correlaciones entre las variables descriptivas y las variables del trabajo emocional y del burnout.

	Edad	Sexo	Antigüedad
Edad	-		
Sexo	-.10	-	
Antigüedad	.81**	-.09	-
Emociones positivas	.21**	-.01	.16
Emociones negativas	-.03	.00	-.03
Emociones neutrales	-.07	-.01	-.13
Sensibilidad requerida	-.02	.04	-.07
Control de la interacción	.23 *	-.18	.16
Disonancia emocional	.09	.01	.06
Cansancio emocional	.07	-.12	.17
Despersonalización	-.04	-.26 **	-.08
Realización personal	.16	.04	.13

Nota. *p < .05; **p < .01

Se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa y proporcional entre la edad y la antigüedad, esto quiere decir que tanto la edad como la antigüedad están íntimamente relacionadas en el mismo sentido.

También hay relación en el mismo sentido entre la variable de la edad con las emociones positivas y el control de la interacción, por lo tanto, entendemos que, con mayor edad

se expresan más emociones positivas y se tiene un control más alto de las emociones a la hora de interactuar con los pacientes.

Además, hay que resaltar la asociación lineal proporcionalmente inversa que se da entre la despersonalización y el sexo, esto quiere decir que los hombres tienen más tendencia a tratar a sus pacientes como objetos impersonales.

Posteriormente, analizaremos las relaciones entre las variables del cuestionario sobre el trabajo emocional (Tabla 15). Podemos observar que hay una asociación proporcional de las emociones neutrales con las emociones positivas y negativas. Por lo tanto, al mismo tiempo que aumenta la demanda de tener que mostrar emociones neutrales hacia los pacientes, también lo hace la expresión de emociones que son más positivas o negativas.

Por otro lado, observamos que se produce una relación entre las emociones positivas y la sensibilidad requerida en el puesto. Con ello podemos entender que el mostrarse de buen humor con los pacientes y transmitirles emociones agradables, está íntimamente relacionado con simpatizar con los mismos y ponerse en su lugar.

En el ámbito de la sanidad es importante saber ponerse en el lugar de un paciente y, sobre todo, saber cómo transmitirle sensaciones agradables para disminuir el malestar por el que pueda estar pasando.

Es interesante resaltar que la variable de control de la interacción está relacionada con todas las demás, exceptuando la disonancia emocional. Esto se debe a que, para saber mostrar un tipo de emociones, en un momento concreto, es muy importante tener un buen control de la interacción con los pacientes.

Tabla 15.

Correlaciones entre las variables del trabajo emocional.

	Emociones positivas	Emociones negativas	Emociones neutrales	Sensibilidad requerida	Control de la interacción	Disonancia emocional
Emociones positivas	-					
Emociones negativas	.12	-				
Emociones neutrales	.39**	.38**	-			
Sensibilidad requerida	.48**	.13	.28**	-		
Control de la interacción	.33**	.41**	.31**	.27**	-	
Disonancia emocional	-.01	-.01	-.12	-.01	-.01	-

Nota. *p < .05; **p < .01

En el caso del burnout, tal y como se muestra en la Tabla 16, sólo se da una asociación proporcional entre las variables de despersonalización y cansancio emocional. El motivo que puede explicar esta relación es que cuanto más agotado se siente emocionalmente un trabajador, menos ganas tiene de afrontar su jornada laboral, pierde la motivación y esto le lleva a tratar a sus pacientes como objetos impersonales.

Tabla 16.

Correlaciones entre las variables del burnout.

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Cansancio emocional	-		
Despersonalización	.28**	-	
Realización personal	-.09	-.06	-

Nota. *p < .05; **p < .01

Además, el sentirse agotado emocionalmente puede llevar a que esa persona pierda la sensibilidad ante las situaciones a las que se enfrenta en el día a día. En el caso del ámbito sanitario puede ser muy importante el llegar hasta este punto, porque llegará un momento en el que ni siquiera le importe lo que les sucede a sus pacientes.

Si observamos las correlaciones entre ambos cuestionarios, como se puede comprobar en la Tabla 17, podemos percibir que se produce una relación proporcional entre el control de la interacción y la despersonalización. Esto quiere decir, que el hecho de tener que mostrar emociones que no se adecúan a lo que el empleado está sintiendo en ese momento, puede afectar a su trato frente al paciente, llegando a tratarlo como un objeto y mostrarse insensible ante su situación.

Por otro lado, comprobamos que la realización personal está asociada a tres de las variables del trabajo emocional, como son la disonancia emocional, las emociones positivas y la sensibilidad requerida. Como hemos visto anteriormente, las dos últimas están también relacionadas entre ellas, por lo tanto, podemos entender que un aumento en la expresión de emociones positivas puede afectar de forma positiva en la realización personal de los trabajadores.

Por último, al analizar la relación entre la disonancia emocional y la realización personal, podemos entender que, cuando el empleado consigue un mayor control entre las

emociones que expresa y las que realmente siente, puede obtener un grado más alto de realización personal, que cuando no es capaz de hacerlo.

Tabla 17.

Correlaciones entre las variables del burnout y el trabajo emocional.

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Emociones positivas	.04	.03	.36**
Emociones negativas	.04	.14	.03
Emociones neutrales	.16	.09	.14
Sensibilidad requerida	-.01	-.12	.36**
Control de la interacción	.16	.34**	.17
Disonancia emocional	-.09	.00	.20*

Nota. *p < .05; **p < .01

8. Discusión

Al concluir el presente estudio, podemos dar respuesta a aquellas cuestiones que nos planteábamos en un inicio, como aquellas sobre la importancia de las emociones en los puestos de trabajo (en este caso, en el ámbito de la sanidad) y su consecuencia en la aparición de burnout, además del peligro de llegar a padecer este síndrome.

Hemos podido comprobar que es especialmente importante mostrar emociones hacia los pacientes, sobre todo aquellas que expresen sentimientos positivos o incluso neutrales, para ayudarles a sobrellevar su situación. También hemos observado la demanda de trabajadores con empatía, que sean capaces de ponerse en el lugar del paciente y de esa forma saber qué emoción necesitan que les transmitan en cada momento.

Por todo ello, entendemos que las profesiones de enfermería y técnicos auxiliares de enfermería tienen una gran implicación emocional durante todo el transcurso de su jornada laboral. Por tanto, confirmamos la relevancia del trabajo emocional en los trabajos del ámbito sanitario.

Además, al ponerlo frente al estudio realizado por Ortiz et al. (2012), pudimos observar que la demanda de emociones es prácticamente igual de importante en el sector hostelero y en el sanitario. Y de esta forma podemos afirmar lo explicado en la teoría,

las emociones y su adecuado control es de especial relevancia en el sector servicios, es decir, en todas aquellas profesiones donde la interacción cara a cara es de gran importancia.

La única diferencia importante con el estudio realizado por Ortiz et al. (2012) es que podemos interpretar que en el sector sanitario es más demandada la sensibilidad requerida que en el sector turístico. Esto puede ser porque los pacientes se encuentran en situaciones mucho más delicadas que las personas que hacen uso de establecimientos turísticos.

Por otro lado, si nos centramos en el burnout, podemos pensar que, en este ámbito, tal vez se marcan unas expectativas demasiado altas, por ejemplo, el pensar que cuando se dé una situación en concreto, (como podría ser aquí la curación de un paciente) obtendrán cierto nivel de satisfacción o que sentirán algo en especial. Y finalmente si eso no sucede, acerca a los trabajadores más a realidad y les aleja de esas expectativas iniciales.

Probablemente el pensar que siempre va a ser así, y que nunca se llegará a cumplir ese punto tan alto hace que la insatisfacción gane terreno y los profesionales terminen sufriendo burnout. Lo que puede llevar también a tomarse el trabajo como una simple rutina y perder la ilusión o pasión inicial por la profesión.

Posiblemente, en una profesión como es la de enfermeras o auxiliares donde es muy importante la actitud frente a los pacientes, terminen comportándose de forma distante con ellos simplemente por esa sensación de desilusión con la tarea que realizan. También puede influir el tener que enfrentarse a personas que no son agradables con ellos o que tal vez no agradecen lo suficiente el trabajo que están realizando para ellos.

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos por Portero y Vaquero (2015), pudimos observar gran similitud en los resultados, lo que ayuda a confirmar el alto riesgo que hay de sufrir burnout entre enfermeros/as y técnicos auxiliares de enfermería.

Por último, en lo referente a si hay algún tipo de relación entre el trabajo emocional y el burnout, podemos afirmar que sí la hay. Tanto la expresión de emociones positivas, como el ser capaz de empatizar con los pacientes ayudan de forma positiva a aumentar la satisfacción personal y la realización. De la misma forma, que pueden afectar de forma positiva, se puede dar a la inversa y con ello ayudar a que aumente el riesgo de

sufrir burnout, por tener que expresar emociones que no se corresponden con las suyas propias.

Debemos recalcar la importancia de las emociones durante el trabajo, tanto de forma positiva como negativa, se deben considerar como un factor de riesgo psicosocial y por ello, debería haber más métodos para prevenir aquellos posibles riesgos que se pudieran derivar de ello. Como hemos visto a lo largo del estudio, el burnout puede considerarse una consecuencia del trabajo emocional, por lo que sería de gran importancia aumentar los métodos de prevención para poder evitarlo.

Para finalizar, mencionaremos aquellas limitaciones que se han podido presentar a la hora de realizar el estudio. Sobre todo, y la más relevante, es el acceso a la muestra, puesto que no se ha podido acceder a un número más grande de individuos.

Otra posible limitación surge al estudiar los resultados según cada área, puesto que el número de la muestra se ve sumamente reducido, por lo que los resultados obtenidos se ven afectados en gran medida por el error de muestreo. Con una muestra mayor en cada una de ellas, se podrían estudiar con mayor detenimiento y determinar cuáles son aquellas áreas con mayor demanda emocional y cuales tienen un mayor riesgo de sufrir burnout.

Por último, debemos tener en cuenta que este estudio al ser una muestra tan pequeña cuenta con un error de muestreo más amplio que si fuese una mucho mayor. Por ello, sería necesario, para seguir estudiando la relación entre el trabajo emocional y el burnout, realizar un metaanálisis. Es decir, realizar el mismo estudio en más hospitales, para poder obtener unos resultados con menor error de muestreo.

9. Bibliografía.

- Angst, R., Benevides-Pereira, A., y Porto-Martins, P. (2009). *UWES manual-português BR. Rio de Janeiro: GEPEB-Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Burnout.*
- Adelmann, P. K. (1995). Emotional labor as a potential source of job stress. In S. L. Sauter y L. R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress*. 371-381 doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10173-023>
- Bakker, A., Schaufeli, W., Leiter, M. y Taris, T. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3),187-200. doi: <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.33.4.344>
- Bresó, E., Salanova, M. y Schaufeli, W. (2007). In Search of the "Third Dimension" of Burnout: Efficacy or Inefficacy? *Applied Psychology*, 56(3), 460-478. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00290.x>
- Bozionelos, N. y Kiamou, K. (2008). Emotion work in the Hellenic frontline services environment: how it relates to emotional exhaustion and work attitudes. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(6), 1108-1130. doi: <https://doi.org/10.1080/09585190802051410>
- Cohen, R. y Swerdlick, M. (2001). *Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la Medición.* McGraw Hill. México
- Cordes, C. y Dougherty, T. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*, 18(4), 621. doi: <https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>
- Côté, S. (2005). A Social Interaction Model of the Effects of Emotion Regulation on Work Strain. *Academy of Management Review*, 30(3), 509-530.
- Cox, T., Griffiths, A., y Randall, R. (2003). A risk management approach to the prevention of work stress. *The handbook of work and health psychology*, 191.
- Directiva Europea 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Consultado el 12 de marzo de 2019 en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11113>

- Fernández-Abascal, E. (2007). *Emoción y motivación*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1).
- Gil-Monte, P. y Marucco, M. (2008). Prevalencia del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 450-456.
- Goleman, D. (2009). *Emotional intelligence*. London: Bloomsbury.
- Gómez-Cano, M., Gonzalez Fernandez, E., Lopez Muñoz, G., y Rodriguez de Prada, A. (1996). Evaluación de riesgos laborales. INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo). Madrid (España).
- Gross, J. y Levenson, R. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Hatfield, E., Cacioppo, J. y Rapson, R. (1993). Emotional Contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 96-100. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770953>
- Jayaratne, S., Chess, W. y Kunkel, D. (1986). Burnout: Its Impact on Child Welfare Workers and Their Spouses. *Social Work*, 31(1), 53-59. doi: <https://doi.org/10.1093/sw/31.1.53>
- Katz, J., Edelwich, J. y Brodsky, A. (1982). Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. *The Journal of Higher Education*, 53(5), 604. doi: <https://doi.org/10.1080/00221546.1982.11780496>
- Kleinginna, P. y Kleinginna, A. (1981) *Motiv Emot* 5: 345. doi: <https://doi.org/10.1007/BF00992553>

- Koeske, R. y Koeske, G. (1989). Working and Non-Working Students: Roles, Support and Well-Being. *Journal of Social Work Education*, 25(3), 244-256. doi: <https://doi.org/10.1080/10437797.1989.10671281>
- Kovács, M., Kovács, E. y Hegedűs, K. (2010). Emotion Work and Burnout: Cross-sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 51(5), 432-442. doi: 10.3325/cmj.2010.51.432
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal Of Organizational Behavior*, 23(6), 695-706. doi: 10.1002/job.165
- Manassero, M. A., García-Buades, E., Ramis, C., Torrens, G., y Genovard, A. (2007). Trabajo emocional, síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) y engagement en el sector turístico. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno (Coord.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos ocupacionales de riesgo*. Madrid: Pirámide, 245-260.
- Martínez-Íñigo, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica. *Revista de psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17 (2), 131-153.
- Martínez-Íñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. y Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21(1), 30-47. doi: <https://doi.org/10.1080/02678370701234274>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mednick, M. y Hochschild, A. (1985). The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. *Political Science Quarterly*, 100(1), 176.
- Morris, J. y Feldman, D. (1996). The Dimensions, Antecedents, and Consequences of Emotional Labor. *The Academy of Management Review*, 21(4), 986. doi: <https://doi.org/10.5465/amr.1996.9704071861>
- Muchinsky, P. (2000). Emotions in the workplace: the neglect of organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 21(7), 801-805. doi: 10.1002/1099-1379(200011)21:7<801::aid-job999>3.3.co;2-1

- Niedenthal, P. y Brauer, M. (2012). Social Functionality of Human Emotion. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 259-285. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131605>
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y de la emoción*. Madrid: McGrawHill.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1990). SERVQUAL: Une echelle multi-items de mesure des perceptions de la qualite de service par les consommateurs. *Recherche et Applications en Marketing*, 5(1), 19-42. doi: <https://doi.org/10.1177/076737019000500102>
- Portero, S. y Vaquero, M. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 543-552. doi: 10.1590/0104-1169.0284.2586
- Pugh, S. (2001). Service with a Smile: Emotional Contagion in the Service Encounter. *Academy of Management Journal*, 44(5), 1018-1027. doi: 10.5465/3069445
- Ramis C., Manassero A. y García E. 2009. Consecuencias del Trabajo Emocional en el Sector Turístico: ¿Riesgos Psicosociales o Salud Laboral? *Cienc Trab. Abr-Jun; 11 (32)*, 85-95.
- RD 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, de 17 de enero de 1997. Consultado el 15 de febrero en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853>
- Restrepo B., Luis F., y González L., (2007). De Pearson a Spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20(2), 183-192
- Richman, L., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P. y Bauer, M. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*, 24(4), 422-429.
- Salanova, M y Llorens, S (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 59-67.
- Sutton, R. y Rafaeli, A. (1987). Characteristics of Work Stations as Potential Occupational Stressors. *Academy of Management Journal*, 30(2), 260-276. doi: <https://doi.org/10.5465/256273>
- Taylor, F. (1977). *Principios de la administración científica*. México: Herrero Hermanos.

- Van Dijk, P. y Kirk Brown, A. (2006). Emotional labour and negative job outcomes: An evaluation of the mediating role of emotional dissonance. *Journal of Management & Organization*, 12(2), 101-115. doi: <https://doi.org/10.1017/S1833367200004053>
- Wharton, A. (1993). The Affective Consequences of Service Work. *Work And Occupations*, 20(2), 205-232. doi: 10.1177/0730888493020002004
- Wieseke, J., Geigenmüller, A. y Kraus, F. (2012). On the Role of Empathy in Customer-Employee Interactions. *Journal of Service Research*, 15(3), 316-331. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1094670512439743>
- Zapf, A. y Beller, M. (2002). *Topics in Catalysis*, 19(1), 101-109. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1013889401432>
- Zapf, D. y Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 1-28. doi: <https://doi.org/10.1080/13594320500412199>
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H. y Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545. doi: <https://doi.org/10.1080/08870440108405525>
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. y Isic, A. (1999). Emotion Work as a Source of Stress: The Concept and Development of an Instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(3), 371-400. doi: <https://doi.org/10.1080/135943299398230>
- Zapf, W. (2000). *Social Indicators Research*, 51(1), 1-15. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1006997731263>
- Zerbe, W. (2000). Emotional dissonance and employee well-being, en N. M. Ashkanasy. *Emotions in the workplace: Research, theory, and practice*. Westport, CT: Quorum Books/Greenwood Publishing Group, 189-214

Anexo I. Cuestionarios Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS) y Maslach Burnout Inventory (MBI).

A continuación, se presentan dos cuestionarios en los que se valorarán aspectos sobre los sentimientos y actitudes en su trabajo y hacia los pacientes. La participación es totalmente anónima, solamente es necesario completar los siguientes datos para poder hacer una clasificación en el estudio. Para responder a los cuestionarios debe señalar desde su experiencia lo que más se adecue a cada afirmación

Cuestionario 1.

El método de puntuación será por una escala tipo Lickert desde **1 “muy raramente”** hasta **5 “muy frecuentemente”**.

1. ¿Tiene que expresar emociones agradables hacia los pacientes (por ejemplo, amabilidad)?	1	2	3	4	5
2. ¿Tiene que poner a los pacientes de buen humor en su trabajo (por ejemplo, complaciendo)?	1	2	3	4	5
3. ¿Tiene que expresar, según la situación, diferentes emociones positivas (por ejemplo, entusiasmo, simpatía y cortesía)?	1	2	3	4	5
4. ¿Tiene que dar la impresión de estar de buen humor en el trato con los pacientes (por ejemplo, alegre)?	1	2	3	4	5
5. ¿Tiene que expresar emociones desagradables hacia sus pacientes (por ejemplo, enfadarse si no se respetan las reglas)?	1	2	3	4	5
6. ¿Tiene que poner a los pacientes de un humor negativo en su trabajo (por ejemplo, inquietarles o provocar miedo)?	1	2	3	4	5
7. ¿Tiene que expresar, según la situación, diferentes emociones negativas (por ejemplo, enfado, decepción o ser estricto)?	1	2	3	4	5
8. ¿Tiene que dar la impresión de estar de mal humor en el trato con los pacientes (por ejemplo, enfadado)?	1	2	3	4	5

9. ¿Tiene que actuar de forma muy severa y estricta con los pacientes en su trabajo (por ejemplo, cuando no siguen ciertas reglas)?	1	2	3	4	5
10. ¿Tiene que expresar emociones que no son ni positivas ni negativas hacia los pacientes (por ejemplo, imparcialidad)?	1	2	3	4	5
11. ¿Tiene que poner a los pacientes en un estado de humor neutral/imparcial (por ejemplo, tranquilizar a un cliente)?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene que dar la impresión de ser neutral e imparcial en el trato con los pacientes?	1	2	3	4	5
13. ¿Es necesario en su trabajo que simpatice con las emociones de los pacientes?	1	2	3	4	5
14. ¿Es importante saber cómo se sienten los pacientes en ese momento?	1	2	3	4	5
15. ¿Es necesario ponerse en el lugar de los pacientes?	1	2	3	4	5
16. ¿Es necesario reprimir sus emociones para aparentar neutralidad/ tranquilidad?	1	2	3	4	5
17. ¿Es necesario expresar emociones que no se correspondan con lo que siente en ese momento concreto hacia los pacientes?	1	2	3	4	5
18. ¿Es necesario expresar emociones agradables (por ejemplo, cordialidad) o emociones desagradables (por ejemplo, ser estricto) cuando en realidad se siente indiferente?	1	2	3	4	5
19. ¿Es necesario expresar emociones que no coinciden con sus verdaderos sentimientos?	1	2	3	4	5
20. ¿Le permite su trabajo terminar la conversación con los pacientes si usted lo considera apropiado?	1	2	3	4	5
21. ¿Puede decidir usted mismo la cantidad de tiempo que le dedica a un paciente, independientemente de las necesidades de éste?	1	2	3	4	5

Questionario 2.

Se valorará mediante una escala tipo Lickert donde:

0= Nunca.	4= Una vez a la semana.
1= Pocas veces al año.	5= Unas pocas veces a la semana.
2= Una vez al mes o menos.	6= Todos los días.
3= Unas pocas veces al mes.	

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0	1	2	3	4	5	6
4. Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
7. Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
8. Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión.	0	1	2	3	4	5	6
11. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado/a en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que trabajo demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15. No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento motivado/a después de trabajar en contacto con pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	0	1	2	3	4	5	6
22. Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

Muchas gracias por su participación.