Cuidado del cuidador profesional y promoción del bienestar en el trabajo

10

SUSANA LLORENS GUMBAU,
MARISA SALANOVA SORIA
Y MACARENA GÁLVEZ HERRER

1. INTRODUCCIÓN: CUIDADO DEL CUIDADOR EN EL MARCO DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

No podrá haber una atención sanitaria humanizada dirigida a pacientes y familiares en las unidades de cuidados intensivos (UCI) si no existe un adecuado cuidado de la persona agente de dicha humanización: el profesional que debe llevarla a cabo (Gálvez-Herrer et al., 2017).

Existe antigua y amplia evidencia empírica sobre la relación entre aspectos propios del trabajo en UCI y el daño al bienestar psicosocial de los profesionales (Van Mol et al., 2015). La pandemia SARS-CoV2 no ha hecho sino agravar esta realidad (Pappa et al., 2020), pero ya previamente diversas sociedades de medicina y enfermería intensiva se unieron en el desarrollo de un documento que reflejaba la preocupación por una situación no bien atendida, reclamando literalmente *una llamada a la acción* (Moss et al., 2016). En este trabajo se criticaba lo que sigue siendo una realidad en la actualidad: en la búsqueda del bienestar laboral de los profesionales se realizan prioritariamente intervenciones individuales y no tanto organizacionales. Los autores indican la necesidad de cuidar la salud mental de los profesionales, el autocuidado y gestión del estrés, subrayando también la relevancia de poner el foco en hacer «funcionales» aspectos de las UCI como la organización de las tareas, un clima de trabajo colaborativo e interdisciplinar, reuniones de grupo y toma de decisiones participativas, dotaciones adecuadas de las plantillas y estilos positivos de liderazgo.

Como señala Darbyshire (2021, p. 87) tras la pandemia por SARS-CoV2 en las UCI, «un lugar de trabajo psicológicamente seguro debe tener en cuenta el sistema en su conjunto. No basta con centrarse en la formación del individuo... mientras los sistemas sanitarios de todo el mundo se reconstruyen, ahora es el momento de hacerlo mejor... Es necesario un cambio fundamental de la cultura para fomentar el liderazgo compasivo y enfoques colaborativos». El objetivo del presente capítulo es ofrecer un marco teórico y práctico de actuación que permita la búsqueda del bienestar individual de los profesionales en las UCI a la vez que el desarrollo de unidades y organizaciones sanitarias saludables.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: EL CONCEPTO DE BIENESTAR

En los últimos años la psicología se ha interesado por el estudio del bienestar. Sin embargo, el interés en este tema se remonta a la historia del pensamiento humano. De manera reiterada las personas hemos estado interesadas en cómo alcanzar el bienestar de manera universal. El preguntarnos qué hacemos aquí, para qué hemos

© Ediciones Pirámide

nacido, qué hace que la vida merezca ser vivida es una cuestión fundamental de la existencia humana de todos los tiempos. Un bienestar que a todas las personas nos gustaría alcanzar. Abordado desde la filosofía y desde la psicología, el concepto de «bienestar» continúa siendo un concepto abierto y con muchas definiciones. Desde la filosofía, los hedonistas consideraban que el bienestar era la suma de momentos agradables, era la satisfacción inmediata de los deseos y de la búsqueda de placer. Por otra parte, los epicúreos recomendaban la prudencia en la consecución de estos placeres. Desde los estoicos el bienestar da un pequeño giro y no implica la búsqueda de placer sino la evitación del dolor. Más adelante los utilitaristas emplean este binomio de búsqueda de placer y minimización de «lo malo» para construir la base de la ética. Por su parte, las ideas de Sócrates, Platón y Aristóteles centran el bienestar en el desarrollo de las virtudes, esto es, en un bienestar eudaimónico (Vázquez, 2006).

A nivel científico el desarrollo del bienestar surge con más fuerza a mediados del siglo XX. Los efectos brutales de la II Guerra Mundial generan un movimiento decidido a impulsar el máximo bienestar en las personas. Tal como señala Vázquez (2006), este interés, junto con los avances en la medicina permitieron reducir las enfermedades, pero también aumentar la calidad de vida. Concretamente, la psicología abre los brazos al estudio del bienestar cuando se establecen las bases de la psicología positiva. El discurso de Martin Seligman en 1998 constituye el trampolín para el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de las organizaciones (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). La psicología positiva aplicada a las organizaciones se entiende como el estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como de la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de las organizaciones para que sean más saludables. Su objetivo es describir, explicar y predecir el funcionamiento óptimo, así como amplificar y potenciar el bienestar psicosocial y la calidad de vida laboral y organizacional (Salanova et al., 2019).

El término «bienestar» ha recibido diferentes tratamientos. En general podemos hablar de bienestar psicológico, bienestar subjetivo, salud mental, salud física o de felicidad. Mientras que en algunas ocasiones salud y bienestar han sido utilizados de manera indistinta, en otros casos se ha utilizado el término «salud» para referirse a aspectos más físicos, mientras que «bienestar» se ha usado para referirse a aspectos más psicológicos. La investigación aporta información sobre las diferentes facetas que muestra el bienestar/salud. Así, puede distinguirse: 1) la *salud/bienestar físico* de las personas que hace referencia a los síntomas y enfermedades físicas; 2) *salud/bienestar psicológico* (de índole mental y emocional), que engloba tópicos como los estados emocionales positivos y negativos, la satisfacción, el estrés, *burnout, engagement,* entre otros, y 3) *salud/bienestar de tipo social,* tales como la conectividad, dar y recibir ayuda y motivación prosocial (ver Salanova, 2021).

En el presente capítulo nos referiremos al término «bienestar psicológico» siguiendo el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946; 2011) y las directrices de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2013, p. 29). Desde la OMS la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad, así como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2011). En segundo lugar, desde la OCDE se considera el bienestar como un estado físico, psicológico, mental y social de tolerancia y compensación fuera de cuyos límites el individuo percibe cualquier situación como la manifestación de un estado mórbido en lo que respecta al individuo, su opinión es la única que cuenta (citado en Salanova, 2021).

© Ediciones Pirámide

Mientras que las definiciones de bienestar/salud de la OMS y de la OCDE que acabamos de nombrar hacen referencia al bienestar/salud general, un paso más es concretar el concepto de «bienestar» en relación con el contexto laboral. En este sentido, Salanova (2021) señala que el bienestar es un constructo psicológico complejo que no solo implica ausencia de enfermedad (por ejemplo, tener bajas puntuaciones en *burnout,* no implica sentirse *engaged* en el trabajo), que incluye diferentes dominios de la vida (así, satisfacción con la vida, relaciones trabajo-familia) y comprende diferentes dimensiones tanto físicas, psicológicas como sociales (Friedman y Kern, 2014). Esta aproximación considera que el bienestar en el contexto laboral incluye diferentes facetas desde una perspectiva multinivel, lo que implica considerar el bienestar a diferentes niveles: nivel individual, grupal, líder y organizacional configurando lo que se denomina modelo IGLO (Nielsen et al., 2018).

2.1. Bienestar hedónico

Desde la perspectiva del **hedonismo,** el bienestar (subjetivo) se concibe como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. Basado en la filosofía griega de Epicuro, se centra en la experimentación del placer, en «sentirse bien» (Ryan y Deci, 2002). Desde esta perspectiva, el bienestar se alcanza mediante el disfrute y la experimentación de momentos placenteros en nuestra vida. El foco está en el desarrollo del bienestar que se alcanza cuando logramos el balance afectivo (bajos niveles de afecto negativo y altos niveles de afecto positivo) y la satisfacción vital. Diener y cols. desarrollaron el concepto de «bienestar subjetivo» explorando los factores que permiten desarrollar la satisfacción con la vida de las personas (Diener et al., 2017) e intentaron captar los determinantes universales del bienestar subjetivo: relaciones sociales cercanas, ingresos, significado y propósito, personalidad y causas sociales (desarrollo económico, baja corrupción y crímenes y ambientes saludables) (Diener et al., 2018). Definieron el bienestar psicológico subjetivo como un constructo multifacético compuesto por satisfacción con la vida (una evaluación global, cognitiva y afectiva sobre la propia vida), y la frecuencia e intensidad de las experiencias positivas y negativas (ver Ng et al., 2021).

Una de las facetas más estudiadas desde esta perspectiva es el afecto. El concepto de *afecto positivo* hace referencia a estados de ánimo y emociones diversas que tienen un contenido subjetivo agradable (por ejemplo, alegría, cariño, gozo, interés por las cosas, asombro ante algo positivo). Se evalúa preguntando a las personas con qué frecuencia han experimentado emociones concretas (por ejemplo, alegría, satisfacción, ira). Forman parte del bienestar psicológico, puesto que reflejan reacciones ante condiciones o sucesos que informan positivamente sobre la marcha de la vida. Estos estados positivos pueden clasificarse atendiendo a sus niveles de activación. Consideran estados de baja activación (por ejemplo, sentirse contentos), activación moderada (por ejemplo, el placer) y activación elevada (por ejemplo, euforia). También pueden clasificarse en función de si tales reacciones son positivas para los demás (por ejemplo, mostrar cariño), se producen ante eventos puntuales (por ejemplo, *flow*) o son generales (por ejemplo, la alegría) (ver Vázquez, 2006, p. 20).

Por el contrario, el *afecto negativo* hace referencia a las emociones y estados de ánimo que tienen un contenido subjetivo desagradable (ira, tristeza, ansiedad, preocupación, culpa, vergüenza, envidia, celos) y expresan reacciones negativas de la gente ante sus vidas, ante otras personas o circunstancias. A pesar de que cumplen una función importante (por ejemplo, de supervivencia), la presencia de estos afectos negativos demasiado intensos, de alta duración o alta frecuencia puede indicar que algo no funciona bien y tendrá efectos negativos sobre nuestro bienestar (por ejemplo, disminuyen nuestros niveles de *engagement* y de satisfacción) y nuestro funcionamiento y calidad

© Ediciones Pirámide

de vida (Erdil y Müceldili, 2014; Kong y Li, 2018; Vázquez, 2006). Por otra parte, la experiencia de afectos positivos como el entusiasmo, la satisfacción y el confort puede incrementar el *engagement* en el trabajo (Salanova et al., 2011) y también el capital psicológico, el *engagement* en los estudios y el desempeño en estudiantes (Carmona-Halty et al., 2021; Hernández-Vargas et al., 2021).

Otro indicador de bienestar hedónico (bienestar cognitivo; Diener y Emmons, 1984) es la satisfacción. Se basa en una evaluación o valoración respecto a cómo de bien va la vida de una persona comparada con un estado ideal de cosas y a la evaluación de la persona con respecto a cuál es su grado general de satisfacción con la vida (Pavot y Diener, 1993). Parece ser que las personas con alto bienestar cognitivo (es decir, con alta satisfacción) juzgan que sus metas, sus deseos y sus estándares se cumplen en gran medida debido a las condiciones actuales de su vida; en otras palabras, son personas que están satisfechas con su vida. Pero, además, también incluye la satisfacción con aspectos concretos de la vida, como, por ejemplo, el trabajo. En este sentido, la satisfacción laboral se define como «un estado emocional placentero o positivo resultante de la valoración del propio trabajo» (Locke, 1976, p. 1.300). La investigación ha demostrado la relación que existe entre satisfacción y *engagement*. Mientras que la satisfacción con el trabajo implica experimentar placer, el *engagement* es más complejo, puesto que se refiere a experimentar energía positiva, dedicación y absorción. Además, la satisfacción tiene una naturaleza más «saciante», mientras que el *engagement* tiene un carácter más «motivador», con una orientación más hacia el futuro que lleva a las personas a iniciar comportamientos positivos. Sin embargo, ambos constructos se consideran mecanismos capaces de explicar cómo algunos *drivers* del lugar de trabajo influyen en los comportamientos de los empleados (Wang et al., 2020) y pueden ayudar a las personas a lograr sus metas personales y aspiraciones y a mejorar su satisfacción vital y laboral (Butakor et al., 2020).

2.2. Bienestar eudaimónico

La segunda aproximación al estudio del bienestar es la **eudaimonia** (bienestar psicológico) (Ryan y Deci, 2002). Desde esta perspectiva, el bienestar se alcanza cuando se vive de forma plena y se consiguen los potenciales y fortalezas humanas más valiosos. Implica, pues, la búsqueda del funcionamiento óptimo y de la autorrealización personal y profesional, así como la búsqueda del significado y propósito de la vida. El concepto de «eudaimonia» se basa en la filosofía clásica de Aristóteles y su criterio de virtud, de perfección o «daimon», que es fuente de aspiración para lograr el propio potencial, el desarrollo personal, la plenitud, la perfección universal o la prosperidad (Vittersø, 2004).

La esencia de la eudaimonia es tener una buena vida y un funcionamiento psicológico positivo. Existe evidencia a favor de que las personas que viven acorde con sus valores experimentan más bienestar y una vida plena y con sentido, presentan menor riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares, muestran buenas relaciones con otros, viven una vida con propósito y, además, son capaces de salir fortalecidos tras haber experimentado sucesos adversos (Salanova, 2022). Carol Ryff (1989) señala que el bienestar general se consigue cuando se alcanzan las tres dimensiones clave de la teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000): autoaceptación (actitud positiva hacia uno mismo y aceptación de aspectos positivos y negativos), relaciones sociales positivas (relaciones estrechas y cálidas con otros, alta empatía y afecto), y autonomía (capacidad para resistir presiones sociales, se regula la propia conducta).

En Salanova (2021) se desarrollan las que se consideran las tres dimensiones clave para el desarrollo del bienestar eudaimónico: *significado psicológico*, *autodeterminación* y *florecimiento*. La primera de las dimensiones hace referencia a un sentimiento de que la vida tiene sentido, de que estamos viviendo una vida con propósito, una vida que trasciende a nosotros mismos (Hitge y

© Ediciones Pirámide

Van Schalkwyk, 2018). No es de extrañar que ese significado lleva a experimentar experiencias psicológicas positivas como el compromiso laboral (Fairle, 2011), la satisfacción con la vida y el *engagement* en el trabajo (Glazer et al., 2014), y a desarrollar la compasión, las creencias de trascendencia y la solidaridad (Nebot-Gresa et al., 2021).

La segunda dimensión es la *autodeterminación*. Se trata de un componente que explicaría por qué las personas que están comprometidas con el trabajo también presentan una fuerte motivación laboral intrínseca (Meyer, 2014). La teoría de la autodeterminación explica que las personas muestran estos comportamientos intrínsecamente motivados porque tienen una tendencia inherente a buscar novedades y desafíos para ampliar y ejercitar sus propias capacidades, lo que les permite explorar y aprender (Ryan y Deci, 2000, p. 70). Las personas desarrollan esa motivación extrínseca cuando satisfacen tres necesidades psicológicas básicas: autonomía, competencia y relación. Como consecuencia de tal satisfacción, las personas incrementan su motivación para realizar determinadas conductas y como consecuencia se sienten bien y se comprometen con su trabajo. La investigación ha demostrado que la satisfacción de las necesidades básicas constituye un potenciador del *engagement*, del compromiso y de los resultados organizacionales saludables (desempeño in-rol, extra-rol y compromiso organizacional) (Gil-Flórez et al., 2022; Schreurs et al., 2014; Zeijen et al., 2020).

La tercera dimensión es la *vida floreciente*. Hay evidencia a favor de que, aunque no asegura una salud perfecta ni vivir más años, sí que genera un estilo de vida más saludable y con contribuciones al desarrollo de un mundo más positivo (Keyes, 2007). Seligman (2002) desarrolla un modelo para conseguir este florecimiento vital que denomina PERMA, que se basa en cinco dimensiones básicas: *Positive Emotions* (experiencia de emociones positivas), *Engagement* (compromiso), *RElations* (relaciones), *Meaning* (propósito) y *Acomplishment* (logro). El modelo propone que estas cinco dimensiones básicas permiten alcanzar el bienestar mediante tres vías: 1) la *vida placentera*, que implica la búsqueda de emociones positivas sobre el pasado, presente y futuro y el desarrollo de aptitudes para multiplicarlas; 2) la *vida comprometida*, que implica emplear las propias fortalezas de manera satisfactoria para obtener gratificaciones auténticas, y 3) la *vida significativa*, que implica poner las fortalezas personales al servicio de algo que nos trasciende, que van más allá de uno mismo.

3. ABORDAJE PRÁCTICO: MODELO HERO DE BIENESTAR EN EL TRABAJO

A pesar de las múltiples teorías fundamentales que existen sobre el bienestar, por ejemplo la teoría de la ampliación y construcción (Fredrickson, 2001), la teoría de los eventos afectivos (AET; Weiss y Cropanzano, 1996), el modelo de bienestar psicológico de Carol Ryff (1989), o el modelo PERMA (Seligman, 2002), se requiere un modelo heurístico, integrador, validado científicamente y positivo que permita la evaluación y la intervención psicológica positiva para fomentar el bienestar y sus consecuencias en el contexto laboral. Un ejemplo es el modelo HERO (HEROModel©; Salanova et al., 2012; Salanova y Soler, 2020), acrónimo que hace referencia a que una organización es saludable *(HEalthy)* y resiliente *(Resilient)*. Una de las características de este modelo es que permite evaluar el bienestar en el trabajo, pero también permite establecer estrategias de intervención psicológicas positivas (por ejemplo, intervención basada en el desarrollo de la emocionalidad saludable) ajustadas a los resultados previos obtenidos en bienestar y contrastar los efectos de estas intervenciones a lo largo del tiempo. Permite la evaluación del bienestar integral en las organizaciones que implica fomentar el bienestar multinivel: el bienestar no solo de las personas, sino también de los grupos, de los líderes y de la propia organización (Salanova et al., 2019).

© Ediciones Pirámide

Figura 10.1.—Modelo heurístico HERO (#ModeloHERO).

Desde el modelo HERO se considera que una organización (sanitaria) saludable y resiliente se define como «aquella organización que pone en marcha prácticas sistemáticas, planificadas y proactivas para mejorar la salud de las personas y la salud financiera de la organización, mediante buenas prácticas relacionadas con la mejora de las tareas (por ejemplo, diseño y rediseño de puestos), el ambiente social de la organización (por ejemplo, canales de comunicación abierta) y la organización (por ejemplo, estrategias de conciliación trabajo/vida privada) y además genera resultados relacionados con la excelencia organizacional así como relaciones positivas con el entorno organizacional y la comunidad» (Salanova et al., 2012, p. 788). La evidencia científica señala que, en un contexto de turbulencias, crisis y cambios económicos, sociales y de valores que estamos viviendo, una organización HERO se caracteriza por disponer y desarrollar tres elementos fundamentales que, aunque son diferentes, están relacionados: 1) recursos y prácticas organizacionales saludables; 2) empleados y grupos de trabajo saludables, y 3) resultados organizacionales saludables (Salanova et al., 2019; Salanova y Soler, 2020).

El primero de los elementos implica a los **recursos y las prácticas organizacionales saludables.** Los recursos constituyen aquellos aspectos de la

© Ediciones Pirámide

tarea (como la autonomía), aspectos de tipo social (la coordinación) y también organizacional (por ejemplo, prácticas de equidad) que tienen por objetivo alcanzar metas, reducir demandas laborales (como la sobrecarga emocional), potenciar el desarrollo de las personas en el trabajo y de la propia organización (ganancias económicas, mejora de la calidad del trabajo) (ver Salanova et al., 2019). En este primer bloque del modelo HERO tienen también relevancia las **prácticas organizacionales saludables**, esto es, aquellas estrategias que las organizaciones ponen en marcha de manera sistemática para desarrollar la promoción de la salud, el bienestar de las personas y su desempeño y rendimiento organizacional (por ejemplo, conciliación, igualdad, responsabilidad social empresarial). Los beneficios de implementar estas prácticas organizacionales son abundantes por cuanto promueven: 1) la confianza de los empleados con los líderes y la dirección (confianza vertical) como con los propios compañeros (confianza horizontal); 2) el *engagement* en el trabajo; 3) el compromiso organizacional; 4) la satisfacción laboral, y 5) el desempeño organización y la reputación organizacional (Salanova et al., 2019; 2020). También en este primer bloque se incluyen las **demandas laborales,** puesto que el bienestar también depende del equilibrio entre los recursos y las demandas laborales. Las demandas hacen referencia a aquellos aspectos de la tarea (sobrecarga cuantitativa, ambigüedad de rol), sociales (demandas emocionales) y organizacionales (falta de desconexión digital) que requieren, por parte de los trabajadores, un esfuerzo mantenido y que llevan asociado un coste psicológico mental o emocional en las personas trabajadoras. La investigación ha puesto de manifiesto resultados muy interesantes con una metodología multinivel respecto al poder de las demandas en la predicción del bienestar. Concretamente, Llorens et al. (2022) muestran en un estudio llevado a cabo con 1.487 bomberos agrupados en 70 brigadas que el afrontamiento proactivo conduce a un menor agotamiento y un mayor compromiso laboral, mientras que las demandas se relacionan con un mayor agotamiento y un menor compromiso laboral. Además, también se encontró que el afrontamiento proactivo modera la relación entre las demandas y el vigor y, finalmente, que las demandas en la organización llevaban al agotamiento y a un menor compromiso laboral.

El segundo elemento del modelo HERO son los **empleados y grupos saludables.** Se definen como el nivel de recursos psicológicos positivos que tienen los empleados/equipos y que son responsables de que las personas se sientan bien, sean resilientes, con alto grado de control y que tengan un impacto positivo sobre los recursos organizacionales saludables. En este bloque se evalúan constructos positivos como el *engagement,* la resiliencia, el *burnout,* la confianza, la compasión o el optimismo, entre otras. Pero también recursos personales como las competencias mentales y emocionales y la autoeficacia (y/o eficacia colectiva). Centrado en el sector sanitario se ha demostrado que creer en nuestras capacidades incrementa los niveles de *engagement* del personal sanitario y favorece también la calidad de servicio mostrando un mejor desempeño, mayor compromiso y mayor calidad de servicio (Hernández et al., 2014).

El tercer elemento del modelo HERO son los **resultados organizacionales saludables.** Una organización que quiera llevar la distinción de HERO no solo cuida de la salud de los trabajadores, sino que también vela para que sus productos y/o servicios sean positivos y de excelencia para la comunidad (Page et al., 2008). La investigación ha demostrado la existencia de diferentes indicadores de resultados organizacionales saludables: 1) desempeño excelente en términos de rendimiento intrarrol que implica la buena ejecución de las tareas que están prescritas en su contrato laboral; 2) desempeño extrarrol que implica dar, de manera voluntaria y a discreción, la milla extra (por ejemplo, acercar a un compañero a la estación); 3) calidad del servicio, lealtad y satisfacción del cliente, así como 4) mayor retorno de la inversión,

© Ediciones Pirámide

reducción del absentismo laboral etc. (Salanova et al., 2012; 2019).

La validación del modelo HERO se ha evidenciado en diferentes publicaciones desde el año 2012 hasta la actualidad. Todas estas publicaciones dan evidencia de que aquellas organizaciones que ponen en marcha recursos y prácticas organizacionales saludables muestran empleados y equipos más saludables que a su vez mostraban resultados organizacionales más saludables (Salanova et al., 2012). Recientemente, San Román et al. (2022) muestran con un estudio llevado a cabo con 1.420 profesionales sanitarios pertenecientes a diferentes hospitales españoles el efecto que los recursos sociales (clima de apoyo social, liderazgo positivo y coordinación) mostraban sobre la compasión, el bienestar (*engagement,* resiliencia y optimismo) y los resultados organizacionales saludables (desempeño in y extrarrol, y compromiso). Aquellos profesionales sanitarios con más percepción de recursos sociales se mostraban más compasivos (especialmente las mujeres), y con más bienestar y como consecuencia mostraban más resultados organizacionales saludables.

4. EVALUACIÓN DEL BIENESTAR EN EL TRABAJO

La investigación científica aporta una gran cantidad de herramientas para evaluar el bienestar. Algunas de ellas son las siguientes: 1) escala de satisfacción con la vida de Diener et al. (1985; Van Zyl et al., 2020); 2) escala de satisfacción de la vida temporal (Pavot et al., 1998); 3) escala de satisfacción con la vida para poblaciones mayores (Neugarte et al., 1961); 4) cuestionario de felicidad de Oxford (Argyle et al., 1995); 5) escala de afectividad (PANAS; Watson et al., 1988; validado al español por López-Gómez et al., 2015); 6) escala de experiencias positivas y negativas (SPANE; Diener et al., 2010); 7) escala de florecimiento (Diener et al., 2010), y 8) el Pemberton Happiness Index (PHI; validado al español por Hervás y Vázquez, 2013), entre otras. A pesar de su bondad, se necesitan medidas de bienestar comprehensivas, fiables y válidas adaptadas específicamente al contexto organizacional.

Con ese propósito se desarrolló el **HERO-CHECK** para empresas de cualquier sector y el **HERO-CHECK-OS** adaptado a organizaciones sanitarias (Salanova et al., 2019). Se trata de una herramienta que permite a las organizaciones tener un diagnóstico exprés o *screening* inicial que permite identificar de forma rápida cómo de saludable es una organización en un momento concreto de su desarrollo. El cuestionario evalúa un total de 28 KPI *(Key Performance Indicators)* básicos y 21 prácticas organizacionales saludables. Estas preguntas se contestan utilizando una escala de respuesta múltiple tipo Likert de 0 a 6 de «Nunca» a «Siempre» para los 28 KPI y de «Nada útil» a «Extremadamente útil» para las cuestiones relativas a las prácticas organizacionales saludables. En el bloque de recursos organizacionales saludables se evalúan un total de cinco indicadores que incluyen la autonomía, *feedback,* clima de apoyo social, coordinación y liderazgo positivo. En cuanto a las demandas laborales, se evalúan un total de 10 indicadores como la sobrecarga cuantitativa, mental, emocional, ambigüedad de rol, conflicto de rol, rutina, *mobbing,* disonancia emocional, ambiente y equipos de trabajo e interacción familia-trabajo. Finalmente, se evalúan 21 prácticas organizacionales saludables como, por ejemplo, las prácticas de información y comunicación, conciliación, desarrollo de competencias, equidad, responsabilidad social corporativa, igualdad de género y edad, maternidad/paternidad, hábitos saludables, entre otras. En segundo lugar, en el bloque de empleados saludables se evalúan un total de 10 indicadores, como la competencia mental y emocional, la autoeficacia, eficacia percibida del grupo, *engagement,* resiliencia, compasión, *burnout,* confianza vertical y confianza horizontal. Finalmente, el bloque de resultados organizacionales saludables se evalúa mediante tres indicadores que hacen referencia al desempeño intrarrol, extrarrol y el compromiso organizacional.

© Ediciones Pirámide

Además, de estos indicadores básicos, el cuestionario permite que las organizaciones puedan incluir en sus evaluaciones 30 indicadores plus. Entre estos indicadores destacan la previsibilidad, violencia externa e interna, optimismo, gratitud, esperanza y habilidades compasivas, así como indicadores de evaluación del COVID-19 centrados en las emociones generadas por el COVID-19 (miedo, capacitación en seguridad y salud y cumplimiento de la seguridad). Este cuestionario se aplica principalmente *online* mediante el programa Qualtrics y se adapta a las necesidades e idiosincrasia de cada organización sanitaria. Una versión breve de este instrumento es el que se utiliza en la evaluación de los hospitales en los Premios Hospital Optimista que se organiza anualmente por la Fundación Hospital Optimista[1].

Salanova y Soler (2020) han mostrado una serie de características de la metodología HERO para fomentar organizaciones sanitarias saludables y resilientes y recogen sus ventajas con respecto a la evaluación de riesgos psicosociales tradicional (ver también Salanova et al., 2013). Aun así, queremos recoger en este capítulo los principales elementos que implica aplicar esta metodología. En primer lugar, permite la participación en el proceso de evaluación e intervención a diferentes agentes clave de la organización sanitaria. De esta manera se recogen las percepciones sobre los tres bloques del modelo HERO (recursos y prácticas organizacionales saludables, empleados y grupos saludables y resultados organizacionales saludables) por parte de empleados, supervisores y usuarios. En segundo lugar, permite recoger información utilizando diferentes metodologías: entrevistas a agentes clave, grupos focales y administración del cuestionario HERO-CHECK-OS a grupos de empleados, supervisores y usuarios. Las entrevistas se realizan a agentes clave mediante una entrevista semiestructurada que es efectuada por personal formado. Previamente a la entrevista, el agente clave responde al cuestionario HERO-CHECK-OS, pero en este caso pensando en la organización en su conjunto. La evaluación al personal implica la administración (principalmente *online*) del cuestionario HERO-CHECK-OS (24 indicadores), pero incluyendo una valoración personal. Finalmente, el cuestionario para clientes incluye la evaluación de cuatro medidas relacionadas con el desempeño laboral del personal sanitario, su nivel de empatía, la lealtad de los usuarios y su satisfacción. En tercer lugar, recoge información sobre percepciones a nivel personal, a nivel grupal y organizacional, incluyendo también datos más objetivos como los indicadores financieros objetivos [por ejemplo, el ROA *(Return On Asset),* datos de absentismo, siniestralidad]. Esto favorece un análisis de datos multinivel y colectivo siguiendo el modelo IGLO, que permite estudiar fenómenos de carácter organizacional. Finalmente, cabe destacar la potencialidad de la metodología para diseñar e implementar intervenciones psicológicas positivas derivadas de los resultados concretos obtenidos en la evaluación a los diferentes agentes clave. Además, permite también evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas a corto, medio y largo plazo. Algunas de estas intervenciones pueden ser el Survey Feedback Apreciativo (SFA), programas de compasión, liderazgo positivo, *mindfulness* basado en fortalezas, programas de desarrollo de buen trato, desarrollo de equipos o de emocionalidad saludable, entre otros. Estas intervenciones pueden ser presenciales, pero también pueden llevarse a cabo con tecnologías digitales mediante un campus virtual que se ha desarrollado en el equipo WANT Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables gracias a la ayuda recibida por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Proyecto PID2020-119993RB-I00), que tiene como objetivo diseñar, implementar y evaluar intervenciones psicológi-

[1] https://fundacionhospitaloptimista.org/

© Ediciones Pirámide

cas positivas (IPP) en situación de pandemia y pospandemia en trabajadores esenciales en primera línea como son, entre otros, personal sanitario, educación, y personal de alimentación.

5. ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR PROFESIONAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

5.1. «A-H Bundle» para el bienestar de los profesionales de UCI

En relación a la filosofía y forma de trabajo en las UCI, actualmente se está viviendo un momento de profundo cambio en los modos y objetivos del mismo mediante el paquete de medidas con evidencia científica ICU Liberation, también denominado ABCDEF Bundle por sus siglas en inglés (Ely, 2017) y ampliado posteriormente de la G a la I por Kotfis et al. (2022). Este paquete de medidas busca un impacto en el bienestar de pacientes y familiares atendiendo a variables médicas de la enfermedad crítica, pero también de participación y compromiso de todas las partes y del diseño del ambiente. Los objetivos se consiguen mediante una visión que implica conocimiento y aceptación de los problemas, evaluación de los mismos para su detección y manejo, así como líneas activas de prevención y promoción de una salud integral. Siguiendo ese esquema científico, didáctico y compilatorio, la evidencia actual en relación con el cuidado del bienestar de los profesionales de UCI nos permite proponer también un marco global de líneas de actuación, que se ofrece sintetizado en la figura 10.2 (Gálvez-Herrer, 2022), y que deberá ser adaptado a las especificidades de cada unidad:

(A) Análisis y evaluación de necesidades: existe un común acuerdo en considerar el modelo de demandas-recursos laborales (Demerouti et al., 2001) como esencial en la comprensión de la salud psicosocial en el trabajo, tanto para los problemas relacionados con procesos de estrés laboral y *burnout* (Schaufeli y Bakker, 2004), como en la facilitación del *engagement* y bienestar laboral (Bakker y Demerouti, 2008; 2018). Desde esta perspectiva, un primer paso será siempre el análisis del equilibrio entre las diferentes demandas del trabajo y los recursos para llevarlas a cabo, tal y como se ha revisado en líneas anteriores. En función de los objetivos de evaluación, son muchos los instrumentos validados que podrán seleccionarse, un ejemplo práctico es la propuesta del cuestionario HERO-CHECK-OS previamente expuesto en este capítulo (Salanova et al., 2012).

(B) *Burnout* y síndromes asociados: todas las aproximaciones a la salud laboral de los profesionales de UCI señalan la importancia de la evaluación del *burnout* y otros síndromes de gran incidencia en UCI como son la fatiga por compasión, el distrés moral, el daño moral, los cuidados percibidos como inapropiados... Sin embargo, será importante no solo medir su prevalencia sino también su proceso (factores desencadenantes, moderadores y consecuentes), para poder planificar una adecuada prevención primaria y secundaria, además de las necesarias líneas de intervención sobre sus consecuencias (ver capítulo 11 de este manual).

(C) Condiciones de trabajo: los continuos avances científico-técnicos y la creciente especialización de la medicina crítica exigen de sus profesionales una formación continuada en competencias y habilidades. En este sentido, en España sigue siendo en la actualidad necesaria la especialidad de enfermería de cuidados intensivos, y es aún escasa la formación en habilidades no técnicas de todos los profesionales. El desarrollo de carrera y la facilidad para la investigación serán también medidas que faciliten el enriquecimiento del puesto. Recomendaciones proactivas como las propuestas por la reciente guía NICE sobre bienestar en el trabajo implican estrategias organizacionales sobre la sobrecarga laboral, adecuada definición de roles, autonomía y diseño del trabajo (NICE, 2022).

© Ediciones Pirámide

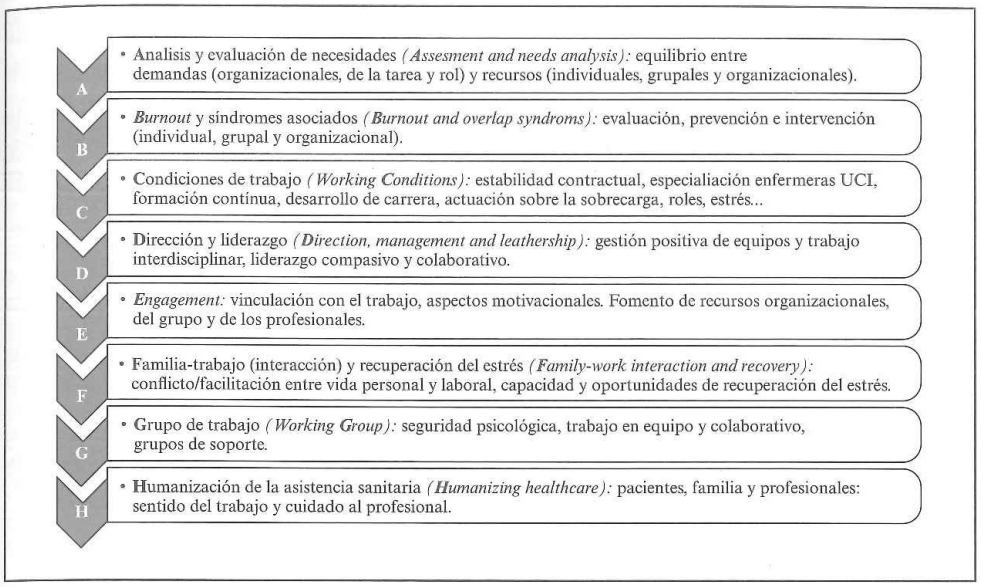

Figura 10.2.—Propuesta de líneas de intervención («A-H Bundle») para el bienestar de los profesionales de UCI (Gálvez-Herrer, 2022).

(D) Dirección y liderazgo: los actuales sistemas sanitarios y los retos que se plantean requieren del desarrollo de estilos de dirección y liderazgo compasivos e inclusivos, esto supone altos niveles de diálogo, debate y discusión entre todo el personal para lograr una comprensión compartida de los problemas y sus soluciones (West et al., 2014). La interdisciplinariedad característica de la UCI, el necesario trabajo en equipo y decisiones compartidas, convierten a estas unidades en un entorno especialmente sensible a la presencia (o no) de este enfoque colaborativo de dirección y liderazgo.

(E) *Engagement:* hemos revisado ya la importancia del *engagement* en el bienestar laboral. Su promoción en las UCI parece asociarse negativamente con las demandas cognitivas en los intensivistas y con las demandas emocionales en enfermeras (Van Mol et al., 2018). Favorecer en los equipos aspectos como la autonomía, el apoyo social, las oportunidades de desarrollo... y recursos personales como la resiliencia, la autoeficacia y la actitud proactiva fomentarán la vinculación con el trabajo y los aspectos motivacionales del mismo.

(F) Familia-trabajo y recuperación del estrés: el trabajo en UCI es 24/7, supone turnos, guardias, trabajo nocturno... Todo ello requiere de un cuidado especial que permita la adecuada recuperación de la persona en las pausas y tiempos de descanso intra y extra laborales. Una reciente encuesta entre profesionales en sus primeros años de ejercicio señala que el 44 por 100 de la muestra no percibe un clima favorable de conciliación y se proponen medidas tales como la flexibilidad de

© Ediciones Pirámide

horarios y la creación de una «bolsa de horas» para emergencias relacionadas con la familia y cuidados (Barea et al., 2022).

(G) Grupo de trabajo: en UCI es imprescindible el trabajo en equipo y colaborativo, participación en la toma de decisiones (como por ejemplo en la limitación del esfuerzo terapéutico), reuniones de planificación del trabajo y el desarrollo de objetivos compartidos en el equipo interdisciplinar. Grupos de soporte, no solo ante incidentes críticos sino también como forma de cohesión grupal y apoyo interpares, serán especialmente útiles y un momento adecuado para la adquisición de recursos y habilidades no técnicas. La guía NICE anteriormente mencionada sugiere el uso de expertos externos para el soporte a trabajadores, formación y soporte a mánager y concienciación organizacional sobre salud mental (NICE, 2022).

(H) Humanización de la asistencia sanitaria: cuidar al profesional como parte inseparable de las prácticas de humanización en UCI, facilitar una asistencia humanizada a pacientes y familiares y diseñar entornos e infraestructuras amables para todas las partes facilitarán la conexión del profesional con el sentido último del trabajo asistencial y del cuidado al paciente crítico.

Tras 30 años de práctica profesional, el médico intensivista J. Randall Curtis fue diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Desde lo que denomina «el otro lado» reflexionó sobre lo disfrutado con la profesión compartiéndolo en el artículo «Lecciones de vida tras una carrera en cuidados intensivos» (Curtis, 2022). Curtis nos plantea cuatro recomendaciones para los profesionales de UCI:

1. La primera impulsa a crear un buen clima laboral y entornos de apoyo, y añade «trabaja con gente que te guste cuando puedas elegir».
2. Toma tiempo y espacio para «reconectar con la razón por la que amas lo que haces y para pensar de forma creativa en el trabajo».
3. Da prioridad a la familia (a los que quieres), «tener una vida familiar plena me ha convertido en mejor intensivista, colega, jefe y mentor».
4. Establece prioridades vitales, «vive cada día como si tuvieras una enfermedad terminal».

En respuesta a su escrito, profesionales que trabajaron con él y bajo su dirección añadieron «obtendrás más de tu mentor si estás dispuesto a ser vulnerable», para ello la seguridad psicológica creada por el mentor, líder, supervisor... será la que permita, a los que trabajen con él, expresar libremente objetivos y necesidades, pero también sueños, esperanzas y dificultades (Rosenberg et al., 2022). Ambos ejemplos nos ofrecen importantes líneas que conectan con el sentido del trabajo, autocuidado propio y del equipo, estilos de liderazgo, aprendizaje continuo y *engagement*.

5.2. Ejemplos y experiencias de intervenciones grupales y organizacionales en UCI

Es abundante la bibliografía referida a evaluaciones de problemas psicosociales en el trabajo de los profesionales de UCI, escasa la que recoge intervenciones individuales dirigidas a la promoción del bienestar en los mismos y exigua la relativa a intervenciones grupales y organizacionales. En el presente apartado recogemos algunas propuestas o ejemplos prácticos a tal fin, que se encuadran en uno o varios de los epígrafes del «A-H Bundle» para los profesionales de UCI y que se fundamentan en el marco teórico de organizaciones saludables revisado en este capítulo.

Proyecto Gratitud (WANT-Fundación Hospital Optimista)

La investigación nos dice que la práctica de la gratitud facilita la creación de vínculos y el desarrollo de conductas éticas y prosociales (Grant y Gino, 2010). Estos son recursos clave en el trabajo cotidiano de las UCI; por ello, desde una novedosa perspectiva y mediante el uso de nuevas tecnologías, el Equipo WANT de la Universitat Jaume I de Castellón (UJI) junto a la Fundación Hospital Optimista desarrollaron una aplicación para el fomento de una cultura de gratitud en los equipos asistenciales. El objetivo principal era mejorar algunas fortalezas, como la gratitud y el optimismo, favorecer el bienestar emocional de los profesionales y analizar su impacto en el desempeño. Esta propuesta se ha puesto en marcha en cuatro UCI y los resultados iniciales apuntan a un incremento en los niveles de bienestar de los profesionales y en el nivel de desempeño (intrarrol, extrarrol y calidad de servicio prestado). Cualitativamente, los participantes indicaron una percepción de mejora del clima de trabajo en la UCI y mayor conciencia de las propias fortalezas (Soler y Salanova, 2020).

Grupos de Soporte a Profesionales (InnovaHUCI-Hospital Universitario de Fuenlabrada-Proyecto HU-CI)

Tal y como se detalla en el capítulo 17 de este manual, desde InnovaHUCI y el Hospital Universitario de Fuenlabrada de Madrid, en colaboración con Proyecto HU-CI, se realizó (de forma previa a la pandemia) una experiencia de soporte emocional a profesionales como parte de un programa más amplio de prevención del síndrome poscuidados intensivos (incluyendo también a familiares y expacientes de UCI). Desde la perspectiva de que el cuidado al personal asistencial repercute directamente en el cuidado de pacientes y familiares, los grupos con los profesionales tenían un objetivo preventivo y de promoción de la salud. Estuvieron guiados por una psicóloga y se trabajaron aspectos relativos a la comunicación e interacción con pacientes y familiares, toma de decisiones compartidas, trabajo colaborativo y clima laboral, facilitando siempre la comunicación y apoyo entre iguales e incorporando pautas de psicoeducación por parte de la facilitadora del grupo si era necesario. Si bien se trató de una experiencia piloto durante un año (con escasa fortaleza estadística), los resultados en la evaluación pre-post realizada mostraron un efecto con mayores puntuaciones en resiliencia de los profesionales, un mantenimiento de los niveles elevados de compromiso y satisfacción con los cuidados y una disminución de un 3 por 100 en la puntuación global de fatiga por compasión entre los asistentes.

UCI Resiliente

Las organizaciones resilientes tienen la capacidad de seguir funcionando bien aun en situaciones adversas y de afrontar cambios habituales en su día a día de manera proactiva y positiva (Salanova et al., 2019). La experiencia durante la pandemia fue un enorme reto en este sentido para las UCI a nivel internacional, implicó una transformación física, organizacional y requirió de sus profesionales una enorme capacidad de adaptación. Tras esa experiencia, algunos autores han definido las «UCI resilientes» como aquellas que son capaces de responder en períodos de crisis con una gestión adecuada de sus recursos (personales, materiales, de espacios y sistemas), incluyendo entre estos el bienestar de los profesionales y el liderazgo, y facilitando procesos de aprendizaje, control, anticipación y respuesta (Salluh et al., 2022). En este sentido, las Sociedades Españolas de Medicina y Enfermería Intensiva establecieron un Plan de Contingencia frente a la pandemia COVID-19 (SEMICYUC y SEEIUC, 2020) donde se ofrecieron guías para la optimización de recursos y plantillas, pautas para la comunicación e interacción con las familias, formación y entrenamiento a los profesionales y se indicaba la necesidad de ofrecer a estos soporte psicológico. Tras un año de pandemia, algunos estudios señalaron el inmenso esfuerzo realizado por las UCI españolas, y a la vez remarcaron la patente necesidad de revisar los estándares oficiales actuales de plantillas

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

para las UCI, así como la urgencia para prestar atención al estado emocional de los profesionales como recursos laborales aún deficientes (Vidal-Cortés et al., 2022). Otras aportaciones desde la Asociación Americana de Medicina (Shanafelt et al., 2020) resaltan la importancia de acciones antes, durante y después de la situación de crisis. Proponen para «antes»: un programa previamente estructurado para el bienestar profesional organizacional y cuidado del personal, ajuste de tareas y evaluación del estrés; «durante»: evaluación y ajuste continuo de las necesidades, medidas y plan de apoyo, liderazgo visible y conectar con otras instituciones (compartir y aprender juntos); «después»: informar, catalogar lo aprendido y actualizar el plan de crisis, identificar nuevas necesidades, dar soporte a los profesionales, honrar explícitamente la dedicación, compromiso y sacrificio de los profesionales sanitarios, conmemorar a los que se han perdido y reanudar los esfuerzos para atender los factores organizativos y del sistema que promueven el bienestar y crean una organización resiliente. Como señala el modelo Stanford de realización profesional (Bohman et al., 2017) y aproximaciones al bienestar profesional como el de la Clínica Mayo (Shanafelt et al., 2022), trabajar en el bienestar de los profesionales y su crecimiento profesional requiere una imprescindible aproximación holística que incluya factores organizacionales y que vaya mucho más allá de intervenir solamente sobre el nivel de estrés individual de los profesionales sanitarios.

Proyecto de Intervención Psicológica en Crisis-Emergencia (Proyecto HU-CI)

El efecto positivo del apoyo social y emocional que permiten las intervenciones grupales se corroboró también en la primera ola de la pandemia por COVID-19. En este caso, desde Proyecto HU-CI, con el aval científico de Sociedades de Cuidados Críticos (SEMCYUC, SOCMIC y SOMIAMA) y la colaboración de Colegios Oficiales de la Psicología de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha (para la selección de profesionales de la psicología expertos en crisis-emergencias), se llevó a cabo una intervención en 16 hospitales españoles con equipos de UCI, profesionales sanitarios y no sanitarios (celadores, personal de limpieza...) (Gálvez-Herrer et al., 2021). Uno de los resultados más llamativos de este trabajo fue el claro efecto de la cohesión grupal que permitieron los grupos, definiéndose esta dimensión como principal estrategia funcional de afrontamiento de la situación vivida. Desde el modelo de estrés colectivo de Peiró (Peiró, 2001; Rodríguez et al., 2019) podemos comprender cómo ante una vivencia colectiva de estrés esta estrategia también colectiva resulta especialmente útil, más aún en unidades como son las UCI, donde el trabajo en equipo e interdisciplinar forma parte del sentido de la tarea a realizar y es esencial para la correcta atención a pacientes y familias en el día a día (Donovan et al., 2018). Este efecto de cohesión grupal facilita al equipo estilos de afrontamiento activos y de aceptación que también se han demostrado eficaces ante el distrés moral en UCI y sus consecuencias emocionales (Romero-García et al., 2022).

Evaluación y Buenas Prácticas en Humanización

Una de las líneas estratégicas del *Manual de Buenas Prácticas en Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos,* de Proyecto HU-CI (2019) se centra en los «cuidados al profesional». Desde este modelo, basado en la evidencia, se plantean diferentes factores que deben evaluarse y ser objeto de intervención para el bienestar de los profesionales de las UCI. Concretamente se indican aspectos que buscan tanto la prevención del daño como la promoción del bienestar (ver tabla 10.1).

Las UCI pueden revisar el cumplimiento de estos estándares, y si lo desean, a través de la web del Proyecto[2], pueden solicitar la certificación de buenas prácticas en humanización (en esta y las otras siete líneas estratégicas de humanización).

[2] https://proyectohuci.com/es/certificacion/

© Ediciones Pirámide

TABLA 10.1

Línea estratégica de cuidados al profesional (Proyecto HU-CI, 2019)

- Evaluación de riesgos psicosociales como el desgaste profesional *(burnout)* y otros síndromes asociados, así como del *engagement* y aspectos positivos del trabajo.
- Sensibilización y formación en gestión del estrés, desgaste profesional *(burnout)* y promoción del *engagement*.
- Dotación adecuada de plantilla y de recursos materiales para el desempeño de las funciones.
- Desarrollo de un programa de acogida para los nuevos profesionales de las UCI.
- Reducción o exención de guardias para profesionales mayores de 55 años.
- Fomento de actividades docentes y de investigación.
- Facilitación de soporte emocional a los profesionales, incluyendo la presencia de un profesional de la psicología para su atención.
- Actuación de gestión y soporte emocional ante incidentes críticos.
- Desarrollo de actividades grupales que fomenten el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales positivas en el equipo.

Como señalan Galvin et al. (2018) en su revisión sistemática sobre prácticas de humanización en las UCI y sus efectos en el bienestar de familias y profesionales, queda aún mucha investigación al respecto por hacer, prácticas por unificar e investigación desde la psicología que pueda llevarse a la práctica médica y enfocarse en la búsqueda del bienestar profesional en estas unidades. Esperamos que el presente capítulo contribuya a tal fin ofreciendo al menos un marco teórico-práctico del que partir.

6. CONCLUSIONES Y RETOS DE FUTURO

- Junto al cuidado de pacientes y familiares, el bienestar de los profesionales de UCI forma parte de una adecuada atención centrada en la persona y humanización de la asistencia sanitaria.
- El bienestar en el trabajo constituye una necesidad imperante para mejorar la calidad de vida de los profesionales y marcar la diferencia con respecto a la mejora en su desempeño.
- El modelo HERO es un modelo integral y científico donde el foco es la mejora del bienestar de las personas en el trabajo desde la conceptualización del bienestar como un elemento multinivel que implica las percepciones individuales, grupales, del líder y de la organización como un todo.
- La evaluación del bienestar en el trabajo (con herramientas como el HERO-CHECK-OS) es decisiva para la puesta en marcha de intervenciones que redunden en la mejora continua del bienestar de los/las profesionales y de la calidad de su trabajo con los pacientes/usuarios.
- Existe amplia evidencia científica para el desarrollo de un marco global de actuación y estrategias de promoción del bienestar en el trabajo de los profesionales, estas deben ir mucho más allá de intervenciones individuales sobre la prevención y manejo del estrés y afrontar una perspectiva holística y organizacional en las UCI.
- Queda un gran trabajo por hacer para la puesta en práctica de las líneas de intervención definidas, así como en la investigación sobre su eficacia, dificultades y necesidades de adaptación. El rol del profesional de la psicología en UCI será clave en este abordaje.

© Ediciones Pirámide

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Argyle, M., Martin, M. y Lu, L. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. En C. D. Spielberger e I. G. Sarason (eds.), *Stress and Emotion* (pp. 173-187). Taylor & Francis.

Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International, 13*(3), 209-223. https://doi.org/10.1108/13620430810870476

Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2018). Multiple levels in job demands-resources theory: Implications for employee well-being and performance. En E. Diener, S. Oishi y L. Tay (eds.), *Handbook of wellbeing*. Noba Scholar.

Barea, J. A., Galarza, L., Lobo, B., López de la Oliva, L., Martínez, M., Barrero, I. y Pajares, S. (2022). Encuesta sobre la situación laboral de los intensivistas en sus primeros años de actividad. *Medicina Intensiva* (en prensa). https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.06.003

Bohman, B., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Linzer, M., Olson, K., Babbott, S., Murphy, M. L., De Vries, P. P., Hamidi, M. S. y Trockel, M. (2017). Physician well-being: the reciprocity of practice efficiency, culture of wellness, and personal resilience. *NEJM Catalyst*. https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0429

Butakor, P. K., Guo, Q. y Adebanji, A. O. (2021). Using structural equation modeling to examine the relationship between Ghanaian teachers' emotional intelligence, job satisfaction, professional identity, and work engagement. *Psychology in the Schools, 58*(3), 534-552. http://dx.doi.org/10.1002/pits.22462

Carmona-Halty, M., Salanova, M., Llorens, S. y Schaufeli, W. B. (2021). Linking Positive Emotions and Academic Performance: The Mediated Role of Academic Psychological Capital and Academic Engagement. *Current Psychology, 40,* 2938-2947. Doi: 10.1007/s12144-019-00227-8

Curtis, J. R. (2022). Life lessons after a career in intensive care medicine. *Intensive Care Medicine, 48*(2), 257-258. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06567-z

Darbyshire, J. L. (2021). ICU is a team sport. *ICU Management & Practice, 21*(2), 86-87.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *The Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512. https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499

Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D. y Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective wellbeing. *Can. Psychol., 58,* 87. Doi: 10.1037/cap0000063

Diener, E., Oishi, S. y Tay, L. (2018). Advances in subjective wellbeing research. *Nat. Hum. Behav., 2,* 253-260. Doi: 10.1038/s41562-018-0307-6

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-W. et al. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97,* 143-156.

Diener, E. y Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*(5), 1105-1117. https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.5.1105

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *J. Pers. Assess, 49,* 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., Lipshutz, A. y University of California, San Francisco Critical Care Innovations Group (2018). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Critical Care Medicine, 46*(6), 980-990. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003067.

Ely, E. W. (2017). The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Critical care medicine, 45*(2), 321-330. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002175

Erdil, O. y Müceldili, B. (2014). The effects of envy on job engagement and turnover intention. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 150,* 447-454. https://doi.org/b68h

Fairle, P. (2011). Meaningful work, employee engagement, and other key employee outcomes: Implications for human resource development. *Advances in Developing Human Resources, 13,* 508-525. Doi: 10.1177/1523422311431679

© Ediciones Pirámide

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226. Doi: 10.1037/0003-066x.56.3.218

Friedman, H. S. y Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual Review of Psychology, 65,* 719-742. 10.1146/annurev-psych-010213-115123

Gálvez-Herrer, M. (2022). Qué consecuencia ha tenido la COVID-19 en los profesionales de los SMI y qué podemos hacer [Comunicación oral]. En *LVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias* (SEMICYUC). Sevilla, España.

Gálvez-Herrer, M., Gómez-García, J. M., Martín-Delgado, M. C., Ferrero-Rodríguez M. y miembros del proyecto HU-CI (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 63*(247), 103-119. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es&tlng=es.

Gálvez-Herrer, M., Via-Clavero, G., Ángel-Sesmero, J. A. y Heras-La Calle, G. (2021). Psychological crisis and emergency intervention for frontline critical care workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing, 31*(15-16), 2309-2323. https://doi.org/10.1111/jocn.16050

Galvin, I. M., Leitch, J., Gill, R., Poser, K. y McKeown, S. (2018). Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *Canadian Journal of Anaesthesia, 65*(12), 1348-1371. https://doi.org/10.1007/s12630-018-1227-7

Gil-Flórez, A., Llorens, S., Acosta-Antognoni, H. y Salanova, M. (2022). Basic Psychological Needs at Work: Their Relationship with Psychological Well-Being and Healthy Organisational Outcomes with a Gender Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19,* 3103. https://doi.org/10.3390//ijerph19053103

Glazer, S., Kozusznik, M. W., Meyers, J. H. y Ganai, O. (2014). Meaningfulness as a resource to mitigate work stress. *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice, 3,* 114-130. https://doi.org/10.1002/9781118713860.ch8

Grant, A. M. y Gino, F. (2010). A little thanks goes a long way: Explaining why gratitude expressions motivate prosocial behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*(6), 946-955. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0017935

Hernández-Vargas, C. I., Llorens, S., Rodríguez-Sánchez, A. M. y Chambel, M. J. (2021). Inteligencia emocional y *engagement* en estudiantes de medicina: un estudio comparativo en tres países. *Revista de Psicología, 30*(1), 1-12. https://doi.org/10.5354/0719-0581.2021.55261

Hernández-Vargas, I., Llorens, S. y Rodríguez, A. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario: un estudio de caso. *Anales de Psicología, 30*(1), 247-258. Doi: 10.6018/analesps.30.1.143631

Hervás, G. y Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Healthy and Quality of Life Outcomes, 11,* 66.

Hitge, E. y Van Schalkwyk, I. (2018). Exploring a group of South African psychologists' well-being: Competencies and contests. *South African Journal of Psychology, 48*(4), 553-566.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly,* 121-40.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62,* 95-108.

Kong, Y. y Li, M. (2018). Proactive personality and innovative behavior: The mediating roles of job-related affect and work engagement. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 46*(3), 431-446. https://doi.org/10.2224/sbp.6618

Kotfis, K., Van Diem-Zaal, I., Roberson, S. W., Sietnicki, M., Van den Boogaard, M., Shehabi, Y. y Ely, E. W. (2022). The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Critical Care (London, England), 26*(1), 200. https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y

Llorens, S., Salanova, M., Chambel, M. J., Torrente, P. y Ângelo, R. P. (2022). Organizational Drivers of Burnout and Work Engagement: A Multilevel Study in Portuguese Firefighter Brigades. *Int. J. Environ. Res. Public Health, 19,* 4053. https://doi.org/10.3390/ijerph19074053

© Ediciones Pirámide

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M. D. Dunnette (ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Rand McNally.

López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las Escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) en una muestra general española. *Psicología conductual, 23*(3), 529.

Meyer, J. P. (2014). Employee commitment, motivation, and engagement: Exploring the links. En M. Gagné (ed.), *The Oxford handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory* (pp. 33-49). Oxford University Press.

Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. y Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 25*(4), 368-376. https://doi.org/10.4037/ajcc2016133

Nebot-Gresa, L., Llorens, S., Salanova, M., Coo, C. y Garcia-Campayo, J. (2021). Positive effects and validation of a Brief Intervention Program of Attachment-Based Compassion Therapy. *Terapia Psicológica, 39*(3), 427-444. https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300444

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology, 16,* 134-143. https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134

Ng, W., Tov, W., Veenhoven, R., Rothmann, S., Chambel, M. J., Chen, S., Cole, M. L., Consiglio, C., Costantini, A., Datu, J. A. D., Di Blasi, Z., Gumbau, S. L., Huber, A., Kelders, S. M., Klibert, J., Knoop, H. H., Mayer, C.-H., Nel, M., Salanova, M., Schotanus-Dijkstra, M., Shankland, R., Shimazu, A., Ten Klooster, P. M., Vera, M., Zondervan-Zwijnenburg, M. A. J. y Van Zyl, L. E. (2021). In Memory of Edward Diener: Reflections on His Career, Contributions and the Science of Happiness. *Front. Psychol., 12,* 706447. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.706447

NICE (2022). *Mental Wellbeing at Work. NICE Guideline 212.* www.nice.org.uk/guidance/ng212

Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F. y Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work Stress, 32,* 400-417.

Page, N., Govindji, R., Carter, D. y Linley, P. A. (2008). Gestión Positiva de los recursos humanos: aplicaciones de la Psicología Positiva a lo largo del ciclo vital del trabajador. En C. Vázquez, y G. Hervás, *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 430-458). Desclée de Brouwer.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsi, E. y 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 Inmunity, 88,* 901-907. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026

Pavot, W. y Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 28,* 1-20. https://doi.org/10.1007/BF01086714.

Pavot, W., Diener, E. y Suh, E. (1998). The temporal satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 70,* 340-354.

Peiró, J. M. (2001). Stressed teams in organizations. A multilevel approach to the study of stress in work units. En J. Pryce, C. Weilkert y E. Torkelson (eds.), *Occupational health psychology: Europe 2001 proceedings. European Academy of Occupational Health Psychology Conf*erence (pp. 9e13). The Institute of Work Health & Organisations, University of Nottingham.

Proyecto HU-CI (2019). *Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de cuidados intensivos.* https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069.

Rodríguez, I., Wanda, M., Peiró, J. M. y Tordera, N. (2019). Individual, co-active and collective coping and organizational stress: A longitudinal study. *European Management Journal, 37*(1), 86-98. https://doi.org/10.1016/j.emj.2018.06.002

Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Gálvez-Herrer, M., Ángel-Sesmero, J. A., Velasco-Sanz, T. R., Benito-Aracil, L. y Heras-La Calle, G. (2022). Moral distress, emotional impact and coping in intensive care units staff during the outbreak of COVID-19. *Intensive & Critical Care Nursing, 70,* 103206. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103206

© Ediciones Pirámide

Rosenberg, A. R., Engelberg, R. A. y Kross, E. K. (2022). Truths, Principles, Maxims, and Other Smart Things We Learned From J. Randall Curtis. *Journal of Pain and Symptom Management, 63*(6), e595-e600. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.028

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55,* 68-78. Doi: 10.1037//0003-066x.55.1.68

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. En E. L. Deci y R. M. Ryan (eds.), *Handbook of self- determination research* (pp. 3-36). University of Rochester Press.

Salanova, M. (2021). Work engagement: a key to HEROs-healthy and resilient organizations. En *A Research Agenda for Employee Engagement in a Changing World of Wo*rk (pp. 53-65). Edward Elgar Publishing. ISBN: 9781789907841. https://doi.org/10.4337/9781789907858.00011

Salanova, M. (2022). *Resiliencia: ¿cómo me levanto después de caer?* Shackleton Books.

Salanova, M., Llorens, S. y Martínez, I. M. (2019). *Organizaciones Saludables. Una mirada desde la psicología positiva* (1.ª ed.). Aranzadi.

Salanova, M., Llorens, S. y Schaufeli, W. B. (2011). Yes, I can, I feel good, and I just do it! On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement. *Applied Psychology, 60,* 255-285. https://doi.org/cn5mk4

Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I. M. (2012). We need a HERO! Towards a validation of the Healthy & Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management, 37,* 785-822. Doi: 10.1177/1059601112470405.

Salanova, M., Llorens, S., Torrente, P. y Acosta, H. (2013). Intervenciones positivas para promover organizaciones saludables y resilientes. En F. Palací y M. Bernabé (coords.), *Consultoría Organizacional* (pp. 137-166). Sanz y Torres.

Salanova, M. y Soler, C. (2020). Cultivando organizaciones saludables y resilientes: Metodología HERO en la prevención de riesgos psicosociales. En A. L. García-Izquierdo (ed.), *Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva.* (pp. 53-76). Cátedra Asturias Prevención.

Salluh, J., Kurtz, P., Bastos, L., Quintairos, A., Zampieri, F. G. y Bozza, F. A. (2022). The resilient intensive care unit. *Annals of Intensive Care, 12*(1), 37-40. https://doi.org/10.1186/s13613-022-01011-x

San Román-Niaves, M., Coo, C., Llorens, S. y Salanova, M. (2022). The Mediating Role of Compassion between Social Job Resources, and Healthy Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study with Gender Perspective. *International Journal of Environmental Reasearch and Public Health.* https://doi.org/10.3390/ijerph19127500

Schaufeli, W. B. y 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. https://doi.org/10.1002/job.248

Schreurs, B., Van Emmerick, I. H., Van den Broeck, A. y Guenter, H. (2014). Work values and work engagement within teams: The mediating role of need satisfaction. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 18,* 267-281. Doi: 10.1037/gdn0000009

Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad.* Ediciones B.

Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.

SEMICYUC y SEEIUC (2020). *Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19.* https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Plan-Contingencia-COVID-19.pdf

Shanafelt, T. D., Larson, D., Bohman, B., Roberts, R., Trockel, M., Weinlander, E., Springer, J., Wang, H., Stolz, S. y Murphy, D. (2023). Organization-Wide Approaches to Foster Effective Unit-Level Efforts to Improve Clinician Well-Being. *Mayo Clinic Proceedings, 98*(1), 163-180. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.10.031.

Shanafelt, T. D., Ripp, J., Brown, M. y Sinsky, C. A. (2020). *Caring for health care workers during crisis. Creating a resilient organization.* American Medical Asociation (AMA). https://www.ama-assn.org/system/files/2020-05/caring-for-health-care-workers-covid-19.pdf

Soler, C. y Salanova, M. (2020). *Un estudio en las UCI muestra la influencia de la gratitud en el desempeño, calidad del servicio, compromiso y bienestar.* Ruvid. https://ruvid.org/estudio-las-uci-muestra-la-

© Ediciones Pirámide

influencia-la-gratitud-desempeno-calidad-del-servicio-compromiso-bienestar/
Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J. y Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One, 10*(8), e0136955. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955
Van Mol, M. M., Nijkamp, M. D., Bakker, J., Schaufeli, W. B. y Kompanje, E. J. (2018). Counterbalancing work-related stress? Work engagement among intensive care professionals. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 31*(4), 234-241. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.05.001
Van Zyl, L. E., Rothmann, S. y Nieman, C. (2020). Mental Health, Work Engagement and Meaningful Work-Role Fit of Industrial Psychologists: A Latent Profile Analysis. *Psychological Studies, 65,* 199-213.
Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo, 27,* 1-2.
Vidal-Cortés, P., Martín, M. C., Díaz, E., Bodí, M., Igeño, J. C. y Garnacho-Montero, J. (2022). Impact of one year of pandemic on Spanish Intensive Care Units. *Revista Española de Quimioterapia, 35*(4), 392-400. https://doi.org/10.37201/req/025.2022.
Vittersø, J. (2004). Subjective Well-Being versus Self-Actualization: Using the Flow- Simplex to Promote a Conceptual Clarification of Subjective Quality of Life. *Social Indicators Research, 65*(3), 299-331.
Wang, C., Xu, J., Zhang, T. C. y Li, Q. M. (2020). Effects of professional identity on turnover intention in China's hotel employees: The mediating role of employee engagement and job satisfaction. *Journal of Hospitality and Tourism Management, 45,* 10-22. https://doi.org/10.1016/j.jhtm.2020.07.002.
Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070.
Weiss, H. M. y Cropanzano, R. (1996). Affective events theory: a theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. En B. M. Staw y L. L. Cummings (eds.), *Research in Organizational Behavior* (pp. 1-74). JAI Press.
West, M., Eckert, R., Steward, K. y Pasmore, B. (2014). *Developing collective leathership for health care.* The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/developing-collective-leadership-kingsfund-may14.pdf
Zeijen, M. E. L., Petrou, P., Bakker, A. B. y Van Gelderen, B. R. (2020). Dyadic support exchange and work engagement: An episodic test and expansion of self-determination theory. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 93*(3), 687-711. http://dx.doi.org/10.1111/joop.12311

© Ediciones Pirámide

11

Desgaste profesional *(burnout)* y otros síndromes asociados: identificación, prevención y líneas de actuación en cuidados intensivos

BERNARDO MORENO JIMÉNEZ,
MARI CRUZ MARTÍN DELGADO
Y JOSÉ MANUEL GÓMEZ GARCÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) figuran entre los servicios sanitarios con mayor prevalencia de *burnout* o desgaste profesional (DP) entre sus profesionales (Mealer, 2016; Gualano et al., 2021). Estos datos se repiten en la investigación a lo largo de los años, lo que nos informa de la complejidad del constructo, su capacidad para solaparse con otros riesgos psicosociales del trabajo asistencial, la dificultad en su abordaje y la evidencia clara de que la producción científica sobre la evaluación del síndrome no va acompañada de investigación y aplicación de líneas de prevención e intervención.

El objetivo del presente capítulo es revisar el concepto y su evolución teórica, formas de evaluación, especificidades que adopta en el contexto sanitario y de las UCI, así como plantear las principales líneas de prevención e intervención sobre el mismo en estas unidades.

2. DESGASTE PROFESIONAL: CONCEPTO, IDENTIFICACIÓN Y PROCESO

2.1. Contextualización y evolución del concepto de desgaste profesional

Es común el reconocimiento del DP como uno de los problemas de salud mental más discutidos en la sociedad actual, y sin embargo su formulación conceptual, definición y evaluación dista mucho de estar resuelta. El concepto de DP se ha convertido en los últimos años en emblema de los riesgos psicosociales en el trabajo y, de forma más global, de la salud en el trabajo, incluso convirtiéndose en un marcador del malestar en el trabajo. A ello ha contribuido el deterioro progresivo de los factores sociales del trabajo y del mercado de empleo. Tal como proponen Schaufeli et al. (2008), la aparición del paradigma del DP se enmarca en las condiciones económicas del último cuarto del siglo XX, que han ido generando lentamente un tiempo de revuelta y de contestación generalizada.

Tiene importancia dejar constancia que cuando Freudenberger (1974; 1975; 1977a; 1977b) describe inicialmente «estar quemado» lo hace en términos amplios y abiertos, como un estado mental con múltiples descriptores que abarcan síntomas físicos, conductuales, psicológicos y psicopatológicos. El autor parece estar aludiendo a un problema global referido al malestar en el trabajo y que puede ser abordado desde perspectivas muy diferentes. Por otra parte, Freudenberger no se limita a describir efectos, sino que señala igualmente los procesos subyacentes al indicar que tienen mayor predisposición al mismo quienes más comprometidos están con la tarea y más expectativas ponen en la misma. Al mismo tiempo, indica que la línea de intervención debería poner-

© Ediciones Pirámide