



Impacto De La Cultura Organizacional Y Las Estrategias De Afrontamiento En Burnout Y Estrés Traumático Secundario Sanitario

Autor: Beatriz Boneu Pamies

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas

2º Máster General Sanitario de Psicología

Tutor: Jennifer E. Moreno Jiménez

Mayo de 2025

Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Prevalencia De Malestar En El Personal Sanitario	10
Trastorno De Estrés Postraumático Y El Estrés Traumático Secundario	12
Burnout: Un Problema Más Al Que Se Enfrentan Los Profesionales Sanitarios	15
La Cultura Organizacional Y Sus Efectos En El Bienestar De Los Trabajadores.....	16
Objetivos E Hipótesis	19
Método	21
Diseño Del Estudio	21
Procedimiento	21
Participantes.....	22
Cuestionario OCAI (Cameron & Quinn, 1999).....	23
MBI-HSS (Maslach et al., 1996)	25
COPE-28 (Morán et al., 2010).....	26
CETS (Meda et al., 2012)	27
Resultados.....	28
Análisis De Datos Cualitativos	29
Análisis Descriptivo De La Muestra.....	32
Prevalencia: Análisis Descriptivo De Estrés Traumático Secundario Y Sus Niveles	36
Análisis De Las Estrategias De Afrontamiento Utilizadas Por Los Sanitarios	39
Análisis Correlacional De Estrategias De Afrontamiento, Burnout Y Estrés Traumático Secundario.....	52
Análisis De La Cultura Organizacional	54
Análisis Correlacional De Cultura Organizacional, Burnout Y Estrés Traumático Secundario.....	57
Discusión Y Conclusiones	59

Referencias.....	68
Anexos	80
Anexo 1: Mapa De Áreas De Interacción Significativa Entre El Diagnóstico Y La Condición De Trastorno De Estrés Postraumático	80
Anexo 2: Hoja Informativa Del Cuestionario.....	80
Anexo 3: Consentimiento Informado De La Colaboración En El Cuestionario.....	81
Anexo 4: Compromiso De Confidencialidad Firmado De La Investigadora	82
Anexo 5: Cuestionario Final	83
Sección 1.....	83
Sección 3.....	88
Sección 4.....	89
Sección 5.....	91
Sección 6.....	92
Anexo 6: Cuestionarios Individuales Completos.....	92
6.1. OCAI Formato Real (Cameron & Quinn, 1999)	92
6.2. MBI-HSS (Maslach et al., 1996)	96
6.3. CETS (Meda et al., 2012)	97
Anexo 7: Análisis Estadístico	105
7.1. Análisis Descriptivo De Datos Sociodemográficos De La Muestra.....	105
7.2. Análisis Descriptivo De Burnout.....	109
7.3. Frecuencias: Niveles De Burnout Por Categorías.....	110
7.4. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Burnout).....	116
7.5. Análisis Descriptivo De Estrés Traumático Secundario.....	118
7.6. Frecuencias: Nivel De Estrés Traumático Secundario Por Categorías.....	119
7.7. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Estrés Traumático Secundario).....	128
7.8. Análisis Descriptivo: Estrategias De Afrontamiento Por Categorías	130
7.9. Análisis Descriptivo: Cultura Organizacional Por Niveles De Burnout.....	138

7.10. Análisis Descriptivo: Cultura Organizacional Por Niveles De Estrés Traumático Secundario.....	140
7.11. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas: Cultura Organizacional Por Nivel DP.....	142
7.12. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas: Cultura Organizacional Por Nivel Estrés Traumático Secundario	142

Resumen

Los profesionales del sector sanitario desarrollan tareas muy agobiantes y demandantes emocionalmente (exposición al sufrimiento, a la muerte, a presiones derivadas de tratar con pacientes y familiares) provocando situaciones de alto estrés. Este trabajo trata del estrés traumático secundario, que es cuando los sanitarios padecen síntomas de estrés postraumático similares a las víctimas o enfermos que atienden, y de las situaciones diarias de estrés que puedan desencadenar en burnout, otro síndrome con una sintomatología parecida al primero. Ambas problemáticas surgen en el trabajo y la intención es ver cómo el tipo de cultura organizacional juega un papel en el desarrollo de estas problemáticas, para prevenir el malestar y erradicar la creencia de que los sanitarios no pueden sentirse mal. Asimismo, se analizan las estrategias de afrontamiento que utilizan estos profesionales para ver si podrían estar relacionadas con la mejora o empeoramiento de estas problemáticas. Se realiza una revisión exhaustiva de literatura para realizar el estudio que sigue un diseño correlacional transversal descriptivo utilizando datos cuantitativos de los cuestionarios OCAI, MBI-HSS, COPE 28 y CETS y datos cualitativos usando preguntas ad hoc. Se demuestra que hay una alta prevalencia de malestar en la muestra, que existen relaciones entre el tipo de cultura organizacional, el burnout y estrés traumático secundario y que las estrategias de afrontamiento, también, están relacionadas con ambos síndromes. Finalmente, se añade en la discusión algunos estudios de prevención e intervención sobre el burnout y estrés traumático secundario en el entorno laboral.

Palabras clave: Burnout, Estrés Traumático Secundario, Estrategias de Afrontamiento y Cultura Organizacional.

Abstract

Healthcare workers deal with high stress and emotional draining tasks on a daily basis. Most professionals in this environment feel fatigue, pain, stress, and/or mental health issues. This work tries to investigate secondary traumatic stress which is when the worker experiences similar symptoms to those who have suffered a traumatic event, and, to investigate the development of burnout due to the daily high stress, which is another syndrome with similar symptoms. Both difficulties arise at work and the intention is to see how types of organizational culture play a role in the development of these problems to prevent and decrease discomfort and to eradicate the belief that hospital professionals cannot be ill or feel bad. As an addition, we measure the coping strategies healthcare workers use to deal with stress, to find if they are related in any way with improving or worsening burnout and secondary traumatic stress. The study begins with a depth review on the topic, data collection using OCAI, MBI-HSS, COPE 28 y CETS questionnaires (quantitative data) and ad hoc questions (qualitative data), using these to make a descriptive correlational cross-sectional study. We find there is great prevalence of discomfort in the sample, with statistically significant correlations between organizational culture and burnout level and secondary traumatic stress and that coping strategies are also related to both syndromes. In the discussion we add studies about prevention and intervention of burnout and secondary traumatic stress in the work environment.

Keywords: Burnout, Secondary Traumatic Stress, Coping Strategies and Organizational Culture.

Introducción

Según el Informe de la situación de Salud Mental en España (2023), el 21.6% de la población española experimenta estrés de forma regular. Además, indica que la población percibe que una de las causas del empeoramiento de la salud mental es el estrés (en un 88.8%) causado por dificultades económicas, incertidumbre ante el futuro, la presión y demandas laborales. Añade que la población piensa que saber gestionar el estrés tiene un impacto en el bienestar emocional de un 86% (Confederación Salud Mental España & Fundación Mutua Madrileña, 2023).

Asimismo, el informe de la Unión General de Trabajadoras y Trabajadores (2024), presenta resultados donde el 25% de los trabajadores europeos sufren de estrés laboral excesivo y el 51% afirman que el estrés es habitual en el trabajo. Este mismo informe, muestra una tabla con el número de bajas laborales por trastornos mentales cada año en España. Por ejemplo, antes del COVID-19 se reportaron alrededor de 400.000 bajas, tras el COVID, en 2021, aproximadamente 424.057, en 2022, 516.440 y en 2023, hubo 603.521. En los primeros meses del año 2024, ya han sido notificadas 468.093 bajas que, probablemente, se incrementarán cuando se contabilice el año completo, lo que muestra un aumento paulatino de bajas por trastornos de salud mental a lo largo de los años. Debemos recalcar que los datos utilizados para ambos informes se han recabado entre todo tipo de profesionales.

Los profesionales del sector sanitario desarrollan tareas altamente estresantes y muy demandantes emocionalmente (exposición al sufrimiento, a la muerte, a presiones derivadas de tratar con pacientes y familiares), provocando que haya una mayor carga de estrés. Jaramillo Antillón (2017) reflexiona acerca de la importancia de ser médico y expresa que un paciente viene a consulta a contar sus problemas más íntimos, a someterse a exámenes que, incluso algunos, pueden poner en riesgo su vida. Por ello, este médico concluye que, a parte de la formación académica, un profesional debe ser honesto y tratar al paciente con consideración y respeto. Esta responsabilidad supone una presión añadida para los profesionales sanitarios ya que implica dedicarse al cuidado de la salud física y/o mental de otra persona.

Los médicos, enfermeras, cirujanos, etc. son de los primeros servicios en recibir a cualquier tipo de víctima o persona enferma y deben enfrentarse a situaciones de alto estrés a diario (Selmanovic et al., 2011). Además, a lo largo de los años, los sanitarios han tenido que afrontar diferentes situaciones que podemos clasificar o describir como traumáticas. Por ejemplo, seguimos teniendo muy presente la pandemia mundial del COVID-19 (Galbraith et al., 2021) y la presión del trabajo en sucesos puntuales, como tiroteos (O'Neill et al., 2020), ataques

terroristas (por ejemplo, los ataques terroristas de París, Gregory et al., 2019), los atentados del 11M, que afectaron especialmente a los trabajadores de los hospitales del sur de Madrid (González Ordi et al., 2004) o desastres naturales (Esterwood & Saeed, 2020), que son situaciones que recaen directa y principalmente sobre estos profesionales.

Si investigamos acerca de los efectos que tienen los incidentes con un gran número de víctimas encontramos una revisión sistemática que revela que el estrés postraumático es la condición de salud más reportada por los profesionales sanitarios (Uddin et al., 2024). Otra revisión sistemática de 2021, realizada por Franklin y Gkiouleka, muestra que muchos estudios empíricos obtienen resultados que revelan ansiedad y/o estrés postraumático (43% presentan sintomatología de ansiedad de moderada a severa y/o sintomatología de estrés postraumático según Riello et al., en 2020), depresión (46% según Luceño-Moreno et al., 2020) y, de nuevo, síntomas de trastorno de estrés postraumático (3.8% en China, según Yin et al., en 2020) entre el personal sanitario.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una enfermedad mental que puede desarrollarse después de vivir o presenciar un evento traumático. Es relevante mencionar que las situaciones de estrés pueden desencadenar en estrés traumático secundario. Figley (1983), como se cita en Moreno-Jiménez et al, (2004) lo define como el conjunto de “aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro” (p. 3). Figley y McCubbin (1983) exponen que las familias, generalmente, cuidan y empatizan con otros familiares que han sufrido alguna situación traumática (ya sea por sentirse culpables o por interés real), haciendo que sean más vulnerables a sufrir estrés traumático secundario. A este respecto, los profesionales sanitarios también se solidarizan con los sentimientos que viven las personas que llegan al hospital, al estar en constante contacto con gente que necesita de cuidado y que podría estar viviendo uno de los momentos más vulnerables de sus vidas.

Además, las situaciones de estrés continuado o de estrés a largo plazo pueden desencadenar en burnout. El burnout se traduce de manera literal como “estar quemado” sin embargo, encontramos autores que utilizan expresiones como “estrés laboral crónico”. Schaufeli y Greenglass (2001), definen el burnout “como un estado de agotamiento físico, emocional y mental como resultado de la participación a largo plazo en situaciones laborales que son emocionalmente exigentes” (p. 1). Es relevante destacar que, aproximadamente, 1 de cada 3 sanitarios sufre de burnout en algún momento (De Hert, 2020).

Sin embargo, no todas las personas se ven afectadas por el estrés traumático, el estrés traumático secundario y/o el burnout. Dependiendo de los recursos personales de cada uno, ante una situación altamente estresante, reaccionan de distinta manera para sobrellevarla. A estas reacciones se les llama “estrategias de afrontamiento”. Según Morán et al., (2010), “El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés. Son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida” (p. 2).

Según los autores, las estrategias de afrontamiento se clasifican en diferentes categorías. Por ejemplo, Billings y Moos (1981) las catalogan en tres tipos. El primero es el afrontamiento cognitivo activo: cómo valoro (intrapésicamente) el estrés del evento (por ejemplo, intento ver el lado positivo de las cosas). El segundo es el afrontamiento conductual activo: que son las conductas o acciones que las personas realizan para abordar el problema (por ejemplo, no conozco suficiente un caso y busco información). Finalmente, el tercer tipo es el afrontamiento de evitación (por ejemplo, evitar hablar del tema o buscar ayuda). Dependiendo de la estrategia que utilicemos, manejaremos de manera diferente el estrés y este nos afectará más o menos.

Igualmente, se debe diferenciar entre las estrategias de afrontamiento positivas, que son aquellas que hacen sentir mejor a la persona que las utiliza (por ejemplo, sentir menos estrés) y las negativas, que son las que no hacen sentir peor (por ejemplo, más ansiedad). En un metanálisis donde juntan 2000 estudios de estrategias de afrontamiento para analizar las que más utilizan y sus efectos/resultados en las personas, se encuentra que el afrontamiento activo, planificación, apoyo social instrumental, apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, religión y humor se asocian a mayor bienestar, mientras que negación, desconexión conductual, autodistracción, uso de sustancias, desahogo emocional y autoinculpación con mayor malestar (Kato, 2015). Estas estrategias de afrontamiento se definen en el apartado método, subapartado variables y medidas, subsección COPE-28.

El desarrollo de estrés traumático, estrés traumático secundario y burnout está relacionado con los llamados riesgos psicosociales. Según Mora (2017), los riesgos psicosociales, “se constituyen por la interacción de percepciones y experiencias, aspectos personales individuales y condiciones de trabajo, influidos además por situaciones económicas, políticas, sociales y culturales” (p. 1). Algunos de los principales riesgos psicosociales a los que se enfrentan los profesionales de la salud son las largas jornadas, la carga excesiva de trabajo, la falta de “poder o influencia” en las decisiones de la organización, los recursos insuficientes, las experiencias

de agresión (Lim et al., 2010), la falta de reconocimiento y apoyo por parte de los compañeros y la organización en la que trabajan (Lewis et al., 2010).

Durante la pandemia del COVID-19, encontramos diferentes casos de riesgos psicosociales, como que la cantidad de enfermos supera la capacidad de los sanitarios, no hay suficientes Equipos de Protección Personal (EPP) (Ripp et al, 2020) y tampoco hay suficientes recursos (por ejemplo, ventiladores) para tratar a los enfermos y, por lo tanto, los profesionales tienen que enfrentarse a dilemas morales (Cohen et al., 2020).

Un riesgo psicosocial que investigaremos en profundidad es cómo la cultura organizacional, que afecta al ambiente laboral, podría estar relacionada con el desarrollo de estrés traumático secundario y burnout. De manera simple, Kucharska y Bedford (2019), explican que la cultura organizacional es una estructura de valores, creencias y suposiciones que sirven de guía para la organización y sus trabajadores. Además, añaden que dependiendo del tipo de cultura por la que se guíe una entidad, mejora o empeora el rendimiento, la eficacia y la efectividad de la empresa. En otras palabras, la cultura organizacional es uno de los factores que afecta al rendimiento de los trabajadores.

Tras introducir todos estos términos (estrés postraumático, estrés traumático secundario, burnout y cultura organizacional), es importante realizar una investigación de más fuentes para poder indagar y explicar cómo estos conceptos están relacionados con las profesiones del ámbito sanitario.

Prevalencia De Malestar En El Personal Sanitario

Cuando buscamos datos acerca de los sanitarios encontramos diferentes noticias donde hablan sobre la salud mental de los profesionales de la salud. Según La Razón (2024), la carrera universitaria con mayor tasa de depresión es la de medicina (han aumentado los casos de depresión un 35.3% entre el 2019 y el 2024). Por otro lado, El Mundo (2024) presenta una noticia con el título “Uno de cada cuatro sanitarios españoles sufre un problema de salud mental por el estrés y la ansiedad”, de hecho, se cita que la tasa de suicidio en este colectivo es mayor que el de la población general (1.3% > 0.8%).

Durante la pandemia del COVID-19, se realizó una revisión acerca de sus efectos en la salud mental de la población. En este estudio, se señala que “una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada”. Por lo tanto, se estima que “entre una tercera parte y la mitad de la población

expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad” (Reyes et al., 2020, p. 5).

En el informe del estudio de impacto del COVID en la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en España (2023), el 75% de los profesionales presentan algún indicador de fatiga, dolor y/o estrés. Siguiendo con los resultados relevantes del informe, el 38% de los sanitarios se sienten sobrepasados y un 43% se sienten quemados por el trabajo. Los resultados de otro estudio que mide el burnout de un departamento académico de medicina, con una muestra de 805 participantes, arroja que el 31.8% cumplen con los criterios de padecer burnout (Burns et al., 2021).

Nuestro sistema de salud nacional, aunque es un ejemplo y la envidia para otros países por distintas razones, como por la garantía de acceso y prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad (Ministerio de Sanidad, s.f.), crea una situación complicada para los sanitarios al tener que atender a todas las personas y, a causa de la de crisis actual, donde se han hecho recortes (Masters, et al., 2017), por no haber suficiente dinero para contratar más profesionales, ha aumentado la cantidad de trabajo al que se tienen que enfrentar los trabajadores.

Un claro ejemplo es un estudio cualitativo sobre enfermeras noveles que tuvieron que convertirse en enfermeras de urgencias durante la pandemia. Este informe, recoge, a través de entrevistas, cómo vivieron la situación las enfermeras sin experiencia “sentía culpa por la posibilidad de ser una carga para las enfermeras con más experiencia”, “sentía miedo de infectar a mi familia y otras personas”, “en la entrevista me sentí deshumanizada”, “no tuvieron en cuenta que no tenía experiencia”, “tuve que ir a la unidad donde trabajaba antes de empezar porque nadie me había explicado en qué consistía”, “me encontré varias veces sola enfrentándome a situaciones que no sabía cómo manejar”, etc. (García-Martín et al., 2021, pp., 5-7). Estos testimonios demuestran cómo era la situación para estas personas, resaltando de nuevo la cantidad de estrés a la que estuvieron sometidas.

El informe de PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) del 2023 (con datos del 2022 al 2023) realiza una encuesta online para obtener información sobre la salud, estilos de vida, condiciones laborales, etc. a los que están expuestos los profesionales sanitarios. Es importante resaltar, las condiciones de trabajo que indican que el 27% de los profesionales tienen contratos temporales, el 52% trabaja más de 40 horas semanales y el 29% más de 50 y, además, el 77% de los médicos expresan que la carga de trabajo actual es 41% superior o 37% muy superior a la que tenían antes de la pandemia.

Asimismo, si analizamos los datos de este mismo informe, el 26% de los profesionales consideran que su estado de salud es autopercebido como regular o malo, el 75% presenta indicadores de fatiga, el 38% se sienten sobrepasados y el 43% quemados por el trabajo. Además, 1 de cada 5, presenta síntomas de estrés postraumático y el 16% expresa que padece depresión o un trastorno de ansiedad (PAIME, 2023).

Los profesionales sanitarios tienen un trabajo en el que afrontan situaciones complicadas, donde un paciente puede morir. Además, deben permanecer en calma en todo momento y demostrar que son lo suficientemente profesionales porque en caso contrario perderían el trabajo y la licencia. De hecho, hay instituciones donde la cultura organizacional anima a los empleados a no reconocer los factores emocionales y, al no reconocerlos, el problema se incrementa (Moreno-Jiménez et al., 2004).

Todas estas situaciones, el alto estrés, la ansiedad, la sobrecarga de trabajo, el estado de salud negativo, el entorno laboral, etc., junto a las que viven estos profesionales en su día a día con los pacientes pueden desembocar en el desarrollo de estrés postraumático o estrés traumático secundario.

Trastorno De Estrés Postraumático Y El Estrés Traumático Secundario

El trastorno de estrés postraumático, según el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5ª edición), es un estado de angustia mental que surge tras la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual o a una amenaza real o percibida en una o más de las siguientes formas: experiencia directa del suceso traumático; presencia directa del suceso ocurrido a otros; conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo; y, exposición, repetida o extrema, a detalles repulsivos del suceso traumático (American Psychiatric Association, 2013).

Los sanitarios, al estar expuestos de manera repetida a los sucesos (accidentes, enfermedades, momentos vulnerables, etc.) que les ocurre a los demás, pueden padecer síntomas mentales similares a las víctimas o enfermos, a esto, lo llamamos estrés traumático secundario. Por tanto, la diferencia entre el estrés postraumático y el estrés traumático secundario, según Moreno-Jiménez et al., (2004) es que el estrés postraumático lo sufre la persona que ha vivido el suceso traumático y el estrés traumático secundario, la persona que ha sido testigo del suceso.

Para la realización del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, debe haber presencia de los síntomas de intrusión (por ejemplo, recuerdos angustiosos recurrentes, sueños

angustiosos, etc.), evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático (por ejemplo, esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos, etc.), alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático (por ejemplo, incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso, creencias o expectativas negativas persistentes, percepción distorsionada, etc.), alteración importante de la alerta y reactividad (por ejemplo, comportamiento irritable, imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, etc.) y la duración de la alteración, debe ser superior a un mes (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalencia transnacional de vida del trastorno de estrés postraumático es del 3.9%. Además, alrededor del 6% de personas que experimentan acontecimientos traumáticos, desarrollan trastorno de estrés postraumático (Koenen et al., 2017). El Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos expone que, aproximadamente, 8 de cada 100 mujeres y 4 de cada 100 hombres, tendrán trastorno de estrés postraumático en algún momento de sus vidas. Por consiguiente, es un trastorno más prevalente en mujeres que en hombres (U.S. Department of Veterans Affairs, (s.f.)

Las investigaciones realizadas explican que una de las condiciones necesarias es que ocurra un suceso traumático (Ford et al., 2015). Añaden, que, aunque ocurra un suceso traumático, esto no significa que la persona desarrolle la enfermedad, sino que las características personales biológicas y psicológicas, además de las estrategias de afrontamiento, son las que indican si hay mayor probabilidad de desarrollarlo. Las características biológicas son aquellas particularidades físicas que tiene cada ser humano (como cambios en el funcionamiento del cerebro). Las características psicológicas son aquellos factores que afectan a cómo una persona piensa, siente y se comporta (por ejemplo, una persona empática tiene más probabilidad de ponerse en el lugar del otro).

Sobre las características personales biológicas, encontramos estudios que descubren diferencias a nivel neurológico comparando personas con y sin el trastorno. Por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático produce respuestas exageradas de la amígdala y respuestas atenuadas de la corteza prefrontal ventral/medial (Rauch et al., 2006). Otra revisión, añade hiperactivación del hipocampo, mayor activación en el putamen, tálamo, ínsula anterior y córtex del cíngulo anterior (Patel et al., 2012, Simmons & Matthews, 2012, Erickson et al., 2014). Además, en 2021, Wu et al., encuentran, comparando personas con y sin el trastorno, que los niveles altos de proteína del factor neurotrófico derivado del cerebro se correlacionan con el trastorno y los niveles altos de cortisol urinarios, también, son un biomarcador en

hombres y mujeres (Watts, 2014). (Véase anexo 1 para ver una imagen donde comparan la activación cerebral por el aumento de flujo sanguíneo en personas con trastorno de estrés postraumático y control).

Acerca de las características personales psicológicas, entramos en el tema de los factores de resiliencia, que tienen la probabilidad de reducir la presencia del trastorno. Estos factores según el National Institute of Mental Health (2023) son tener apoyo social (buscar y recibir ayuda) y las estrategias de afrontamiento y aceptación. De hecho, el modelo teórico de Beaton y Murphy (1995) destaca los factores organizacionales (por ejemplo, normas culturales y tipo de organización) y las características personales (por ejemplo, formación, experiencia, apoyo social), como variables mediadoras del estrés traumático secundario.

Como factores que afectan al desarrollo de estrés traumático secundario, Moreno-Jiménez et al., (2007), presentan un modelo de antecedentes organizacionales que incluyen la carga laboral y temporal y el grado de exposición a tareas traumáticas que realizan los trabajadores. Por otro lado, las variables de personalidad, como la empatía, la comprensibilidad (esquemas que tiene la persona sobre el mundo), el reto y el sentido del humor (ya sea haciendo más vulnerable o resiliente a la persona) también influyen en el desarrollo del síndrome.

Un estudio expone que, curiosamente, el estrés traumático secundario prevalece en enfermeras con menos años de experiencia comparado con aquellas enfermeras que llevan años exponiéndose a pacientes con lesiones graves. Además, el menor uso de estrategias de afrontamiento, como la falta de sistemas de apoyo (familiares, amigos y/o otros grupos), el utilizar medicación y la falta de hobbies, incrementan el desarrollo de estrés traumático secundario. Concluye diciendo que las “prácticas y políticas deberían promover un entorno laboral sano y las relaciones positivas entre trabajadores” (Von Rueden et al., en 2010, p. 10) ya que ambas cosas están relacionadas con el desarrollo del estrés traumático secundario. Además, hablar con compañeros de trabajo es la estrategia de afrontamiento que más ayuda, en particular, a las enfermeras de la unidad de trauma tras enfrentarse con un escenario difícil (Harrington & Newman, 2007).

Así que, tanto las características biológicas y psicológicas, como el entorno laboral influenciado por la cultura organizacional son factores importantes en la probabilidad del desarrollo del trastorno de estrés traumático y del estrés traumático secundario. Asimismo, el malestar laboral y el estrés a largo plazo están muy relacionados con el término burnout.

Burnout: Un Problema Más Al Que Se Enfrentan Los Profesionales Sanitarios

Según Aguirre Mas et al., (2018), “los períodos repetidos de estrés suelen preceder al síndrome de burnout, traducido como quemarse por el trabajo, que resulta de la interacción de variables del entorno laboral y personal aludiendo a una serie de síntomas y sentimientos asociados al estrés laboral” (p. 2).

Investigando sobre los factores que afectan al desarrollo del burnout, encontramos el modelo de Cherniss (1980), actualizado o modificado por Burke y Greenglass (1995) donde incluyen, por un lado, las características del trabajo como la orientación inadecuada, la carga de trabajo, la falta de estimulación, número de clientes a los que deben atender, liderazgo pobre y aislamiento social y, por otro lado, añaden las causas de estrés en el entorno laboral, como dudas acerca de la propia competencia, problemas con los clientes, falta de estimulación y cumplimiento, interferencia burocrática y falta de colegialidad.

Además, este último modelo, también, incluye los cambios en la actitud del trabajador como reducción de los objetivos de trabajo, reducción de la responsabilidad personal por los resultados, menos idealismo, desapego emocional, alienación laboral y mayor interés propio (Burke y Greenglass, 1995).

Por ejemplo, si buscamos literatura acerca de cómo el burnout afecta al trabajo de un médico, encontramos que está conectado con realizar más errores en el cuidado de los pacientes (Williams, et al., 2007). Esta relación se investiga desde hace tiempo, de hecho, en 1988, descubren que en los departamentos de medicina con mayor estrés laboral se cometen más negligencias médicas (Jones et al., 1988). En un estudio de Fahrenkopf et al., (2008), se obtienen resultados parecidos, encontrando que los residentes de medicina con burnout cometen más errores en la administración de medicamentos.

Para diferenciar mejor los conceptos de estrés secundario y burnout, ya que los síntomas son parecidos, Moreno-Jiménez et al., (2004), explican que una de las mayores diferencias es que el estrés traumático secundario surge de forma abrupta y el burnout se desarrolla durante un largo periodo de tiempo por el agotamiento emocional.

Moreno-Jiménez 2001, destaca que el origen del burnout se sitúa en las variables organizacionales pero que también las variables personales tienen una influencia en el desarrollo de este síndrome. Como variables organizacionales Glisson et al., (2008) añade el

estar “sobrecargado” en el trabajo y la ambigüedad de rol por la imposibilidad de terminar las tareas necesarias (porque son incompatibles) están relacionadas con el desarrollo de burnout.

Sobre las variables personales que afectan en el desarrollo de burnout Maslach et al., (2001), presentan un estudio que incluye que el locus de control externo (atribuir los logros a otros o a suerte), la baja autoestima, la falta de robustez (por ejemplo, decir siempre que sí a ayudar a compañeros de trabajo), el rasgo de personalidad de neuroticismo (asociado a la ansiedad, irritabilidad, vulnerabilidad y ser “self-conscious” (ser consciente de ti mismo de manera insegura e incómoda por como piensas que te perciben los demás)) y los estilos de afrontamiento desadaptativos también influyen en el desarrollo de burnout.

Una revisión sistemática realizada en 2022 para afrontar el burnout encuentra que las estrategias de afrontamiento más comunes y eficientes, en la literatura disponible, son el apoyo social y emocional, las actividades físicas, las actividades de autocuidado y distanciarse de manera física y emocional del trabajo. Los mecanismos asociados a menor nivel de burnout son el bienestar físico, el establecimiento de límites, la pasión por el trabajo y la variedad clínica, entre otras (Maresca et al., 2022). Otro estudio realizado en policías añadía la flexibilidad psicológica (como adaptación al medio) como un factor de resiliencia (Gray & Rydon-Grange, 2020).

Un estudio que analiza la relación entre los factores psicosociales y el burnout muestra resultados donde los profesionales sanitarios incluidos en el estudio sienten que el entorno laboral es muy exigente y genera mucha tensión (Asante et al., 2019). Otra investigación, asocia que la falta de control en el entorno laboral es el factor psicosocial vinculado con el burnout (Moreira & Lucca 2020). Otro análisis, con más factores psicosociales, encuentra que la influencia en el trabajo, el nivel de libertad laboral, el apoyo social, la sensación de coherencia, la salud mental y el afrontamiento centrado en problemas se relacionan negativamente con el burnout (es decir, a mayor estos factores, menor el burnout) (Ilić et al., 2017).

Tanto el estrés traumático secundario como el burnout están relacionados con el entorno laboral, por lo que en el siguiente apartado analizaremos la relación entre la cultura organizacional y el posible desarrollo de ambos trastornos.

La Cultura Organizacional Y Sus Efectos En El Bienestar De Los Trabajadores

Cameron y Quinn en 1999 crearon un modelo teórico de los perfiles de cultura organizacional llamado “Competing Values Framework” (traducido: Marco de Valores en Competencia). Este

modelo asume que la cultura organizacional se fundamenta en dos dimensiones. En primer lugar, están el foco interno o externo, dependiendo del foco, la empresa se centra en mejorar mirando hacia dentro (interno), por ejemplo, en la formación de trabajadores, o mirando hacia fuera (externo), buscando nuevos empleados que estén más preparados. En segundo lugar, la estabilidad o flexibilidad de la estructura. La dimensión de estable o flexible se refiere a la adaptación del cambio. Una cultura organizacional estable es aquella que se focaliza en controlar y seguir una estructura siempre. Sin embargo, si es flexible, la entidad está preparada para responder a cualquier cambio (adaptación rápida al cambio).

De estas dos dimensiones mencionadas, surgen cuatro tipos de cultura organizacional. “Clan”, una entidad con el foco interno y flexible, donde se valoran a los trabajadores como parte de la familia y se tienen valores como el trabajo en equipo, la lealtad y el compromiso. “Adhocracia”, empresas dinámicas (flexibles), que toman riesgos, experimentan e innovan, y son flexibles con el foco externo. “Orientado a la jerarquía”, aquellas que suelen ser muy formales y estructuradas, siguen las normas, hay previsibilidad y estabilidad, tienen el foco interno y son estables. Y, finalmente, “Orientado al mercado” que están más centradas en los resultados, la competencia y el éxito, tienen el foco externo y son estables (Dębski et al., 2020). Véase figura 1 para ver el modelo representado.

Figura 1

Tipos de cultura organizacional según el modelo CVF (Dębski et al., 2020).



Nota. Adaptado de “Cultural profiles based on Competing Values Framework.” (p. 5), por Dębski et al., 2020, *Human Systems Management*, 39 (3).

El tipo de cultura organizacional que los trabajadores normalmente perciben en los hospitales es, en primer lugar, orientado a la jerarquía y, en segundo lugar, orientado al mercado (Mesfin

et al., 2020). Otro investigador, también encuentra que en hospitales privados el tipo de cultura organizacional prevalente es el orientado a la jerarquía y el menos prevalente es el clan (Saif, 2017). En España, hay estudios que, igualmente, reconocen u observan que el tipo organizacional más utilizado en hospitales es el orientado a la jerarquía, presentando rigidez y afectando a la autonomía, por las directrices impuestas y las prescripciones, por lo que los profesionales no tienen la capacidad de toma de decisiones importantes (aunque tomen decisiones sobre aspectos más superficiales) (Iglesias Guerra et al., 2005).

Dependiendo del tipo de cultura organizacional de la entidad, hay diferentes maneras de conseguir cumplir sus objetivos y los trabajadores pueden interpretar cómo deben trabajar y dar un significado a su trabajo. Una empresa, hizo un estudio acerca de qué tipo de cultura favorece la efectividad de los trabajadores y los resultados demuestran que el tipo adhocracia (el de mayor preferencia por los trabajadores), el tipo orientado al mercado y el tipo clan se relacionan positivamente con el rendimiento laboral. Sin embargo, el tipo orientado a la jerarquía no muestra un impacto en el rendimiento laboral (Zeb et al., 2022). Otros estudios como el de Prajogo y Mcdermott (2011) y el de Wanjiku y Lumwagi (2014), también, obtiene estos resultados.

Cuando hablamos de efectividad, es importante aclarar que, en este trabajo, nos referimos a la calidad del cuidado del paciente. Si un médico cumple los criterios de burnout y, también, tiene sintomatología de estrés traumático secundario, el cuidado al paciente no va a ser el mismo que el de un médico que no sufre de estas condiciones. A este respecto, Cieslak et al., (2014), en una revisión sistemática combina dos interesantes estudios: el primero de Newell y MacNeil, 2011, explica que es un muy probable que los sanitarios estén expuestos a altos niveles de burnout y el segundo de Cheung y Chow, (2011), menciona que el burnout afecta al bienestar de los profesionales, la calidad de vida de sus pacientes y la efectividad del cuidado.

En este sentido, estudio realizado en 2009, descubre que las enfermeras creen que existe una asociación entre el agotamiento y la atención brindada, así, cuando las enfermeras experimentan agotamiento atienden deficientemente a los pacientes (Alacacioglu et al., 2009). Otro estudio, llevado a cabo por Russell, en 2016, sobre la percepción, prevención y los efectos en la atención al paciente según las enfermeras, concluye que el aumento en niveles de burnout influye en cómo tratan a los enfermos, siendo menos compasivas, mostrando menor apoyo y de una manera distanciada.

Además, Quinal et al., (2009) explica que el padecer de estrés traumático secundario puede provocar que haya una disminución en la satisfacción laboral, alta rotación laboral, depresión, burnout y deterioro del funcionamiento laboral. En el mismo estudio explica que los síntomas más comunes a los que se enfrentan las enfermeras oncológicas son la dificultad para dormir, pensamientos intrusivos sobre pacientes e irritabilidad. Otros los síntomas menos comunes pero que surgen en la muestra son evitar personas, lugares y cosas y tener sueños perturbadores con pacientes.

Objetivos E Hipótesis

El objetivo general de la investigación es la creación de una imagen de la situación actual, demostrando la prevalencia de estrés traumático secundario y burnout entre los profesionales sanitarios, dada su situación de vulnerabilidad, a través de una medición de la cultura organizacional, el burnout, el estrés traumático secundario y las estrategias de afrontamiento para ver qué tipo de relaciones mantienen estas variables en los profesionales sanitarios.

Los objetivos específicos, dentro de este amplio propósito, son:

- Cuantificar los niveles de burnout y estrés secundario traumático en los sanitarios actuales.
- Evaluar qué tipo de cultura organizacional es reconocida y percibida por los profesionales sanitarios en los hospitales.
- Reconocer los efectos que tiene la cultura organizacional en el desarrollo de burnout y estrés traumático secundario.
- Comprobar si hay una relación correlacional entre el tipo de cultura organizacional y el desarrollo de estrés traumático secundario y burnout en los profesionales sanitarios.
- Examinar y medir qué estrategias de afrontamiento utilizan los sanitarios para poder trabajar en desarrollarlos o aumentarlos en un futuro.
- Incluir medidas de prevención y estrategias de solución al problema en la discusión.

Tras la investigación sobre la importancia de estos problemas de salud mental en la muestra seleccionada, se elaboran distintas hipótesis establecidas sobre lo que se espera descubrir:

- H1: Prevalencia alta de casos de burnout y estrés traumático secundario en los profesionales sanitarios.
- H2: Diferencias estadísticamente significativas entre medias de burnout y dependiendo de sexo, formación, experiencia, tipo de institución y profesión.

- H3: Diferencias estadísticamente significativas entre medias de estrés traumático secundario dependiendo de sexo, formación, experiencia, tipo de institución y profesión.
- H4: Diferencias estadísticamente significativas entre los recursos personales y las estrategias de afrontamiento dependiendo de sexo, formación, experiencia, tipo de institución y profesión.
- H5: Las estrategias de afrontamiento individuales de los profesionales sanitarios se relacionan con mayores o menores niveles de burnout y estrés traumático secundario.
 - Las estrategias de afrontamiento positivas (afrontamiento activo, planificación, apoyo social instrumental, apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, religión y humor) se vinculan con menores niveles de burnout y estrés traumático secundario.
 - Las estrategias de afrontamiento activo negativas (negación, desconexión conductual, autodistracción, uso de sustancias, desahogo emocional y autoinculpación) se asocian con mayores niveles de estrés traumático secundario.
- H6: La cultura organizacional es una variable relacionada con el desarrollo de burnout y estrés traumático secundario en los hospitales españoles:
 1. La cultura organizacional orientada a la jerarquía tendrá una relación positiva, a más este tipo de cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario. Esta cultura será la que más se relacione con el desarrollo de burnout y estrés traumático secundario.
 2. La cultura organizacional de tipo “clan”, tendrá una relación negativa, a menos este tipo de cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario.
 3. La cultura organizacional “Adhocracia”, tendrá una relación positiva, a menos nivel de esta cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario.
 4. La cultura organizacional orientada a mercado tendrá una relación negativa, a más nivel de este tipo de cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario.

Método

Diseño Del Estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo correlacional transversal descriptivo con la inclusión de análisis de datos cuantitativos y cualitativos. En el caso de la información cualitativa se incluyeron preguntas ad hoc para conseguir un entendimiento profundo acerca del tema del estudio. La medición se realizó una única vez por participante.

Procedimiento

Con el objetivo de obtener la mayor cantidad de participación, se elaboró un cuestionario online utilizando la herramienta de “Microsoft Forms”. En esta encuesta se recopilaban ítems de otros cuestionarios que han demostrado ser fiables en la medición de las variables a analizar, divididas en independientes y dependientes. Las variables independientes son la cultura organizacional y las estrategias de afrontamiento. Las variables dependientes son el burnout y el estrés traumático secundario.

Para conseguir participantes, se empleó el método de bola de nieve, contactando con diferentes profesionales del ámbito sanitario para que compartieran el cuestionario con sus compañeros de trabajo o conocidos para conseguir el mayor número de respuestas en el menor tiempo posible. Se utilizaron redes sociales como LinkedIn, Facebook, Instagram y contactos telefónicos para llegar a los participantes objetivo. Se realizó la recolección de datos durante marzo y abril. Una vez transcurrido el tiempo establecido para la recepción de respuestas, se puso el cuestionario en privado para evitar que hubiera nuevos participantes.

Antes de comenzar el cuestionario, se incluyó un texto con información acerca del motivo de la investigación (véase el anexo 2 para ver la hoja informativa), una pregunta para conseguir el consentimiento informado del uso de datos (diríjase al anexo 3 para encontrar el consentimiento informado) y la garantía de ser 100% anónimo (código numérico para cada participante). Además, se compartieron los datos de la investigadora (nombre, email y número de teléfono) para resolver dudas y/o preguntas, en caso necesario, volviendo a garantizar el anonimato. Ver anexo 4 para encontrar el “compromiso de confidencialidad firmado por la investigadora”.

El cuestionario se dividió en 6 secciones. En cada sección se explicó brevemente en qué consistían las preguntas y las instrucciones de cómo responder. La primera sección “Datos sociodemográficos” recogía los datos acerca de la edad, el sexo, el lugar de residencia, el tipo

de institución (pública o privada), el nivel de formación, la profesión, las horas semanales de trabajo, los turnos de guardias (en horas), una pregunta de SI/NO: “¿Crees que has vivido experiencias traumáticas en el entorno laboral? y una consulta: “Esta pregunta es opcional pero su respuesta sería de gran ayuda para el desarrollo de mi trabajo. ¿Sería posible que especificaras qué eventos considerarías como traumáticos?”

La 2ª sección era el “Organizational Culture Assessment Instrument” (OCAI, en español) de Cameron & Quinn, 1999. La sección 3 correspondía al “Maslach Burnout Inventory” adaptado al personal sanitario (MBI - HSS), (Maslach et al., 1996). La 4ª sección incluía el “Cuestionario Brief COPE” (COPE-28) de Morán et al., 2010. La 5ª contenía el “Cuestionario de Estrés Traumático Secundario” (CETS), (Meda et al., 2012).

Por último, la sexta sección “Tu opinión es importante”, estaba formada por dos preguntas abiertas para que los participantes respondieran expresándose como quisieran. El objetivo era conseguir opiniones acerca de las variables independientes del estudio. Estas preguntas eran “¿Qué aspectos de tu trabajo son los que más te agotan?” y “¿Qué aspectos de tu trabajo cambiarías?”. (Diríjase al anexo 5 para encontrar una copia del cuestionario utilizado).

Al final del cuestionario se añadió un breve texto indicando a los participantes interesados en recibir los resultados y conclusiones del estudio, que podrían solicitarlo personalmente a la investigadora, siempre garantizando la confidencialidad y eliminando toda la información una vez enviada la copia del trabajo. También, se recordaba el procedimiento de uso de datos, donde se especificaba que, tras un año desde la finalización y presentación de la investigación, todos los datos individuales serían destruidos.

Participantes

Los participantes objetivo fueron profesionales sanitarios incluyendo médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as de auxiliar de enfermería y/u otros que trabajasen en entornos hospitalarios o en el ámbito sanitario. La diversidad en la muestra permitió que se obtuviera una visión más completa sobre la experiencias, opiniones y dificultades que tienen los sanitarios en su trabajo.

Con respecto a las características de la muestra, se seleccionaron como criterios de inclusión que debían estar trabajando en la actualidad en el ámbito sanitario u hospitalario y, por ende, habilitados para ejercer la profesión en España, y otorgar el consentimiento de datos. No se previeron criterios de exclusión.

El número final de participantes fue de 36, con un rango de edad que comprendió desde los 23 a los 64 años ($\bar{x} = 46.53$ años). El 69.4% de la muestra fueron mujeres ($n = 25$) y el 30.6% hombres ($n = 11$). La mayoría de los participantes residían en Madrid (58.3%) y el resto provenían de otras comunidades autónomas (menos un participante que vivía en Francia).

El 100% trabajaba en la actualidad. El 69.4% trabajaban en el sistema nacional de salud (público) y el 30.6% en el ámbito privado. De acuerdo con el nivel de formación, 12 participantes tenían el doctorado (33.3%), 10 el grado (27.8%), 8 el posgrado (22.2%) y 6 habían estudiado formación profesional (16.7%). El 61.1% ($n = 22$) eran médicos, el 19.4% ($n = 7$) enfermeros, el 16.7% ($n = 6$) técnicos auxiliares de enfermería y contestó un psicólogo, 2.8% ($n = 1$). Las especializaciones más reportadas fueron médicos de familia (22.2%) y cirugía (22.2%).

La media de horas semanales trabajadas fue de 40.26 horas y los turnos de guardias tienen una media de 9.39 horas. La mayoría de los participantes tenían más de 10 años de experiencia (63.9%) o más de 5 años de experiencia (13.9%). El 97.2% confirmaba haber vivido alguna experiencia traumática en el entorno laboral, habiendo un solo participante que no sufrió estas experiencias. (ver anexo 7.1. Análisis Descriptivo De Datos Sociodemográficos De La Muestra).

Variables Y Medidas

Como se comentó previamente en este estudio las variables predictoras fueron la cultura organizacional y las estrategias de afrontamiento. Las variables criterio fueron el nivel de burnout y estrés secundario traumático.

En primer lugar, se recogió el consentimiento (véase anexo 3) y, luego los datos sociodemográficos de los participantes en relación con su situación laboral en la actualidad. Las siguientes subsecciones incluyen la descripción de cada cuestionario utilizado.

Cuestionario OCAI (Cameron & Quinn, 1999)

Se utilizó el cuestionario OCAI (Cameron & Quinn, 1999) que evalúa la cultura organizacional dividiéndola en clan ($\alpha = 0.881$), adhocrático ($\alpha = 0.691$), mercado ($\alpha = 0.776$) y jerarquía ($\alpha = 0.893$), a través de 6 dimensiones con 6 preguntas sobre la cultura organizacional, que incluye:

- Características dominantes: son aquellas particularidades que definen cómo es una organización. Por ejemplo, cómo se organiza la empresa, en que se enfoca la organización, etc.
- Liderazgo organizacional: depende del enfoque que tiene la organización. Por ejemplo, el jefe es el mentor de los trabajadores o el liderazgo es un ejemplo de emprendimiento.
- Administración de los recursos humanos: se refiere a cómo tratan a los empleados y cómo es el ambiente en la organización. Por ejemplo, la empresa se caracteriza por el trabajo en equipo o por el riesgo individual.
- “Pegamento” organizacional: Es aquello que mantiene unida la empresa. Por ejemplo, lo que mantiene unida la organización es la lealtad o existe un compromiso con la innovación.
- Énfasis estratégico: refiere al enfoque estratégico que adoptan en la organización “en que se centra la organización”. Por ejemplo, la organización enfatiza el desarrollo humano o la empresa se centra en la adquisición de nuevos recursos.
- Definición de éxito: como la organización determina el éxito. Por ejemplo, el éxito en la organización depende de tener el producto más reciente o el éxito está en ganar a la competencia.

El cuestionario mide la cultura organizacional presente, cada pregunta constaba de cuatro alternativas que se debían responder dividiendo 100 puntos dependiendo del nivel de similitud a su organización. Por ejemplo, la pregunta características dominantes, tenía los siguientes 4 ítems: “La organización es un lugar muy personal y acogedor. Es como una familia extendida. Las personas comparten mucho de sí mismas unas con otras.”, “La organización es un lugar emprendedor muy dinámico. Las personas están dispuestas a arriesgarse por algo nuevo.”, “La organización está muy orientada a los objetivos. Una de las mayores preocupaciones es terminar su trabajo. Las personas son muy competitivas. Las personas están muy animadas” y “La organización es un lugar muy controlado o estructurado. Los procedimientos generales son los que gobiernan o deciden lo que la gente hace”.

Por otro lado, se midió la cultura organizacional preferida, siguiendo el mismo procedimiento (es decir, mismas preguntas e ítems) pero la respuesta se basaba en cómo le gustaría al trabajador que su organización fuera dentro de 5 años.

Al haber creado un cuestionario en Microsoft Forms, no se pudo utilizar la plantilla normal del OCAI (véase anexo 6.1.), por ello, se estableció una escala de Likert proporcionando las

siguientes opciones 0, 5, 25, 50, 75 y 100. El objetivo era que los participantes escogieran las diferentes opciones teniendo en cuenta de que la respuesta debía sumar 100 al final (diríjase al anexo 5: Cuestionario final, sección 2).

Para la corrección, fue necesario sumar todos los ítems de cada tipo de cultura organizacional y realizar la media. Por ejemplo, para la obtención del resultado de clan se sumaron las respuestas de cada ítem de cada dimensión (características dominantes, liderazgo organizacional, administración de recursos humanos, “pegamento” organizacional, énfasis estratégico y definición del éxito), y se dividieron entre 6 para obtener la media.

MBI-HSS (Maslach et al., 1996)

Tras completar el primer formulario, el participante debía responder a parte del cuestionario MBI-HSS (Maslach et al., 1996) ($\alpha = 0.503$) constituido por 22 ítems que contienen afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del trabajador para medir el desgaste profesional. Consta de 3 escalas, que son:

- Agotamiento emocional: mide si la persona se encuentra cansada emocionalmente por las demandas del trabajo. La puntuación máxima es 54. Una puntuación de más de 26 sería un indicio de burnout.
- Despersonalización (DP) ($\alpha = 0.813$): valora que la persona reconozca sus actitudes de frialdad y distanciamiento. La máxima puntuación es 30. Una puntuación de más de 9 sería una señal de burnout.
- Realización personal (RP) ($\alpha = 0.882$): evalúa sentimiento de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. La máxima puntuación es 48. Una puntuación de menos de 34 sería indicadora de burnout.

Como el cuestionario del CETS (incluido en la sección 5) ya medía la fatiga emocional, no se incluyó la escala de agotamiento emocional ya que son variables muy parecidas. Por lo tanto, el participante debía responder a las escalas de DP y de RP, siendo 13 ítems. (Véase anexo 6.2 para encontrar el MBI-HSS completo y el anexo 5, sección 3, para ver el cuestionario final que incluye los 13 ítems utilizados. Un ejemplo de un ítem es “Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes”. Se utiliza una escala Likert (de 0 a 6, entre “Nunca” y “Todos los días”).

La corrección del cuestionario consistió en dividir las puntuaciones por niveles. Los indicios de burnout debían tener un nivel alto en cansancio emocional y despersonalización y un nivel

bajo en realización personal (ver en figura 2 los valores de referencia marcados en negrita que indican burnout).

Figura 2

Valores de referencia indicadores de síndrome de burnout.

Escalas	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

COPE-28 (Morán et al., 2010)

Una vez realizada la sección anterior, se contestaba al COPE-28 (Morán et al., 2010) ($\alpha = 0.795$). que es un cuestionario que incluye diferentes escalas, según:

- Afrontamiento Activo (AA) ($\alpha = 0.787$): iniciar una conducta (esfuerzo) para enfrentarse a lo que afecta a la persona. Por ejemplo, salgo a dar un paseo para desconectar de aquello que me estresa.
- Planificación (P) ($\alpha = 0.643$): planificar estrategias para enfrentarse al estresor. Por ejemplo, pienso en qué pasos debo seguir para superar una crisis.
- Apoyo Social Instrumental (ASI) ($\alpha = 0.754$): buscar ayuda en personas que entienden y conocen que se puede hacer con una situación. Por ejemplo, le pido a mi compañero que me dé su opinión acerca de un paciente.
- Apoyo Social Emocional (ASE) ($\alpha = 0.578$): buscar apoyo emocional para sentirse comprendido y validado. Por ejemplo, comparto con mi familia lo mal que lo estoy pasando para que me consuelen.
- AutoDistracción (AD) ($\alpha = 0.637$): intentar distraerse centrándose en otras cosas para no pensar en aquello que le afecta a la persona. Por ejemplo, empiezo a realizar otra tarea de mi trabajo para evitar centrarme en lo que me agobia.
- Desahogo emocional (DE) ($\alpha = 0.403$): expresar mis emociones para reducir mi malestar (incluye el autoconocimiento de saber que necesitas desahogarte). Por ejemplo, lloro acompañada de mi mejor amiga.

- Desconexión Conductual (DC) ($\alpha = 0.741$): parar de luchar o enfrentarse a la situación estresante (aunque afecte a tus metas). Por ejemplo, dejo de estudiar porque el examen me agobia demasiado.
- Reinterpretación Positiva (RIP) ($\alpha = 0.504$): intentar mirar de manera positiva lo que ha ocurrido, tomárselo como una oportunidad de mejorar. Por ejemplo, tras suspender un examen, pienso que me da la oportunidad de estudiar mejor los conceptos.
- Negación (N) ($\alpha = 0.866$): negar que ha ocurrido algo que me ha afectado. Por ejemplo, niego la gravedad de una enfermedad grave y/o rechazo el tratamiento.
- Aceptación (A) ($\alpha = 0.589$): aceptar que ha ocurrido una situación estresante. Por ejemplo, tras una evaluación negativa, acepto la crítica que he recibido.
- Religión (R) ($\alpha = 0.836$): utilizar las creencias religiosas en momentos críticos. Por ejemplo, voy a rezar a la iglesia tras un día estresante.
- Uso de sustancias (USD) ($\alpha = 0.940$): utilizar medicación o drogas (legales o/e ilegales) como manera de sentirse mejor. Por ejemplo, me tomo una cerveza después de volver del trabajo.
- Humor (H) ($\alpha = 0.838$): usar bromas para reírse de lo que nos afecta o nos duele. Por ejemplo, no estoy gorda, estoy blindada.
- AutoInculpación (AI) ($\alpha = 0.752$): sentir que lo que ha sucedido es culpa tuya. Por ejemplo, si soy víctima de abusos sexuales, siento que es culpa mía lo que ha ocurrido.

Un ejemplo de un ítem es “Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer”. Se respondió al cuestionario a través de una escala tipo Likert (de 0 a 3, entre “No, en absoluto” y “Mucho”) y constaba de 28 ítems (Puede encontrar el cuestionario completo en el anexo 5: Cuestionario Final: sección 4). Cada escala (14) tenía dos ítems, todos positivos, a mayor puntuación en cada escala mayor uso de la estrategia (por ejemplo, en la escala de humor, responder al ítem 1 = 3 y al ítem 2 = 3, el resultado sería 6 significando que utilizo mucho el humor para lidiar con mi estrés).

CETS (Meda et al., 2012)

Finalmente, tras haber completado todas las encuestas anteriores, se respondía a la escala de estrés traumático secundario del CETS (Meda et al., 2012) ($\alpha = 0.790$). El cuestionario completo utiliza una escala tipo Likert (de 1 a 4, entre “totalmente en desacuerdo” y “totalmente de acuerdo”) e incluye las siguientes escalas:

- Antecedentes (incluyendo carga laboral y temporal, presión social, tarea traumática y satisfacción por ayudar).
- Estrés traumático secundario (esta es la escala que responden los participantes):
 - Fatiga emocional (FE) ($\alpha = 0.882$): se refiere al agotamiento emocional que viven en el entorno laboral tratando situaciones de alto estrés. Los resultados se obtienen sacando la media de los ítems 1, 2, 3 y 4, 5. Luego se divide por niveles, si el resultado es menor de 2, sería un nivel bajo, si el resultado es de 2 a menor de 3, sería un nivel medio y si el resultado es de 3 a 4, sería un nivel alto.
 - Sacudida de creencias (SC) ($\alpha = 0.380$): se evalúa qué impacto tienen las experiencias traumáticas ajenas sobre las creencias del profesional. Los resultados se obtienen sacando la media de los ítems 6, 7, 8 y 9 y se divide en niveles (baja < 2; medio 2 a < 3 y alta de 3 a 4).
 - Sintomatología (ST) ($\alpha = 0.740$): mide la presencia de síntomas de estrés postraumático. Se sigue el mismo procedimiento, se suman los ítems 10, 11, 12, 13 y 14 y se calcula la media. Luego se categoriza por niveles: baja < 2; media 2 a < 3, alta 3 – 4.
- Personalidad (teniendo en cuenta, empatía, compresibilidad, reto y sentido del humor).
- Consecuencias (comprendiendo sociales, organizacionales y físicas).

Un ejemplo de un ítem es “Me supera emocionalmente este trabajo”. (Véase el anexo 6.3. para encontrar el cuestionario completo). En este caso se realizó la medición únicamente de la escala de sintomatología del estrés traumático secundario que consta de 14 ítems (Refiérase al anexo 5: Cuestionario Final, sección 5 para ver los ítems utilizados y al anexo 6.3. CETS para ver el cuestionario completo).

Resultados

En primer lugar, se realizó el análisis de las variables cualitativas, se agruparon las respuestas en diferentes categorías y se calcularon los porcentajes de cuantas veces se repetía cada tema. En este trabajo fue muy importante la opinión de la muestra porque las respuestas podían usarse posteriormente en la discusión, cuando se vieran las medidas de prevención e intervención para las personas que están realmente afectadas por el burnout y el estrés traumático secundario.

Para el análisis de datos, se efectuó un análisis estadístico descriptivo para identificar las características básicas de la muestra y poder observar los patrones de respuesta (calculando

porcentajes) y ver si se debía explorar más en profundidad las relaciones entre variables que no se habían pensado en los objetivos (hipótesis 1). En este análisis, también se evaluó si las variables seguían una distribución normal, utilizando curtosis, asimetría y la prueba de Shapiro-Wilk de normalidad para, luego, poder elegir las pruebas estadísticas adecuadas.

Una vez se analizó la curtosis, asimetría y normalidad (prueba de Shapiro-Wilk) se decidió utilizar la prueba de U de Mann-Whitney para la muestra no paramétrica y dos categorías, ANOVA de Un Factor No Paramétrico (Kruskal Wallis) y ANOVA de Un Factor (Welch) para calcular la diferencia de medias. En los grupos que no había suficientes observaciones y no se podían comparar se crearon nuevos grupos (juntando, por ejemplo, dos categorías), como en experiencia (formando un grupo > 10 años de experiencia y < 10 años de experiencia) y en profesión (eliminando al único psicólogo de la muestra y juntando enfermeras ($n = 7$) y técnicos auxiliares sanitarios ($n = 6$) por un lado, y el grupo médicos $n = 22$) por otro. Se analizó si la diferencia de medias era estadísticamente significativa por categorías (sexo, formación, experiencia, tipo de institución y profesión) en burnout, estrés traumático secundario, estrategias de afrontamiento y tipo de cultura organizacional para probar las hipótesis 2, 3 y 4.

Tras realizar estas pruebas, se hizo una matriz de correlaciones (coeficiente de Spearman) entre las variables cuantitativas pertinentes para ver si había relaciones estadísticamente significativas. Primero, para ver la relación entre las estrategias de afrontamiento, el estrés traumático secundario y el burnout (hipótesis 5). y, segundo, para observar la relación entre la cultura organizacional, el burnout y el estrés traumático secundario (hipótesis 6).

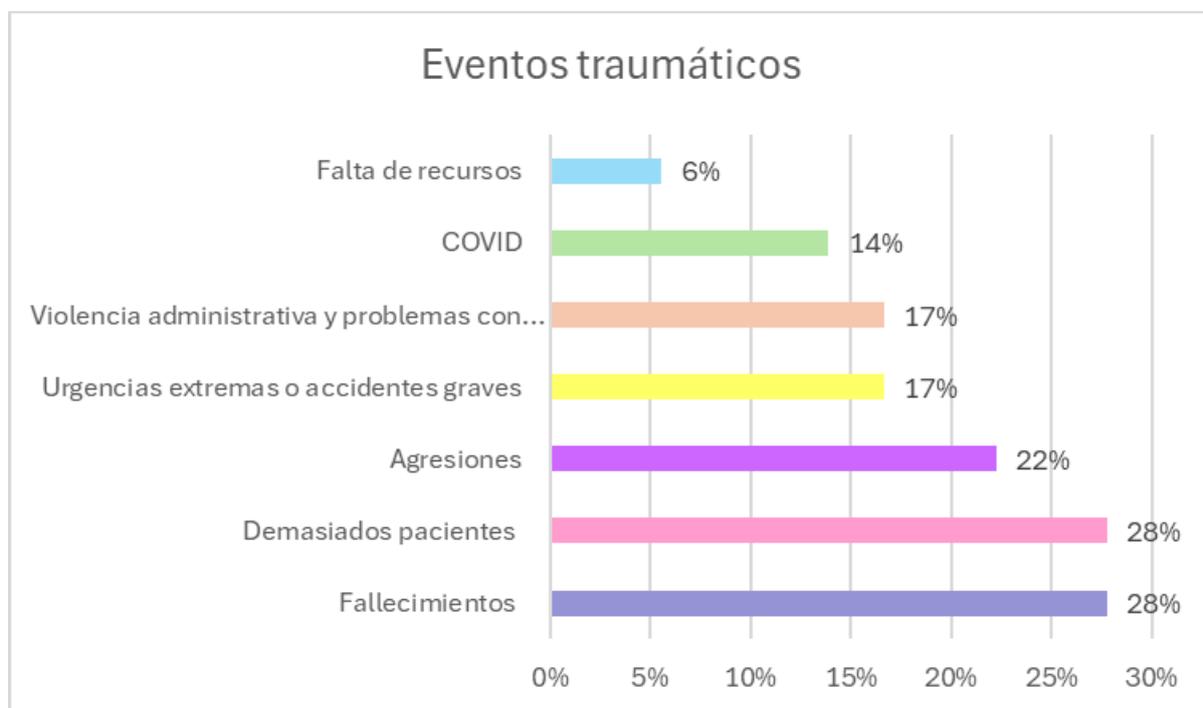
Análisis De Datos Cualitativos

A la pregunta opcional ¿Sería posible que especificaras qué eventos considerarías como traumáticos? (compruebe gráfico 1: Frecuencias de los eventos traumáticos a los que los sanitarios se enfrentan), el 28 % de los sanitarios contestaron, que atender demasiados pacientes y, otro 28%, que los fallecimientos de estos, era traumático. Alguno de los testimonios fue: “Sobrecarga de casos graves como en el COVID, guerra o epidemia”, “Un ratio superior a 8 pacientes y tener que abandonarlos a todos por la situación crítica de un solo paciente después de haber avisado de que el paciente era candidato a UCI y no se me escuchó” y “Desbordamiento de la capacidad de atención al paciente en casos de problemas masivos como accidentes, atentados, inundaciones o COVID”. El 22% reportaron haber sufrido agresiones por parte de pacientes, el 17% mencionó la violencia administrativa y los problemas con

compañeros, el 17% consideró las urgencias extremas o accidentes graves, el 14% mencionó el COVID y, por último, el 6% la falta de recursos.

Gráfico 1

Frecuencias de los eventos traumáticos a los que los sanitarios se enfrentan



En la tabla 1 que expone las frecuencias a las respuestas de la pregunta “¿Qué aspectos de tu trabajo son los que más te agotan?”, se mencionó el clima laboral tóxico, en un 56%. Estos datos indican que el ambiente laboral en el que ejercen los profesionales sanitarios debe de ser muy duro para causarles agotamiento. El 36% dijo la carga laboral; el 33% reportó la falta de organización; el 28% el horario; el 25% la mala actitud de los pacientes hacia ellos, con demandas y expectativas irreales, y la frustración de no poder ayudarles; el 17% la falta de reconocimiento; el 17% el trabajo de alto estrés y, finalmente, el 8, el salario bajo. Estos temas también podrían incluirse en el clima laboral tóxico, resultando que la mayoría están relacionados con el ambiente laboral.

Tabla 1

Frecuencias de diferentes categorías de las razones de agotamiento que presenta la muestra

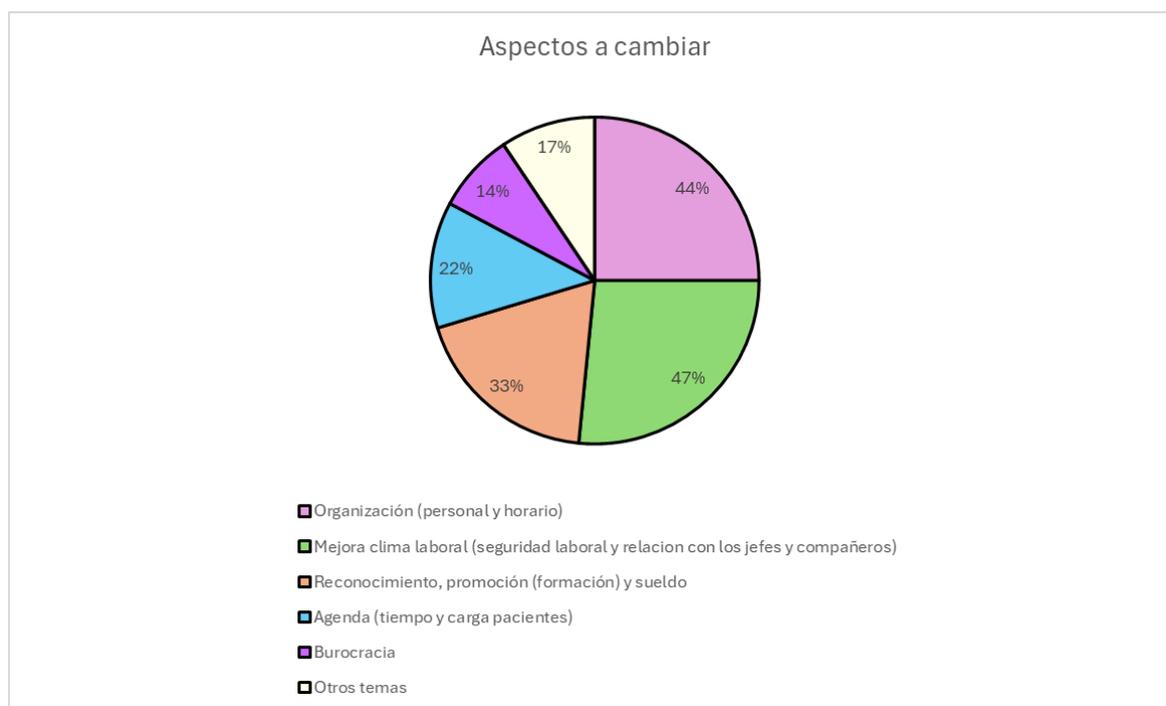
Razones de agotamiento	f	%	Testimonios
Actitud de los pacientes	9	25%	<p>“Tener que atender demandas absurdas.”</p> <p>“Expectativas irreales de los pacientes.”</p> <p>“Que no cumplan el tratamiento.”</p> <p>“No conseguir implicación y adherencia.”</p> <p>“Mayor empatía con el profesional médico.”</p>
Carga laboral	13	36%	<p>“La carga asistencial sin tiempo suficiente.”</p> <p>“El volumen de pacientes.”</p> <p>“Sobrecarga de trabajo.”</p>
Horario y tiempo para atender	10	28%	<p>“Demasiadas horas seguidas.”</p> <p>“Falta de tiempo para hacer las cosas con calma.”</p> <p>“Demasiadas horas laborales continuadas; exceso de guardias sin libranzas.”</p>
Clima laboral tóxico (superiores y compañeros)	20	56%	<p>“Agravió comparativo, desidia de otros compañeros y altos cargos.”</p> <p>“Las relaciones con algunos superiores nada empáticos.”</p> <p>“El luchar contra un sistema en el que la atención primaria no funciona, sobre todo el problema del absentismo laboral y las bajas no motivadas.”</p>
Falta de organización	12	33%	<p>“Falta de personal.”</p> <p>“Responsabilidad sin recursos suficientes.”</p> <p>“Falta de organización.”</p> <p>“Mala comunicación con compañeros.”</p>
Salario bajo	3	8%	<p>“Exceso de horas para el dinero que quiero.”</p> <p>“Ausencia de incentivos motivantes, barreras para formación o crecimiento.”</p>
Falta de reconocimiento	6	17%	<p>“Agradecimiento o ventajas por trabajar más y esforzarte el doble de lo que deberías.”</p>
Trabajo alto estrés	6	17%	<p>“El trabajo requiere atención y concentración absoluta. Los errores pueden ser graves.”</p> <p>“Incertidumbre laboral.”</p> <p>“Coste emocional de atender a enfermos.”</p> <p>“El desgaste físico y mental se acumula y no recupero.”</p>
Otros temas:	2	6%	<p>“Apoyo psicológico.”</p> <p>“Rutina.”</p>

Nota. “f” = Frecuencias.

Finalmente, al preguntar “¿Qué aspectos de tu trabajo cambiarías?” (véase gráfico 2: Frecuencias de los temas a cambiar en el entorno laboral de los sanitarios), el 47% solicitó, por ejemplo: “más apoyo y mejor dirección.”, “más recursos humanos, gestión más humana”, “más estabilidad en el empleo” y “vincular las jefaturas a resultados y encuestas de los subordinados”. El 44% respondió que mejoraría la organización, por ejemplo, “que hubiera más personal para tener menor carga de trabajo”, y al 33% le gustaría más reconocimiento, agradecimientos, promociones (mejores posiciones en el hospital o oportunidades de formación) y aumento de salario. El 22% propuso cambios en la agenda de pacientes (es decir, tener más tiempo por paciente y ofrecer un trato más individual). El 17% mencionó otros asuntos y, para finalizar, el 14% manifestó reducir la burocracia (es decir, la comunicación de protocolos para tratamientos o de actuación, etc.).

Gráfico 2

Frecuencias de los temas a cambiar en el entorno laboral de los sanitarios



Análisis Descriptivo De La Muestra

Como se mencionó previamente bajo el título Participantes (p. 22), el número final de participantes fue de 36, con un rango de edad que comprendió desde los 23 a los 64 años (media de 46.53 años). El 69.4% de la muestra fueron mujeres ($n = 25$) y el 30.6% hombres ($n = 11$).

La mayoría de los participantes residían en Madrid (58.3%) y el resto provenían de otras comunidades autónomas (menos un participante que vivía en Francia).

El 100% trabajaba en la actualidad. El 69.4% trabajaban en el sistema nacional de salud (público) y el 30.6% en el ámbito privado. De acuerdo con el nivel de formación, 12 participantes tenían el doctorado (33.3%), 10 el grado (27.8%), 8 el posgrado (22.2%) y 6 habían estudiado formación profesional (16.7%). El 61.1% ($n = 22$) eran médicos, el 19.4% ($n = 7$) enfermeros, el 16.7% ($n = 6$) técnicos auxiliares de enfermería y contestó un psicólogo, 2.8% ($n = 1$). Las especializaciones más reportadas fueron médicos de familia (22.2%) y cirugía (22.2%).

La media de horas semanales trabajadas fue de 40.26 horas y los turnos de guardias tienen una media de 9.39 horas. La mayoría de los participantes tenían más de 10 años de experiencia (63.9%) o más de 5 años de experiencia (13.9%). El 97.2% confirmaba haber vivido alguna experiencia traumática en el entorno laboral, habiendo un solo participante que no sufrió estas experiencias. (ver anexo 7.1. Análisis Descriptivo De Datos Sociodemográficos De La Muestra).

Prevalencia: Análisis Descriptivo Sobre El Burnout Y Sus Niveles

En el anexo 7.2. Análisis Descriptivo De Burnout se encontró que la Realización Personal (RP) tiene ($\bar{x} = 35.0$) (nivel medio) y la Despersonalización (DP) ($\bar{x} = 14.9$) (nivel alto). Las medias de ambos RP y DP se dividen por niveles (bajo, medio y alto), en este caso, la media de DP se encuentra en el nivel alto y la media de RP en el nivel medio, por lo tanto, DP es un indicador de burnout y RP es una señal de riesgo y debería dar una media menor para considerarlo un estado crítico de burnout. Añadir a esta información que los datos no siguieron la distribución normal establecida por la prueba Shapiro-Wilk ($p < 0.05$).

Si observamos las frecuencias (anexo 7.2. Análisis Descriptivo De Burnout), el 41.7% de los participantes presentaron bajo nivel de RP, lo cual indica un indicio de padecer burnout (el 13.9% nivel medio y 44.4% nivel alto). En el caso de DP, el 63.9% tuvo un nivel alto (alto riesgo de burnout), el 25% medio y un 11.1% bajo.

Centrándonos en identificar las diferencias en los niveles que son pertinentes (RP bajo y DP alto) se analizaron diferencias de frecuencias comparando grupos (Véase las diferentes tablas presentadas en el anexo 7.3. Frecuencias: Niveles De Burnout Por Categorías):

- Por ejemplo, al analizar por **sexo**, se encontró que una mayor proporción de mujeres se hallan en los niveles de más riesgo (RP bajo y DP alto). Se observó que el 44.4% de las personas que tenían DP nivel alto eran mujeres, mientras que el 19.4% eran hombres. En el caso de RP bajo, el 30.6% eran mujeres y 11.1% eran hombres.
- Al examinar los datos por nivel de **formación**, se averiguó que los indicios de nivel bajo RP y nivel alto DP se observaban con mayor frecuencia en personas con formación de grado y posgrado. En cuanto a DP alto, el 22.2% correspondía a personas que habían estudiado el grado, el 19.4% posgrado, 11.1% doctorado y el 11.1% formación profesional. Respecto a RP bajo, el 13.9% correspondía a la formación de grado, el 11.1% al posgrado, el 8.3% al doctorado y 8.3% a la formación profesional.
- Por **experiencia**, se observó que los niveles críticos de RP bajo y DP alto se asociaban con una mayor antigüedad laboral. Es decir, el 33.3% de las personas que presentaban un nivel alto de DP tenían más de 10 años de experiencia y el 13.9% tenían más de 5 años de experiencia. Son menos frecuentes el nivel de DP alto en personas con menor antigüedad (5.6% en personas con de 2 a 3 años de experiencia y 5.6% en personas con menos de un año de experiencia). En el caso de RP bajo se encontró que el 19.4% tenían más de 10 años de experiencia y el 13.9% más de 5 años de experiencia y menores porcentajes en las personas que tenían menor experiencia laboral.
- En cuanto a la **institución** (pública o privada), vemos que, en el nivel alto de DP, el 44.4% pertenecían a instituciones públicas y el 19.4% a instituciones privadas. En el caso de RP, el 30.6% trabajaban en el ámbito público y el 11.1% en el privado. Por lo tanto, los resultados indican que DP alto y RP bajo son más frecuentes entre los que trabajaban en instituciones públicas.
- Si comparamos por **profesión**, el 30.6% de los médicos, el 19.4% de los enfermeros, el 11.1% de los técnicos auxiliares de enfermería y el 2.8% del psicólogo presentan un nivel alto de DP. Por otro lado, el 19.4% de los individuos que son médicos, el 11.1% que son enfermeros, el 8.3% de los técnicos auxiliares de enfermería y el 2.8% del psicólogo, presentaban un RP bajo. Estos datos indican que, aunque todas las profesiones están afectadas en mayor o menor medida, los más afectados son los médicos y los enfermeros.

Teniendo en cuenta la hipótesis 2, se exploró más en profundidad si había una diferencia de medias estadísticamente significativa en las distintas categorías.

- **Sexo:** se realizó el análisis de U de Mann-Whitney para no paramétricas y dos categorías. Se observó que no había diferencias estadísticamente significativas entre las medias ($p > 0.05$). Véase tabla: Prueba t para Muestras Independientes (sexo y burnout) en el anexo 7.4. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Burnout).
- **Formación:** en este caso no se realizó agrupación ya que los grupos son parecidos (hay 6 personas con formación profesional, 10 personas con grado, 8 personas con posgrado y 12 personas con doctorado) y, al haber más de 2 categorías, no se pudo hacer la U de Mann-Whitney. Por lo tanto, se realizó un ANOVA para no paramétricas utilizando Kruskal Wallis. Se encontró que hay diferencias estadísticamente significativas en Despersonalización ($p < 0.05$) y no hay diferencias significativas en Realización Personal (compruebe tabla 2).

Tabla 2

Anova de un factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (formación y burnout)

	χ^2	gl	p	ϵ^2
RP	3.94	3	0.268	0.113
DP	11.85	3	0.008	0.339

Nota. Sobre las variables: “RP” = Realización personal y “DP” = Despersonalización

- **Experiencia:** hay 23 personas con más de 10 años de experiencia, 5 personas con más de 5 años, 2 personas con entre 2 a 5 años, 3 personas con entre 2 a 3 años, 1 persona con más de un año y 2 personas con menos de un año. Se hicieron 2 grupos para poder compararlos, uno de más de 10 años y otro de menos de 10 años, y se realizó de nuevo el análisis U de Mann-Whitney para no paramétrica y dos categorías. En la tabla 3 podemos observar diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre tener más o menos experiencia.

Tabla 3

Prueba t para Muestras Independientes (experiencia y burnout)

		Estadístico	p
RP	U de Mann-Whitney	75.0	0.015
DP	U de Mann-Whitney	71.5	0.011

Nota. $H_a \mu_{MÁS 10 AÑOS} \neq \mu_{MENOS 10 AÑOS}$

Sobre las variables: “RP” = Realización personal y “DP” = Despersonalización

- **Tipo de institución:** se realizó el análisis de U de Mann-Whitney para no paramétricas y dos categorías. Se observó que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias ($p > 0.05$). (Compruebe anexo 7.4. Análisis de diferencias de medias no significativas, tabla: Prueba t para Muestras Independientes (tipo de institución y burnout)).
- **Profesión:** se recuerda que en la muestra había 22 médicos, 7 enfermeros, 6 técnicos auxiliares de enfermería y 1 psicólogo. Por lo tanto, se compararon médicos y se unieron los enfermeros y los técnicos auxiliares de enfermería en un grupo, eliminando de este test al único psicólogo para realizar el análisis de diferencia de medias. Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para no paramétrica y dos categorías. Si se observa el anexo 7.4. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Burnout), tabla: Prueba t para Muestras Independientes (profesión y burnout), podemos comprobar que no había diferencias estadísticamente significativas entre las medias de realización personal y despersonalización entre profesiones porque se obtiene $p > 0.05$, en ambos casos.

Prevalencia: Análisis Descriptivo De Estrés Traumático Secundario Y Sus Niveles

Si observamos las medias de los resultados por dimensión (véase anexo 7.5. Análisis Descriptivo De Estrés Traumático Secundario), se encuentra que la FE (Fatiga Emocional) presentaba ($\bar{x} = 2.38$) (correspondiente al nivel medio), la SC (Sacudida de Creencias) tenía ($\bar{x} = 2.53$) (correspondiente al nivel medio) y la ST (Sintomatología Traumática) mostraba ($\bar{x} = 3.32$) (correspondiente al nivel alto). Por lo tanto, la ST sí indica que había una presencia de estrés traumático secundario, en FE y SC el valor es medio, presentando signos moderados. Las variables FE y ST siguen una distribución no paramétrica (prueba Shapiro-Wilk $p < 0.05$) y la variable SC sigue una distribución paramétrica (prueba Shapiro-Wilk $p > 0.05$).

La mayoría de los participantes (69.4%) presentaron un nivel medio de FE, el 16.7% un nivel bajo y el 13.9% un nivel alto. En términos de SC, se observó que el 77.8% presentaba un nivel medio, el 11.1% nivel alto y el 11.1% un nivel bajo. Finalmente, si miramos la ST, el 91.7% mostraba un nivel alto, el 5.6% un nivel medio y el 2.8% exhibía un nivel bajo. Este último resultado es preocupante porque indica la sintomatología del estrés traumático secundario y, por lo tanto, requiere investigar qué tipos de intervención y prevención se podrían llevar a cabo. (Estos datos se encuentran en el anexo 7.5. Análisis Descriptivo De Estrés Traumático Secundario).

De nuevo, se realizó un análisis de frecuencias en los niveles altos que son los que indican un riesgo severo de estrés traumático secundario (FE alto, SC alto y ST alto). Comprobar el anexo 7.6. Frecuencias: Nivel De Estrés Traumático Secundario Por Categorías, para ver las tablas de los porcentajes de estrés traumático secundario en los niveles separados por las categorías:

- **Sexo:** el 11.1% de las personas que presentaron un FE alto son mujeres comparado con el 2.8% de hombres. El 8.3% que expusieron un SC alto son mujeres y el 2.8% son hombres. Finalmente, el 61.1% de las personas que mostraron un nivel alto de ST son mujeres y el 30.6% son hombres. Se observa una mayor proporción de mujeres que se encuentran en niveles altos de las escalas del CETS.
- **Formación:** el 8.3% de los individuos que tuvieron un nivel alto de FE tienen una formación de grado, el 2.8% de posgrado y 2.8% de doctorado. En términos de SC, los más afectados, el 5.6% con un nivel alto, estudiaron una formación de grado (2.8% de posgrado y 2.8% de doctorado). Si observamos las frecuencias de ST nivel alto, obtenemos que el 27.8% realizaron el doctorado, 22.2% posgrado, 25% grado y el 16.7% formación profesional. Este último resultado indica que hay un mayor nivel sintomatología traumática entre los profesionales que hicieron el doctorado, aunque afecta a todos los tipos de formación.
- **Experiencia:** el 8.3% de personas que presentaron un nivel alto de FE tenían más de 10 años de experiencia, el 2.8% más de 5 años de experiencia y el 2.8% menos de un año de experiencia. Acerca de la escala SC encontramos que el 8.3% de las personas con más de 10 años de experiencia y el 2.8% de las personas con más de 5 años de experiencia mostraron un nivel alto de SC. Por último, las frecuencias de la escala ST presentaron un nivel alto con un 55.6% en aquellas personas con mayor experiencia, más de 10 años, un 13.9% en los que tenían más de 5 años de experiencia, un 8.3% de

2 a 3 años de experiencia, un 5.6% con más de un año de experiencia, un 5.6% los de menos un año de experiencia y el 2.8% de 3 a 5 años de experiencia. Se concluye que, a mayor antigüedad, mayores niveles de estrés traumático secundario.

- **Tipo de institución:** el 13.9% de las personas que trabajaban en una institución pública presentaron FE alto y el 11.1% tuvieron SC alto. No hay comparativa en ambas dimensiones en los centros privados. Y finalmente, el 66.7% de las personas que trabajaban en una institución pública ostentan ST alto comparado con el 25% que trabajaban en una institución privada. Se concluye que las personas que trabajan en una institución pública se ven más afectadas por niveles altos en las escalas.
- **Profesión:** el 8.3% de las personas que son médicos y el 5.6% de las personas que son enfermeros tienen un nivel alto de FE. En términos de SC el 8.3% de los médicos y el 2.8% de los enfermeros tienen un nivel alto. Finalmente, el 52.8% que son médicos, el 19.4% enfermeros, el 16.7% técnicos auxiliares de enfermería y el 2.8% psicólogo presentaban niveles altos de ST. En conclusión, los médicos y los enfermeros parecen más afectados en FE, SC y ST alto. El resto de las profesiones también están afectadas por el ST alto.

De nuevo, probando la hipótesis 3, se realizaron diferentes análisis de distintas de medias:

- **Sexo:** análisis de diferencia de medias, por una parte, se analizó la FE y la ST utilizando la U de Mann-Whitney (para no paramétrica y dos categorías) y, por otra parte, el t de student para SC (paramétrica y dos categorías). No hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones ($p > 0.05$). Compruebe el anexo 7.7. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Estrés Traumático Secundario), tabla: Prueba t para Muestras Independientes (sexo y estrés traumático secundario).
- **Formación:** se realizó el análisis ANOVA de un factor (no paramétrico y 3 o más categorías) Kruskal Wallis para las variables FE y ST y un ANOVA de un factor (para paramétrico y 3 o más categorías) para la SC. Ver anexo 7.7. para encontrar las tablas: ANOVA de un Factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (formación, FE y ST) y ANOVA de Un Factor (Welch) (formación y SC). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dos pruebas ($p > 0.05$).
- **Experiencia:** se utilizó la agrupación realizada previamente de 2 grupos y se hizo para FE y ST la U de Mann-Whitney (no paramétricas, dos categorías) y para SC la t de student (paramétricas, dos categorías). No hay diferencias estadísticamente

significativas (véase anexo 7.7 Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Estrés Traumático Secundario), tabla: Prueba t para Muestras Independientes (experiencia y estrés traumático secundario).

- **Tipo de institución:** se efectuó para FE y ST la U de Mann-Whitney (no paramétricas, dos categorías) y para SC la t de student (paramétricas, dos categorías). No hay diferencias estadísticamente significativas. Comprobar anexo 7.7. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Estrés Traumático Secundario), tabla: Prueba t para Muestras Independientes (tipo de institución y estrés traumático secundario).
- **Profesión:** se siguió el mismo procedimiento que se hizo en burnout, pero con las variables de estrés traumático secundario para averiguar si hay una diferencia de medias estadísticamente significativa entre el estrés traumático secundario y las profesiones.

Según la tabla 4, podemos observar que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las profesiones y el nivel de estrés traumático secundario $p > 0.05$. Resaltar de estos resultados que la SC está al límite de ser menor que 0.05 y, con una muestra mayor, quizás se podría calcular si existe esta diferencia de medias.

Tabla 4

Prueba t para Muestras Independientes (profesión y estrés traumático secundario)

		Estadístico	p
FE	U de Mann-Whitney	99.0	0.133
SC	U de Mann-Whitney	86.0	0.053
ST	U de Mann-Whitney	112.0	0.291

Nota. $H_a \mu_{MEDICO} \neq \mu_{ENF Y TEC}$

Sobre las variables: “FE” = Fatiga Emocional; “SC” = Sacudida de Creencias y “ST” = Sintomatología Traumática

Análisis De Las Estrategias De Afrontamiento Utilizadas Por Los Sanitarios

Se recuerda que en este inventario se sumaron los dos ítems de cada escala para saber si la estrategia de afrontamiento se usaba a menudo o no. Si observamos las medias (tabla 5)

podemos ver que Aceptación (A) con ($\bar{x} = 3.861$) es la estrategia más utilizada, la siguiente estrategia más empleada es la AutoDistracción (AD) con ($\bar{x} = 3.083$), Planificación (P) y AutoInculpación (AI) obtuvieron el mismo resultado ($\bar{x} = 3.056$) y el Apoyo Social Emocional (ASE) obtuvo ($\bar{x} = 3.028$), siendo las estrategias que se usan más a menudo entre los sanitarios. En todas las variables, menos en los resultados de AD, se rechaza la normalidad (prueba Shapiro-Wilk $p < 0.05$). AD obtiene en la prueba Shapiro-Wilk, $p = 0.05$, está justo al límite, por ello, al ser una muestra pequeña se considerará como no paramétrica.

Tabla 5

Descriptivos del cuestionario COPE 28.

	Media	DE	Mdn	Min	Máx	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk	
						Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p
AA	2.972	1.540	3.00	1	6	0.3474	0.393	-0.7207	0.768	0.910	0.007
P	3.056	1.638	3.5	0	5	-0.6311	0.393	-0.7648	0.768	0.879	<.001
ASE	3.028	1.000	3.00	1	5	-0.0580	0.393	-0.4539	0.768	0.913	0.008
ASI	2.750	1.228	2.50	0	5	0.1165	0.393	-0.4949	0.768	0.918	0.011
R	2.194	1.754	2.00	0	6	0.3587	0.393	-0.9128	0.768	0.918	0.011
RIP	3.028	1.134	3.00	1	6	0.5660	0.393	0.2944	0.768	0.914	0.008
A	3.861	1.246	4.00	2	6	0.4653	0.393	-0.6659	0.768	0.883	0.001
N	1.167	1.298	1.00	0	4	0.6681	0.393	-0.7697	0.768	0.811	<.001
H	2.250	1.500	2.00	0	6	0.5681	0.393	-0.0597	0.768	0.925	0.018
AD	3.083	1.556	3.00	0	6	0.2874	0.393	-0.5823	0.768	0.940	0.050
AI	3.056	1.218	3.00	1	6	0.5924	0.393	0.5392	0.768	0.909	0.006
DC	1.722	1.485	2.00	0	5	0.5642	0.393	-0.4050	0.768	0.894	0.002
DE	1.944	1.094	2.00	0	5	0.3925	0.393	0.6318	0.768	0.917	0.010
UDS	0.278	0.944	0.00	0	5	4.1367	0.393	18.6895	0.768	0.337	<.001

Nota. Sobre los estadísticos calculados: “DE” = Desviación estándar; “Mín” = Mínimo y “Máx” = Máximo
Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = Reinterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

Separando estos datos por las categorías de profesión (véase anexo 7.8. Análisis Descriptivo: Estrategias De Afrontamiento Por Categorías) podemos observar:

Nota. solo en profesión no se tiene en cuenta al psicólogo ya que sólo hay uno en la muestra y para comparar el grupo de experiencia, se emplean las dos categorías creadas previamente (más de 10 años y menos de 10 años).

- **Afrontamiento Activo (AA):** según el **sexo**, las mujeres lo utilizan más a menudo ($\bar{x} = 3.320$) que los hombres ($\bar{x} = 2.182$). En cuanto a su **formación** académica, los que tienen un doctorado ($\bar{x} = 4.000$) lo usan más que las personas que poseen un posgrado ($\bar{x} = 2.375$), un grado ($\bar{x} = 2.300$) o formación profesional (FP) ($\bar{x} = 2.833$). Las personas con más de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 3.478$) se aprovechan más del AA que las personas con menos de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 2.077$). De acuerdo con el **tipo de institución**, las personas que trabajan en instituciones públicas ($\bar{x} = 3.040$) se sirven más del afrontamiento activo ya que tienen una media más alta que las personas que trabajan en organismos privados ($\bar{x} = 2.818$). Y, por **profesión**, los médicos ($\bar{x} = 3.227$) comparado con la media de los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 2.833$) y los enfermeros ($\bar{x} = 1.857$), se benefician más a menudo de la técnica del AA en el trabajo.
- **Planificación (P):** conforme al **sexo**, quienes más planifican son las mujeres ($\bar{x} = 3.280$) con una media más alta que los hombres ($\bar{x} = 2.546$). En **formación**, los que tienen un doctorado ($\bar{x} = 4.250$) usan más la planificación que las personas con un posgrado ($\bar{x} = 2.375$), grado ($\bar{x} = 2.600$) o FP ($\bar{x} = 2.333$). Las personas con más de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 3.739$) tienen una media mayor que las personas con menos de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 1.846$) y utilizan más a menudo la P. De acuerdo con el **tipo de institución**, las personas que trabajan en organismos públicos ($\bar{x} = 3.320$) emplean más la planificación las que trabajan en organizaciones privadas ($\bar{x} = 2.455$). Según la **profesión**, los médicos ($\bar{x} = 3.591$) aplican más la planificación que los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 2.333$) y los enfermeros ($\bar{x} = 1.714$).
- **Apoyo Social Emocional (ASE):** por **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 3.240$) se valen más del apoyo social emocional que los hombres ($\bar{x} = 2.546$). En cuanto a **formación**, las personas con FP ($\bar{x} = 3.333$) manejan más el ASE que las personas que tienen posgrado ($\bar{x} = 3.250$), grado ($\bar{x} = 3.000$) y doctorado ($\bar{x} = 2.750$). En **experiencia**, aunque ambos grupos tienen una media muy parecida, las personas con menos de 10 años de antigüedad ($\bar{x} = 3.077$) destacan sobre las personas con más de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 3.000$) y usan más a menudo el ASE. Desde el punto de vista de **tipo de institución**, las personas que trabajan en centros privados ($\bar{x} = 3.273$) tienen una media más alta y

se benefician más a menudo del apoyo social emocional que las que trabajan en los públicos ($\bar{x} = 2.920$). En cuanto a la **profesión**, los médicos obtienen una media de ($\bar{x} = 3.045$), los técnicos auxiliares de enfermería de ($\bar{x} = 3.333$) y los enfermeros de ($\bar{x} = 2.857$), por lo tanto, los técnicos auxiliares de enfermería la utilizan más.

- **Apoyo Social Instrumental (ASI):** de acuerdo con el **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 3.040$) se sirven más a menudo del ASI que los hombres ($\bar{x} = 2.091$). En **formación**, las personas con FP ($\bar{x} = 3.333$) utilizan más apoyo social instrumental que las personas que tienen posgrado ($\bar{x} = 2.250$), grado ($\bar{x} = 3.000$) y doctorado ($\bar{x} = 2.583$). En **experiencia**, aunque tienen una media muy parecida, las personas con menos de 10 años de antigüedad ($\bar{x} = 2.923$) recurren más a menudo al ASI que las personas con más de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 2.652$). Según el **tipo de institución**, las personas que trabajan en entidades privadas ($\bar{x} = 3.091$) lo que utilizan más a menudo que las que trabajan en las públicas ($\bar{x} = 2.600$). En relación con la **profesión**, comparando los médicos ($\bar{x} = 2.545$), los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 3.333$) y los enfermeros ($\bar{x} = 3.000$), los auxiliares de enfermería emplean más el apoyo social instrumental seguido de los enfermeros y los médicos lo usan menos.
- **Religión (R):** teniendo en cuenta el **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 2.200$) y los hombres ($\bar{x} = 2.182$) están casi igualados en el uso de la religión. Dependiendo de la **formación**, las personas con FP ($\bar{x} = 2.833$) recurren más a la R que las personas que tienen posgrado ($\bar{x} = 2.250$), grado ($\bar{x} = 2.700$) o doctorado ($\bar{x} = 1.417$). Las personas con menos de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 2.846$) tienen una media más alta que las personas con más de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 1.826$) por lo que se benefician más a menudo de la religión. En cuanto al **tipo de institución**, las personas que trabajan en centros privados ($\bar{x} = 3.000$) tienen una media más alta y se sirven más a menudo de la religión que las personas de los públicos ($\bar{x} = 1.840$). Conforme a la **profesión**, los enfermeros ($\bar{x} = 2.857$) son los más religiosos, seguidos de los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 2.833$) y los médicos ($\bar{x} = 1.909$).
- **ReInterpretación Positiva (RIP):** considerando el **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 3.160$) utilizan más a menudo la ReInterpretación Positiva que los hombres ($\bar{x} = 2.727$). De acuerdo con la **formación**, quienes poseen un doctorado ($\bar{x} = 3.333$) se aprovechan más de la RIP que las personas con un posgrado ($\bar{x} = 2.750$), un grado ($\bar{x} = 3.000$) o FP ($\bar{x} = 2.833$). Las personas con más de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 3.130$) se benefician más

a menudo de la reinterpretación positiva que las personas con menos de 10 años de antigüedad ($\bar{x} = 2.846$). Bajo la perspectiva del **tipo de institución**, las personas que trabajan en organizaciones privadas ($\bar{x} = 3.091$) tienen una media más alta (aunque muy poco) comparado con las personas que trabajan en las públicas ($\bar{x} = 3.000$), por lo cual usan más a menudo la RIP. Por **profesión**, los médicos ($\bar{x} = 3.091$) y los enfermeros ($\bar{x} = 3.000$) se sirven de la reinterpretación positiva más que los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 2.833$).

- **Aceptación (A):** con relación al **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 3.960$) y los hombres ($\bar{x} = 3.636$) están casi igualados en el uso de la aceptación. Según la **formación**, las personas que tienen un doctorado ($\bar{x} = 4.333$) utilizan más la A que las personas que tienen posgrado ($\bar{x} = 3.875$), grado ($\bar{x} = 3.500$) o FP ($\bar{x} = 3.500$). Las personas con más de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 4.304$) poseen una media más alta que las personas con menos de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 3.077$), por lo cual, se enfocan más a menudo en la aceptación. Dependiendo del **tipo de institución**, las personas que trabajan en instituciones públicas ($\bar{x} = 4.000$) aceptan más las cosas tal como son que las personas de las privadas ($\bar{x} = 3.545$). A nivel de la **profesión**, los médicos ($\bar{x} = 4.045$) son los que más usan la A seguidos por los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 3.500$) y los enfermeros ($\bar{x} = 3.571$).
- **Negación (N):** en lo que respecta al **sexo**, los hombres ($\bar{x} = 1.455$) se inclinan más hacia la negación que las mujeres ($\bar{x} = 1.040$). Las personas con **formación** de grado ($\bar{x} = 1.800$) son utilizan más N que las personas que tienen posgrado ($\bar{x} = 1.500$), FP ($\bar{x} = 1.000$) o un doctorado ($\bar{x} = 0.500$). En **experiencia**, aquellos con menos de 10 años de antigüedad ($\bar{x} = 1.846$) tienen una media más alta que las personas con más de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 0.783$) usando más a menudo la N. Conforme al **tipo de institución**, las personas que trabajan en centros privados ($\bar{x} = 1.364$) son más negativas que las que trabajan en los públicos ($\bar{x} = 1.080$). Los que son de **profesión** enfermeros ($\bar{x} = 2.286$), tienden más hacia la negación que los médicos ($\bar{x} = 0.909$) y los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 1.000$).
- **Humor (H):** dependiendo del **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 2.360$) y los hombres ($\bar{x} = 2.000$) están casi igualados en el uso del humor. Considerando la **formación**, las personas que han obtenido un doctorado ($\bar{x} = 2.417$) están más predispuestos a utilizar el H que las personas que tienen un posgrado ($\bar{x} = 1.705$), un grado ($\bar{x} = 2.400$) o FP ($\bar{x} = 2.333$).

Con más de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 2.348$) se benefician más a menudo del humor que con menos de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 2.077$). El **tipo de institución** influye en las personas que trabajan en establecimientos públicos ($\bar{x} = 2.320$) utilicen más el sentido del humor que las personas que trabajan en los privados ($\bar{x} = 2.091$). Teniendo en cuenta la **profesión**, los enfermeros ($\bar{x} = 2.429$) y los auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 2.333$) recurren más al humor que los médicos ($\bar{x} = 2.227$)

- **AutoDistracción (AD):** con respecto al **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 3.400$) usan más a menudo la autodistracción que los hombres ($\bar{x} = 3.364$). Acerca la **formación**, las personas que tienen un grado ($\bar{x} = 3.700$) tienden más hacia la AD que las personas de FP ($\bar{x} = 3.500$), un doctorado ($\bar{x} = 3.000$) o un posgrado ($\bar{x} = 2.125$). Las personas con menos de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 3.231$) tienen una media mayor que las personas con más de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 3.000$) utilizando más a menudo AD. En el caso del **tipo de institución**, los que trabajan en entidades privadas ($\bar{x} = 3.182$) se sirven más a menudo de la AD que los que trabajan en organizaciones públicas ($\bar{x} = 3.040$). En función de la **profesión**, los enfermeros ($\bar{x} = 3.857$) se aprovechan más a menudo de la AD que los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 3.500$) y los médicos ($\bar{x} = 2.591$).
- **AutoInculpación (AI):** en cuanto al **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 3.240$) tienen una media más alta que los hombres ($\bar{x} = 2.636$) debido a lo cual utilizan más a menudo la autoInculpación. En **formación**, las personas que tienen un grado ($\bar{x} = 3.800$) usan más la AI que las personas que tienen FP ($\bar{x} = 3.000$), posgrado ($\bar{x} = 3.000$) o un doctorado ($\bar{x} = 2.500$). Por **experiencia**, las personas que han trabajado menos de 10 años ($\bar{x} = 3.385$) se sirven más a menudo de la autoinculpación que las personas con más de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 2.870$). Según el **tipo de institución**, los que trabajan en instituciones públicas ($\bar{x} = 3.160$) utilizan más la AI en comparación con los que trabajan en privadas ($\bar{x} = 2.818$). Bajo la perspectiva de la **profesión**, los enfermeros ($\bar{x} = 3.857$) aplican más la AI que los médicos ($\bar{x} = 2.818$) o los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 3.000$).
- **Desconexión Conductual (DC):** desde el punto de vista del **sexo**, los hombres ($\bar{x} = 2.182$) usan más a menudo la DC que las mujeres ($\bar{x} = 1.520$). En **formación**, las personas que han estudiado FP ($\bar{x} = 2.667$) utilizan más la desconexión conductual que las personas con un posgrado ($\bar{x} = 1.875$), grado ($\bar{x} = 1.700$) o un doctorado ($\bar{x} = 1.167$). Las personas con menos de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 2.769$) tienen una media más

alta que las personas con más de 10 años de antigüedad ($\bar{x} = 1.130$), por eso, utilizan más a menudo la DC. En el **tipo de institución**, las personas que trabajan en centros privados ($\bar{x} = 2.182$) se benefician más a menudo DC que las que trabajan en los públicos ($\bar{x} = 1.520$). Sobre la **profesión**, los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 2.667$), con una media mayor, se sirven más a menudo de la DC seguido de los enfermeros ($\bar{x} = 2.143$) y de los médicos ($\bar{x} = 1.364$).

- **Desahogo Emocional (DE):** dependiendo del **sexo**, las mujeres ($\bar{x} = 2.160$) tienen una media más alta que los hombres ($\bar{x} = 1.455$) por eso se sirven más a menudo del desahogo emocional. En relación con la **formación**, las personas que tienen un posgrado ($\bar{x} = 2.375$) utilizan más el DE que las personas con un doctorado ($\bar{x} = 2.167$), un grado ($\bar{x} = 1.700$) o FP ($\bar{x} = 1.333$). Según la **experiencia**, las personas con más de 10 años de antigüedad ($\bar{x} = 2.304$) son más propensos a la DE que las personas con menos de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 1.308$). Con respecto al **tipo de institución**, las personas que trabajan en organizaciones públicas ($\bar{x} = 2.120$) tienen una media mayor y usan más el DE que las personas que trabajan en las privadas ($\bar{x} = 1.545$). En **profesión**, quienes utilizan más a menudo la DE son los médicos ($\bar{x} = 2.227$) en comparación con los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 1.333$) y los enfermeros ($\bar{x} = 1.571$).
- **Uso de Sustancias (UDS):** en **sexo**, ambos grupos, las mujeres ($\bar{x} = 0.360$) y los hombres ($\bar{x} = 0.091$) están casi igualados en el UDS. En cuanto a **formación**, las personas con FP ($\bar{x} = 0.833$) requieren más del uso de sustancias que las personas con un posgrado ($\bar{x} = 0.375$) o un doctorado ($\bar{x} = 0.167$), las personas que tienen un grado ($\bar{x} = 0$) no lo utilizan. Quienes tienen menos de 10 años de **experiencia** ($\bar{x} = 0.615$) tienen una media más alta que las personas con más de 10 años de experiencia ($\bar{x} = 0.087$), por eso recurren más a menudo al UDS. Teniendo en cuenta el **tipo de institución**, las personas que trabajan en organismos privados ($\bar{x} = 0.455$) acuden más a menudo al uso de sustancias que las que trabajan en los públicos ($\bar{x} = 0.200$). Considerando la **profesión**, los técnicos auxiliares de enfermería ($\bar{x} = 0.833$) emplean más el UDS que los médicos ($\bar{x} = 0.227$), y los enfermeros de ($\bar{x} = 0$) no utilizan esta estrategia.

Se calculó si había diferencias de medias entre las estrategias de afrontamiento y las siguientes categorías (hipótesis 4):

- **Sexo:** se computó la diferencia entre medias con la prueba de U de Mann Whitney (no paramétricas, dos categorías). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre las medias de hombre y mujer en el uso de AA, ASI y AD. En el resto de las estrategias no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) aunque sí comentar que algunas variables como ASE y DE se encontraban cerca de $p = 0.05$ y, quizás, con una muestra mayor sí habría diferencias significativas. (Ver tabla 6: Prueba t para Muestras Independientes (sexo y estrategias de afrontamiento, para ver los estadísticos mencionados).

Tabla 6

Prueba t para Muestras Independientes (sexo y estrategias de afrontamiento)

		Estadístico	p
AA	U de Mann-Whitney	79.5	0.044
P	U de Mann-Whitney	106.0	0.276
ASE	U de Mann-Whitney	89.0	0.085
ASI	U de Mann-Whitney	80.5	0.043
R	U de Mann-Whitney	132.5	0.875
RIP	U de Mann-Whitney	109.0	0.315
A	U de Mann-Whitney	110.5	0.345
N	U de Mann-Whitney	109.5	0.313
H	U de Mann-Whitney	116.0	0.457
AD	U de Mann-Whitney	78.0	0.038
AI	U de Mann-Whitney	102.0	0.208
DC	U de Mann-Whitney	90.5	0.100
DE	U de Mann-Whitney	90.0	0.091
UDS	U de Mann-Whitney	132.0	0.753

Nota. $H_a \mu_{MUJER} \neq \mu_{HOMBRE}$

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” =

AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

- **Formación:** se calculó la diferencia de medias a través de ANOVA de un Factor - Kruskal-Wallis (para no paramétrico y 3 o más categorías). Compruebe tabla 7: ANOVA de un Factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (formación y estrategias de afrontamiento). Se observan diferencias en las medias de formación que son estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en el uso de AA y P. En el resto de las estrategias no hay diferencias ($p > 0.05$).

Tabla 7

ANOVA de un Factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (formación y estrategias de afrontamiento)

	χ^2	p
AA	8.209	0.042
P	10.425	0.015
ASE	2.234	0.525
ASI	3.496	0.321
R	4.083	0.253
RIP	1.780	0.619
A	2.765	0.429
N	5.745	0.125
H	0.879	0.830
AD	4.478	0.214
AI	6.091	0.107
DC	3.137	0.371
DE	3.948	0.267
UDS	2.880	0.411

Nota. gl = 3

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

- **Experiencia:** se emplearon los grupos creados (más de 10 años de experiencia y menos de 10 años de experiencia) y se calculó la diferencia entre medias con la prueba de U de Mann Whitney (no paramétricas, dos categorías). En la tabla 8: Prueba t para Muestras Independientes (experiencia y estrategias de afrontamiento), se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en el uso de AA, P, A, N, DC y DE. En el resto de las variables no hay diferencias entre las medias ($p > 0.05$).

Tabla 8

Prueba t para Muestras Independientes (experiencia y estrategias de afrontamiento)

		Estadístico	p
AA	U de Mann-Whitney	65.0	0.005
P	U de Mann-Whitney	54.5	0.001
ASE	U de Mann-Whitney	143.5	0.850
ASI	U de Mann-Whitney	134.5	0.619
R	U de Mann-Whitney	96.5	0.079
RIP	U de Mann-Whitney	125.0	0.409
A	U de Mann-Whitney	66.5	0.005
N	U de Mann-Whitney	88.0	0.032
H	U de Mann-Whitney	131.5	0.552
AD	U de Mann-Whitney	148.5	0.987
AI	U de Mann-Whitney	107.5	0.152
DC	U de Mann-Whitney	62.0	0.003
DE	U de Mann-Whitney	69.5	0.006
UDS	U de Mann-Whitney	121.5	0.097

Nota. $H_a \mu_{MÁS DE 10 AÑOS} \neq \mu_{MENOS DE 10 AÑOS}$

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

- **Tipo de institución:** se valoró la diferencia entre medias con la prueba de U de Mann Whitney (no paramétricas, dos categorías). En la tabla 9, se muestran diferencias estadísticamente significativas en el uso de R ($p < 0.05$). En el resto de las variables no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabla 9

Prueba t para Muestras Independientes (tipo de institución y estrategias de afrontamiento)

		Estadístico	p
AA	U de Mann-Whitney	126.0	0.700
P	U de Mann-Whitney	101.0	0.206
ASE	U de Mann-Whitney	108.0	0.298
ASI	U de Mann-Whitney	105.5	0.260
R	U de Mann-Whitney	80.5	0.049
RIP	U de Mann-Whitney	126.0	0.693
A	U de Mann-Whitney	114.0	0.412
N	U de Mann-Whitney	124.0	0.634
H	U de Mann-Whitney	129.5	0.791
AD	U de Mann-Whitney	132.5	0.875
AI	U de Mann-Whitney	118.0	0.494
DC	U de Mann-Whitney	105.5	0.266
DE	U de Mann-Whitney	95.5	0.136
UDS	U de Mann-Whitney	135.0	0.900

Nota. $H_a \mu_{PÚBLICO} \neq \mu_{PRIVADO}$

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” =

AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

- **Profesión:** se siguió el mismo procedimiento realizado en el cálculo de diferencias de medias utilizando la prueba de U de Mann-Whitney y utilizando los dos grupos que habíamos creado de profesiones (“médicos” y “enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería”). Se demuestra que hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en P ($p < 0.05$). También, son relevantes los resultados de AA ($p = 0.053$) y de DE ($p = 0.050$) que, probablemente, con una muestra mayor, se podría observar si hay diferencias o no. Compruebe la tabla 10 para encontrar los estadísticos.

Tabla 10

Prueba T para Muestras Independientes (profesión y estrategias de afrontamiento)

		Estadístico	p
AA	U de Mann-Whitney	87.0	0.053
P	U de Mann-Whitney	63.0	0.005
ASE	U de Mann-Whitney	141.5	0.972
ASI	U de Mann-Whitney	105.5	0.190
R	U de Mann-Whitney	95.5	0.103
RIP	U de Mann-Whitney	125.5	0.545
A	U de Mann-Whitney	111.5	0.272
N	U de Mann-Whitney	102.5	0.147
H	U de Mann-Whitney	137.5	0.860
AD	U de Mann-Whitney	96.5	0.108
AI	U de Mann-Whitney	98.5	0.117
DC	U de Mann-Whitney	94.5	0.091
DE	U de Mann-Whitney	87.5	0.050
UDS	U de Mann-Whitney	136.0	0.688

Nota. $H_a \mu_{MEDICO} \neq \mu_{ENF Y TEC}$

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” =

ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

Análisis Correlacional De Estrategias De Afrontamiento, Burnout Y Estrés Traumático Secundario.

Para decidir qué tipo de correlación debíamos realizar observamos la curtosis, asimetría y la prueba de Shapiro-Wilk de los resultados (compruebe tabla 4: Descriptivos del cuestionario COPE 28). Tras realizar este análisis encontramos variables no paramétricas, por lo que no se pudo realizar el coeficiente de Pearson. Se decidió utilizar el coeficiente de Spearman porque la correlación de Kendall se utiliza en muestras más pequeñas ($n < 30$).

Se observaron las siguientes correlaciones entre las dimensiones en la tabla 11: Matriz de correlaciones entre burnout, estrés traumático secundario y estrategias de afrontamiento (hipótesis 5):

- RP mostró correlaciones significativas con AA ($\rho = 0.516$), P ($\rho = 0.610$), RIP ($\rho = 0.493$), A ($\rho = 0.455$), H ($\rho = 0.557$) y DC ($\rho = -0.373$). Por un lado, se observa que a mayor realización personal mayor uso de afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación y humor. Por otro lado, a mayor desconexión conductual menor realización personal.
- DP tuvo correlaciones significativas con AA ($\rho = -0.451$), P ($\rho = -0.656$), RIP ($\rho = -0.422$), N ($\rho = 0.495$) y DC ($\rho = 0.571$). A mayor despersonalización menor afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva. A mayor despersonalización mayor negación y desconexión conductual.
- FE presentó correlaciones significativas con AI ($\rho = 0.350$) aunque no era una correlación muy fuerte significa que a mayor fatiga emocional mayor autoinculpación.
- SC indicó correlaciones significativas con AA ($\rho = -0.561$), P ($\rho = -0.568$), RIP ($\rho = -0.559$), y H ($\rho = -0.352$). A mayor sacudida de creencias, menor uso de afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y humor.
- ST manifestó correlaciones significativas con R ($\rho = 0.367$). No era una correlación muy fuerte, pero a mayor sintomatología traumática mayor uso de religión.

Tabla 11

Matriz de correlaciones entre burnout, estrés traumático secundario y estrategias de afrontamiento

		RP	DP	FE	SC	ST
AA	Rho	0.516**	-0.451**	-0.279	-0.561***	-0.109
P	Rho	0.610***	-0.656***	-0.259	-0.568***	-0.101
ASE	Rho	0.009	-0.007	0.090	-0.102	-0.046
ASI	Rho	0.089	-0.257	0.162	-0.015	-0.116
R	Rho	0.216	0.215	-0.249	-0.235	0.367*
RIP	Rho	0.493**	-0.422*	-0.264	-0.559***	0.074
A	Rho	0.455**	-0.296	-0.212	-0.295	0.116
N	Rho	-0.216	0.495**	0.110	0.188	0.250
H	Rho	0.557***	-0.250	-0.257	-0.352*	0.188
AD	Rho	-0.025	-0.017	0.247	0.072	0.324
AI	Rho	-0.282	0.195	0.350*	0.335*	0.277
DC	Rho	-0.373*	0.571***	0.134	0.213	0.296
DE	Rho	0.212	-0.105	0.051	-0.057	-0.040
UDS	Rho	-0.231	0.295	0.068	-0.060	0.103

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

gl = 34

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

“RP” = Realización Personal y “DP” = Despersonalización.

“FE” = Fatiga Emocional; “SC” = Sacudida de Creencias y “ST” = Sintomatología Traumática

Análisis De La Cultura Organizacional

Acerca de los resultados del OCAI, las medidas de la organización actual fueron Clan actual (C1), Adhocrático actual (A1), Mercado actual (M1) y Jerarquía actual (J1). Como se puede ver en la tabla 12, J1 es la más alta ($\bar{x} = 50.69$), lo que quiere decir que las personas de la muestra perciben su organización como tipo jerárquico, la segunda más alta la tiene el tipo mercado ($\bar{x} = 27.20$). Es importante resaltar que la desviación estándar es muy alta lo que significa que los resultados son dispersos y, por ende, alejados de la media. En el tipo clan y adhocrático se rechaza la normalidad (prueba Shapiro-Wilk $p < 0.05$) y en mercado y jerarquía se acepta ($p > 0.05$).

Tabla 12

Análisis descriptivo OCAI

	Media	DE	Mdn	Mín	Máx	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk	
						Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p
C1	12.96	12.03	12.50	0.0	50	1.0755	0.393	1.293	0.768	0.895	0.002
A1	9.14	8.90	8.33	0.0	29.2	0.5516	0.393	-0.832	0.768	0.875	<.001
M1	27.20	12.46	27.08	0.0	54.2	-0.0156	0.393	-0.244	0.768	0.982	0.821
J1	50.69	16.59	52.08	16.7	83.3	-0.2193	0.393	-0.771	0.768	0.972	0.477
C2	35.88	21.06	37.50	0.0	75.0	-0.2206	0.393	-0.628	0.768	0.947	0.083
A2	19.56	10.20	20.83	0.0	50	0.0664	0.393	1.560	0.768	0.915	0.009
M2	15.86	11.52	14.58	0.0	41.7	0.2652	0.393	-0.816	0.768	0.930	0.025
J2	28.70	19.15	25.00	0.0	75.0	0.8137	0.393	0.164	0.768	0.925	0.018

Nota. Sobre los estadísticos calculados: “DE” = Desviación estándar, “Mín” = Mínimo y “Máx” = Máximo
Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual; “C2” = Clan preferido; “A2” = Adhocrático preferido; “M2” = Mercado preferido y “J2” = Jerarquía preferida

También, es interesante ver cómo se sitúan los resultados y ver si hay algún patrón de datos dependiendo de los niveles de burnout y de estrés traumático secundario. Al observar estos descriptivos, se encontró que las personas con DP alto perciben su cultura organizacional más como tipo jerárquico, siendo ($\bar{x} = 54.53$). Lo mismo ocurre con RP bajo ($\bar{x} = 59.17$). Comparado con los niveles contrarios (es decir DP bajo ($\bar{x} = 40.63$) y RP alto ($\bar{x} = 43.23$) perciben su organización como jerárquica en menor nivel. (Véase el anexo 7.9. Análisis Descriptivo: Cultura Organizacional Por Niveles De Burnout).

De nuevo, se repite lo último mencionado, las personas que tienen alta FE ($\bar{x} = 55.0$), alta SC ($\bar{x} = 54.17$) y alta ST ($\bar{x} = 51.39$) perciben su lugar de trabajo como más jerárquico. Cuando tienen un nivel bajo de FE ($\bar{x} = 45.83$), bajo SC ($\bar{x} = 41.67$) y bajo ST ($\bar{x} = 25.00$) aprecian su organización como menos jerárquica. (Comprobar anexo 7.10. Análisis Descriptivo: Cultura Organizacional Por Niveles De Estrés Traumático Secundario).

Se analizó si había una diferencia estadísticamente significativa de las medias, según los niveles de burnout, realizando un ANOVA de un Factor (No paramétrico y de 3 o más categorías) Kruskal Wallis, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en niveles de RP y percepción de tipo clan, adhocrática y jerarquía ($p < 0.05$). Observe tabla 13: Anova de un factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (nivel de RP y tipo de cultura organizacional). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) en nivel de DP y percepción del tipo de cultura organizacional (mire el anexo 7.11. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas: Cultura Organizacional Por Nivel DP).

Tabla 13

Anova de un factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (nivel de RP y tipo de cultura organizacional)

	χ^2	p
C1	9.34	0.009
A1	12.53	0.002
M1	3.84	0.147
J1	8.14	0.017

Nota. gl = 2

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

Se llevó a cabo el mismo procedimiento (ANOVA de un Factor no paramétrico para FE y ST) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de FE y ST y la percepción de cultura organizacional. Se realizó un ANOVA de un Factor para paramétricas y 3 o más categorías para nivel SC y no se averiguaron diferencias estadísticamente importantes en la percepción del tipo de cultura organizacional. (Compruebe el anexo 7.12. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas: Cultura Organizacional Por Nivel Estrés Traumático Secundario).

Asimismo, si volvemos a la tabla 12, encontramos las medidas del tipo de organización preferido (clan 2, adhocrático 2, mercado 2 y jerarquía 2). Se observa que el tipo clan es el favorito con una media de 35.88. El siguiente tipo más preferido es el jerárquico con 28.70 (aunque este tipo es el resultado con más desviación estándar).

Análisis Correlacional De Cultura Organizacional, Burnout Y Estrés Traumático Secundario

Para decidir qué tipo de correlación debíamos realizar observamos la curtosis, asimetría y la prueba de Shapiro-Wilk de los resultados (véase tabla 12: Análisis descriptivo OCAI). Tras realizar este análisis encontramos variables paramétricas y no paramétricas por lo que se realiza el coeficiente de Spearman.

Si miramos la tabla 14: Matriz de Correlaciones entre burnout, estrés traumático secundario y la cultura organizacional, vemos las diferentes correlaciones que hay entre la cultura organizacional, burnout y estrés traumático secundario (hipótesis 6). La primera parte del análisis se centró en las correlaciones entre el burnout y el estrés traumático secundario. Al observar las dimensiones encontramos que RP se relacionaba de manera significativa con FE ($\rho = -0.752$) y con SC ($\rho = -0.664$), lo que significa que a mayor realización personal menor fatiga emocional y sacudida a creencias. DP mantenía una correlación significativa, aunque baja con FE ($\rho = 0.392$) y con SC ($\rho = 0.415$), siendo que a mayor despersonalización mayor fatiga emocional y sacudida de creencias. ST no tenía ninguna relación significativa con RP y DP. No se comenta la relación que tienen entre las dimensiones, por ejemplo, FE con SC o RP con DP ya que miden el estrés traumático secundario y se desvía de la investigación.

Analizando primero el tipo de cultura organizacional con el burnout encontramos que RP presentaba correlaciones significativas con C1 ($\rho = 0.361$), A1 ($\rho = 0.540$) y J1 ($\rho = -0.413$). Es decir, a mayor puntuación de realización personal, mayor la percepción de que la organización es de tipo clan y de tipo adhocrático. A menor la puntuación de realización personal, mayor la percepción de tipo jerárquico. DP mantenía una correlación significativa con J1 ($\rho = 0.341$), a mayor DP mayor la percepción de tipo jerárquico.

El estrés traumático secundario se relacionaba con el tipo de cultura organizacional de la siguiente manera. FE guardaba correlaciones significativas con A1 ($\rho = -0.451$) y J1 ($\rho = 0.385$). Esto implica, en el primer caso, que a menor fatiga emocional mayor percepción de tipo adhocrático y, en el segundo caso, que a mayor fatiga emocional mayor percepción de tipo jerárquico. También, comentar que estas correlaciones no son especialmente fuertes. En cambio, SC mantenía una correlación significativa con A1 ($\rho = -0.369$) y con J1 ($\rho = 0.350$), aunque no son correlaciones fuertes. A mayor sacudida de creencias menor percepción de tipo adhocrático y a mayor sacudida de creencias mayor percepción de tipo jerárquico.

Interesante resaltar que ST no tenía relación ni con las dimensiones de burnout (RP y DP), ni con las dimensiones de estrés traumático secundario que pertenecen a su mismo cuestionario (FE y SC), ni con los diferentes tipos de cultura organizacional.

Tabla 14

Matriz de Correlaciones entre burnout, estrés traumático secundario y la cultura organizacional

		RP	DP	FE	SC	ST
RP	Rho	—				
DP	Rho	-0.497**	—			
FE	Rho	-0.752***	0.392*	—		
SC	Rho	-0.664***	0.415*	0.711***	—	
ST	Rho	0.103	0.304	0.083	-0.043	—
C1	Rho	0.361*	-0.170	-0.217	-0.266	0.171
A1	Rho	0.540***	-0.312	-0.451**	-0.369*	-0.073
M1	Rho	-0.178	-0.105	0.013	0.063	-0.303

J1	Rho	-0.413*	0.341*	0.385*	0.350*	0.108
-----------	------------	---------	--------	--------	--------	-------

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

gl = 34

Sobre las variables: “RP” = Realización personal y “DP” = Despersonalización.

“FE” = Fatiga Emocional; “SC” = Sacudida de Creencias y “ST” = Sintomatología

Traumática.

“C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

Discusión Y Conclusiones

Como resultado de este estudio se ha encontrado que en esta muestra específica hay una prevalencia alta de estrés traumático secundario y de burnout. Igualmente, se han descubierto diferencias estadísticamente significativas entre las medias de burnout en distintas categorías (lo cual es interesante para la prevención) pero no de estrés traumático secundario.

Asimismo, se han hallado correlaciones estadísticamente relevantes entre el tipo de cultura organizacional, el burnout y el estrés traumático secundario. Y, finalmente, también se han encontrado correlaciones estadísticamente importantes entre las estrategias de afrontamiento, el burnout y el estrés traumático secundario (de nuevo interesante para la prevención e intervención).

El objetivo general de la investigación era “crear una imagen de la situación actual demostrando la prevalencia del estrés traumático secundario y el burnout entre los profesionales sanitarios”. Como se puede apreciar en los datos cualitativos del estudio, los sanitarios de la muestra destacaron muchas de las causas de su insatisfacción y cómo mejorarla.

Burke y Greenglas (1995) ya mencionaron que la carga laboral y el clima laboral tóxico (como liderazgo pobre, interferencia burocrática, falta de compañerismo) eran factores que afectan al desarrollo del burnout. Lim et al., 2010, añadían a estos factores los recursos insuficientes, la falta de poder en las decisiones de la organización (también expresado por Moreira y Lucca, 2020, e Ilić et al., 2017) y las largas jornadas.

A la pregunta “¿Qué aspectos de tu trabajo son los que más te agotan? realizada a los encuestados, el 56% se quejaba del clima laboral tóxico, el 36% de la carga laboral y el 33% de la falta de organización, entre otros. Ante estos problemas los sanitarios proponían en un 47%, una mejora de la organización, con más apoyo y mejor organización, más recursos humanos, más estabilidad de empleo y el 14% aluden a la reducción de la burocracia.

De acuerdo con Asante et al., 2019, el “trabajo de alto estrés” se relacionaba con la percepción del entorno laboral exigente y que generaba mucha tensión, estando conectado al burnout. También, Lewis et al., 2010, comentaban que la falta de reconocimiento y de apoyo por parte de la organización y los compañeros, afectan al desarrollo de estrés traumático secundario.

Con respecto a esto, el 44% de los sanitarios mejoraría la organización (más personal para aliviar la carga laboral y el 22% haría cambios en la agenda de pacientes) y al 33% le gustaría recibir más reconocimiento, agradecimientos, promociones y aumento de salario. Por lo tanto, muchas de las causas de agotamiento que comentan sí que están conectadas con el desarrollo de burnout y estrés traumático secundario. Aparte de estas causas, los sanitarios también mencionan la actitud de los pacientes y el salario bajo como consecuencia del agotamiento.

Como eventos traumáticos se identifican la falta de recursos (Lim et al., 2010), el COVID-19 (García-Martín et al., 2021, con testimonios de enfermeras noveles, y Reyes et al., 2020, hablando de una perturbación psicosocial), la violencia administrativa y los problemas con compañeros Lewis et al., 2010 citaba las urgencias extremas y sobre las agresiones, en la introducción no se mencionó ninguna investigación que lo demostrara e indagando, se encuentra un estudio donde los profesionales sanitarios están expuestos a diferentes tipos de agresiones frecuentemente, siendo los enfermeros los más expuestos, Kowalczyk y Krajewska-Kulak, 2017), demasiados pacientes y fallecimientos (Cohen et al, 2020, hablaban de la falta de recursos y como lo pacientes superan la capacidad de profesionales y los dilemas morales que esto conllevaba).

En relación con estos estudios, a la pregunta opcional: ¿Sería posible que especificaras qué eventos considerarías como traumáticos? que se hizo a los participantes, el 28% destacó la cantidad de pacientes a los que debían atender, el 28% resaltó los fallecimientos, el 22% se quejó de las agresiones por parte de los pacientes, el 17% mencionó las urgencias extremas, además de mencionarse otros asuntos, el COVID y la falta de recursos.

En los objetivos específicos de este trabajo, el primer objetivo era cuantificar los niveles de burnout y estrés traumático secundario. En el análisis descriptivo de burnout los resultados de Realización Personal (RP) y de Despersonalización (DP) revelan un alto riesgo de padecer burnout. En cuanto al estrés traumático secundario, de nuevo, los efectos de la Fatiga Emocional (FE), la Sacudida de Creencias (SC) y la Sintomatología (ST) muestran un alto riesgo de sufrirlo.

Estas respuestas se pueden relacionar con algunos documentos mencionados en la introducción donde el 75% de los sanitarios presentaban indicadores de fatiga, dolor o estrés, el 43% se sentían quemados (PAIME, 2023) y el 31,8% cumplían criterios de estar quemados (Burns et al., 2021), también con el estudio de Riello et al., 2020, donde el 43% presentaban sintomatología moderada a severa de ansiedad y/o estrés postraumático.

Se debe destacar que el porcentaje de ST es muy preocupante porque a pesar de que la gran mayoría no están afectados por las otras dos dimensiones del estrés traumático secundario sí que presentan síntomas en este marcador y se debería seguir explorando qué causa esta sintomatología para poder prevenirla.

En el segundo objetivo, que era evaluar el tipo de cultura organizacional reconocida y percibida, se aprecia por los resultados, que los sanitarios perciben su lugar de trabajo como jerárquico (como comentaban, Mesfin et al., 2020, Saif, 2017, e Iglesias Guerra et al., 2005) y los que tienen un nivel bajo de RP y un nivel alto de DP lo notan con mayor jerarquía que aquellos que no. Ocurre lo mismo con FE alto, SC alto y ST alto. Al realizar la diferencia de medias se encuentra que sí hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de RP pero no en el resto de los niveles (nivel DP, FE, SC y ST).

De hecho, al realizar las correlaciones encontramos que RP se relaciona de manera positiva y significativa con el tipo clan y el tipo adhocrático y negativamente con jerarquía. DP se relaciona de manera efectiva con el tipo jerárquico. Por lo tanto, el tipo clan y adhocrático son culturas organizacionales que aumentan RP y el tipo jerarquía aumenta DP y disminuye RP.

En relación con el estrés traumático secundario, FE se asocia significativamente con el tipo adhocrático y jerárquico, SC se vincula con el tipo adhocrático y jerárquico y ST no mantiene relación con ninguna de las variables (lo cual llama la atención y habría que explorar). El tipo adhocrático disminuye FE y SC, y el tipo jerárquico aumenta ambas.

Respecto a los resultados obtenidos, no se puede completar el objetivo 3, reconocer los efectos que tiene la cultura organizacional en el desarrollo del burnout y estrés traumático secundario, porque, aunque sí existe una relación y afecta, no se conocen los efectos que tiene al no haber podido realizar una regresión para determinar si es un predictor.

Sin embargo, si se cumple el objetivo 4, comprobar si hay relación correlacional entre el tipo de cultura organizacional y el desarrollo de estrés traumático secundario y burnout en los profesionales sanitarios.

En el caso de las estrategias de afrontamiento, si se miden para comprobar el objetivo 5, examinar y medir qué estrategias de afrontamiento utilizan los sanitarios para poder trabajar en desarrollarlos o aumentarlos en un futuro, se observa que utilizan diferentes técnicas para solucionar sus problemas. No obstante, no hay ninguna estrategia que destaque, a pesar de ser herramientas que podrían aliviar el estrés.

Los datos analizados durante el objetivo 1, demuestran el cumplimiento de la hipótesis 1, prevalencia alta de casos de burnout y estrés traumático secundario en los profesionales sanitarios. Esta afirmación está apoyada por una muestra realizada con enfermeras, donde el 18% cumplían con los criterios de estrés traumático secundario, el 86% con los de burnout y el 98% con ambos síndromes (Mealer et al., 2009). Hay que tener en cuenta que al contar con una participación alta se revela el malestar de ambos trastornos, mientras que en este estudio la muestra puede estar sesgada.

En cuanto a la hipótesis 2: Diferencias estadísticamente significativas entre medias de burnout y sexo, formación, experiencia, tipo de institución y profesión, encontramos diferencias en DP, en formación y RP y DP, en experiencia. En este último caso, es importante añadir una investigación donde encontraron que a menor experiencia mayor burnout (Taranu et al., 2022).

No se dieron diferencias por sexo, sin embargo, sí que hay evidencia de que el sexo influye en el desarrollo de ambos síndromes. Por ejemplo, Carmassi et al., 2022, encontró que las mujeres son más vulnerables y propensas al desarrollo de estrés postraumático y burnout.

Finalmente, en la hipótesis 2, se aceptan las diferencias estadísticamente significativas por formación y por experiencia (sólo en DP y no en RP) rechazándose en el resto (sexo, tipo de institución y profesión).

La hipótesis 3 se rechaza porque no hay diferencias estadísticamente significativas entre el estrés traumático secundario y el sexo, formación, experiencia, tipo de institución y profesión. Aunque habría que mencionar, de nuevo el estudio de Carmassi et al., 2022, en el que descubrió diferencias en la profesión, porque los doctores demostraron tener más deterioro funcional en comparación con las enfermeras. Esto último, lo podemos relacionar con los resultados de la diferencia de medias que están al límite de ser significativas en estrés traumático secundario (sería interesante ampliar este trabajo y ver si se confirma lo que dice).

Aparecen diferencias estadísticamente relevantes entre los recursos personales y las estrategias de afrontamiento dependiendo del sexo, formación, experiencia, tipo de institución y profesión

(hipótesis 4). Por ejemplo, hay diferencias entre sexo y Afrontamiento Activo (AA), Apoyo Social Instrumental (ASI) y AutoDistracción (AD) (se acepta en estas y se rechaza en el resto de estrategias de afrontamiento), en formación en AA y Planificación (P) (se acepta en estas y se rechaza en el resto), en experiencia en AA, P, Aceptación (A), Negación (N), Desconexión Conductual (DC) y Desahogo Emocional (DE) (se acepta en estas y se rechaza en el resto), en tipo de institución hay diferencias en Religión (R) (se acepta en esta y se rechaza en el resto) y en profesión hay diferencias en P (se acepta en esta y se rechaza en el resto).

Otro estudio encuentra que hay diferencias en el uso de la negación (siendo las enfermeras las que utilizan más probablemente esta técnica), este estudio también menciona que con frecuencia ante situaciones de estrés los profesionales sanitarios escogen estrategias de afrontamiento activas (Łukasiewicz & Kaczmarek, 2023), como, por ejemplo, afrontamiento activo, planificación, aceptación etc.

En la hipótesis 5, las estrategias de afrontamiento individuales, positivas y negativas, de los profesionales sanitarios se relacionan con mayores o menores niveles de burnout y estrés traumático secundario, debemos mencionar las correlaciones encontradas. Empezando por burnout se encuentra que RP está relacionado positivamente con AA, P, ReInterpretación Positiva (RIP), A, Humor (H) y negativamente con DC. DP está relacionado negativamente con AA, P, RIP y positivamente con N y DC. Por lo tanto, estos resultados nos indican cómo se podría prevenir e intervenir el burnout incrementando el uso de estrategias como AA, P, RIP, A y H y disminuyendo el uso de N y DC.

En cuanto al estrés traumático secundario descubrimos que FE tiene correlaciones significativas con AutoInculpción (AI), SC tiene correlaciones significativas con AA, P, RIP, y H y ST tiene correlaciones significativas con R. De nuevo, para la prevención del estrés traumático secundario, las estrategias a desarrollar serían AA, P, RIP y H y las que deberían utilizarse menos serían AI y R.

Por último, se rechaza la hipótesis 5, sobre si la cultura organizacional es una variable relacionada con el desarrollo de burnout y estrés traumático secundario en los hospitales españoles, porque:

1. La cultura organizacional orientada a la jerarquía tendrá una relación positiva, a más este tipo de cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario. Esta cultura será la que más se relacione con el desarrollo de burnout y estrés traumático secundario. Esta afirmación

se acepta en términos de burnout (a mayor percepción de jerarquía, menor RP y mayor DP), y se rechaza en estrés traumático secundario (a mayor jerarquía mayor FE y SC, pero no existe relación con ST).

2. La cultura organizacional de tipo “clan”, tendrá una relación negativa, a menos este tipo de cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario. No se cumple en burnout (a mayor clan, mayor RP y no se relaciona con DP), ni en estrés traumático secundario (FE, SC y ST no se relacionan con el tipo clan).

3. La cultura organizacional “Adhocracia”, tendrá una relación positiva, a menos nivel de esta cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario. En burnout se rechaza (a mayor adhocracia mayor RP y no hay relación con DP). En estrés traumático secundario se rechaza (a menor adhocracia mayor FE y SC, ST no se relaciona).

4. La cultura organizacional orientada a mercado tendrá una relación negativa, a más nivel de este tipo de cultura mayor nivel de burnout y estrés traumático secundario. Se rechaza en términos de burnout y estrés traumático secundario (RP, DP, FE, SC y ST no mantienen relación).

Los resultados de las correlaciones son de gran importancia ya que podrían darnos ideas de intervención y nos guía hacia qué tipo de cultura organizacional podría ser generadora de riesgos psicosociales. En este caso los resultados señalan al tipo jerárquico e investigando encontramos que hay estudios que obtienen resultados de mayor malestar psicológico relacionado con culturas organizacionales jerárquicas y orientadas al mercado (Dextras-Gauthir & Marchand, 2018).

En definitiva, se ha demostrado que hay relaciones significativas entre el burnout, el estrés traumático secundario y el tipo de cultura organizacional, lo cual da espacio para incluir medidas de prevención y estrategias de solución al problema (objetivo 6) y que el bienestar de los sanitarios aumente.

Existen muchos ejemplos de intervenciones a través de talleres que se enfocan en que la persona mejore de manera individual, sin embargo, no hay tantos que incluyan los factores del lugar de trabajo. Uno de ellos fue el de Shanafelt & Noseworthy, 2017, que realizaron una intervención con 9 estrategias organizacionales para mejorar el bienestar de los sanitarios, como modificar las reuniones de equipo y crear eventos de reconocimiento hacia los profesionales. Estos dos cambios tuvieron un efecto positivo (los sanitarios reportaron menores

porcentajes de burnout, menor nivel de estrés, mayor satisfacción con su labor). Se sigue teniendo que avanzar e investigar este tipo de intervenciones ya que podrían ser de mucha ayuda para aquellos a los que les afecta el burnout.

Sería interesante añadir, en futuros informes, más estrategias de afrontamiento, ya que, en este caso, sólo se miden las del COPE 28 y hay muchas más que también se relacionan con reducir el burnout. Por ejemplo, realizar actividades físicas, autocuidados, distanciarse emocional y físicamente del trabajo, etc. (Maresca et al., 2022). Una revisión sistemática comentaba que un análisis interno sobre el evento traumático (autorreflexión) ayudaba con los sentimientos traumáticos y era una manera de aprender de lo que ha ocurrido (Kappes et al., 2021). El objetivo de estudiar más tipos de estrategias de afrontamiento sería desarrollar talleres efectivos.

Si buscamos literatura encontramos muchos talleres efectivos para intervenir en el burnout de los sanitarios utilizando estrategias de afrontamiento. Un ejemplo es un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout que fue efectivo (Auserón et al., 2018). Otro ejemplo es el Programa de Intervención Breve (PIB) realizado en Perú, en el que enseñaban estrategias conductuales, cognitivas y emocionales para afrontar el burnout (aunque este programa no produjo diferencias estadísticamente significativas sí que redujo los niveles altos de las dimensiones de burnout, RP, DP y agotamiento emocional) (Yslado et al., 2020). Aun así, habría que seguir examinando qué intervención es la más efectiva para aumentar el bienestar en los sanitarios y el impacto que tienen en el bienestar estos talleres en estudios longitudinales.

En cambio, las intervenciones de estrés traumático secundario se están empezando a realizar y todavía requieren de mucha más investigación. Como ejemplo, a una intervención enfocada en la mejora del estrés traumático secundario, encontramos una revisión sistemática que incluye diferentes estudios donde enseñaban autocompasión a personal sanitario y reducían el estrés traumático secundario (Rushforth et al., 2023). Lamentablemente, los estudios de la revisión sistemática analizados eran de calidad media y algunos no tenían grupo control, por lo que, aunque los resultados fueran prometedores, se debe seguir investigando y probando este tipo de intervenciones. Hay que añadir que como estrategias organizacionales uno de los planes más valorados por los sanitarios que han sido afectados como víctimas secundarias (estrés traumático secundario) son los programas de apoyo con sus compañeros (Kappes et al., 2021).

Además, hay que realizar una gran labor para reducir la suposición de que las personas que cuidan no pueden ponerse enfermas y no pueden tener problemas mentales. Si no hubiera este estigma, probablemente, los sanitarios reconocerían los problemas más rápidamente y buscarían ayuda antes. Un ejemplo es un estudio realizado por Henderson et al., 2012, donde se descubrió que cuando los médicos cogían una baja por enfermedad, les costaba volver al puesto por su propia percepción como fracasados y por la creencia de que los demás también les verían como fracasos. Recordemos, también, otro texto ya mencionado que se realizó durante la pandemia COVID en el que se decía: “si reconocemos que es común sufrir angustia relacionada con el cuidado de los pacientes de COVID-19, podemos desestigmatizar los problemas de salud mental relacionados con el trabajo y atender adecuadamente las necesidades de salud mental de todos los trabajadores” (Mehta et al., 2021, p.3).

Para elaborar este informe, se han encontrado bastantes limitaciones, comenzando por la gran complejidad que supone la medición de la cultura organizacional, ya que está afectada por muchos factores y las pruebas de medida son complicadas y largas, habiendo afectado a la cantidad de respuestas conseguidas y, siguiendo, en el caso del OCAI, con que las instrucciones eran algo difíciles de entender y el formato que se usó para administrarlo no era el adecuado. También, debemos considerar que quizás las personas no quieren “hablar abiertamente” de lo que ocurre en sus instituciones.

Por otro lado, el contar con una muestra tan pequeña fue una gran limitación. Las causas de la poca participación han podido ser la extensión del cuestionario, no haberlo difundido correctamente, época de sobrecarga de encuestas, etc. Lo que nos lleva a plantearnos la posibilidad de que los resultados obtenidos de la muestra tengan un gran sesgo porque sólo hayan respondido aquellos que están muy quemados o enfadados con su organización, debiendo tenerlo en cuenta para futuros sondeos. Además, al realizar el estudio de fiabilidad en SC se obtiene ($\alpha = 0.380$) y podría ser por el tamaño de la muestra.

Otra limitación, al tener tan pocas respuestas, es el no haber podido realizar un análisis de regresión porque las variables no eran paramétricas y los supuestos no cumplían los parámetros necesarios para llevarlo a cabo. Es posible que con una muestra mayor se hubiera podido realizar esta exploración y comprobar si la cultura organizacional predecía de alguna manera el burnout y el estrés traumático secundario en los sanitarios. De hecho, este sería un gran tema para futuras investigaciones.

Asimismo, como futura investigación sería beneficioso analizar estudios que incluyeran factores psicosociales específicos, en vez de tratarlo como un tema general, para poder diferenciar correctamente que causa que, como lo causa, por qué lo causa, etc. Una revisión que los trató como específicos fue el de Franklin y Gkiouleka, 2021, en el que exponían los diferentes riesgos psicosociales que sufrieron los trabajadores sanitarios durante la pandemia del COVID 19.

Finalmente, consideramos que este trabajo puede ser un comienzo para explorar más en profundidad las vulnerabilidades de los sanitarios, eliminar estigmas y generar un cambio en las demandas laborales demasiado exigentes, la falta de apoyo y trato personal, dentro de la organización, y el desarrollo de sus propios recursos personales para mejorar su bienestar.

Referencias

- Agencia Efe (2024). Uno de cada cuatro sanitarios españoles sufre un problema de salud mental por el estrés y la ansiedad. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2024/06/08/6664497be85eceed198b4595.html>
- Aguirre Mas, C., Gallo, A., Ibarra, A., & Sánchez García, J. C. (2018). Relación entre estrés laboral y burnout en una muestra de controladores de tráfico aéreo en Chile. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 239-248. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1688>.
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(5), 543-548. <https://doi.org/10.1002/pon.1432>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asante, J. O., Li, M. J., Liao, J., Huang, Y. X., & Hao, Y. T. (2019). The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 19, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8>
- Auserón, G. A., Viscarret, M. R. E., Goñi, C. F., Rubio, V. G., & Pascual, P. P. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención primaria*, 50(3), 141-150. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
- Beaton, R. D., & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder* (pp. 51–62). Brunner/Mazel
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157 <https://doi.org/10.1007/BF00844267>

- Bremner, J. D., Staib, L. H., Kaloupek, D., Southwick, S. M., Soufer, R., & Charney, D. S. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biological psychiatry*, *45*(7), 806-816. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00297-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00297-2)
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1995). A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Social science & medicine*, *40*(10), 1357-1363. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00267-W](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00267-W)
- Burns, K. E., Pattani, R., Lorens, E., Straus, S. E., & Hawker, G. A. (2021). The impact of organizational culture on professional fulfillment and burnout in an academic department of medicine. *PLoS One*, *16*(6), e0252778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252778>
- Cameron, K. and Quinn, R. (1999), Diagnosing and Changing Organizational Culture. Based on the Competing Values Framework, *Addison-Wesley, Reading, Massachusetts, MA*.
- Carmassi, C., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Pedrinelli, V., Barberi, F. M., Malacarne, P., & Dell'Osso, L. (2022). Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in emergency healthcare workers. *Intensive and Critical Care Nursing*, *69*, 103154. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103154>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations* New York: Praeger.
- Cheung, C. K., & Chow, E. O. W. (2011). Reciprocal influences between burnout and effectiveness in professional care for elders. *Social Work in Health Care*, *50*(9), 694-718. <https://doi.org/10.1080/00981389.2011.580421>
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services*, *11*(1), 75. <https://doi.org/10.1037/a0033798>

- Cohen, I. G., Crespo, A. M., & White, D. B. (2020). Potential legal liability for withdrawing or withholding ventilators during COVID-19: assessing the risks and identifying needed reforms. *Jama*, 323(19), 1901-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5442>
- Confederación Salud Mental España & Fundación Mutua Madrileña. (2023). *La situación de la salud mental en España*. Fundación Mutua Madrileña https://www.fundacionmutua.es/actualidad/noticias/macroestudio_salud_mental/
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local and regional anesthesia*, 171-183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Dębski, M., Cieciora, M., Pietrzak, P., & Bołkunow, W. (2020). Organizational culture in public and non-public higher education institutions in Poland: A study based on Cameron and Quinn's model. *Human Systems Management*, 39(3), 345-355. <https://doi.org/10.3233/HSM-190831>
- Dextras-Gauthier, J., & Marchand, A. (2018). Does organizational culture play a role in the development of psychological distress?. *The International Journal of Human Resource Management*, 29(12), 1920-1949. <https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1216874>
- Erickson, H. J., Hurley, R. A., & Taber, K. (2014). Psychotherapy for PTSD: neuroimaging of recovery processes. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 26(3), iv-195. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.260301>
- Esterwood, E., & Saeed, S. A. (2020). Past epidemics, natural disasters, COVID19, and mental health: learning from history as we deal with the present and prepare for the future. *Psychiatric quarterly*, 91(4), 1121-1133. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09808-4>
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... & Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *Bmj*, 336(7642), 488-491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- Figley, C. R. (1983). The family as victim: Mental health implications. En P. Berner (dir.), *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry*. Londres: Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2365-5_45

- Figley, C. R., & McCubbin, H. I. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. *Ariel*, 129(81), 82-190. https://www.researchgate.net/publication/282328720_Catastrophes_An_Overview_of_Family_Reactions
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D., & Courtois, C. A. (2015). *Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions*. Academic press.
- Franklin, P., & Gkiouleka, A. (2021). A scoping review of psychosocial risks to health workers during the Covid-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>
- Galbraith, N., Boyda, D., McFeeters, D., & Hassan, T. (2021). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych bulletin*, 45(2), 93-97. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>
- García-Martín, M., Roman, P., Rodriguez-Arrastia, M., Diaz-Cortes, M. D. M., Soriano-Martin, P. J., & Ropero-Padilla, C. (2021). Novice nurse's transitioning to emergency nurse during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 258-267. <https://doi.org/10.1111/jonm.13148>
- Glisson, C., Landsverk, J., Schoenwald, S., Kelleher, K., Hoagwood, K. E., Mayberg, S., ... & Research Network on Youth Mental Health. (2008). Assessing the organizational social context (OSC) of mental health services: Implications for research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35, 98–113. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0148-5>
- González Ordi, H., Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., & Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10.
- Gray, C., & Rydon-Grange, M. (2020). Individual characteristics, secondary trauma and burnout in police sexual and violent offending teams. *The Police Journal*, 93(2), 146-161. <https://doi.org/10.1177/0032258X19847499>

- Gregory, J., de Lepinau, J., de Buyer, A., Delanoy, N., Mir, O., & Gaillard, R. (2019). The impact of the Paris terrorist attacks on the mental health of resident physicians. *BMC psychiatry*, *19*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2058-y>
- Harrington, T., & Newman, E. (2007). The psychometric utility of two self-report measures of PTSD among women substance users. *Addictive behaviors*, *32*(12), 2788-2798. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.04.016>
- Henderson, M., Brooks, S. K., Del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S. B., Hotopf, M., ... & Hatch, S. (2012). Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ open*, *2*(5), e001776. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001776>
- Iglesias Guerra, J. A., Frutos Martín, M., Casado Verdejo, I., Bárcena Calvo, C., Argüelles, M., Calle Pardo, A. P., & Carriedo Ule, D. (2005). La cultura de los hospitales del siglo XXI. I: Análisis de la situación de los hospitales españoles respecto a la cultura organizacional. *Canarias médica y quirúrgica*, *10*(1), 12–20. <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/6156>
- Ilić, I. M., Arandjelović, M. Ž., Jovanović, J. M., & Nešić, M. M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout—Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, *68*(2), 167-178. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- Jaramillo Antillón, J. (2017). La importancia de ser médico. *Acta Médica Costarricense*, *59*(2), 48-49. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022017000200048&script=sci_arttext
- Jones, J. W., Barge, B. N., Steffy, B. D., Fay, L. M., Kunz, L. K., & Wuebker, L. J. (1988). Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*, *73*(4), 727. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.73.4.727>
- Kappes, M., Romero-García, M., & Delgado-Hito, P. (2021). Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *International Nursing Review*, *68*(4), 471-481. <https://doi.org/10.1111/inr.12694>

- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315-323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., Degenhardt, L., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kowalczyk, K., & Krajewska-Kułak, E. (2017). Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.5604/12321966.1228395>
- Kucharska, W., & Bedford, D. A. D. (2019). Knowledge Sharing and Organizational Culture Dimensions: Does Job Satisfaction Matter?: EJKM. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 17(1), 1-18. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/knowledge-sharing-organizational-culture/docview/2248963940/se-2>
- Lewis, R., Yarker, J., Donaldson-Feilder, E., Flaxman, P., & Munir, F. (2010). Using a competency-based approach to identify the management behaviours required to manage workplace stress in nursing: a critical incident study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 307-313. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.07.004>
- Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International nursing review*, 57(1), 22-31. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>

- Łukasiewicz, J., & Kaczmarek, B. L. (2023). Health care workers strategies for coping with stress. *Acta Neuropsychologica*, 21, 387-394. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.8853>
- Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: a systematic review. *Medicina*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3^a ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 71(8), 827-834. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141>
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118–1126. <https://doi.org/10.1002/da.20631>
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E., & Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario: Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia psicológica*, 30(2), 31-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200003>
- Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A., Papazian, L., Moss, M., Azoulay, É., & Herridge, M. (2021). COVID-19: a heavy toll on health-care workers. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(3), 226-228. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00068-0)
- Mesfin, D., Woldie, M., Adamu, A., & Bekele, F. (2020). Perceived organizational culture and its relationship with job satisfaction in primary hospitals of Jimma zone and Jimma town administration, correlational study. *BMC Health Services Research*, 20, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05319-x>

- Mesonero Ortiz, L. (2024). La carrera universitaria con la tasa de depresión más alta es una de las más demandadas en España. *La razón*. https://www.larazon.es/sociedad/esta-carrera-universitaria-tiene-tasa-depresion-mas-alta-mas-demandadas_20241119673cb2df8e90030001cdf593.html
- Ministerio de Sanidad. (s.f.). *Sistema Nacional de Salud*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm>
- Mora, L. P. P. (2017). Factores psicosociales en la gestión de riesgo laboral. *Revista de Ciencias de Seguridad y Defensa*, 2(1), 26-26. <https://doi.org/10.24133/rcsd.v2n1.2017.07>
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv>
- Moreira, A. S., & Lucca, S. R. D. (2020). Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3336. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>
- Moreno-Jiménez, B., Benadero, M. E. M., Stamm, B. H., & Vergel, A. I. S. (2007). Estrés traumático secundario: personalidad y sacudida de creencias. *Psicología Conductual*, 15(3), 427-439.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide, 59-83.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, 12(2), 215-231. <https://psycnet.apa.org/record/2004-20979-002>
- National Institute of Mental Health. (2023). *Trastorno por estrés postraumático (PTSD)*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/ptsd-listing>
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2011). A comparative analysis of burnout and professional quality of life in clinical mental health providers and health care administrators. *Journal*

of *Workplace Behavioral Health*, 26(1), 25-43.
<https://doi.org/10.1080/15555240.2011.540978>

O'Neill, K. M., Shultz, B. N., Lye, C. T., Ranney, M. L., D'Onofrio, G., & Coupet Jr, E. (2020). Physicians on the frontlines: understanding the lived experience of physicians working in communities that experienced a mass casualty shooting. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(S4), 55-66. <https://doi.org/10.1177/1073110520979402>

PAIME (2023). Informe del estudio de impacto de la COVID en la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en España. *Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid*. <https://www.icomem.es/seccion/SALUD-MENTAL-MEDICO/informe-impacto-salud-encuesta-2023>

Patel, R., Spreng, R. N., Shin, L. M., & Girard, T. A. (2012). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and beyond: a meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(9), 2130-2142. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.06.003>

Prajogo, D. I., & McDermott, C. M. (2011). The relationship between multidimensional organizational culture and performance. *International Journal of Operations & Production Management*, 31(7), 712-735. <https://doi.org/10.1108/01443571111144823>

Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer nursing*, 32(4), E1-E7. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819ca65a>

Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biological psychiatry*, 60(4), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.004>

Reyes, V. D. L. C. R., Paredes, N. C., & Castillo, A. L. G. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(S1), 1-11. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103530>

Riello, M., Purgato, M., Bove, C., MacTaggart, D., & Rusconi, E. (2020). Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home

- workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *Royal Society open science*, 7(9), 200880. <https://doi.org/10.1098/rsos.200880>
- Ripp, J., Peccoralo, L., & Charney, D. (2020). Attending to the emotional well-being of the health care workforce in a New York City health system during the COVID-19 pandemic. *Academic medicine*, 95(8), 1136-1139. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003414>
- Rushforth, A., Durk, M., Rothwell-Blake, G. A., Kirkman, A., Ng, F., & Kotera, Y. (2023). Self-compassion interventions to target secondary traumatic stress in healthcare workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), 6109. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126109>
- Russell, K. (2016). Perceptions of burnout, its prevention, and its effect on patient care as described by oncology nurses in the hospital setting. *Number 1/January 2016*, 43(1), 103-109. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.103-109>
- Saif, N. I. (2017). Types of organizational culture in private Jordanian hospitals. *International Review of Management and Marketing*, 7(1), 53-58. https://dergipark.org.tr/en/pub/irmm/issue/32094/355403#article_cite
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & health*, 16(5), 501-510. <https://doi.org/10.1080/08870440108405523>
- Selmanovic, S., Ramic, E., Brekalo-Lazarevic, S., & Alic, A. (2011). Stress at work and burnout syndrome in hospital doctors. *Medical archives*, 65(4), 221. <https://doi.org/10.5455/medarh.2011.65.221-224>
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017, January). Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 92, No. 1, pp. 129-146). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- Simmons, A. N., & Matthews, S. C. (2012). Neural circuitry of PTSD with or without mild traumatic brain injury: a meta-analysis. *Neuropharmacology*, 62(2), 598-606. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.03.016>

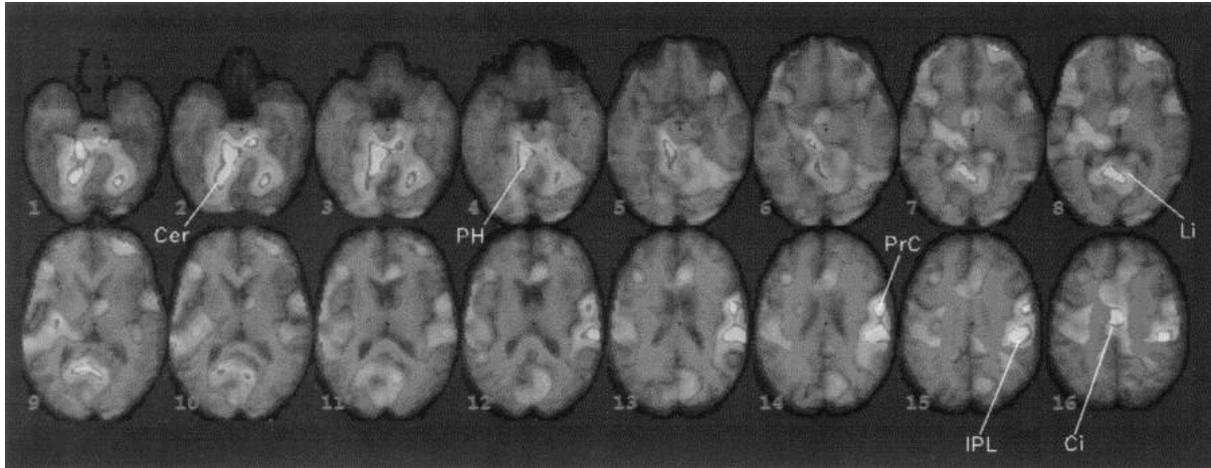
- Taranu, S. M., Ilie, A. C., Turcu, A. M., Stefaniu, R., Sandu, I. A., Pislaru, A. I., ... & Alexa-Stratulat, T. (2022). Factors associated with burnout in healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14701. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214701>
- Uddin, H., Hasan, M. K., Cuartas-Alvarez, T., & Castro-Delgado, R. (2024). Effects of mass casualty incidents on anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder among doctors and nurses: a systematic review. *Public health*, 234, 132-142. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.06.001>
- Unión General de Trabajadoras y Trabajadores. (2024). *Informe sobre salud mental en el trabajo*. <https://prlugtaragon.org/ugt-informe-salud-mental-y-trabajo-2024/>
- U.S. Department of Veterans Affairs. (s. f.). *¿Qué tan frecuente es el TEPT? | Veterans Affairs*. Veterans Health Library. https://www.veteranshealthlibrary.va.gov/spanish/mentalhealth/ptsd/about/142,UG4335_ES_VA
- Von Rueden, K. T., Hinderer, K. A., McQuillan, K. A., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., Gilmore, R. & Friedmann, E. (2010). Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *Journal of Trauma Nursing/ JTN*, 17(4), 191-200. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff2607>
- Wanjiku, N. A. and Lumwagi, N. (2014) 'Effect of organisation culture on employee performance in non governmental organizations', *International Journal of Scientific and Research Publications*, Vol. 4, No. 1, pp.2250–3153. <https://www.ijsrp.org/research-paper-1114.php?rp=P353311#citation>
- Watts, V. (2014). Biomarkers May Aid PTSD Diagnosis, Treatment. *Psychiatric News*, 49(24), 1–1. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2014.12b2>
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health care management review*, 32(3), 203-212. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>

- Wu, G. W., Wolkowitz, O. M., Reus, V. I., Kang, J. I., Elnar, M., Sarwal, R., ... & Somvanshi, P. R. (2021). Serum brain-derived neurotrophic factor remains elevated after long term follow-up of combat veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, *134*, 105360. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105360>
- Yin, Q., Sun, Z., Liu, T., Ni, X., Deng, X., Jia, Y., ... & Liu, W. (2020). Posttraumatic stress symptoms of health care workers during the corona virus disease 2019. *Clinical psychology & psychotherapy*, *27*(3), 384-395. <https://doi.org/10.1002/cpp.2477>
- Yslado Méndez, R. M., Norabuena Figueroa, R. P., Sánchez Broncano, J. D., & Norabuena Figueroa, E. D. (2020). Programa de intervención breve para reducir el burnout de profesionales de la salud, Perú. *Revista Universidad y Sociedad*, *12*(5), 279-289. <http://ref.scielo.org/yy339b>
- Zeb, A., Abdullah, N. H., Hussain, K., & Misnah. (2022). Competing value framework model of organisational culture and job performance: an examination of the mediating role of HPHR practices. *International Journal of Services and Operations Management*, *42*(1), 103-128. <https://doi.org/10.1504/IJSOM.2022.123069>

Anexos

Anexo 1: Mapa De Áreas De Interacción Significativa Entre El Diagnóstico Y La Condición De Trastorno De Estrés Postraumático

Véase la imagen 1 donde se demuestran los patrones de flujo sanguíneo comparando personas con y sin trastorno de estrés postraumático. Las áreas en gris y blanco son regiones que tuvieron interacciones significativas (Bremner et al., 1999).



Nota. Adaptado de “Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study” (p.6), por Bremner et al., 1999, *Biological Psychiatry*, 45 (7).

Anexo 2: Hoja Informativa Del Cuestionario

Descripción General Del Estudio

El objetivo general de la investigación es la creación de una imagen de la situación actual, demostrando la prevalencia del estrés traumático secundario y el burnout en la población de los profesionales sanitarios, dada su situación de vulnerabilidad. También se analizará si hay alguna relación entre el estrés traumático secundario, el burnout, la cultura organizacional y las estrategias de afrontamiento.

Participación Voluntaria

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de explicar sus motivos y sin que exista ningún tipo de repercusión negativa por su decisión.

Riesgos Derivados De Su Participación En El Estudio

No se prevén daños ni efectos perjudiciales en la participación del estudio.

Confidencialidad Y Responsabilidades

Todos los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y en ningún caso podrán relacionarse con los participantes. Los investigadores se comprometen a custodiar los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Las personas legitimadas podrán ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, limitación del tratamiento, regulados en la LOPDGDD y en los establecido en el Reglamento Europeo y del Consejo de 27 abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y demás normativa de desarrollo, así como a las normas que en el futuro puedan ampliarlas o sustituirlas. El acceso a su información personal quedará restringido al equipo investigador del estudio cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente.

Compensación Económica

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto y tampoco conllevará ningún tipo de compensación económica.

Otra Información Relevante

Pueden retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Anexo 3: Consentimiento Informado De La Colaboración En El Cuestionario

He leído la hoja de información previa acerca de la justificación y motivos de estudio. He tenido disponible un email y/o teléfono de contacto con la investigadora y he podido hacer todas las preguntas que he considerado sobre el estudio. He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas. He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado, si ha sido necesario, con Beatriz Boneu Pamies. Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, sin tener que dar explicaciones sin que esto repercuta en mi atención médica o sin ninguna consecuencia negativa. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. Marque la opción que indica que se permite el uso de tus respuestas para el análisis de datos en el proyecto. Tenga en cuenta que en todo momento va a permanecer anónimo y nadie va a poder reconocerle a partir de las respuestas a las preguntas del cuestionario.

Si autorizo el uso de mis datos. No autorizo el uso de mis datos.

Anexo 4: Compromiso De Confidencialidad Firmado De La Investigadora

Yo: Dña. Beatriz Boneu Pamies, en calidad de autora del Proyecto de Investigación propuesto como Trabajo Fin de Máster “Impacto del Burnout y Estrés Traumático en el Personal Sanitario: Influencia de la Cultura Organizacional y Recursos Personales en el Bienestar”, me comprometo a garantizar el mantenimiento de la confidencialidad de los datos personales recogidos en la investigación y su correcta custodia, de acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Y para que conste, firmo el presente documento en Madrid, con fecha 01/01/2025

Firma:



Beatriz Boneu Pamies

Anexo 5: Cuestionario Final

Sección 1

Datos sociodemográficos

2. Edad *

Escriba su respuesta

3. Sexo *

- Mujer
- Hombre
- Otro
-

4. Lugar de residencia (Provincia) *

Escriba su respuesta

5. ¿Estás trabajando actualmente en un entorno hospitalario o en el ámbito sanitario? *

- Sí
- No
-

6. Tipo de institución *

- Sistema Nacional de Salud -- Público
- Privada
-

7. Nivel de formación *

- Formación profesional
- Grado
- Posgrado
- Doctorado

8. Profesión *

- Médico/a
- Psicólogo/a
- Técnico en emergencias
- Enfermera/a
- Técnico de auxiliar de enfermería
- Otros

9. Especialización *

Escriba su respuesta

10. Horas semanales de trabajo *

Escriba su respuesta

11. Turnos de guardias en horas *

Escriba su respuesta

12. Experiencia trabajando en el ámbito sanitario *

- Menos de un año
- Mas de un año
- Entre 2 a 3 años
- Entre 3 a 5 años
- Más de 5 años
- Más de 10 años

13. ¿Crees que has vivido experiencias traumáticas en el entorno laboral? *

- Si
- No

14. Esta pregunta es opcional, pero su respuesta sería de gran ayuda para el desarrollo de mi trabajo. ¿Sería posible que especificaras qué eventos considerarías como traumáticos?

Escriba su respuesta

20. ÉNFASIS ESTRATÉGICO *

	0	5	25	50	75	100
A. La organización enfatiza el desarrollo humano. Alta confiabilidad, apertura y participación constante.	<input type="radio"/>					
B. La organización enfatiza la adquisición de nuevos recursos y crear nuevos retos. Es valorado el practicar con nuevos recursos y crear nuevos retos.	<input type="radio"/>					
C. La organización enfatiza las acciones competitivas y el logro. Obtener metas altas y ganarle a otros en la misma área es un deseo dominante.	<input type="radio"/>					
D. La organización enfatiza la permanencia y la estabilidad. Se consideran importantes la eficiencia, el control.	<input type="radio"/>					
Compruebe que la suma de las respuestas anteriores es igual a 100. La respuesta a este ítem es 100.	<input type="radio"/>					

21. DEFINICIÓN DEL ÉXITO *

	0	5	25	50	75	100
A. La organización define el éxito sobre la base del desarrollo de los recursos humanos, el trabajo en equipo, el compromiso con el empleado y la preocupación por las personas.	<input type="radio"/>					
B. La organización define el éxito sobre la base de tener el producto más reciente o más "especial". La organización es el producto de buen liderazgo e innovación.	<input type="radio"/>					
C. La organización define el éxito sobre la base de ganarle a sus competidores. El liderazgo competitivo es la clave.	<input type="radio"/>					
D. La organización define el éxito sobre la base de la eficiencia. Entrega confiable, programación suave y bajo costo de producción son fundamentales.	<input type="radio"/>					
Compruebe que la suma de las respuestas anteriores es igual a 100. La respuesta a este ítem es 100.	<input type="radio"/>					

22. **SEGUNDA PARTE** - recuerde que en esta parte las respuestas deben basarse en cómo le gustaría que fuera su organización dentro de 5 años a partir de ahora. Debe de responder las preguntas dándole mayor valor a las opciones que más le gusten. Por ejemplo, si la opción A es la que más me gusta pero me gusta también la opción B en cierta medida podría puntuar A 75 y B 25, el resto de las opciones serían 0. Así el total sería 100.

Sección 4

Estrategias de afrontamiento (COPE-28)

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Escoja la opción que más se asemeje a la frecuencia con la que usted utilice las estrategias.

30. PARTE I *

	No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me digo a mi mismo "esto no es real"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hago bromas sobre ello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me critico a mi mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Consigo apoyo emocional de otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tomo medidas para que la situación mejore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me niego a creer que haya sucedido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Parte II *

	No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me río de la situación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rezo o medito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Aprendo a vivir con ello.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Expreso mis sentimientos negativos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 5

Medición Estrés Traumático Secundario (CETS)

A continuación encontrará una serie de cuestiones referidas a cómo se siente respecto a su trabajo con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando la opción que mejor describa su opinión en los últimos 30 días.

32. *

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me supera emocionalmente este trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento inútil y desilusionado frente al trabajo que desarrollo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me siento emocionalmente sin fuerzas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. No tengo ganas de ir a trabajar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me siento agotado física y mentalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Si algo he aprendido en mi trabajo como profesional, es que las cosas no suceden como deberían.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me he llegado a cuestionar mis propias creencias después de algunas intervenciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mi trabajo me ha hecho ver que el mundo es injusto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Este trabajo me ha enseñado que la vida te termina dando lo que te mereces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recuerdo hasta el nombre de algunos pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. A veces pienso en aquellos pacientes que han fallecido mientras los atendía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Guardo imágenes muy reales de aquellas situaciones que más me afectaron.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. En ocasiones te emocionas debido a este trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Durante algunas intervenciones llegas a experimentar sentimientos de todo tipo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 6

Tu opinión es importante

Esta última sección trata sobre obtener su opinión. Responda a las siguientes dos preguntas con la mayor sinceridad posible.

33. ¿Qué aspectos de tu trabajo son los que más te agotan? *

Escriba su respuesta

34. ¿Qué aspectos de tu trabajo cambiarías? *

Escriba su respuesta

Anexo 6: Cuestionarios Individuales Completos

El cuestionario COPE-28 se utilizó íntegro. Sin embargo, de los demás cuestionarios sólo se utilizaron algunas partes o utilizando otro formato, por lo que se considera importante añadir los cuestionarios completos que no aparecen en el formulario final enviado.

6.1. OCAI Formato Real (Cameron & Quinn, 1999)

El propósito de la OCAI es evaluar las seis dimensiones claves de la cultura organizacional. Al completar el instrumento, se le proporciona una imagen de cómo funciona su organización y los valores que la caracterizan. No existen respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas, al igual que no hay cultura que esté bien o mal. Cada organización tendrá más posibilidad de producir un conjunto diferente de respuestas. Por lo tanto, trate de ser lo más preciso que pueda en responder a las preguntas para que su diagnóstico cultural resultante sea tan preciso como sea posible.

Se le pedirá que califique su organización en las preguntas. Para determinar qué organización debe calificar, usted deberá considerar la organización que es administrada por su jefe, la unidad estratégica de negocios a la que pertenece o en la unidad organizativa en la que usted es un miembro que tiene límites claramente identificables. Debido a que el instrumento es de gran ayuda para determinar maneras de cambiar la cultura, tendrá que centrarse en la unidad cultural que es el objetivo para el cambio. Por lo tanto, al responder a las preguntas, tenga en

cuenta los elementos de la organización que pueden ser afectados por el cambio de estrategia a desarrollar.

El OCAI consta de seis preguntas. Cada pregunta tiene cuatro alternativas. Divida 100 puntos entre estas cuatro alternativas en función del grado en que cada alternativa es similar a su propia organización. Dar un mayor número de puntos a la alternativa que más se asemeja a su organización. Por ejemplo, en la pregunta uno, si crees que la alternativa A es muy similar a su organización, alternativa B y C son algo similares, y alternativa D es casi similar en todos, puede dar 55 puntos a A, a 20 puntos B y C y cinco puntos a D. Sólo asegúrese de que su total es igual a 100 puntos por cada pregunta.

Tenga en cuenta que el primer paso a través de las seis preguntas que tiene la etiqueta "AHORA". Esto se refiere a la cultura, tal como existe en la actualidad. Después de completar el "ahora", usted encontrará las preguntas repetidas en una partida de "PREFERIDO". Sus respuestas a estas preguntas deben basarse en cómo le gustaría que fuera la organización dentro de cinco años a partir de ahora.

1. Características Dominantes		Ahora	Preferido
A	La organización es un lugar muy personal y acogedor. Es como una familia extendida. Las personas comparten mucho de sí mismas unas con otras.		
B	La organización es un lugar emprendedor muy dinámico. Las personas están dispuestas a arriesgarse por algo nuevo.		
C	La organización está muy orientada a los objetivos. Una de las mayores preocupaciones es terminar su trabajo. Las personas son muy competitivas. Las personas están muy animadas		
D	La organización es un lugar muy controlado o estructurado. Los procedimientos generales son los que gobiernan o deciden lo que la gente hace.		
	TOTAL		
2. Liderazgo organizacional		Ahora	Preferido
A	El liderazgo en la organización es generalmente considerado como un ejemplo de mentoría, facilitación o apoyo.		

B	El liderazgo en la organización es considerado como un ejemplo de emprendimiento, innovación o toma de riesgos		
C	El liderazgo en la organización es considerado como un ejemplo de coherencia, ímpetu o altamente enfocado.		
D	El liderazgo en la organización es considerado como un ejemplo de coordinación, organización y eficiencia.		
	TOTAL		
3. Administración de los recursos humanos		Ahora	Preferido
A	El estilo administrativo en la organización es caracterizado por el trabajo en equipo, el consenso y la participación		
B	El estilo administrativo en la organización es caracterizado por el riesgo individual, la innovación, la libertad y la singularidad.		
C	El estilo administrativo en la organización es caracterizado por la alta competitividad, las metas desafiantes y el cumplimiento de los objetivos.		
D	El estilo administrativo en la organización es caracterizado por la seguridad del empleo, la conformidad, la predictibilidad y la estabilidad de las relaciones.		
	TOTAL		
4. "Pegamento" organizacional		Ahora	Preferido
A	El "pegamento" que mantiene unida a la organización es la lealtad y la confianza mutua. Existe un alto compromiso con la institución.		
B	El "pegamento" que mantiene unida a la organización es el compromiso con la innovación y el desarrollo. Existe un énfasis en estar a la vanguardia.		
C	El "pegamento" que mantiene unida a la organización es el énfasis en el logro de objetivos o el cumplimiento de las metas. El empuje, la motivación y el desafío son temas comunes en el trabajo.		
D	El "pegamento" que mantiene unida a la organización es el cumplimiento de las políticas o las reglas establecidas. Mantener el orden en la organización es importante.		
	TOTAL		

5. Énfasis estratégico		Ahora	Preferido
A	La organización enfatiza el desarrollo humano. Alta confiabilidad, apertura y participación constante.		
B	La organización enfatiza la adquisición de nuevos recursos y crear nuevos retos. Es valorado el practicar con nuevos recursos y crear nuevos retos.		
C	La organización enfatiza las acciones competitivas y el logro. Obtener metas altas y ganarle a otros en la misma área es un deseo dominante.		
D	La organización enfatiza la permanencia y la estabilidad. Se consideran importantes la eficiencia, el control.		
	TOTAL		
6. Definición del éxito		Ahora	Preferido
A	La organización define el éxito sobre la base del desarrollo de los recursos humanos, el trabajo en equipo, el compromiso con el empleado y la preocupación por las personas.		
B	La organización define el éxito sobre la base de tener el producto más reciente o más "especial". La organización es el producto de buen liderazgo e innovación.		
C	La organización define el éxito sobre la base de ganarle a sus competidores. El liderazgo competitivo es la clave.		
D	La organización define el éxito sobre la base de la eficiencia. Entrega confiable, programación suave y bajo costo de producción son fundamentales.		
	TOTAL		

6.2. MBI-HSS (Maslach et al., 1996)

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS (MP)) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

5. En nuestro servicio, la presión temporal por acudir al aviso es muy alta.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

6. Genera malestar el que se confíe tanto en el profesional que debes de ser.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

7. Me preocupa las posibles demandas judiciales hacia mis actuaciones como profesional.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

8. Lo más molesto son los reproches de los familiares del paciente.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

9. Cuando el familiar o el paciente es también sanitario resulta incómodo realizar mi trabajo.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

10. Me molesta atender a los agresores, a drogadictos, a borrachos...

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

11. Con los niños me siento más afectado que con cualquier otro aviso.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

12. Me enfado muchísimo cuando atiendo a alguien que ha sufrido malos tratos.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

13. Reconozco que determinadas personas a las que ayudo me desagradan personalmente.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

14. Me cuesta olvidar situaciones donde la víctima es un menor o un anciano.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

15. Me afecta especialmente ayudar a víctimas de violaciones o de maltrato.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

16. Estar satisfecho con mi trabajo me ayuda a enfrentarme a él cada día.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

17. Pienso continuar en este trabajo mientras pueda.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

18. Me siento satisfecho al poder ayudar a la gente.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

19. Me siento satisfecho cuando llego a casa al final de la jornada laboral.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

20. La satisfacción que me reporta mi trabajo me da energías para continuar trabajando en él.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

10. Recuerdo hasta el nombre de algunos pacientes.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

11. A veces pienso en aquellos pacientes que han fallecido mientras los atendía.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

12. Guardo imágenes muy reales de aquellos accidentes que más me afectaron.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

13. En ocasiones te emocionas debido a este trabajo.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

14. Durante algunas intervenciones llegas a experimentar sentimientos de todo tipo.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

CETS. P

1. Cuando atiendo a alguien pienso que podría ser yo, o que eso mismo le podría suceder a alguien cercano a mí.

1-----	2-----	3-----	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

2. Siento que mis pacientes "me contagian" sus sentimientos.

1-----	2-----	3-----	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

3. Con determinados pacientes me implico emocionalmente demasiado.

1-----	2-----	3-----	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

4. Cuando termina una intervención creo sentir como propia la misma angustia que sentía mi paciente.

1-----	2-----	3-----	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

5. Cuando me enfrento a un problema, la elección de una solución es siempre confusa y difícil de encontrar.

1-----	2-----	3-----	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

5. Cuando me enfrento a un problema, la elección de una solución es siempre confusa y difícil de encontrar.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

6. Cuando hablo con mi paciente tengo la sensación de que no me comprende.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

7. A menudo tengo ideas muy confusas.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

8. Cuando ha ocurrido algo, tiendo generalmente a sobreestimar o minusvalorar su importancia.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

9. A veces tengo la sensación de no saber exactamente qué me va a pasar.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

10. Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

11. Tengo una gran curiosidad por lo novedoso, tanto a nivel personal como profesional.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

12. En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos.

1-----2-----3-----4
 Totalmente En desacuerdo De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

Anexo 7: Análisis Estadístico

7.1. Análisis Descriptivo De Datos Sociodemográficos De La Muestra

Frecuencias de Sexo

Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MUJER	25	69.4%	69.4%
HOMBRE	11	30.6%	100.0%

Frecuencias de Lugar de residencia (Provincia)

Lugar de residencia (Provincia)	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MADRID	21	58.3%	58.3%
CASTELLÓN	2	5.6%	63.9%
VALLADOLID	3	8.3%	72.2%
FRANCIA	1	2.8%	75.0%
CÁDIZ	1	2.8%	77.8%
SANTANDER	1	2.8%	80.6%
CANTABRIA	1	2.8%	83.3%
SALAMANCA	1	2.8%	86.1%
BIZKAIA	1	2.8%	88.9%
LUGO	1	2.8%	91.7%
VALENCIA	1	2.8%	94.4%
BARCELONA	1	2.8%	97.2%
ÁVILA	1	2.8%	100.0%

Frecuencias de Tipo de institución

Tipo de institución	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
----------------------------	--------------------	--------------------	--------------------

PÚBLICO	25	69.4%	69.4%
PRIVADO	11	30.6%	100.0%

Frecuencias de Nivel de formación

Nivel de formación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
FP	6	16.7%	16.7%
GRADO	10	27.8%	44.4%
POSGRADO	8	22.2%	66.7%
DOCTORADO	12	33.3%	100.0%

Nota. “FP” = Formación Profesional

Frecuencias de Profesión

Profesión	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MÉDICO	22	61.1%	61.1%
TAE	6	16.7%	77.8%
ENFERMERO	7	19.4%	97.2%
PSICÓLOGO	1	2.8%	100.0%

Nota. “TAE” = Técnico Auxiliar de Enfermería

Frecuencias de Especialización

Especialización	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
PRIMARIA	2	5.6%	5.6%
MÉDICO FAMILIAR	8	22.2%	27.8%
RADIODIAGNÓSTICO	1	2.8%	30.6%
CIRUGÍA	8	22.2%	52.8%

VASCULAR	1	2.8%	55.6%
ANESTESIA	2	5.6%	61.1%
OFTALMOLOGÍA	1	2.8%	63.9%
NEFROLOGÍA	1	2.8%	66.7%
PSIQUIATRÍA	1	2.8%	69.4%
MATERNIDAD	1	2.8%	72.2%
HOSPITALIZACIÓN	1	2.8%	75.0%
GERIATRÍA	4	11.1%	86.1%
PATOLOGÍA	1	2.8%	88.9%
SALUD MENTAL	1	2.8%	91.7%
NEUMOLOGÍA	2	5.6%	97.2%
GENERALISTA	1	2.8%	100.0%

Análisis descriptivo: datos sociodemográficos (cuantitativos)

	Media	DE	Mdn	Mín	Máx	Asimetría		Curtosis	
						Asimetría	EE	Curtosis	EE
Edad	46.53	13.15	50.5	23	64	-0.345	0.393	-1.46	0.768
Horas semanales	40.26	9.97	38.0	10.0	70.0	0.525	0.393	3.63	0.768
Turnos de guardias (horas)	9.39	18.46	0.0	0	99	3.482	0.393	15.72	0.768

Nota. Sobre los estadísticos calculados: “DE” = Desviación estándar, “Mín” = Mínimo y “Máx” = Máximo

7.2. Análisis Descriptivo De Burnout

Análisis descriptivo de los resultados de burnout

	Media	DE	Mdn	Min	Máx	Asimetría			Curtosis			Shapiro-Wilk	
						Asimetría	EE	Curtosis	EE	EE	W	P	
RP	35.0	9.90	38.0	15	48	-0.41116	0.393	-1.11	0.768	0.926	0.019		
DP	14.9	7.83	17.0	4	27	0.00841	0.393	-1.58	0.768	0.896	0.003		

Nota. Sobre los estadísticos calculados: “DE” = Desviación estándar, “Min” = Mínimo y “Máx” = Máximo.
Sobre las variables: “RP” = Realización Personal y “DP” = Despersonalización.

Frecuencias de NIVEL RP (Realización Personal)

NIVEL RP	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
BAJO	15	41.7%	41.7%
MEDIO	5	13.9%	55.6%
ALTO	16	44.4%	100.0%

Nota. “NIVEL RP” = Nivel de Realización Personal

Frecuencias de NIVEL DP (Despersonalización)

NIVEL DP	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTO	23	63.9%	63.9%
MEDIO	9	25.0%	88.9%
BAJO	4	11.1%	100.0%

Nota. “NIVEL DP” = Nivel de Despersonalización.

7.3. Frecuencias: Niveles De Burnout Por Categorías*Frecuencias de NIVEL DP por Sexo*

NIVEL DP	Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTO	MUJER	16	44.4%	44.4%
	HOMBRE	7	19.4%	63.9%
MEDIO	MUJER	5	13.9%	77.8%
	HOMBRE	4	11.1%	88.9%
BAJO	MUJER	4	11.1%	100.0%
	HOMBRE	0	0.0%	100.0%

Nota. “NIVEL DP” = Nivel de Despersonalización.

Frecuencias de NIVEL RP por Sexo

NIVEL RP	Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
BAJO	MUJER	11	30.6%	30.6%
	HOMBRE	4	11.1%	41.7%
MEDIO	MUJER	4	11.1%	52.8%
	HOMBRE	1	2.8%	55.6%
ALTO	MUJER	10	27.8%	83.3%
	HOMBRE	6	16.7%	100.0%

Nota. “NIVEL RP” = Nivel de Realización Personal.

Frecuencias de NIVEL DP por Nivel de Formación

NIVEL DP	Nivel de formación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTO	FP	4	11.1%	11.1%
	GRADO	8	22.2%	33.3%
	POSGRADO	7	19.4%	52.8%
	DOCTORADO	4	11.1%	63.9%
MEDIO	FP	2	5.6%	69.4%
	GRADO	1	2.8%	72.2%
	POSGRADO	1	2.8%	75.0%
	DOCTORADO	5	13.9%	88.9%
BAJO	FP	0	0.0%	88.9%
	GRADO	1	2.8%	91.7%
	POSGRADO	0	0.0%	91.7%
	DOCTORADO	3	8.3%	100.0%

Nota. “FP” = Formación Profesional y “NIVEL DP” = Nivel de Despersonalización.

Frecuencias de NIVEL RP por Nivel de Formación

NIVEL RP	Nivel de formación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
BAJO	FP	3	8.3%	8.3%
	GRADO	5	13.9%	22.2%
	POSGRADO	4	11.1%	33.3%
	DOCTORADO	3	8.3%	41.7%
MEDIO	FP	1	2.8%	44.4%
	GRADO	1	2.8%	47.2%
	POSGRADO	1	2.8%	50.0%
	DOCTORADO	2	5.6%	55.6%
ALTO	FP	2	5.6%	61.1%
	GRADO	4	11.1%	72.2%
	POSGRADO	3	8.3%	80.6%
	DOCTORADO	7	19.4%	100.0%

Nota. “FP” = Formación Profesional y “NIVEL RP” = Nivel de Realización Personal.

Frecuencias de NIVEL DP por Experiencia trabajando (años)

NIVEL DP	Experiencia trabajando (años)	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTO	>10 AÑOS	12	33.3%	33.3%
	2-3 AÑOS	2	5.6%	38.9%
	<1 AÑO	2	5.6%	44.4%
	> 5 AÑOS	5	13.9%	58.3%
	> 1 AÑO	2	5.6%	63.9%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	63.9%
MEDIO	>10 AÑOS	7	19.4%	83.3%
	2-3 AÑOS	1	2.8%	86.1%

	<1 AÑO	0	0.0%	86.1%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	86.1%
	> 1 AÑO	0	0.0%	86.1%
	3 - 5 AÑOS	1	2.8%	88.9%
BAJO	>10 AÑOS	4	11.1%	100.0%
	2-3 AÑOS	0	0.0%	100.0%
	<1 AÑO	0	0.0%	100.0%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	100.0%
	> 1 AÑO	0	0.0%	100.0%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	100.0%

Nota. “NIVEL DP” = Nivel de Despersonalización.

Frecuencias de NIVEL RP por Experiencia trabajando (años)

NIVEL RP	Experiencia trabajando (años)	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
BAJO	>10 AÑOS	7	19.4%	19.4%
	2-3 AÑOS	1	2.8%	22.2%
	<1 AÑO	1	2.8%	25.0%
	> 5 AÑOS	5	13.9%	38.9%
	> 1 AÑO	1	2.8%	41.7%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	41.7%
MEDIO	>10 AÑOS	2	5.6%	47.2%
	2-3 AÑOS	1	2.8%	50.0%
	<1 AÑO	1	2.8%	52.8%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	52.8%
	> 1 AÑO	1	2.8%	55.6%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	55.6%

ALTO	>10 AÑOS	14	38.9%	94.4%
	2-3 AÑOS	1	2.8%	97.2%
	<1 AÑO	0	0.0%	97.2%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	97.2%
	> 1 AÑO	0	0.0%	97.2%
	3 - 5 AÑOS	1	2.8%	100.0%

Nota. “NIVEL RP” = Nivel de Realización Personal.

Frecuencias de NIVEL DP por Tipo de Institución

NIVEL DP	Tipo de institución	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTO	PÚBLICO	16	44.4%	44.4%
	PRIVADO	7	19.4%	63.9%
MEDIO	PÚBLICO	6	16.7%	80.6%
	PRIVADO	3	8.3%	88.9%
BAJO	PÚBLICO	3	8.3%	97.2%
	PRIVADO	1	2.8%	100.0%

Nota. “NIVEL DP” = Nivel de Despersonalización.

Frecuencias de NIVEL RP por Tipo de Institución

NIVEL RP	Tipo de institución	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
BAJO	PÚBLICO	11	30.6%	30.6%
	PRIVADO	4	11.1%	41.7%
MEDIO	PÚBLICO	2	5.6%	47.2%
	PRIVADO	3	8.3%	55.6%
ALTO	PÚBLICO	12	33.3%	88.9%

PRIVADO 4 11.1% 100.0%

Nota. “NIVEL RP” = Nivel de Realización Personal

Frecuencias de NIVEL DP por Profesión

NIVEL DP	Profesión	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTO	MÉDICO	11	30.6%	30.6%
	TAE	4	11.1%	41.7%
	ENFERMERO	7	19.4%	61.1%
	PSICÓLOGO	1	2.8%	63.9%
MEDIO	MÉDICO	7	19.4%	83.3%
	TAE	2	5.6%	88.9%
	ENFERMERO	0	0.0%	88.9%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	88.9%
BAJO	MÉDICO	4	11.1%	100.0%
	TAE	0	0.0%	100.0%
	ENFERMERO	0	0.0%	100.0%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	100.0%

Nota. “TAE” = Técnico Auxiliar de Enfermería y “NIVEL DP” = Nivel de Despersonalización.

Frecuencias de NIVEL RP por Profesión

NIVEL RP	Profesión	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
BAJO	MÉDICO	7	19.4%	19.4%
	TAE	3	8.3%	27.8%
	ENFERMERO	4	11.1%	38.9%
	PSICÓLOGO	1	2.8%	41.7%

MEDIO	MÉDICO	3	8.3%	50.0%
	TAE	1	2.8%	52.8%
	ENFERMERO	1	2.8%	55.6%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	55.6%
ALTO	MÉDICO	12	33.3%	88.9%
	TAE	2	5.6%	94.4%
	ENFERMERO	2	5.6%	100.0%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	100.0%

Nota. “TAE” = Técnico Auxiliar de Enfermería y “NIVEL RP” = Nivel de Realización Personal

7.4. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Burnout)

Prueba t para Muestras Independientes (sexo y burnout)

		Estadístico	p
RP	U de Mann-Whitney	108	0.319
DP	U de Mann-Whitney	135	0.931

Nota. $H_a \mu_{MUJER} \neq \mu_{HOMBRE}$

Sobre las variables: “RP” = Realización personal y “DP” = Despersonalización

Prueba t para Muestras Independientes (tipo de institución y burnout)

		Estadístico	p
RP	U de Mann-Whitney	122	0.594
DP	U de Mann-Whitney	114	0.419

Nota. $H_a \mu_{PÚBLICO} \neq \mu_{PRIVADO}$

Sobre las variables: “RP” = Realización personal y “DP” = Despersonalización

Prueba t para Muestras Independientes (profesión y burnout)

		Estadístico	p
RP	U de Mann-Whitney	95.5	0.108
DP	U de Mann-Whitney	98.5	0.132

Nota. $H_a \mu_{MEDICO} \neq \mu_{ENF Y TEC}$

Sobre las variables: "RP" = Realización personal y "DP" = Despersonalización

7.5. Análisis Descriptivo De Estrés Traumático Secundario

Análisis descriptivo de los resultados de estrés traumático secundario

	Media	DE	Mdn	Min	Máx	Asimetría		Curtosis		Shapiro- Wilk	
						Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p
FE	2.38	0.639	2.50	1.00	3.40	-0.4497	0.393	-0.0939	0.768	0.935	0.036
SC	2.53	0.497	2.60	1.24	3.88	-0.0835	0.393	1.5453	0.768	0.949	0.097
ST	3.32	0.459	3.30	1.80	4.00	-0.9158	0.393	2.3063	0.768	0.914	0.008

Nota. Sobre los estadísticos calculados: “DE” = Desviación estándar, “Mín” = Mínimo y “Máx” = Máximo.
Sobre las variables: “FE”= Fatiga Emocional; “SC”=Sacudida de Creencias y “ST”=Sintomatología Traumática.

Frecuencias de NIVEL FE

NIVEL FE	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	25	69.4%	69.4%
BAJA	6	16.7%	86.1%
ALTA	5	13.9%	100.0%

Nota. “NIVEL FE” = Nivel de Fatiga Emocional.

Frecuencias de NIVEL SC

NIVEL SC	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	28	77.8%	77.8%
BAJA	4	11.1%	88.9%
ALTA	4	11.1%	100.0%

Nota. “NIVEL SC” = Nivel de Sacudida de Creencias.

Frecuencias de NIVEL ST

NIVEL ST	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTA	33	91.7%	91.7%
MEDIA	2	5.6%	97.2%
BAJA	1	2.8%	100.0%

Nota. “NIVEL ST” = Nivel Sintomatología Traumática.

7.6. Frecuencias: Nivel De Estrés Traumático Secundario Por Categorías*Frecuencias de NIVEL FE por Sexo*

NIVEL FE	Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
-----------------	-------------	--------------------	--------------------	--------------------

MEDIA	MUJER	17	47.2%	47.2%
	HOMBRE	8	22.2%	69.4%
BAJA	MUJER	4	11.1%	80.6%
	HOMBRE	2	5.6%	86.1%
ALTA	MUJER	4	11.1%	97.2%
	HOMBRE	1	2.8%	100.0%

Nota. “NIVEL FE” = Nivel de Fatiga Emocional.

Frecuencias de NIVEL SC por Sexo

NIVEL SC	Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	MUJER	18	50.0%	50.0%
	HOMBRE	10	27.8%	77.8%
BAJA	MUJER	4	11.1%	88.9%
	HOMBRE	0	0.0%	88.9%
ALTA	MUJER	3	8.3%	97.2%
	HOMBRE	1	2.8%	100.0%

Nota. “NIVEL SC” = Nivel de Sacudida de Creencias.

Frecuencias de NIVEL ST por Sexo

NIVEL ST	Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTA	MUJER	22	61.1%	61.1%
	HOMBRE	11	30.6%	91.7%
MEDIA	MUJER	2	5.6%	97.2%
	HOMBRE	0	0.0%	97.2%
BAJA	MUJER	1	2.8%	100.0%

HOMBRE 0 0.0% 100.0%

Nota. “NIVEL ST” = Nivel Sintomatología Traumática.

Frecuencias de NIVEL FE por Nivel de Formación

NIVEL FE	Nivel de formación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	FP	5	13.9%	13.9%
	GRADO	6	16.7%	30.6%
	POSGRADO	7	19.4%	50.0%
	DOCTORADO	7	19.4%	69.4%
BAJA	FP	1	2.8%	72.2%
	GRADO	1	2.8%	75.0%
	POSGRADO	0	0.0%	75.0%
	DOCTORADO	4	11.1%	86.1%
ALTA	FP	0	0.0%	86.1%
	GRADO	3	8.3%	94.4%
	POSGRADO	1	2.8%	97.2%
	DOCTORADO	1	2.8%	100.0%

Nota. “FP” = Formación Profesional y “NIVEL FE” = Nivel de Fatiga Emocional.

Frecuencias de NIVEL SC por Nivel de Formación

NIVEL SC	Nivel de formación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	FP	5	13.9%	13.9%
	GRADO	7	19.4%	33.3%
	POSGRADO	7	19.4%	52.8%
	DOCTORADO	9	25.0%	77.8%
BAJA	FP	1	2.8%	80.6%

	GRADO	1	2.8%	83.3%
	POSGRADO	0	0.0%	83.3%
	DOCTORADO	2	5.6%	88.9%
ALTA	FP	0	0.0%	88.9%
	GRADO	2	5.6%	94.4%
	POSGRADO	1	2.8%	97.2%
	DOCTORADO	1	2.8%	100.0%

Nota. “FP” = Formación Profesional y “NIVEL SC” = Nivel de Sacudida de Creencias.

Frecuencias de NIVEL ST por Nivel de Formación

NIVEL ST	Nivel de formación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTA	FP	6	16.7%	16.7%
	GRADO	9	25.0%	41.7%
	POSGRADO	8	22.2%	63.9%
	DOCTORADO	10	27.8%	91.7%
MEDIA	FP	0	0.0%	91.7%
	GRADO	1	2.8%	94.4%
	POSGRADO	0	0.0%	94.4%
	DOCTORADO	1	2.8%	97.2%
BAJA	FP	0	0.0%	97.2%
	GRADO	0	0.0%	97.2%
	POSGRADO	0	0.0%	97.2%
	DOCTORADO	1	2.8%	100.0%

Nota. “FP” = Formación Profesional y “NIVEL ST” = Nivel Sintomatología Traumática.

Frecuencias de NIVEL FE por Experiencia trabajando (años)

NIVEL FE	Experiencia trabajando (años)	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	>10 AÑOS	15	41.7%	41.7%
	2-3 AÑOS	2	5.6%	47.2%
	<1 AÑO	1	2.8%	50.0%
	> 5 AÑOS	4	11.1%	61.1%
	> 1 AÑO	2	5.6%	66.7%
	3 - 5 AÑOS	1	2.8%	69.4%
BAJA	>10 AÑOS	5	13.9%	83.3%
	2-3 AÑOS	1	2.8%	86.1%
	<1 AÑO	0	0.0%	86.1%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	86.1%
	> 1 AÑO	0	0.0%	86.1%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	86.1%
ALTA	>10 AÑOS	3	8.3%	94.4%
	2-3 AÑOS	0	0.0%	94.4%
	<1 AÑO	1	2.8%	97.2%
	> 5 AÑOS	1	2.8%	100.0%
	> 1 AÑO	0	0.0%	100.0%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	100.0%

Nota. “NIVEL FE” = Nivel de Fatiga Emocional.

Frecuencias de NIVEL SC por Experiencia trabajando (años)

NIVEL SC	Experiencia trabajando (años)	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	>10 AÑOS	17	47.2%	47.2%
	2-3 AÑOS	2	5.6%	52.8%

	<1 AÑO	2	5.6%	58.3%
	> 5 AÑOS	4	11.1%	69.4%
	> 1 AÑO	2	5.6%	75.0%
	3 - 5 AÑOS	1	2.8%	77.8%
BAJA	>10 AÑOS	3	8.3%	86.1%
	2-3 AÑOS	1	2.8%	88.9%
	<1 AÑO	0	0.0%	88.9%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	88.9%
	> 1 AÑO	0	0.0%	88.9%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	88.9%
ALTA	>10 AÑOS	3	8.3%	97.2%
	2-3 AÑOS	0	0.0%	97.2%
	<1 AÑO	0	0.0%	97.2%
	> 5 AÑOS	1	2.8%	100.0%
	> 1 AÑO	0	0.0%	100.0%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	100.0%

Nota. “NIVEL SC” = Nivel de Sacudida de Creencias.

Frecuencias de NIVEL ST por Experiencia trabajando (años)

NIVEL ST	Experiencia trabajando (años)	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTA	>10 AÑOS	20	55.6%	55.6%
	2-3 AÑOS	3	8.3%	63.9%
	<1 AÑO	2	5.6%	69.4%
	> 5 AÑOS	5	13.9%	83.3%
	> 1 AÑO	2	5.6%	88.9%
	3 - 5 AÑOS	1	2.8%	91.7%

MEDIA	>10 AÑOS	2	5.6%	97.2%
	2-3 AÑOS	0	0.0%	97.2%
	<1 AÑO	0	0.0%	97.2%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	97.2%
	> 1 AÑO	0	0.0%	97.2%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	97.2%
BAJA	>10 AÑOS	1	2.8%	100.0%
	2-3 AÑOS	0	0.0%	100.0%
	<1 AÑO	0	0.0%	100.0%
	> 5 AÑOS	0	0.0%	100.0%
	> 1 AÑO	0	0.0%	100.0%
	3 - 5 AÑOS	0	0.0%	100.0%

Nota. “NIVEL ST” = Nivel Sintomatología Traumática.

Frecuencias de NIVEL FE por Tipo de institución

NIVEL FE	Tipo de institución	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	PÚBLICO	16	44.4%	44.4%
	PRIVADO	9	25.0%	69.4%
BAJA	PÚBLICO	4	11.1%	80.6%
	PRIVADO	2	5.6%	86.1%
ALTA	PÚBLICO	5	13.9%	100.0%
	PRIVADO	0	0.0%	100.0%

Nota. “NIVEL FE” = Nivel de Fatiga Emocional.

Frecuencias de NIVEL SC por Tipo de institución

NIVEL SC	Tipo de institución	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	PÚBLICO	19	52.8%	52.8%

	PRIVADO	9	25.0%	77.8%
BAJA	PÚBLICO	2	5.6%	83.3%
	PRIVADO	2	5.6%	88.9%
ALTA	PÚBLICO	4	11.1%	100.0%
	PRIVADO	0	0.0%	100.0%

Nota. “NIVEL SC” = Nivel de Sacudida de Creencias.

Frecuencias de NIVEL ST por Tipo de institución

NIVEL ST	Tipo de institución	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTA	PÚBLICO	24	66.7%	66.7%
	PRIVADO	9	25.0%	91.7%
MEDIA	PÚBLICO	1	2.8%	94.4%
	PRIVADO	1	2.8%	97.2%
BAJA	PÚBLICO	0	0.0%	97.2%
	PRIVADO	1	2.8%	100.0%

Nota. “NIVEL ST” = Nivel Sintomatología Traumática.

Frecuencias de NIVEL FE por Profesión

NIVEL FE	Profesión	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	MÉDICO	14	38.9%	38.9%
	TAE	5	13.9%	52.8%
	ENFERMERO	5	13.9%	66.7%
	PSICÓLOGO	1	2.8%	69.4%
BAJA	MÉDICO	5	13.9%	83.3%
	TAE	1	2.8%	86.1%

	ENFERMERO	0	0.0%	86.1%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	86.1%
ALTA	MÉDICO	3	8.3%	94.4%
	TAE	0	0.0%	94.4%
	ENFERMERO	2	5.6%	100.0%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	100.0%

Nota. “TAE” = Técnico Auxiliar de Enfermería y “NIVEL FE” = Nivel de Fatiga Emocional.

Frecuencias de NIVEL SC por Profesión

NIVEL SC	Profesión	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
MEDIA	MÉDICO	16	44.4%	44.4%
	TAE	5	13.9%	58.3%
	ENFERMERO	6	16.7%	75.0%
	PSICÓLOGO	1	2.8%	77.8%
BAJA	MÉDICO	3	8.3%	86.1%
	TAE	1	2.8%	88.9%
	ENFERMERO	0	0.0%	88.9%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	88.9%
ALTA	MÉDICO	3	8.3%	97.2%
	TAE	0	0.0%	97.2%
	ENFERMERO	1	2.8%	100.0%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	100.0%

Nota. “TAE” = Técnico Auxiliar de Enfermería y “NIVEL SC” = Nivel de Sacudida de Creencias.

Frecuencias de NIVEL ST por Profesión

NIVEL ST	Profesión	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
ALTA	MÉDICO	19	52.8%	52.8%
	TAE	6	16.7%	69.4%
	ENFERMERO	7	19.4%	88.9%
	PSICÓLOGO	1	2.8%	91.7%
MEDIA	MÉDICO	2	5.6%	97.2%
	TAE	0	0.0%	97.2%
	ENFERMERO	0	0.0%	97.2%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	97.2%
BAJA	MÉDICO	1	2.8%	100.0%
	TAE	0	0.0%	100.0%
	ENFERMERO	0	0.0%	100.0%
	PSICÓLOGO	0	0.0%	100.0%

Nota. “TAE” = Técnico Auxiliar de Enfermería y “NIVEL ST” = Nivel Sintomatología Traumática.

7.7. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas (Estrés Traumático Secundario)

Prueba t para Muestras Independientes (sexo y estrés traumático secundario)

		Estadístico	p
FE	U de Mann-Whitney	109	0.331
ST	U de Mann-Whitney	125	0.664
SC	T de Student	-0.555	0.583

Nota. $H_a \mu_{MUJER} \neq \mu_{HOMBRE}$

Sobre las variables: “FE” = Fatiga Emocional; “SC” = Sacudida de Creencias y “ST” = Sintomatología Traumática

ANOVA de un Factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (formación, FE y ST)

	χ^2	gl	p
FE	3.16	3	0.367
ST	1.17	3	0.760

Nota. Sobre las variables: “FE” = Fatiga Emocional y “ST” = Sintomatología Traumática

ANOVA de Un Factor (Welch) (formación y SC)

	F	gl1	gl2	p
SC	1.72	3	16.3	0.202

Nota. Sobre las variables: “SC” = Sacudida de Creencias

Prueba t para Muestras Independientes (experiencia y estrés traumático secundario)

		Estadístico	p
FE	U de Mann-Whitney	93.0	0.062
ST	U de Mann-Whitney	118.5	0.309
SC	T de Student	-1.59	0.122

Nota. $H_a \mu_{MÁS 10 AÑOS} \neq \mu_{MENOS 10 AÑOS}$

Sobre las variables: “FE” = Fatiga Emocional; “SC” = Sacudida de Creencias y “ST” = Sintomatología Traumática

Prueba t para Muestras Independientes (tipo de institución y estrés traumático secundario).

		Estadístico	p
FE	U de Mann-Whitney	120	0.544
ST	U de Mann-Whitney	127	0.728

SC

T de Student

0.570

0.573

Nota. $H_a \mu_{PÚBLICO} \neq \mu_{PRIVADO}$

Sobre las variables: “FE” = Fatiga Emocional; “SC” = Sacudida de Creencias y “ST” = Sintomatología Traumática

7.8. Análisis Descriptivo: Estrategias De Afrontamiento Por Categorías

Análisis descriptivo de estrategias de afrontamiento por sexo

Estrategias	Sexo	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
AA	MUJER	3.3200	4	1.626	1	6
	HOMBRE	2.1818	2	0.982	1	4
P	MUJER	3.2800	4	1.542	0	5
	HOMBRE	2.5455	3	1.809	0	5
ASE	MUJER	3.2400	3	0.926	2	5
	HOMBRE	2.5455	3	1.036	1	4
ASI	MUJER	3.0400	3	1.207	1	5
	HOMBRE	2.0909	2	1.044	0	4
R	MUJER	2.2000	2	1.936	0	6
	HOMBRE	2.1818	2	1.328	0	4
RIP	MUJER	3.1600	3	1.179	1	6
	HOMBRE	2.7273	3	1.009	1	5
A	MUJER	3.9600	4	1.241	2	6
	HOMBRE	3.6364	3	1.286	2	6
N	MUJER	1.0400	0	1.338	0	4
	HOMBRE	1.4545	2	1.214	0	4
H	MUJER	2.3600	2	1.440	0	5
	HOMBRE	2.0000	2	1.673	0	6

AD	MUJER	3.4000	3	1.607	0	6
	HOMBRE	2.3636	2	1.206	1	5
AI	MUJER	3.2400	3	1.332	1	6
	HOMBRE	2.6364	3	0.809	1	4
DC	MUJER	1.5200	1	1.610	0	5
	HOMBRE	2.1818	2	1.079	0	4
DE	MUJER	2.1600	2	1.106	0	5
	HOMBRE	1.4545	2	0.934	0	3
UDS	MUJER	0.3600	0	1.114	0	5
	HOMBRE	0.0909	0	0.302	0	1

Nota. Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

Análisis descriptivo de estrategias de afrontamiento por formación

FORMACIÓN		N	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
AA	FP	6	2.833	2.50	2.137	1	6
	GRADO	10	2.300	2.00	1.337	1	4
	POSGRADO	8	2.375	2.00	0.916	1	4
	DOCTORADO	12	4.000	4.00	1.279	2	6
P	FP	6	2.333	2.50	1.862	0	4
	GRADO	10	2.600	3.00	1.838	0	5
	POSGRADO	8	2.375	2.50	1.506	0	5
	DOCTORADO	12	4.250	4.00	0.622	3	5

ASE	FP	6	3.333	3.50	0.816	2	4
	GRADO	10	3.000	3.00	0.667	2	4
	POSGRADO	8	3.250	3.00	0.707	2	4
	DOCTORADO	12	2.750	2.00	1.422	1	5
ASI	FP	6	3.333	3.50	1.211	2	5
	GRADO	10	3.000	3.00	1.054	2	5
	POSGRADO	8	2.250	2.00	1.165	1	4
	DOCTORADO	12	2.583	2.50	1.379	0	5
R	FP	6	2.833	2.00	1.329	2	5
	GRADO	10	2.700	3.50	2.058	0	5
	POSGRADO	8	2.250	1.50	1.982	0	6
	DOCTORADO	12	1.417	1.00	1.379	0	4
RIP	FP	6	2.833	3.00	1.329	1	4
	GRADO	10	3.000	3.00	1.247	2	6
	POSGRADO	8	2.750	3.00	1.165	1	5
	DOCTORADO	12	3.333	3.00	0.985	2	5
A	FP	6	3.500	3.50	0.548	3	4
	GRADO	10	3.500	3.00	1.434	2	6
	POSGRADO	8	3.875	4.00	1.246	2	6
	DOCTORADO	12	4.333	4.00	1.303	3	6
N	FP	6	1.000	0.00	1.673	0	4
	GRADO	10	1.800	2.00	1.398	0	4
	POSGRADO	8	1.500	2.00	1.309	0	3
	DOCTORADO	12	0.500	0.00	0.674	0	2
H	FP	6	2.333	2.00	1.506	1	4

	GRADO	10	2.400	2.00	1.838	0	5
	POSGRADO	8	1.750	2.00	1.389	0	4
	DOCTORADO	12	2.417	2.00	1.379	1	6
AD	FP	6	3.500	3.50	2.074	1	6
	GRADO	10	3.700	3.50	1.567	1	6
	POSGRADO	8	2.125	2.00	1.246	0	4
	DOCTORADO	12	3.000	3.00	1.279	1	6
AI	FP	6	3.000	3.00	0.894	2	4
	GRADO	10	3.800	3.00	1.135	3	6
	POSGRADO	8	3.000	3.00	1.512	1	6
	DOCTORADO	12	2.500	2.50	1.000	1	4
DC	FP	6	2.667	3.50	2.160	0	5
	GRADO	10	1.700	2.00	1.567	0	5
	POSGRADO	8	1.875	2.00	1.246	0	4
	DOCTORADO	12	1.167	1.00	1.030	0	3
DE	FP	6	1.333	1.00	1.033	0	3
	GRADO	10	1.700	1.50	1.059	0	3
	POSGRADO	8	2.375	2.00	1.188	1	5
	DOCTORADO	12	2.167	2.00	1.030	0	4
UDS	FP	6	0.833	0.00	2.041	0	5
	GRADO	10	0.000	0.00	0.000	0	0
	POSGRADO	8	0.375	0.00	0.744	0	2
	DOCTORADO	12	0.167	0.00	0.577	0	2

Nota. “FP” = Formación Profesional

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” =

ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

Análisis descriptivo de estrategias de afrontamiento por experiencia

	EXPERIENCIA	N	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
AA	> 10 AÑOS	23	3.4783	3	1.238	2	6
	< 10 AÑOS	13	2.0769	1	1.656	1	6
P	> 10 AÑOS	23	3.7391	4	1.251	0	5
	< 10 AÑOS	13	1.8462	1	1.573	0	4
ASE	> 10 AÑOS	23	3.0000	3	1.168	1	5
	< 10 AÑOS	13	3.0769	3	0.641	2	4
ASI	> 10 AÑOS	23	2.6522	2	1.229	0	5
	< 10 AÑOS	13	2.9231	3	1.256	1	5
R	> 10 AÑOS	23	1.8261	1	1.723	0	6
	< 10 AÑOS	13	2.8462	3	1.676	0	5
RIP	> 10 AÑOS	23	3.1304	3	0.968	2	5
	< 10 AÑOS	13	2.8462	3	1.405	1	6
A	> 10 AÑOS	23	4.3043	4	1.185	3	6
	< 10 AÑOS	13	3.0769	3	0.954	2	5
N	> 10 AÑOS	23	0.7826	0	1.043	0	3
	< 10 AÑOS	13	1.8462	2	1.463	0	4
H	> 10 AÑOS	23	2.3478	2	1.465	0	6
	< 10 AÑOS	13	2.0769	2	1.605	0	5
AD	> 10 AÑOS	23	3.0000	3	1.382	0	6

	< 10 AÑOS	13	3.2308	2	1.878	1	6
AI	> 10 AÑOS	23	2.8696	3	1.290	1	6
	< 10 AÑOS	13	3.3846	3	1.044	2	6
DC	> 10 AÑOS	23	1.1304	1	1.014	0	3
	< 10 AÑOS	13	2.7692	3	1.641	0	5
DE	> 10 AÑOS	23	2.3043	2	1.063	0	5
	< 10 AÑOS	13	1.3077	1	0.855	0	3
UDS	> 10 AÑOS	23	0.0870	0	0.417	0	2
	< 10 AÑOS	13	0.6154	0	1.446	0	5

Nota. Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

Análisis descriptivo de estrategias de afrontamiento por tipo de institución

	Tipo de institución	N	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
AA	PÚBLICO	25	3.040	3	1.485	1	6
	PRIVADO	11	2.818	3	1.722	1	6
P	PÚBLICO	25	3.320	4	1.520	0	5
	PRIVADO	11	2.455	2	1.809	0	5
ASE	PÚBLICO	25	2.920	3	1.115	1	5
	PRIVADO	11	3.273	3	0.647	2	4
ASI	PÚBLICO	25	2.600	2	1.291	0	5
	PRIVADO	11	3.091	3	1.044	2	5
R	PÚBLICO	25	1.840	1	1.795	0	6

	PRIVADO	11	3.000	2	1.414	1	5
RIP	PÚBLICO	25	3.000	3	1.118	1	6
	PRIVADO	11	3.091	3	1.221	1	5
A	PÚBLICO	25	4.000	4	1.291	2	6
	PRIVADO	11	3.545	4	1.128	2	6
N	PÚBLICO	25	1.080	1	1.256	0	4
	PRIVADO	11	1.364	2	1.433	0	4
H	PÚBLICO	25	2.320	2	1.600	0	6
	PRIVADO	11	2.091	2	1.300	0	4
AD	PÚBLICO	25	3.040	3	1.594	0	6
	PRIVADO	11	3.182	3	1.537	1	6
AI	PÚBLICO	25	3.160	3	1.375	1	6
	PRIVADO	11	2.818	3	0.751	2	4
DC	PÚBLICO	25	1.520	1	1.358	0	5
	PRIVADO	11	2.182	2	1.722	0	5
DE	PÚBLICO	25	2.120	2	1.130	0	5
	PRIVADO	11	1.545	1	0.934	0	3
UDS	PÚBLICO	25	0.200	0	0.577	0	2
	PRIVADO	11	0.455	0	1.508	0	5

Nota. Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

Análisis descriptivo de estrategias de afrontamiento por profesión

	Profesión	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
AA	MÉDICO	3.227	3.000	1.232	1	6
	TAE	2.833	2.500	2.137	1	6
	ENFERMERO	1.857	1	1.215	1	4
P	MÉDICO	3.591	4.000	1.368	0	5
	TAE	2.333	2.500	1.862	0	4
	ENFERMERO	1.714	2	1.380	0	3
ASE	MÉDICO	3.045	3.000	1.133	1	5
	TAE	3.333	3.500	0.816	2	4
	ENFERMERO	2.857	3	0.690	2	4
ASI	MÉDICO	2.545	2.000	1.262	0	5
	TAE	3.333	3.500	1.211	2	5
	ENFERMERO	3.000	3	1.155	2	5
R	MÉDICO	1.909	1.500	1.716	0	6
	TAE	2.833	2.000	1.329	2	5
	ENFERMERO	2.857	4	2.035	0	5
RIP	MÉDICO	3.091	3.000	1.065	1	5
	TAE	2.833	3.000	1.329	1	4
	ENFERMERO	3.000	3	1.414	2	6
A	MÉDICO	4.045	4.000	1.253	2	6
	TAE	3.500	3.500	0.548	3	4
	ENFERMERO	3.571	3	1.718	2	6
N	MÉDICO	0.909	0.500	1.065	0	3
	TAE	1.000	0.000	1.673	0	4
	ENFERMERO	2.286	2	1.254	0	4

H	MÉDICO	2.227	2.000	1.378	0	6
	TAE	2.333	2.000	1.506	1	4
	ENFERMERO	2.429	2	2.070	0	5
AD	MÉDICO	2.591	3.000	1.054	0	4
	TAE	3.500	3.500	2.074	1	6
	ENFERMERO	3.857	5	1.864	1	6
AI	MÉDICO	2.818	3.000	1.259	1	6
	TAE	3.000	3.000	0.894	2	4
	ENFERMERO	3.857	3	1.215	3	6
DC	MÉDICO	1.364	1.500	1.177	0	4
	TAE	2.667	3.500	2.160	0	5
	ENFERMERO	2.143	2	1.574	0	5
DE	MÉDICO	2.227	2.000	1.066	0	5
	TAE	1.333	1.000	1.033	0	3
	ENFERMERO	1.571	1	1.134	0	3
UDS	MÉDICO	0.227	0.000	0.612	0	2
	TAE	0.833	0.000	2.041	0	5
	ENFERMERO	0.000	0	0.000	0	0

Nota. “TAE” = Técnico Auxiliar de Enfermería

Sobre las variables: “AA” = Afrontamiento Activo; “P” = Planificación; “ASE” = Apoyo Social Emocional; “ASI” = Apoyo Social Instrumental; “R” = Religión; “RIP” = ReInterpretación Positiva; “A” = Aceptación; “N” = Negación; “H” = Humor; “AD” = AutoDistracción; “AI” = AutoInculpación; “DC” = Desconexión Conductual; “DE” = Desahogo Emocional y “UDS” = Uso De Sustancias

7.9. Análisis Descriptivo: Cultura Organizacional Por Niveles De Burnout

Análisis descriptivo de cultura organizacional según los niveles de DP

	NIVEL DP	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
C1	ALTO	13.04	12.50	13.55	0.0	50.0
	MEDIO	12.04	12.50	7.92	0.0	25.0
	BAJO	14.58	14.58	12.95	0.0	29.2
A1	ALTO	7.43	4.17	8.79	0.0	25.0
	MEDIO	11.11	8.33	8.33	0.0	29.2
	BAJO	14.58	18.75	9.92	0.0	20.8
M1	ALTO	25.00	25.00	12.63	0.0	50.0
	MEDIO	31.48	33.33	12.69	12.5	54.2
	BAJO	30.21	31.25	10.42	16.7	41.7
J1	ALTO	54.53	58.33	16.85	16.7	83.3
	MEDIO	45.37	41.67	11.87	25.0	62.5
	BAJO	40.63	33.33	20.52	25.0	70.8

Nota. “NIVEL DP” = Nivel de Despersonalización.

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

Análisis descriptivo de la cultura organizacional según los niveles de RP

	NIVEL RP	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
C1	BAJO	7.22	4.17	8.40	0.00	25.0
	MEDIO	8.33	8.33	8.84	0.00	20.8
	ALTO	19.79	16.67	12.68	0.00	50.0
A1	BAJO	3.33	0.00	5.93	0.00	20.8
	MEDIO	10.00	8.33	8.64	0.00	20.8
	ALTO	14.32	14.58	8.33	0.00	29.2

M1	BAJO	30.28	29.17	13.41	8.33	54.2
	MEDIO	32.50	33.33	9.50	16.67	41.7
	ALTO	22.66	25.00	11.38	0.00	41.7
J1	BAJO	59.17	62.50	13.10	29.17	75.0
	MEDIO	49.17	45.83	22.90	25.00	83.3
	ALTO	43.23	43.75	14.50	16.67	62.5

Nota. “NIVEL RP” = Nivel de Realización Personal.

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

7.10. Análisis Descriptivo: Cultura Organizacional Por Niveles De Estrés Traumático Secundario

Análisis descriptivo de la cultura organizacional según los niveles de FE

	NIVEL FE	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
C1	MEDIA	12.67	8.33	13.79	0.00	50.0
	BAJA	13.89	12.50	5.69	8.33	20.8
	ALTA	13.33	12.50	9.03	0.00	25.0
A1	MEDIA	7.50	4.17	9.24	0.00	29.2
	BAJA	15.97	16.67	5.54	8.33	25.0
	ALTA	9.17	8.33	7.45	0.00	20.8
M1	MEDIA	28.83	29.17	13.34	0.00	54.2
	BAJA	24.31	20.83	11.31	12.50	41.7
	ALTA	22.50	25.00	8.64	8.33	29.2
J1	MEDIA	51.00	50.00	17.61	16.67	83.3
	BAJA	45.83	47.92	13.18	29.17	62.5
	ALTA	55.00	58.33	16.51	29.17	70.8

Nota. “NIVEL FE” = Nivel de Fatiga Emocional.

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

Análisis descriptivo de la cultura organizacional según los niveles de SC

	NIVEL SC	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
C1	MEDIA	12.20	10.42	12.73	0.00	50.0
	BAJA	17.71	16.67	9.24	8.33	29.2
	ALTA	13.54	14.58	10.42	0.00	25.0
A1	MEDIA	7.89	6.25	8.74	0.00	29.2
	BAJA	17.71	18.75	7.12	8.33	25.0
	ALTA	9.38	8.33	8.59	0.00	20.8
M1	MEDIA	28.42	29.17	13.28	0.00	54.2
	BAJA	22.92	20.83	7.98	16.67	33.3
	ALTA	22.92	27.08	9.92	8.33	29.2
J1	MEDIA	51.49	54.17	16.67	16.67	83.3
	BAJA	41.67	37.50	14.83	29.17	62.5
	ALTA	54.17	58.33	18.94	29.17	70.8

Nota. “NIVEL SC” = Nivel de Sacudida de Creencias.

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

Análisis descriptivo de la cultura organizacional según los niveles de ST

	NIVEL ST	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
C1	ALTA	12.88	12.50	12.47	0.00	50.0
	MEDIA	10.42	10.42	2.95	8.33	12.5
	BAJA	20.83	20.83	NaN	20.83	20.8

A1	ALTA	8.59	8.33	8.96	0.00	29.2
	MEDIA	12.50	12.50	5.89	8.33	16.7
	BAJA	20.83	20.83	NaN	20.83	20.8
M1	ALTA	27.15	25.00	12.81	0.00	54.2
	MEDIA	25.00	25.00	11.79	16.67	33.3
	BAJA	33.33	33.33	NaN	33.33	33.3
J1	ALTA	51.39	54.17	16.53	16.67	83.3
	MEDIA	52.08	52.08	14.73	41.67	62.5
	BAJA	25.00	25.00	NaN	25.00	25.0

Nota. “NIVEL ST” = Nivel de Sintomatología Traumática.

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

7.11. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas: Cultura Organizacional Por Nivel DP

ANOVA de un Factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (OCAI y nivel de DP)

	χ^2	gl	p
C1	0.170	2	0.918
A1	3.104	2	0.212
M1	2.137	2	0.344
J1	3.816	2	0.148

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” = Jerarquía actual.

7.12. Análisis De Diferencia De Medias No Significativas: Cultura Organizacional Por Nivel Estrés Traumático Secundario

ANOVA de un Factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (OCAI y nivel FE)

	χ^2	gl	p
--	----------	----	---

C1	0.710	2	0.701
A1	5.203	2	0.074
M1	1.860	2	0.395
J1	1.047	2	0.592

Nota. Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” =Jerarquía actual.

ANOVA de un Factor no paramétrico - Kruskal-Wallis (OCAI y nivel ST)

	χ^2	gl	p
C1	0.970	2	0.616
A1	2.381	2	0.304
M1	0.494	2	0.781
J1	2.239	2	0.326

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” =Jerarquía actual.

ANOVA de un Factor (OCAI y nivel SC)

	F	gl1	gl2	p
C1	0.500	2	5.66	0.631
A1	2.786	2	5.29	0.149
M1	0.856	2	6.11	0.470
J1	0.735	2	5.06	0.524

Sobre las variables: “C1” = Clan actual; “A1” = Adhocrático actual; “M1” = Mercado actual y “J1” =Jerarquía actual.