

MLS – INCLUSION AND SOCIETY JOURNAL

<https://www.mlsjournals.com/MLS-Inclusion-Society>

ISSN: 2794-087X



Como citar este artículo:

Sanz Plasencia, S., Martínez Lorca, M., Criado Álvarez, J.J. & Martínez Lorca, A. (2022). Síndrome de burnout y su impacto laboral entre los profesionales de la logopedia y otras disciplinas sanitarias: un estudio descriptivo. *MLS Inclusion and Society Journal*, 2(1), 65-90. <https://doi.org/10.56047/mlsisj.v1i1.1155>

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU IMPACTO LABORAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA LOGOPEDIA Y OTRAS DISCIPLINAS SANITARIAS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Sandra Sanz Plasencia

Centro Edia (España)

sandra.centroedia@gmail.com · <http://orcid.org/0000-0002-0729-7922>

Manuela Martínez Lorca

Universidad de Castilla-La Mancha (España)

manuela.martinez@uclm.es · <http://orcid.org/0000-0002-0980-7092>

Juan José Criado Álvarez

Universidad de Castilla-La Mancha (España)

jjcriado@sescam.jccm.es · <http://orcid.org/0000-0002-7733-9788>

Alberto Martínez Lorca

Universidad de Castilla-La Mancha (España)

albertoml85@yahoo.es · <http://orcid.org/0000-0003-3218-2550>

Resumen. Introducción: El síndrome de burnout es el resultado de una situación de estrés laboral crónico, que compromete la salud física y emocional de los trabajadores siendo los profesionales sanitarios quienes más lo sufren. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de profesionales sanitarios que trabajan en un equipo multidisciplinar, prestando mayor atención a los logopedas. Método: Se propone una metodología descriptiva de corte transversal, realizada en un grupo de 60 profesionales sanitarios, de la Comunidad Autónoma de Madrid y de Castilla-La Mancha. Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y un cuestionario elaborado ad-hoc. Resultados: Los resultados muestran que la prevalencia de burnout fue escasa, si bien, aparecen cambios en el estado de ánimo y estrés en el trabajo con diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de cansancio emocional y realización personal a través del MBI, cuando los profesionales sufren cambios en el estado de ánimo y estrés laboral. En cuanto al tipo de profesional los logopedas mostraron puntuaciones elevadas en apoyo y protección laboral y en la organización del tiempo. En cambio, los no logopedas, mostraban mejores puntuaciones en estrés en el trabajo, en la escucha activa

y el vínculo terapéutico con el paciente. Discusión: Encontramos escaso burnout con importantes diferencias entre logopedas y no logopedas.

Palabras clave: Síndrome de burnout, profesionales sanitarios, logopedas, estrés.

THE BURNOUT SYNDROME AND ITS EMPLOYMENT IMPACT AMONG PROFESSIONALS IN SPEECH THERAPY AND OTHER HEALTH DISCIPLINES: A DESCRIPTIVE STUDY

Abstract. Introduction: Burnout syndrome is the result of a situation of chronic work stress, which occurs over a long period of time and compromises the physical and emotional health of workers. Health professionals are the group that suffers the greatest risk from these conditions. The objective of the present study was based on knowing the prevalence of burnout syndrome in a sample made up of health professionals who are working in a multidisciplinary team, although with greater attention to speech therapy language. Method: A descriptive cross-sectional methodology is proposed, carried out by a group of 60 health professionals, who are working in the Autonomous Community of Madrid and Castilla-La Mancha. As measurement instruments, the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire and an ad-hoc. Results: Show the prevalence of burnout was low, although they presented changes in mood and stress at work. In addition, some significant relationships were discovered between the subscales of emotional exhaustion and personal fulfillment through the MBI questionnaire, when professionals suffer changes in mood and work stress. There were significant differences between the speech therapists in support and labor protection and in the performance of tasks. On the other hand, the non-speech therapists showed significant differences in that the work situation with their team caused them stress, in active listening and the therapeutic bond with the patient. Discussion: We have found the prevalence of burnout was low and significant differences between the speech therapists and non-speech therapists.

Keywords: Burnout syndrome, health professionals, speech therapist, stress.

Introducción

El síndrome de burnout, también llamado “desgaste profesional” o “síndrome de quemarse por el trabajo”, ha sido descrito como un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales en la persona tras haber empleado una gran cantidad de energía en su situación laboral causando un estrés crónico que conduce al profesional a una actitud negativa hacia aquellas personas con las que trabaja (García-Campayo et al, 2016; Maslach & Jackson, 1982).

El síndrome de burnout viene originado por múltiples causas, aunque la mayoría de estudios clasifica tres tipos de variables que desarrollan esta condición: factores personales, sociales o ambientales y organizacionales (Ademir et al., 2019; García-Campayo et al., 2016; Párraga et al., 2018).

El síndrome de burnout presenta determinados síntomas en la persona que lo padece y en la organización donde desempeña su trabajo, como por ejemplo, físico-biológicos (alteraciones cardiovasculares, alteraciones en el sueño, dolores musculares, fatiga crónica, etc), emocionales y cognitivos (actitudes irascibles, cambios conductuales, etc) y efectos en el ámbito laboral (aumento de absentismo, mayores costes, falta de energía, conflictos sociales, etc) (García-Campayo et al., 2016; Maslach y Leiter, 2016; Párraga et al., 2018).

De entre todos estos síntomas, los que aparecen con una mayor frecuencia son los asociados con faltas de atención (45%), efectos desarrollados por cansancio o fatiga (17,8%), y con una mayor prevalencia de sensaciones de estrés (51%) (European Agency for Safety and Health at Work, 2013; Gil-Monte, 2009). Asimismo, aparecen grandes porcentajes en las manifestaciones relacionadas con los dolores musculares, cambios conductuales y adicciones en el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos psicotrópicos (Gil-Monte, 2009).

A tal efecto, estas severas consecuencias han supuesto un aumento en la tasa de absentismo y bajas laborales (7,5%), suponiendo a las empresas un coste de hasta 8000 millones de euros (Alba, 2009). Por lo que la Organización Mundial de la Salud lo ha llegado a considerar como un riesgo laboral (OMS, 2000), al acarrear efectos perjudiciales en la salud mental y calidad de vida de las personas.

En relación con la prevalencia, este afecta entre un 4% y un 30,5% de la población en la Unión Europea (García-Campayo et al., 2016). Estas grandes estadísticas apuntan a aquellas personas que contienen grandes demandas sociales, pertenecen a ocupaciones asistenciales o de ayuda y presentan un contacto directo con otras personas, siendo las labores que tienden a mostrar un mayor riesgo de burnout los relacionados con los servicios humanos, educación, administraciones públicas (Lastovkova, et al., 2018) y los profesionales de la salud, siendo este último el colectivo considerado como uno de los más proclives a sufrir este síndrome (Barragán et al., 2015 García-Campayo et al., 2016).

En España, la prevalencia de burnout es del 15% (Grau et al., 2009) lo que ha provocado un mayor interés a estudiar este tipo de contingencias (Regal, 2016). En este sentido, se ha investigado a diferentes grupos de riesgo, donde los profesionales de la salud como médicos y enfermeros/as y sobre todo los profesionales de Atención Primaria han sido considerados como uno de los más tendentes a sufrir este síndrome (Bakhamis et al., 2019; Barragán et al., 2015 García-Campayo et al., 2016; Vilà-Falgueras et al., 2014). Sin embargo, otras especialistas de la salud también muestran prevalencias de este síndrome, tales como fisioterapeutas (González-Sánchez et al., 2017; Rogan et al., 2019; Serrano, Garcés y Hidalgo, 2008), psicólogos/as (Berjot et al., 2017), terapeutas Ocupacionales (Brown & Pshniak, 2018; Poulsen et al., 2012) y logopedas (Bruschini et al., 2018; Kasbi et al., 2018; Ewen et al., 2020), entre otros colectivos. Concretando en este último grupo, entre los profesionales de la Logopedia los datos sugieren que estos presentan un nivel de agotamiento leve-moderado (Bruschini et al., 2018; Kasbi et al., 2018), descubriéndose que el detonante del burnout venía correlacionado por las demandas laborales, falta de control en el trabajo y menor apoyo profesional (Ewen et al., 2020).

Como resultado, han surgido numerosos instrumentos para analizar la prevalencia del síndrome burnout donde el más reconocido y utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach & Jackson (1986) por basarse en un modelo tridimensional caracterizado por agotamiento o cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y reducida realización personal (RP).

Por tanto, el objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra constituida por profesionales sanitarios que se encuentran trabajando en un

equipo multidisciplinar con especial atención a la figura de los logopedas a partir del Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986).

Método

Diseño

El presente trabajo de investigación sobre la prevalencia del síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios se diseñó como un estudio epidemiológico de corte transversal, descriptivo y observacional.

Participantes

Fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico, entre la Comunidad Autónoma de Madrid y de Castilla-La Mancha. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: trabajadores del ámbito sanitario, que se encuentren desempeñando su labor junto a un equipo multidisciplinar y estén actualmente trabajando.

Este estudio contó con un total de 60 profesionales de todos a los que se envió el cuestionario que fueron unas 80 personas de un total de 6 centros clínicos. De ellos, el 76,7% (N=46) son mujeres y el 23,3% (N=14) son hombres, con edades comprendidas de 23 a 63 años (M=30,33 y una DT= 8,10 años). En cuanto a su estado civil, el 50 % (N=30) estaban solteros, el 31,7 % (N=19) tenían pareja y el 18,4% (N=11) eran casados, divorciados o separados. Además, el 18,3 % (N=11) manifestó tener hijo/s, frente al 81,7% (N=49) que no lo/s tenía/n, y se analizó que la mayoría de los participantes conviven con su familia, más concretamente el 48,3 % (N=29); el 36,7% (N= 22) con su pareja y el 15% (N= 9) solo o en otra situación

Las características de la muestra según el nivel de estudios, centros de enseñanza universitaria donde asistieron, año de graduación y el pago de sus estudios se resumen en la Tabla 1.

Por último, de este conjunto de participantes, el 71,6% (N=43) trabajaba en entidades privadas, el 13,3% (N=8) en asociaciones, el 11,7% (N=7) en hospitales y el 3,3% (N=2) en residencias.

Tabla 1.

Distribución de frecuencias de la muestra por nivel de estudios, centros de enseñanza universitaria donde asistieron, año de graduación y el coste de sus estudios.

	N= 60	
	N	%
Nivel de estudios		
Grado de Logopedia	46	76,7
Otros Grados (Fisioterapeutas, Enfermeros, Médicos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales)	14	23,3

Centros de enseñanza universitaria		
Universidad de Castilla-La Mancha	44	73,3
Otros centros de enseñanza universitaria	16	26,7
Año de graduación		
1980-2009	12	20
2010-2019	48	80
Llegaron a costearse sus estudios		
Sí	24	40
No	36	60

Instrumentos

El presente trabajo de investigación sobre la prevalencia del síndrome de burnout entre los profesionales

Para la recogida de información se utilizaron dos instrumentos. En primer lugar, un cuestionario elaborado “ad hoc” integrado por 70 preguntas tanto abiertas como cerradas de elección múltiple o dicotómicas, que valora características sociodemográficas y diferentes factores sobre el trabajo. Específicamente cada ítem se encuentra compuesto por diversas preguntas, pudiendo clasificarse cada una de ellas en siete categorías. La primera de ellas, para conocer características sociodemográficas de los participantes con 13 preguntas; la segunda sobre cuestiones de la salud del trabajador con 8 preguntas; la tercera sobre su situación de trabajo con 3 preguntas; la cuarta sobre el grado de satisfacción del trabajador mediante 12 escalas numéricas (siendo 1 nada o poco y 10 bastante o mucho); la quinta cuenta con 15 preguntas sobre las características del puesto de trabajo actual y nivel económico; la sexta categoría con 11 cuestiones tipo Likert sobre la calidad de bienestar laboral del trabajador (siendo 1 en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo); y la séptima presenta 8 escalas numéricas sobre la valoración de las características de un centro de servicios (siendo 1 poco o nada importante y 10 mucho o bastante importante).

En segundo lugar, se usó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach & Jackson (1986) en su versión validada en castellano (Seisdedos, 1987). Está planteado para valorar el síndrome de burnout al valorar la frecuencia con la que ocurre cada una de las situaciones descritas en los ítems. Los ítems son divididos en tres dimensiones o subescalas: cansancio emocional o agotamiento, despersonalización y realización personal. Consta de 22 ítems formados por enunciados afirmativos, sobre las emociones y actitudes que siente el trabajador hacia su situación laboral. Las respuestas se dan en una escala de tipo Likert con puntuaciones desde 0 (nunca) a 6 (todos los días). Cada constructo o subescala está compuesto por un número de ítems:

- La subescala de agotamiento/cansancio emocional está compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que miden los sentimientos de sobrecarga emocional (pudiendo exponer consecuencias físicas o psicológicas). La puntuación máxima es de 54 puntos.

- La subescala de despersonalización está diseñada por 5 ítems (5, 10, 11,15 y 22) y valora aquellos sentimientos o comportamientos negativos que tiene hacia el paciente. La puntuación máxima es de 30 puntos.
- La subescala de realización personal está integrada por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18,19 y 21) y mide los sentimientos de competencia y obtención de logros (relacionada con aspectos negativos que tiene una persona sobre sí misma, dadas por depresión, bajo compromiso, falta motivación, ausencia de relaciones laborales, entre otras). La puntuación máxima es de 48 puntos.

Para el análisis de los ítems y determinar los niveles del burnout, se tomó los criterios normativos de Gil-Monte y Peiró (2000). Así, altas puntuaciones en la subescala de cansancio emocional/agotamiento personal y despersonalización, y bajas en la realización personal indicarían la presencia de este síndrome. Específicamente, el puntaje total de este cuestionario estandarizado se divide en tres tercios, significando el nivel alto un diagnóstico de burnout, el intermedio tendencia a burnout y el bajo sin riesgo a padecer este síndrome.

- Cuando se obtiene puntuaciones iguales o superiores a 25 en el cansancio emocional, se determina alto nivel, entre 16-24 un nivel intermedio y menos de 15 un nivel bajo.
- En la despersonalización cuando se obtienen puntuaciones iguales o superiores a 9 se trata de un nivel alto, entre 4-8 nivel medio y menores de 3 un nivel bajo.
- Cuando se determinan puntuaciones en la realización personal de 0-35 se hablaría de un nivel bajo, entre 36-39 nivel intermedio y más de 40 un nivel alto.

Procedimiento

Este estudio obtuvo la aprobación ética y supervisión (Código: 19/2020) por la Comité Ética e Investigación Clínica (CEIC) de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (Toledo).

El diseño del cuestionario “ad hoc”, ha sido evaluado mediante un panel de expertos (Cabero y Llorente, 2013) compuesto por profesionales sanitarios y docentes universitarios del Grado de Logopedia. Teniendo en cuenta las propuestas de mejoras del comité de expertos se realizaron distintos cambios en la formulación, orden y en la admisión de nuevas preguntas, al igual que se llegaron a eliminar otras cuestiones.

Además, se hizo un pilotaje con un grupo de 12 personas de las cuales algunas se encontraban dando docencia, otras estaban estudiando Logopedia y el resto eran ajenas a esta disciplina. El objetivo de este procedimiento se basó en la apreciación de que cada uno de los ítems definitivos del cuestionario fuesen comprendidos, se estimara el tiempo promedio para su contestación y llegar a determinar la factibilidad del análisis de los datos.

Una vez terminado el cuestionario elaborado “ad hoc” se diseñó este de forma online, mediante el formato de Google cuestionarios (Google Forms). Esta plataforma es una aplicación de Google gratuita para cualquier usuario, donde se puede reunir y estructurar todo

tipo de información, cada una de las respuestas pueden ser recibidas de una manera efímera, y, además, ofrece la oportunidad de que el encuestador formule o modifique las preguntas de su cuestionario mediante diferentes diseños (casillas de verificación, opción múltiple, respuesta corta, escala lineal, listas despegables, etc). Incluso, el sistema garantiza la posibilidad de que las respuestas se puedan realizar desde cualquier tipo de dispositivo electrónico, sean organizadas y analizadas mediante diferentes gráficos y, estén guardadas en una hoja de cálculo en línea.

Todos los participantes tenían que ofrecer su conformidad con el estudio a través del consentimiento informado que constaba en la carta de presentación. En esta se mostraba el motivo del estudio y los objetivos que se querían alcanzar junto a la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Con respecto a su difusión, se utilizó el correo electrónico con el fin de contactar con aquellos centros que se localizaban en la Comunidad Autónoma de Madrid y de Castilla-La Mancha. Para poder entrar en contacto con este tipo de centros se realizó una búsqueda a través de una navegación por internet, así como se tuvieron en cuenta aquellas entidades conocidas por personas del entorno. De manera que, se remitió un mensaje de correo electrónico explicando el motivo de la presente investigación junto con el enlace que generaba la plataforma de Google cuestionarios a un total de 6 clínicas de logopedia y/o centros multidisciplinarios llegando a un total de 80 personas, que se encontraban trabajando en alguno de los centros de Logopedia o en un centro multidisciplinar. Sin embargo, la muestra final fue de 60 personas. El enlace que generaba la plataforma de Google cuestionarios, estuvo abierto y activo en la plataforma on-line desde el 27 de abril hasta el 9 de mayo del 2020.

Análisis estadístico

Tras la recogida de datos, se realizó un análisis mediante el programa informático IBM® SPSS® Statistics 22.0. Por tanto, para el análisis se usaron los parámetros de frecuencias simples, medidas de tendencia central (media y mediana) y desviaciones estándar. Igualmente, para este análisis se realizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, que es la prueba no paramétrica paralela a la prueba t para muestras independientes. El nivel de confianza de .05 se tuvo en cuenta para todos los análisis estadísticos. Además, se utilizaron la distribución descriptiva y de frecuencia (principalmente, medias y desviaciones estándar) y las pruebas de independencia de Chi-cuadrado.

Resultados

Salud del trabajador

Los resultados obtenidos en relación con la salud de los trabajadores pueden encontrarse en la Tabla 2. Uno de los datos más relevantes indica que 71,7% (N=43) ha manifestado cambios en su estado de ánimo en los últimos años.

Tabla 2.

Distribución de frecuencias en las preguntas de la salud del trabajador.

		N=60		
		N	%	
Horas de sueño	5 a 7 horas	29	48,3	
	8 a 9 horas	31	51,7	
Buenos hábitos alimenticios	Sí	38	63,3	
	No	4	6,7	
	Tal vez	18	30	
Actividad física/deportiva	Sí	39	65	
	No	21	35	
Presencia de enfermedad	Sí	11	18,3	
	No	49	81,7	
Tratamiento médico	Sí	14	23,3	
	No	46	76,7	
¿Qué tipo de tratamiento?	Hormonal	5	8,3	
	Ansiedad	1	1,7	
	Colesterol	2	3,3	
	Cefalea y migrañas	4	6,7	
	Inflamaciones intestinales	1	1,7	
	Covid-19	1	1,7	
	Tratamiento psicológico/psiquiátrico	Sí	4	6,7
		No	56	93,3
Cambios en su estado de ánimo en los últimos años	Sí	43	71,7	
	No	17	28,3	

Situación del trabajo

Con respecto a las 3 preguntas de esta categoría, se determina que el 51,7 % (N=31) de la población siente que estas sometido a mucho estrés en su lugar de trabajo frente a un 48,3% (N=29) que no presentan estrés. Asimismo, se descubre que han llegado a sufrir pocos incidentes laborales, puesto que un 11,7 % (N=7) sí los tienen o han padecido y el 88,3 % (N=53) respondió que no. Y, en su lugar de trabajo, generalmente se les ofrece realizarse reconocimientos médicos con respecto a los riesgos laborales (65% (N=39) frente al 35% (N=21) que no se les ofrece.

Grado de satisfacción del trabajador

A continuación, en la Tabla 3 se muestra el grado de satisfacción de los trabajadores en su trabajo y el desarrollo de su desempeño laboral, así como las diferencias estadísticamente significativas según el tipo de profesional (logopeda vs no logopeda).

Tabla 3.

Distribución de los estadísticos descriptivos en las preguntas en el grado de satisfacción del trabajador. Relaciones estadísticamente significativas y rangos medios

	Val. Mín	Val. Máx	Media	DT	<i>p</i>	Logopeda (rangos medios)	No logopeda (rangos medios)
Su trabajo	2	10	6,45	2,58	* 0,032	31,90	21,29
Remuneración	1	10	5,07	2,73	* 0,033	31,90	21,29
Compromiso	1	10	6,95	2,83	* 0,014	32,24	19,00
Implicación	1	10	7,23	2,81	* 0,010	32,36	18,54
Autonomía	2	10	6,85	2,60			
Estabilidad	1	10	6,35	2,89	* 0,033	31,90	21,19
Bienestar físico	2	10	6,35	2,89			
Bienestar mental	1	10	5,65	2,63			
Condición laboral	1	10	5,62	2,73	* 0,014	32,25	18,95
Relación con el equipo	2	10	7,15	2,73	* 0,010	32,37	18,50
Comunicación	2	10	6,67	2,6	* 0,050	31,70	21,08
Coordinación	2	10	6,32	2,65			

Características del puesto de trabajo actual y nivel económico

En relación con los resultados de la quinta categoría del cuestionario elaborado “ad hoc” sobre las características del puesto de trabajo actual y nivel económico, se encuentran en las siguientes tablas (Tablas 4 y 5).

Tabla 4.

Distribución de frecuencias en las preguntas en las características del puesto de trabajo

		N=60	
		N	%
Situación socioeconómica	Mala	3	5
	Regular	26	43,3
	Buena	31	51,7
Turno	Mañana	9	15
	Tarde	25	41,7
	Noche	0	0
Tipo de asistencia	Partido	26	43,3
	Hospitalaria	7	11,7
	Clínica	43	71,7
	Atención domiciliaria	7	11,7

Su jornada laboral	Otros	3	5
	Semanal/Diaria/Continuada	39	65
	Partida	18	30
Tipo de contrato	Turnos	3	5
	Indefinido	33	55
	Servicio/Formativo	15	25
	Interinidad/Parcial	7	11,7
¿Combina este trabajo con algún otro?	Eventual/Relevo	5	8,3
	Sí	24	40
	No	36	60
Especifíquelo:			
	Clínica/A domicilio	9	15
	Docencia/ Investigaciones	4	6,7
	Hospital	1	1,7
	Asociaciones/Apoyo en el colegio	10	16,7
Pacientes con los que trabaja	Adultos	7	11,7
	Niños	21	35
	Ambos	32	53,3
Tiempo desde su graduación al primer contrato o contrato actual	Días	8	13,3
	Meses	34	56,7
	Años	18	30
¿Cuántas horas se encuentra abierto el establecimiento donde trabaja?	5 a 11 horas	37	61,6
	12 a 24 horas	23	38,5
Vacaciones	Sí	57	95
	No	3	5

Tabla 5.

Distribución de estadísticos descriptivos en las preguntas en las características del puesto de trabajo

	Val. Mín	Val. Máx	Media	DT
Número de años trabajando en su disciplina	1	40	6,55	7,22
Años que lleva trabajando en este centro	1	36	4,37	5,44
Años que lleva trabajando	1	40	7,50	7,88
Horas que se encuentra abierto el establecimiento	5	24	10,92	4,95

Calidad de bienestar laboral del trabajador

En cuanto a la percepción que tiene el trabajador sobre la calidad laboral de su trabajo, los resultados se encuentran integrados en la Tabla 6.

Tabla 6.

Distribución de estadísticos descriptivos en las preguntas sobre la calidad de bienestar laboral del trabajador

	Val. Mín	Val. Máx	Media	DT
Recursos materiales	1	4	2,63	0,893
- Instalaciones			2,58	0,869
- Materiales			2,52	0,983
- Prevención			2,67	0,896
- Colaboradores			2,78	0,825
Entorno social	1	4	3	0,835
- Ayuda			2,97	0,901
- Comodidad			3	0,844
- Respeto			3,12	0,761
- Apreciación			3,02	0,813
- Reconocimiento			2,90	0,858
Organización profesional y personal	1	4	2,33	1,084
- Organización			2,38	1,151
- Ritmo			2,65	1,071
- Forma			2,58	1,109
- Monótono			1,92	1,124
- Remuneración			2,03	1,104
- Condiciones			2,47	0,947
Demandas del lugar de trabajo	1	4	3,01	0,74
- Política			3,08	0,743
- Ética			3,03	0,780
- Aprobar			2,63	0,843
- Interiorizar normas			3,10	0,706
- Cambios			3,03	0,663
- Protocolo			3,13	0,769
- Tiempos y ritmos			3,13	0,676
Práctica laboral	1	4	2,62	0,931
- Tomar decisiones			2,35	1,005
- Diálogo			2,13	0,982
- Actualizarse			2,70	0,908
- Apoyo/protección			2,80	0,860
- Participar			2,83	0,994
- Contacto			2,85	0,880
- Ayuda directiva			2,70	0,889
Percepción sobre la carga de trabajo	1	4	2,27	0,984
- Finaliza jornada				
- Suficiente tiempo			2,33	2
- Varias tareas			2,25	2
- Trabajo excesivo				

- Alterar			2,82	3
- Irregular e imprevista			2,45	2
- No se acumulan			2,03	2
- Hogar			1,92	2
- Tareas atrasadas			2,22	2
			1,88	1,50
			2,53	2,50
Percepción laboral del profesional	1	4	2,61	0,846
- Adecuada			2,55	0,852
- Repartida			2,42	0,962
- Éxito			2,97	0,736
- Información			2,50	0,834
Factores psicosociales del trabajador	1	4	2,86	0,856
- Satisfecho				
- Seguro			3,05	0,769
- Funciones sencillas			3,03	0,736
- Confianza			2,17	0,785
- Cómodo y motivado			3,03	0,736
- Reto estimulante			3	0,883
- Aspectos positivos			2,95	0,852
- Efectos físicos			3,25	0,751
- Efectos de desgaste			2,72	1,010
- Estado de ánimo			2,85	0,899
- Situaciones difíciles			2,62	1,043
			2,88	0,958
Comunicación y relación de trabajo	1	4	2,86	0,792
- Correcta			3,37	0,712
- Trato adecuado			3,28	0,585
- Miembro de equipo			3,32	0,725
- Positivo y cómodo			3,17	0,763
- Manifestar opiniones			2,92	0,907
- Situación de estrés			1,85	0,899
- Colaboración			2,13	0,892
- Coordinación			2,85	0,860
Descanso profesional	1	4	2,72	0,924
- Vida personal/trabajo			2,68	0,983
- Preocuparse por sus asuntos			2,88	0,761
- Días de descanso			3,30	0,962
- Familia/amigos/conocidos			2,85	1,022
- Aspectos ajenos al trabajo			1,90	0,896
Vínculo y relación terapéutica	1	4	3,04	0,739
- Ofrecer ayuda			3,50	0,701
- No ir a trabajar			2,07	0,972
- Actitud apropiada			2,95	0,790
- Confianza es el éxito			3,58	0,591
- No hay vínculo adecuado			2,05	1,016
- Relación es fundamental				

- No hablar	3,70	0,591
- Trato adecuado	2,70	0,944
- Actitud de la familia	3,57	0,563
- Progreso	2,32	0,813
- Relación terapéutica	3,10	0,630
- Cumplir objetivos	3,57	0,533
- Recursos técnicos	3,40	0,718
- Responsabilidad	2,63	0,901
- Vínculo emocional	2,47	0,747
- Escucha activa	2,65	0,899
- Expresar y ser asertivo	3,65	0,577
- Humilde y auténtico	2,83	0,763
- Actitudes y recursos	3,33	0,729
- Limitaciones y derivar	3,47	0,623
	3,47	0,676

Valoración de las características de un centro de servicios

En relación con los resultados obtenidos en la séptima categoría, referente a las características que tendría que tener un centro de servicios, estos se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7.

Distribución de estadísticos descriptivos en las preguntas dadas sobre las características de un centro de servicios.

	Val. Mín	Val. Máx	Media	DT
Calidad de servicio	3	10	8,13	2,46
Rentabilidad económica	2	10	7,13	2,418
Bien común	3	10	7,88	2,38
Competitividad	1	10	6,17	2,744
Calidad laboral	2	10	8	2,491
Productividad	3	10	7,57	2,324
Eficacia	3	10	7,90	2,334
Satisfacción de las personas atendidas	3	10	8,30	2,486

Variables de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Para medir la prevalencia del síndrome de burnout en la muestra, se ofrece, por un lado, los resultados descriptivos del cuestionario MBI, y, por otro lado, los resultados en función a las puntuaciones de corte establecidas (baja, media y alta en cada dimensión).

La confiabilidad estimada de este cuestionario se calculó de acuerdo con el coeficiente de alfa de Cronbach, siendo de 0,71 para toda la escala (ver Tabla 8).

Tabla 8.

Estadísticos descriptivos y de fiabilidad de las dimensiones del MBI (CE, DP y RP) en la muestra del estudio.

Dimensión	Val. Mín	Val. Máx	Media	DT	Alfa de Cronbach
Cansancio Emocional (CE)	0	44	17,60	11,84	0,883
Despersonalización (DP)	0	18	6,43	5,20	0,547
Realización Personal (RP)	0	48	36,05	9,50	0,846

En la Figura 1 se muestra los porcentajes de la muestra en cada una de las dimensiones del cuestionario clasificados en tres niveles (bajo, medio y alto), así como el número de sujetos en cada uno de los porcentajes.

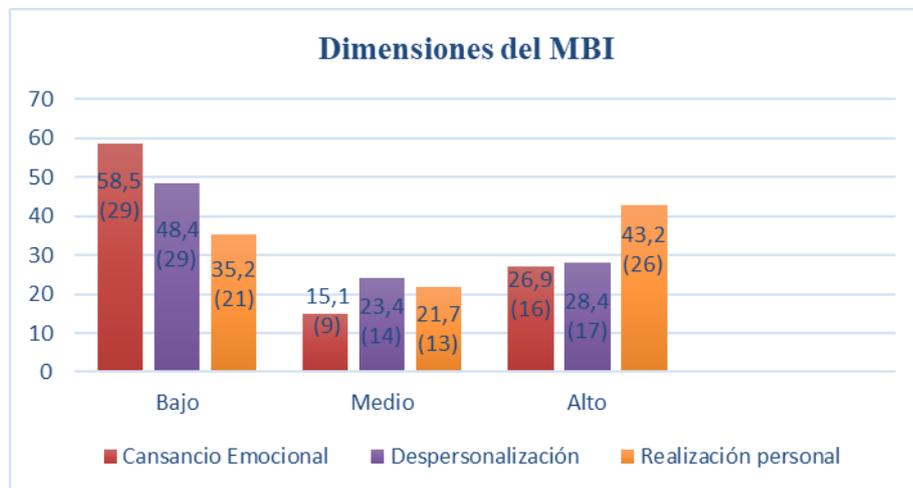


Figura 1. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Nota: Elaboración propia

Por tanto, si se toma en cuenta la recomendación de que solamente aquellas puntuaciones altas en los dominios cansancio y despersonalización y bajas en realización personal permiten considerar la presencia de Síndrome de Burnout, observamos escasa presencia de este trastorno. Igualmente, en conjunto los resultados ponen de manifiesto que existe el Síndrome de Burnout en un 15 % (N= 9) frente a un 85% (N= 51) que no lo tienen, tal y como se muestra en la Figura 2.

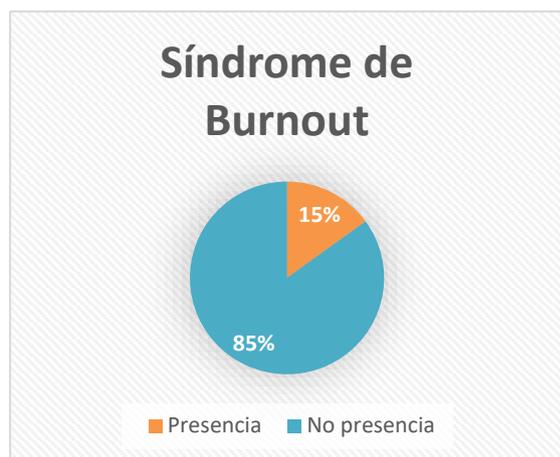


Figura 1. Síndrome de burnout.

Nota: Elaboración propia

Relación entre las variables

Distintos análisis estadísticos se han efectuado entre las variables estudiadas en este trabajo para conocer los principales factores sociodemográficos y laborales que facilitan la aparición del Síndrome de Burnout. Así pues, se descubrió que se hallaban diferencias estadísticamente significativas en la variable haber sufrido cambios en el estado de ánimo en los últimos años, con el bienestar mental ($\chi^2 (2) = 6,56$; $p \leq 0.037$), con la puntuación en el inventario de MBI en cansancio emocional ($\chi^2 (2) = 14,47$; $p \leq 0.01$), y en realización personal ($\chi^2 (2) = 6,04$; $p \leq 0.049$). De manera que, las personas que han sufrido en los últimos años cambios en su estado de ánimo presentan rangos medios mayores en cansancio emocional y menores rangos medios en realización personal y bienestar mental en comparación con las personas que no han sufrido cambios en su estado de ánimo en los últimos años.

La variable estar sometido a estrés en el trabajo, también mostró diferencias estadísticamente significativas con el bienestar mental ($Z: -2,173$; $p \leq 0.030$), la condición laboral ($Z: -2,096$; $p \leq 0.031$) y la dimensión de cansancio emocional del cuestionario MBI ($Z: -3,293$; $p \leq 0.001$). Por tanto, las personas sometidas a estrés en el trabajo tienen menores puntuaciones en bienestar mental y en las condiciones laborales, y puntuaciones elevadas en la categoría de cansancio emocional del cuestionario MBI.

En la variable nivel de estudios de los participantes (logopedas frente a otros profesionales) se hallaron diferencias estadísticamente significativas con algunas variables. Por ejemplo, con haber padecido cambios en el estado de ánimo en los últimos años ($Z: -2,159$; $p \leq 0.031$), donde los profesionales que no son logopedas (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y terapeutas ocupacionales) han padecido más cambios en el estado del ánimo en los últimos años frente a los logopedas.

También, el ser logopeda mostró diferencias estadísticamente significativas con la totalidad de los ítems del grado de satisfacción en el trabajo como se muestra en la tabla 3, de

manera que los logopedas sienten mejor satisfacción en todos los ítems en comparación con los sanitarios de las otras disciplinas (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y terapeutas ocupacionales).

Además, en algunos ítems sobre la percepción que tiene los trabajadores sanitarios acerca de la calidad de bienestar laboral del trabajo, tuvieron lugar diferencias estadísticamente significativas. Por un lado, los profesionales logopedas frente al resto de profesionales que no son logopedas manifestaron mayores rangos medios en “apoyo y protección laboral” ($Z: -2,482; p \leq 0.013$) y en “no realizar tareas atrasadas durante los fines de semana o vacaciones” ($Z: -2,988; p \leq 0.003$). Por otro lado, los profesionales no logopedas (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y terapeutas ocupacionales) en comparación con los logopedas tuvieron rangos medios más elevados en “la situación de trabajo con el equipo causa estrés” ($Z: -2,054; p \leq 0.04$), en “sentir que la actitud del paciente es la apropiada” ($Z: -1,988; p \leq 0.047$), en “la importancia de la escucha activa durante las sesiones” ($Z: -1,910; p \leq 0.05$), y en considerar que “el vínculo terapéutico es un requisito esencial para cumplir los objetivos de la terapia” ($Z: -1,914; p \leq 0.05$).

Por último, la variable sexo solo mostró una diferencia estadísticamente significativa con el haber sufrido “un incidente laboral o enfermedad profesional en el último año con la consiguiente baja laboral” ($Z: -2,231; p \leq 0.026$), siendo más frecuente entre las mujeres frente a los hombres.

Discusión y conclusiones

Comenzando con los resultados de nuestro estudio, se observa que, en las variables sociodemográficas, hay un predominio del sexo femenino con respecto al masculino, dato acorde con otros estudios que reflejan un crecimiento de la población femenina entre los profesionales sanitarios (Gil-Monte et al., 2017; Instituto Nacional de Estadística, 2018, Liu et al., 2020; Masiero et al., 2018; Párraga et al., 2018; Portoghese et al., 2017). Además, son estas, las mujeres en comparación con los hombres, quienes han sufrido más frecuentemente algún incidente o enfermedad laboral, lo que es similar a estudios previos donde se muestran diferencias por género, al aparecer en las mujeres mayores accidentes graves a consecuencia de desplazamientos, contratos temporales, agentes físicos, etc., (Corrales-Herrero et al., 2015; García et al., 2016).

Por lo que respecta a la edad, existe un gran número de participantes con edades comprendidas desde los 20 a 30 años, presentándose así una población joven en la investigación, como apunta el informe establecido por el Instituto Nacional de Estadística (2019), cuando se refiere a algunas disciplinas sanitarias. La variable número de hijos y estado civil, reveló un alto porcentaje de sujetos sin hijos y que se encuentran solteros, resultado similar a las estadísticas aportadas por el Instituto Nacional de Estadística (2018), reflejando que la población no tiene hijos hasta al menos los 30-40 años.

En cuanto al tipo de profesionales que trabajan en los centros estudiados, existe un mayor número de logopedas por tratarse de centros con este perfil, si bien, también existen profesionales que se encuentran desempeñando su labor en otras disciplinas sanitarias, tales como Enfermería, Medicina, Terapia Ocupacional, Psicología y Fisioterapia. Este dato pone de manifiesto cómo la interdisciplinariedad está presente en este estudio (Brown & Pashniak, 2018; Bruschini et al., 2018; Liu et al., 2020; Slocum et al., 2019), lo que destacaría la importancia que tiene dentro del campo de la Logopedia, el compartir conocimientos con otros profesionales y llevar a cabo una perspectiva unificada con el fin de mejorar la calidad del trabajo, consensuar las decisiones desde diferentes puntos de vista y comprender mejor la evolución del paciente (García-Campayo et al., 2016; Maestre et al., 2013).

El análisis de los datos relativos a la salud del trabajador refleja un buen estado de salud, ya que existen unos buenos hábitos de sueño, alimentación, ejercicio físico, sin embargo, el 71,7 % ha revelado cambios en su estado ánimo en los últimos años. Estas variaciones emocionales, pueden repercutir en el desempeño laboral del profesional (Callaghan & Coldwell, 2014), llegando incluso a desarrollar el síndrome de burnout (Beehr et al. 2010; Schonfeld et al., 2018). En esta línea, nuestros datos reflejaron como el haber sufrido cambios en el estado de ánimo en los últimos años, estaba relacionado con un mayor cansancio emocional y menores puntuaciones en realización personal medidos con el cuestionario MBI e incluso menor bienestar mental. Este dato ha sido reportado por García-Rivera et al. (2014), dónde se confirma que los estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad, estrés, falta de motivación, etc.), se aplican directamente al trabajo, asegurando la aparición del estrés laboral o bien afectando a algunas de las dimensiones definidas en el cuestionario MBI. Además, son los profesionales de la salud de este estudio (médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) en comparación con los profesionales de la Logopedia, los que han padecido en los últimos años más cambios en el estado del ánimo. De manera que, este dato refuerza el de otros trabajos que comprueban como los profesionales de Enfermería, Medicina u otras disciplinas afines, son los que más padecen o han padecido problemas asociados a impactos emocionales que condicionan su salud mental (Barragán et al., 2015 García-Campayo et al., 2016).

Con respecto a la situación en el trabajo, nuestros datos reflejan que un 51,7% presenta estrés, por lo que podemos decir que si bien la prevalencia de este es media, dato parecido al de otros autores (Bernaldo y Labrador, 2008), nuestras cifras son muy distintas a las de investigaciones que sugieren la alta prevalencia de estrés laboral entre los sanitarios en general (Bruschini et al., 2018; García-Rodríguez et al., 2015; Lastovkova et al., 2018). Sin embargo, nuestros datos encontraron como el estar sometido a estrés en el trabajo apareció relacionado significativamente con un menor bienestar mental y condición laboral, así como, mayores porcentajes en la subescala cansancio emocional del cuestionario MBI. De tal forma, que nuestros resultados avalarían como la presencia de estrés en el trabajo repercute en la aparición de mayor cansancio emocional medido con la escala de MBI, y menores puntuaciones en el bienestar mental y las condiciones laborales (Bernaldo y Labrador, 2008; García-Campayo et al., 2016).

Por tanto, podemos concluir que los profesionales sanitarios que han padecido cambios en el estado de ánimo en los últimos años o que sufren estrés en el trabajo, presentan una mayor probabilidad de padecer cansancio o malestar emocional, lo que implica un reto importante al personal sanitario, al sufrir un mayor impacto psicológico o de agotamiento y esto afecta indiscretamente a su calidad asistencial (Ademir et al., 2019; González-Sánchez et al., 2017; Rogan et al., 2019). Por lo que sería fundamental y deseable que desde las organizaciones y centros de trabajo se ayude a sus trabajadores a fomentar un conjunto de estrategias de afrontamiento y/o habilidades personales, emocionales y de apoyo social o incluso que, las entidades ofrezcan servicios de prevención a los trabajadores con el fin de salvaguardar su salud y gestionar el estrés laboral donde se fomenten entornos idóneos en los que se reduzcan la fatiga del trabajador y el malestar mental (Gil-Monte, 2012).

Por lo que respecta al grado de satisfacción del trabajador, nuestros resultados presentan puntuaciones medias en la remuneración y la condición laboral, siendo estos resultados similares a las obtenidos en otros estudios, ya que los participantes manifiestan que la apreciación que tienen sobre su remuneración o situación socioeconómica y las condiciones laborales, no son equiparables con su rendimiento e implicación (Yslado et al., 2019). Sin embargo, por el contrario, se obtienen puntuaciones notables en los ítems de implicación, relación con el equipo y compromiso. Así, nuestros datos pueden reflejar la importancia del vínculo cooperativo, del trabajo en equipo, apoyo social, etc. Estos elementos son clave en el aumento de la productividad, la comunicación y el compromiso con el trabajo (Vilà-Falgueras et al., 2015). Además, muchos de estos ítems se relacionaron significativamente entre los profesionales de la Logopedia, por lo que parece que los logopedas, se sienten más satisfechos en su puesto de trabajo en comparación con el resto de los profesionales de la salud de este estudio. Similares resultados fueron encontrados por Ewen et al. (2020) con profesionales de la Logopedia.

En cuanto a las características del puesto de trabajo, destaca la diversidad de tipos de contratos con predominio de contratos indefinidos (Vilà-Falgueras et al., 2015); un alto porcentaje de trabajo desarrollado en clínicas (Brown & Pashniak, 2018); y en general unas buenas condiciones laborales en cuanto a remuneración, disfrute de vacaciones, el tipo de jornada laboral, etc. Algunos elementos del puesto de trabajo, han sido relacionados con el síndrome de burnout y la insatisfacción del trabajador, tales como el exceso de trabajo por la combinación de diversos puestos laborales, la turnicidad (Barker & Nussbaum, 2011; Oliveira & Pereira, 2012), años de experiencia profesional (Voltmer et al., 2013), el tipo de jornada laboral (Matheson et al., 2014; Stimpfel, Brewer & Kovner, 2015) y el tiempo trabajando en el mismo puesto de trabajo (Sagripanti et al., 2012). Sin embargo, nuestros resultados no hallaron relaciones significativas entre las características del puesto de trabajo y la presencia del burnout.

En cuanto a la calidad de bienestar laboral del trabajador, a grandes rasgos se encuentran puntuaciones altas en bastantes apartados. Así, con respecto al vínculo y relación terapéutica, las demandas del lugar de trabajo, el entorno social, los factores psicosociales y la comunicación, y relación del trabajo las puntuaciones fueron altas, lo que nos puede llevar a pensar que los profesionales presentan una relación de calidad basada en el apoyo, confianza, satisfacción y seguridad, siendo estos elementos importantes en la prevención del estrés y en su

bienestar laboral (De Lima et al., 2010). Además, puede llegar a considerarse un indicador de calidad asistencial cuando nos referimos a los pacientes o familiares, y supone un buen desarrollo comunicativo, vincular y donde la profesionalidad y la ética están muy presentes (Leal-Costa et al., 2015). Igualmente, en el apartado de descanso profesional se hallaron puntuaciones altas por lo que entre los participantes de esta investigación este aspecto está bien cuidado, siendo de nuevo un indicador de protección, que favorece el desempeño laboral e incluso ayuda a manejar el estrés (Chacón y Grau, 2014; García-Campayo et al., 2016). Por añadidura, destacamos como en los recursos materiales, los profesionales determinan su medio físico, instalaciones y recursos materiales como los adecuados para prestar unos servicios de calidad (Ghavidel et al., 2019).

Teniendo en cuenta el tipo de profesional sanitario, se ha visto como los logopedas tienen mayores puntuaciones en los ítems “apoyo y protección laboral” y en “la no necesidad de llevarse tareas laborales atrasadas en su tiempo de vacaciones o de fin de semana” en comparación con el resto de los profesionales sanitarios del estudio. Este resultado puede sugerir que los logopedas se sienten arropados en sus centros de trabajo y tienen mejores rutinas o hábitos para usar el tiempo libre como descanso. De manera que logran mantener una organización laboral en su día a día y consiguen alcanzar un equilibrio entre la vida personal y laboral (Ewen et al., 2020; Bruschini et al., 2018). Con estos resultados, se podría considerar que son menores las situaciones generadoras de agotamiento laboral (García-Campayo et al., 2016), si bien se necesita que investigaciones futuras sigan indagando en este aspecto. Por el contrario, los profesionales sanitarios (enfermeros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) de nuestra muestra en comparación a los profesionales logopedas han manifestado elevadas puntuaciones en los ítems “la situación de trabajo con mi equipo me causa estrés”, dato interesante ya que de nuevo se observa cómo son estos trabajadores de la Enfermería o la Medicina los que sienten más estrés laboral (Ademir et al., 2019; Barragán et al., 2015; Bakhamis et al., 2019; García-Campayo et al., 2016; Párraga et al., 2018; Vilà-Falgueras et al., 2014), si bien también se ha visto estrés laboral en fisioterapeutas (González-Sánchez et al., 2017; Pavlakis et al., 2010; Rogan et al., 2019), terapeutas ocupacionales (Edwards & Durette, 2010; Brown & Pshniak, 2018; Poulsen et al., 2012) y psicólogos (Berjot et al., 2017). También, han aparecido entre los profesionales sanitarios (enfermeros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) en comparación con los logopedas altas puntuaciones en algunos elementos asociados a la relación vincular como son: “sentir que la actitud del paciente es la apropiada”, “la importancia de la escucha activa durante las sesiones” y “el vínculo terapéutico es un requisito esencial para cumplir los objetivos de la terapia”. Esta diferencia puede reflejar la tradición de este colectivo en cuanto a la relación terapeuta-paciente, así como la importancia que tiene o ha tenido este asunto en el buen proceso de atención en salud y en las buenas prácticas asociadas a las acciones terapéuticas (Floyd y Dago, 2014). Es interesante esta diferencia entre los profesionales no logopedas y los logopedas, ya que en la función y labor profesional de los logopedas no basta solo con tener conocimientos específicos sobre alteraciones del lenguaje, la comunicación, la voz, el desarrollo de una evaluación e intervención, sino también es necesario poner en práctica un conjunto de habilidades y destrezas que fortalezcan la alianza terapéutica (Fernández-Zuñiga y de León, 2008).

Respecto a la valoración de las características de un centro de servicios, se ha visto que todos los participantes dan una gran trascendencia a la satisfacción de las personas atendidas, la calidad del servicio, la calidad laboral y la eficacia. Se puede observar que estas características están relacionadas, en primer lugar, con la satisfacción y la calidad ofrecida hacia las personas que diagnostican, tratan y previenen dolencias, y, en segundo lugar, con la calidad tanto dentro del centro de trabajo como entre los profesionales que lo componen. Por tanto, de cara al futuro es importante cuidar e implementar en los centros de trabajo estos u otros elementos similares que ahonden en una buena gestión de los centros, con el fin de aumentar la eficacia laboral, personal, emocional y por ende reducir el malestar laboral y el estrés (Durán et al., 2018).

En relación con la presencia del síndrome de burnout, como se ha visto en la introducción son muchos los estudios que ponen de manifiesto la relevancia y presencia de este síndrome en profesionales sanitarios en general. Sin embargo, nuestros resultados muestran que no hay burnout o este es minoritario ya que solo un 15% (9 participantes) lo presenta. Igualmente, hallamos valores bajos en cansancio emocional y en despersonalización y valores altos en realización personal. Por tanto, podemos decir que los profesionales sanitarios de este estudio no reportaron puntuaciones que hicieran suponer el desarrollo de dicho síndrome, con la ausencia de cansancio emocional o agotamiento laboral, cuando el individuo finaliza su jornada laboral; con la ausencia igualmente de despersonalización, lo que significaría que el trabajador no es inmovilizable con los usuarios a los que atiende y llega a prestar atención a su bienestar; y, finalmente, con la presencia de realización personal significando niveles altos de competencia personal. Por tanto, a la luz de estos resultados, podemos decir que nuestro estudio no ha hallado prevalencia de burnout en el personal sanitario estudiado. Este resultado está en consonancia con otros estudios realizados que tampoco encontraron burnout (Berjot et al., 2017; Bruschini et al., 2018; Pavlakis et al., 2010; Serrano et al., 2008). Además, en nuestro estudio no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el síndrome de burnout y las variables de esta investigación. Únicamente, se encontraron diferencias significativas en la subescala cansancio emocional y realización personal para los profesionales que en los últimos años han padecido cambios en el estado del ánimo y en la subescala cansancio emocional en los profesionales que sienten estrés en el trabajo tal y como se ha explicado previamente (Bernaldo y Labrador, 2008; García-Rivera et al., 2014; García-Campayo et al., 2016).

Respecto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, es destacable que el número de la muestra escogida para la investigación y la localización geográfica puede considerarse muy reducida, pudiendo ser poco representativa y generalizable. En esta línea, es cierto que las relaciones significativas pueden verse sesgadas por la asimetría del tamaño muestral en las variables analizadas. Para futuras investigaciones sería importante ampliar el número de participantes para conseguir resultados mucho más representativos. En segundo lugar, es destacable que el diseño del cuestionario ad hoc tiene una gran extensión, pudiendo afectar a los resultados conseguidos. Finalmente, la falta de estudios sobre este campo de conocimiento en la Logopedia puede iniciar nuevos proyectos de investigación en el país para proporcionar

una mayor atención al bienestar laboral y psicosocial del equipo sanitario donde el logopeda sea la población objetivo en programas de tratamiento y prevención del burnout.

Referencias

- Ademir, A., Monteiro S. G., Sandoval, N.S. & Ziebell, M. (2019). Predictor variables for burnout among nursing professionals. *Revista de Psicología*, 37(1), 319-348. Doi: 10.18800/psico.201901.011
- Alba, R. A. (2009). *La incapacidad temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y duración*. Ministerio de Trabajo y Emigración. Universidad Carlos III. Madrid. http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/f4e8cb57-4ff0-4c03-abbf-3003665f18a3/F9_07.pdf?MOD=AJPERES&CVID=
- Bakhamis, L., Paul, D.P., Smith, H., & Coustasse, A. (2019). Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. *The Health Care Manager*, 38(1), 3-10. Doi:10.1097/hcm.0000000000000243
- Barker, L. & Nussbaum, A. (2011). Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1370-1382. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05597.x
- Barragán, A.B., Martos, A., Cardila, F., Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., y Gázquez, J. J. (2015). Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. *European Journal of Health Research*, 1(1), 5-14. <https://doi.org/10.1989/ejhr.v1i1.1>
- Beehr, T. A., Bowling, N. A., & Bennett, M. M. (2010). Occupational stress and failures of social support: When helping hurts. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 45–59. <https://doi.org/10.1037/a0018234>
- Berjot, S., Altintas, E., Grebot, E., & Lesage, F.X. (2017). Burnout risk profiles among French psychologists. *Burnout Research*, 7, 10-20. Doi: 10.1016/j.burn.2017.10.001
- Bernaldo, M., y Labrador, F.J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 53-61.
- Brown, C.A. & Pashniak, L.M. (2018). Psychological health and occupational therapists: Burnout, engagement and works addiction. *IOS Press*, 60, 513-525. Doi: 10.3233/WOR-182759
- Bruschini, M., Carli, A., & Burla, F. (2018). Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. *Work*, 59(1), 121-129. Doi: 10.3233/WOR-172657
- Cabero, J. y Llorente, M. C. (2013), La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC). En Eduweb. *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7(2),11-22.
- Callaghan, C.W. & Coldwell, D. (2014). Job Satisfaction and Job Performance: The Case of Research Productivity. *Journal of Economic*, 5, 97-113. Doi: 10.1080/09765239.2014.11884988
- Chacón, M., y Grau, J.A. (2014). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14(1), 67- 78.

- Corrales-Herrero, H., Martín, A., y Moral, A. (2015). *Un estudio de la duración de las bajas laborales: ¿Se justifica la diferencia entre hombres y mujeres?* XXXII Simposio de Análisis Económico, Granada.
- De Lima, L., Lautert, L. Colomé, C.L., Coelho, S., & Pires, D.E. (2010). Stress and burnout síndrome among workers of the Family Health team. *Acta Paulista Enfermagem*, 23(5), 684-689.
- Durán, S., García, J., Parra, A., García, M., y Hernández-Sánchez, I. (2018). Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cultura, Educación y Sociedad*, 9(1), 27-44. Doi: 10.17981/cultedusoc.9.1.2018.02
- Edwards, H., & Dirette, D. (2010). The Relationship Between Professional Identity and Burnout Among Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(2), 119-129. Doi: 10.3109 / 07380570903329610
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). (2013). *European opinion poll on occupational safety and health*. <https://osha.europa.eu/en/facts-and-figures/european-opinion-polls-safety-and-health-work>
- Ewen, C., Jenkins, H., Jackson, C., Jutley-Neilson, J., & Galvin, J. (2020). Well-being, job satisfaction, stress and burnout in speech-language pathologists: A review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 1-11. Doi: 10.1080/17549507.2020.1758210
- Fernández-Zúñiga, A. y de León, M. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia de lenguaje: Relación terapeuta-paciente. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1), 34-45. Doi: 10.1016/S0214-4603(08)70044-5
- Floyd, M., y Dago, R. (2014). La importancia de una buena comunicación entre el médico y el niño, la familia, y otros profesionales. *Revista Nacional e Internacional de educación Inclusiva*, 7(3), 148-163.
- García, M., Castañeda, R., Herrador, Z., Simón, F., López, P., y Alvarez, E. (2016). *Estudio epidemiológico de las enfermedades profesionales en España de 1990 a 2014*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(5), 400-406. Doi: 10.1016/j.ad.2015.09.016
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S. y Ramírez, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicológica*, 11(1), 65-73
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J.A., Muñoz-Bravo, C., y Fernández-Crehuet, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.09.003
- Ghavidel, F., Fallahu-Khoshknab, M., Molavynejad, S., & Zarea (2019). The role of organizational factors in nurse burnout: Experiences from Iranian nurses working in psychiatric. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(12), 3893-3899. Doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_615_19

- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 237-241.
- Gil-Monte, P.R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.
- Gil-Monte, P.R., Viotti, S., y Converso, D. (2017). Propiedades psicométricas del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo2 (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit*, 23(2), 153-169. Doi:10.24265/liberabit.2017.v23n2.01
- Gil-Monte, P.R., y Peiró, J.M (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 135-149.
- González-Sánchez, B., Gozález López-Arza, M.V., Montanero-Fernández, J., Varela-Donoso, E., Rodríguez-Mansilla, J., y Mingote-Adán, J.C. (2017), Burnout syndrome prevalence in pshysiotherapists. *Revista de la Asociación Médica Brasileira*, 63(4), 361-365. Doi: 10.1590/1806-9282.63.04.361
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-30.
- INE (2018). *Encuesta de Fecundidad 2018*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf
- INE (2018). *Profesionales Sanitarios Colegiados*. Notas de prensa. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/prensa/epsc_2018.pdf
- Kasbi, F., Kaviani, S., Mokhlessin, M., Monshizadeh, L., Noruzi, R., & Sadat, K. (2018) Job Burnout Among Iranian Speech and Language Pathologists. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies* 5(3). Doi:10.5812/mejrh.64374.
- Lastovkova, A., Carder, M., Rasmussen, H.M., Sjoberg, L., De Groene, G.J., Sauni, R., Vevodova, S., Lasfargues, G., Svartengren, M., Varga, M., Colosio, C., & Pelclova, D. (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploraty study. *Industrial Health*, 56, 160-165. doi.org/10.2486/indhealth.2017-0132
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J.L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., y Van-der Hofstadt, C.J. (2015). Habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213-223.doi: 10.4321/S1137-66272015000200005
- Liu, Y., Lu, L., Wang W.X., Liu, S., Chen, H.R., Gao, X., Huang, M.Y., Liu, Y.N., Ren, Y.M., & Wang, C.C. (2020). Job Burnout and Occupational Stressors among Chinese Healthcare Professionals and County-Level Health Alliances. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1848. Doi: 10.3390/ijerph17061848
- Maestre, P., Silva, S., Villa, J., Álvarez, J., y Cordero, M. (2013). Importancia del equipo multidisciplinar en la práctica clínica. *TOG (A Coruña)*, 10(8), 28-31.

- Masiero, M., Cutica, I., Russo, S., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2018). Psycho-cognitive predictors of burnout in healthcare professionals working in emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2691-2698. Doi: 10.1111/jocn.14376
- Maslach, C. & Jackson, S. (1982) Burnout in health professions: a social psychological analysis. En G. Sanders and J. Suls, (Eds). *Social psychology of health and illness. Hillsdale, N.J: Erlbaum.*
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2ª Edición, Psychologists Press, Palo Alto, California
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the Burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Matheson, A., O'Brien, L., & Reid, J. A. (2014). The impact of shiftwork on health: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3309–3320. Doi: 10.1111/jocn.12524
- Oliveira, V. & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência III*, (7), 43-54.
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
- Párraga, I., González, E., Méndez, T., Villarín, A., y León, A.A. (2018). Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(2), 51-60
- Pavlakīs, A., Raftopoulos, V., & Theodorou, M. (2010). Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research*, 10(63). Doi: 10.1186 / 1472-6963-10-63
- Portoghese, I., Galleta, M., Leiter, M.P., Cocco, P., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2017). Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. *Burnout Research*, 7, 36-46. Doi: 10.1016/j.burn.2017.11.003
- Poulsen, A., Khan, A., Meredith, P., Henderson, J., & Catrisos, V. (2012). Work-life factors and cardiovascular disease in paediatric occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 237-243. Doi: doi.org/10.4276%2F030802212X13361458480360
- Regal, M. (2016). Vigilancia de la salud para la detección precoz del síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 48(4), 270–271. Doi: 10.1016/j.aprim.2015.02.015
- Rogan, S., Verhavert, Y., Zinzen, E., Rey, F., Scherer, A., & Luijckx, E. (2019). Risk factor and symptoms of burnout in pshysiotherapists in the canton of Bern. *Archives of Pshysiotherapy*, 9(19), 1-5. Doi: 10.1186/s40945-019-0072-5
- Sagripani, O.G., González, M.J., Messi, I., Romero, J., y Khilie, Y. (2012). El efecto del Burnout en la antigüedad en el puesto de trabajo: análisis mediacional de la ansiedad. ReiDoCrea. *Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 1, 4-11. :

- Schonfeld, I.S., Bianchi, R., & Palazzi, S. (2018). What is the difference between depression and burnout? An ongoing debate. *Rivista di Psichiatria*, 53(4), 218-219. Doi: 10.1708/2954.29699
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario «Burnout» de Maslach: Manual*. TEA
- Serrano M.F., Garcés, E.J., e Hidalgo, M.D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361-368.
- Slocum, C., Stillman, M., Capron, M., Alezander, S., & Hultling, C. (2019). International survey responses from and interdisciplinary cohort of spinal cord injury clinicians assessing professional burnout and meaning in work. *Spinal Cord Series and Cases*, 5, 47-59. Doi: 10.1038/s41394-019-0200-1
- Stimpfel, A. W., Brewer, C. S., & Kovner, C. T. (2015). Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1686–1693. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.011>
- Tosun, N., & Ulusoy, H. (2017). The relationship of organizational commitment, job satisfaction and burnout on physicians and nurses? *Journal of Economics and Management*, 28(2), 90-111. Doi: 10.22367/jem.2017.28.06
- Vilà-Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila-Pernas, F., Creixell-Sureda, J., González-López, M.P., y Davins-Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.01.008
- Voltmer, E. Wingenfeld, K., Spahn, C., Driessen, M., & Schulz, M. (2013). Work-related behaviour and experience patterns of nurses in different professional stages and settings compared to physicians in Germany. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 180-189. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00855.x
- Yslado Méndez, R. M., Norabuena Figueroa, R. P., Loli Poma, T. P., Zarzosa Marquez, E., Padilla Castro, L., Pinto Flores, I., & Rojas Gamboa, A. (2019). Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. *Horizonte Médico*, 19(4), 41-49.

Data de recepción: 11/03/2022

Data de revisión: 20/03/2022

Data de aceptación: 16/05/2022

