

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**



TESIS DE GRADO

**SÍNDROME DE BURNOUT, AISLAMIENTO Y SOLEDAD EN
OPERADORES DE *CALL CENTER* DE LA CIUDAD AUTÓNOMA
DE BUENOS AIRES, EN CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-**

19

Alumna: Agustina Dreos (DNI: 37835876 / Legajo N° 59634)

Tutora: Prof. Dra. Paula Grasso Imig

Sede: Centro

Turno: Mañana

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en
Psicología

Fecha: junio de 2022

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a toda mi familia por apoyarme incondicionalmente a lo largo de toda la carrera, cada uno de ellos siendo parte desde su lugar de mi proceso y progreso tanto personal como profesional. Siempre confiaron en mí, más que nadie hasta cuando quería bajar los brazos y me motivaron a continuar.

Un agradecimiento especial a mi hermana del alma quien me apoyo siempre.

De la misma forma me gustaría agradecer a cada uno de mis compañeros y luego algunos amigos que formó parte de mi paso por la Universidad, cada uno aportando su granito de arena, no solo en lo profesional sino también en lo personal para lograr mi objetivo.

También quiero agradecerles a los profesores que pude conocer a lo largo de la carrera, y que pudieron transmitir todo su conocimiento y experiencia con toda la pasión que requiere, y que fueron tan pacientes en los momentos más críticos de un estudiante. Destacando a mi gran profesora y tutora Paula por su tiempo, paciencia, calidez y motivación. Una de las profesoras que más en mi corazón llevaré, ya que siempre sentí su apoyo y confianza en mí como alumna y futura profesional.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el *burnout* y el aislamiento y la soledad en los empleados que trabajan en *call centers* en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, considerando el contexto de pandemia de COVID-19. Se trata de un estudio correlacional, con un diseño no experimental y transversal, con un enfoque cuantitativo. A partir de un muestro no probabilístico, se constituyó una muestra de 100 trabajadores de *call center*, con una edad promedio de 29,58 años (DT= 5,390 años; Mediana= 28 años; Máx.= 55 años; Mín.= 19 años). Los sujetos respondieron el *Maslach Burnout Inventory* [MBI] (Maslach & Jackson, 1981; adaptación argentina: Neira, 2004) y el Cuestionario de Aislamiento y Soledad [CAS] (Casullo, 1996). Los resultados mostraron la existencia de relaciones significativas entre el aislamiento y la soledad, y las dimensiones del *burnout*, así como relaciones y diferencias significativas entre estos constructos y las variables sociodemográficas.

Palabras clave: aislamiento, soledad, *burnout*, teleoperadores, *call center*.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the relationship between burnout and isolation and loneliness in employees who work in call centers in the Autonomous City of Buenos Aires, considering the context of the COVID-19 pandemic. It is about a correlational study, with a non-experimental and cross-sectional design, with a quantitative approach. From a non-probabilistic sample, it was constituted a sample of 100 call center workers, with an average age of 29,58 years (SD= 5,390 years; Median= 28 years; Max.= 55 years; Min.= 19 years). The subjects answered the Maslach Burnout Inventory [MBI] (Maslach & Jackson, 1981; Argentine adaptation: Neira, 2004) and the Isolation and Loneliness Questionnaire [ILQ] (Casullo, 1996). Results showed the existence of significant relationships between isolation and loneliness, and the burnout dimensions, as well as significant relationships and differences between these constructs and the sociodemographic variables.

Keywords: isolation, loneliness, burnout, telemarketers, call center.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE GENERAL.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. ESTADO DEL ARTE.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. El aislamiento.....	15
2.2. La soledad.....	17
2.3. El <i>burnout</i>	21
2.4. Factores que influyen en el desarrollo de <i>burnout</i>	24
2.5. <i>Burnout</i> en el <i>call center</i>	26
2.6. El trabajo en <i>call center</i>	28
2.7. La pandemia de COVID-19.....	34
3. MÉTODO.....	40
3.1. Objetivo general.....	40
3.2. Objetivos específicos.....	40
3.3. Hipótesis.....	40
3.4. Tipo de estudio.....	40

3.5. Tipo de diseño	41
3.6. Muestra.....	41
3.7. Instrumentos	42
3.6. Procedimiento.....	43
3.7. Justificación	43
4. RESULTADOS.....	45
4.1. Caracterización de la muestra	45
4.2. Caracterización de las variables	50
4.3. Análisis de la normalidad	50
4.4. Análisis de la relación entre variables.....	51
4.5. Análisis de las diferencias de grupo	53
5. DISCUSIÓN	57
6. REFERENCIAS	61
7. ANEXOS	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Género.....	45
Gráfico 2. Estado civil.....	45
Gráfico 3. Zona de residencia.....	46
Gráfico 4. Tiene hijos.....	46
Gráfico 5. Trabaja por turnos.....	47
Gráfico 6. Trabaja horas extra.....	47
Gráfico 7. Interrupción de la actividad laboral.....	48
Gráfico 8. Sueldo es sostén de familia.....	48
Gráfico 9. Nivel educativo.....	49
Gráfico 10. Realiza alguna actividad asociada al bienestar.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de las variables.....	50
Tabla 2. Normalidad de las variables a estudiar.....	50
Tabla 3. Correlación entre la soledad y las dimensiones del burnout.....	51
Tabla 4. Correlación entre el aislamiento y las dimensiones del burnout..	51
Tabla 5. Correlación entre la cantidad de hijos y la Despersonalización..	52
Tabla 6. Correlación entre las horas trabajadas semanalmente y la soledad y el aislamiento.....	52
Tabla 7. Correlación entre los años que trabaja como operador y la Soledad.....	53
Tabla 8. Diferencias de grupo según el estado civil.....	53
Tabla 9. Diferencias de grupo según la zona de residencia.....	54
Tabla 10. Diferencias de grupo según si trabaja por turnos.....	54
Tabla 11. Diferencias de grupo según si trabaja horas extra.....	55
Tabla 12. Diferencias de grupo según si interrumpió la actividad laboral.	55
Tabla 13. Diferencias de grupo según la ubicación del sueldo	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estados sucesivos del burnout.....	23
Figura 2. Modelos teóricos que contribuyen a la explicación del burnout.....	24
Figura 3. Motivos de consulta.....	28
Figura 4. Tipos de call center.....	30

1. INTRODUCCIÓN

Los seres humanos poseen redes de interacción social con distintos niveles de involucramiento, las cuales generan el ambiente ecológico de la identidad humana. Existe un nicho ecológico que promueve la seguridad de la ecología y que aumenta su perspectiva. La soledad se relaciona con la calidad de las relaciones interpersonales. Su significado es vago, cuenta con diversos significados y matices, evocando el placer y el displacer. La soledad forma parte de la condición humana (Seidmann y Muchnik, 2004).

La vida social lleva a que las personas se relacionen en distintos ámbitos, como el familiar, social y laboral, este último se encuentra cargado de obligaciones, responsabilidades y presiones. El ser humano está en busca permanente del progreso y del desarrollo personal. Esto puede traer como consecuencia que muchas personas no puedan concretar estos proyectos, por lo que se pueden sentir desbordados, cansados y agotados física y psicológicamente. Es por esto por lo que aparecen diversas enfermedades.

En lo que refiere a Maslach y Jackson (1981), estos autores definen el *burnout* considerándolo un síndrome tridimensional que engloba al agotamiento emocional, la despersonalización y la poca realización personal. Es una respuesta al estrés laboral crónico que provoca la vivencia de agotamiento emocional, el surgimiento de sentimientos negativos por quienes reciben el servicio brindado y la devaluación del papel profesional.

El *burnout* se origina como la descripción de una problemática generalizada en diversas profesiones, la cual repercutía en la satisfacción laboral, el involucramiento profesional, la eficacia y la calidad en el trabajo (Moreno-Jiménez et al., 2001).

Asimismo, uno de los principales factores que producen estrés en el *call center* es el aumento del volumen de trabajo, como no se puede aumentar el número de personas por falta de espacio en el centro, aparece una sensación de agobio en los trabajadores que cada vez se encuentran más irascibles y cansados. Además, en caso de una incidencia técnica, los clientes se comunican enojados, lo que genera frustración al no ser causante del problema.

A esto se suma la situación de Pandemia por el Coronavirus (COVID-19), la cual conforma una emergencia mundial de salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Para luchar contra ella, los países generaron políticas de salud pública, aunque el confinamiento de la población, el distanciamiento social y las medidas de cuidado personal fueron las más usuales. Se desconoce la duración o la intensidad de las medidas sanitarias que se establecerán en base a la urgencia que la situación amerite. Se indicó que puede ser hasta el 2022 y que el seguimiento podría ser hasta el 2024 por los riesgos de re-contagio (Kissler et al., 2020).

Una de las principales consecuencias psicológicas de la pandemia por COVID-19 es el incremento del aislamiento social y de la soledad (Holmes et al., 2020). Esta última fue asociada a problemas como depresión, ansiedad y quejas somáticas.

Se considera muy importante el conocimiento de lo que ocurre en a las personas que padecen *burnout* y aislamiento y soledad, ya que es motivo de consulta terapéutica en la actualidad. Luego del surgimiento de la pandemia, la cantidad de personas que padecen estos últimos se ha incrementado de manera significativa. La relevancia de este estudio se debe a que es importante conocer y describir la exposición al *burnout* en el ámbito de los *call centers*. Esto llevará a generar planes de acción para disminuir el síndrome de *burnout*, enfocados en las empresas con la ayuda de especialistas.

Dada la importancia de continuar conociendo sobre el *burnout* y su relación con la soledad y el aislamiento, este estudio pretende analizar trabajadores de dicho ámbito para conocer la situación que se encuentran atravesando en la actualidad. Es por todo esto que este estudio pretende responder la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo es la relación entre el síndrome de *burnout* y el aislamiento y la soledad en operadores de *call center* residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

De esta manera, lo mencionado hasta aquí le brindan importancia al objetivo de este estudio, el cual es conocer los niveles de exposición al *burnout* y al aislamiento y a la soledad, en los empleados que trabajan en *call centers* en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La hipótesis plantea que el mayor nivel de *burnout* se acompaña de un nivel mayor de aislamiento y soledad en los operadores de *call center* de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1.1. ESTADO DEL ARTE

En la revisión de la literatura, se encontró una gran cantidad de estudios que analizaron el *burnout* en trabajadores de *call centers*, así como trabajos sobre la soledad y la pandemia de COVID-19. A continuación, se mencionarán algunos de ellos.

Arias Gallegos et al. (2016) analizaron las manifestaciones del *burnout* en 49 empleados de un *call center* en Perú, quienes respondieron el Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados mostraron que los trabajadores contaban con niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y una pobre realización personal. Las dos primeras se relacionaron de forma directa con la edad, la cantidad de hijos y los ingresos mensuales. No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones del *burnout* según el sexo, los ingresos económicos y el estado civil.

Además, Silva Peralta et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo, de tipo transversal, con el objetivo de analizar el *burnout* y el *engagement* en teleoperadores de un *call center* de la ciudad de Mar del Plata. Se administraron el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y el *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) en una muestra de 76 teleoperadores. Los resultados evidenciaron niveles reducidos de *burnout* y *engagement*, hallándose niveles elevados en la dimensión agotamiento emocional en la comparación entre ambos géneros.

Asimismo, Urrea Motta et al. (2021) redactaron un artículo con el objetivo de explicar el *burnout* y sus efectos en operadores de *call center*. Se analizó cada elemento afectado y como se prevenía el *burnout*, así como el surgimiento de estrategias de afrontamiento para manejarlo, haciendo hincapié en el servicio al cliente. Esta constituye uno de los entornos más afectados por este síndrome, pretendiendo la búsqueda de procesos organizacionales que lleven a mejorar la calidad de vida de los trabajadores de *call center*, así como el rendimiento laboral.

Por su parte, Tortora (2016) llevó a cabo una investigación para analizar la relación entre el *burnout* y los factores de riesgo psicosocial que padecían los

operadores de un *call center* uruguayo tercerizado. El diseño fue cuantitativo correlacional, analizando la información de los cuestionarios autoadministrados. La revisión de la literatura evidenció distintos antecedentes internacionales sobre la cuestión, por lo que se esperó que los resultados fuesen significativos en relación a las condiciones de riesgo psicosocial y el *burnout* en estos grupos. En Uruguay, las condiciones laborales en el *call center* se encuentran reguladas por el Decreto 147/012, sin embargo, se carecen de estudios en el ámbito de la Psicología sobre la cuestión.

En su estudio, Marroquín Marroquín y Guerra Miranda (2012) plantearon que el problema de estas empresas era el exceso de labores, lo que hacía que el empleado tuviera una respuesta negativa en su vida, por el agotamiento emocional. El *burnout* es usual en trabajadores que brindan servicio al cliente. Se utilizó una muestra de estudiantes universitarios guatemaltecos, a quienes se les administró el *Maslach Burnout Inventory*. Los resultados mostraron que los trabajadores de *call center* poseía algún nivel de *burnout*. Los factores que lo generaban eran el cansancio, la desmotivación y el desánimo, siendo la motivación económica y la flexibilidad horaria lo que influía positivamente en el trabajo.

A su vez, Baldoce Cerdán (2018) realizó un estudio, de tipo descriptivo, con un diseño no experimental, con el objetivo de evaluar el *burnout* en los teleoperadores de un *call center*. Se administró el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptado al entorno peruano (Llaja et al., 2007). El muestreo fue de tipo censal, tomándose una muestra de 45 trabajadores. Los resultados mostraron que el 4.88% sufría de *burnout*, un 17.07% tenía “tendencia” a padecerlo, el 21.95% estaba en “riesgo”, y un 56.10% no tenía riesgo de padecerlo. Las dimensiones analizadas mostraron un nivel medio.

Igualmente, Mancinelli Torres (2013) llevó a cabo una investigación con el objetivo de describir la existencia de *burnout* en los operadores del sector cobranzas de un *call center*. La muestra fue de 36 operadores de dicho sector con una antigüedad mayor a los dos años. El diseño fue no experimental transaccional. Se administraron el Cuestionario de Burnout de *Maslach* y entrevistas semidirigidas. El análisis de la información se realizó por medio del análisis estadístico del cuestionario y el análisis general y particular de las entrevistas. Los resultados mostraron que el *burnout* afectaba al 63.9% de los

sujetos, mientras que sus dimensiones mostraron niveles mayores.

Por otro lado, Contini et al. (2012) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la prevalencia de la soledad y el aislamiento, y su relación con los déficits en habilidades sociales. Se empleó una muestra de 216 adolescentes de nivel socioeconómico bajo, quienes respondieron a la Bateria de Habilidades Sociales, el Cuestionario de Soledad y Aislamiento y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados mostraron que el 23% de los adolescentes evidenciaba comportamientos de soledad y el 19% aislamiento de las demás personas. Los adolescentes con déficits en autocontrol y liderazgo mostraron más conductas de soledad.

Por otra parte, Andueza López (2019) escribió un artículo en el que describió al aislamiento y la soledad como factores de riesgo psicológico. El ser humano necesita de relaciones sociales positivas para su desarrollo personal. Por distintas razones, cuando la persona vivencia soledad o aislamiento social, su desarrollo psicológico, físico y afectivo se encuentra afectado. A pesar de que la soledad es un estado subjetivo, se origina como resultado de la inestabilidad en las interacciones socio-emocionales, por lo que sus consecuencias suelen ser negativas. Existen distintos factores de riesgo, características y grupos poblacionales que son propensos a la soledad, habiendo varias formas positivas en las que se pueden apoyar.

A su vez, Martínez Benavides (2019) analizó los efectos del aislamiento social y la soledad en la población envejecida y las intervenciones del equipo sanitario. Este grupo poblacional es susceptible de sentirse solo y/o aislado del ambiente, a nivel orgánico y psicológico, sumado a las consecuencias socio-económicas de las personas de su entorno. A su vez, se trataron las actividades que el equipo de enfermería podía realizar para detectar y prevenir sucesos de riesgo. Se debe brindar importancia al empoderamiento del sujeto y al trabajo interdisciplinar, para abordar estas problemáticas de forma eficaz.

Además, Rodríguez Quiroga et al. (2020) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la soledad y los problemas generados por el distanciamiento social y el confinamiento, para entender las consecuencias psicológicas. El estudio siguió un diseño mixto descriptivo-correlacional, transversal. Se tomó una muestra de 653 casos, quienes respondieron la *Perceptions of the Adult US Population regarding the Novel Coronavirus, Three-*

Item Loneliness Scale y el *Adult Self Report*. Los resultados mostraron más soledad y dificultades internalizantes en las personas que convivían con sus padres y en adultos que vivían solos, siendo los grupos de riesgo. Se encontraron relaciones entre la soledad y la ansiedad-depresión y las quejas somáticas. Prevalció la preocupación general, la inquietud y los trastornos del sueño.

Por otro lado, Lacunza et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de analizar los indicadores de aislamiento y soledad en 412 adolescentes escolarizados de las provincias de Tucumán y Santiago del Estero, Argentina. El estudio fue comparativo, transversal con un muestreo accidental. Se administraron el Cuestionario de Aislamiento y Soledad [CAS], la Batería de Socialización [BAS-3] y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados señalaron que el 28% expresaba conductas riesgosas en soledad y el 25% en aislamiento. Un 7% mostró conductas con propensión psicopatológica. El grupo con más riesgo de soledad mostró déficits en habilidades sociales, menos consideración por los demás y liderazgo, y más retraimiento con los pares sin riesgo. El grupo de riesgo en aislamiento evidenció también menos autocontrol. Los datos permitieron encontrar indicadores de vulnerabilidad en adolescentes escolarizados y sirven para diseñar estrategias de intervención y prevención.

A su vez, la Obra Social “La Caixa” (2018) realizó una encuesta telefónica para analizar el estado de las ciudades que formaban parte del programa de atención a los adultos mayores, y disponer de la evidencia empírica para respaldar la acción del programa y concientizar sobre el reto que genera la soledad y el aislamiento social en este grupo. De esta forma, se creó el programa Siempre Acompañados para abordar los hechos de soledad. Se concluyó que existía un elevado riesgo de aislamiento en todas las edades, pero era mayor en la tercera edad, en los hombres y en personas con menor nivel educativo. Las trayectorias son fundamentales para fomentar la red social, debiéndose estar alerta para actuar en la soledad.

Finalmente, Rodríguez López y Castro Clemente (2019) escribieron un artículo en el que analizaron los elementos relacionados con el bienestar de la población mayor, se efectuó un análisis cualitativo, considerando elementos sociológicos, económicos y sociales, y los recursos que poseían. Promover una red de contactos y alianzas es una buena respuesta para enfrentar los desafíos

en las personas mayores. Se concluyó que el aislamiento y la soledad generaba sufrimiento y melancolía. Participar en actividades hacía que se redujera el aislamiento y que se sintieran integrados a la sociedad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El aislamiento

La mayoría de los estudios señalan que tanto la soledad como el aislamiento social no son equivalentes, pero poseen una estrecha relación (Masi et al., 2010). El aislamiento es un conjunto de cuadros, pudiendo ser causado por una unión de enfermedades. En última instancia, generan incapacidad, invalidez y la muerte. El aislamiento es una situación de desvinculación social, propensión a la soledad y retraimiento en las relaciones sociales (Pfeiffer, 2018). El aislamiento y la soledad se asocian, la soledad es la que genera aislamiento o viceversa.

Se deben distinguir las características en relación a la soledad, a encontrarse padeciendo aislamiento, enajenación y soledad, los cuales se emplean indiferenciadamente en la bibliografía para describir la experiencia de soledad, aunque poseen diferentes significados (Ebersole, 2002; Heinrich & Gullone, 2006; Karnick, 2005; Killen, 1998; Lauder et al., 2004; McWhirter, 1990; Nilsson et al., 2006).

Otra definición de aislamiento social, hace referencia a tener mínimos contactos con otros sujetos, aunque sean familiares o amigos (Gené-Badia et al., 2016). El aislamiento social provoca el surgimiento de depresión, aunque este factor no se comporta de manera aislada, debiendo confluír o sumarse varios factores de riesgo simultáneamente, como enfermedades físicas o estrés (Ordóñez et al., 2011).

Cabe destacar la diferenciación que efectúa Killen (1998), quien afirma que en el aislamiento social es propia la elección de encontrarse solo, mientras que el aislamiento social no escogido es la soledad. Es el estado en el que la persona vivencia una necesidad o desea contactarse con los demás, aunque no puede llevar a cabo ese contacto. Existen sentimientos de soledad y deseo de contacto con los demás. En el aislamiento social existen expresiones

de inseguridad en circunstancias sociales. Es la causa que contribuye a la soledad, habiendo sentimientos de inutilidad, rechazo, falta de ánimo, poco contacto ocular, poca actividad y fracaso en la interacción social (Carpenito, 2003). Por su parte, Weiss (1987) define el aislamiento social como el “hacer la de uno, sin aliados, en un mundo peligroso” (p. 13). Según Baumeister y Leary (1995), el sentimiento de pertenencia es la dimensión emocional de la integración social.

A su vez, Hagerty y Williams (1999) afirman que el sentimiento de pertenencia predice la soledad. Lo contrario al sentido de pertenencia es el de la exclusión intencional. Weiss (1982) plantea que es un componente del aislamiento social. Una manera de revertir esto y promover la integración social es el ponerse como objetivo efectuar una actividad. Para que sea exitosa, se debe ser sensible a la información proveniente de la sociedad. Gardner et al. (2000) hallaron en una experiencia de exclusión social, que los sujetos atendían a la solicitud explícita de información social. Esta clase de respuestas implicaría la existencia de capacidad cognitiva para obtener información para la integración social.

En el caso de los adultos mayores, la soledad y el aislamiento social constituyen una parte de las vivencias más reconocidas (Courtin & Knapp, 2017). No son sinónimos, pero están asociados, ambas circunstancias son distintas. No se puede sentirse solo sin estar aislado, pero se puede experimentar soledad y aislamiento social o encontrarse aislado socialmente pero no sentirse solo (Valtorta & Hanratty, 2012).

El aislamiento social es la carencia de relaciones y la soledad se refiere a los sentimientos subjetivos. Esta última también es un sentimiento negativo relacionado con la ausencia de apoyo social o del deseo de compañía (Tunstall & Oldand, 1966; Valtorta & Hanratty, 2012).

Se ha relacionado el estar sólo con un sentido objetivo y el sentirse sólo a un sentimiento subjetivo, aunque puede haber varias situaciones simultáneas de estar sólo, aislado, apartado y no haber soledad, y viceversa. Las discrepancias entre soledad y aislamiento social fueron descritas en la bibliografía (Puig Llobet et al., 2009).

La soledad es una vivencia subjetiva generada al no encontrarse satisfecho o cuando las relaciones no son suficientes. Se puede distinguir entre

la soledad objetiva, la cual es la falta de apoyo y compañía, y la soledad subjetiva, que es la percepción de sentirse solo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2000). El aislamiento es la objetividad y la falta de relaciones, mientras que la soledad involucra las experiencias o percepciones (Tunstall, 1966).

Para tener en cuenta el significado del aislamiento hay que considerar las definiciones del espacio social, los modelos de sociabilidad que rigen la interacción humana, y consideran la calidad de las relaciones interpersonales que se generan, las condiciones en que se organizan y reproducen en distintos momentos históricos (Seidmann y Muchnik, 2004).

2.2. La soledad

La vida humana tiene lugar por las relaciones interpersonales. La conducta está configurada por la vida con los demás, las creencias, predilecciones, emociones y quien se cree ser. La pareja y la relación materno-filial promueve expectativas, lazos y relaciones que consolidan certezas y permiten elaborar un sentimiento de constancia, protección y seguridad. La respuesta afectiva se debe a una necesidad básica universal, por lo que su fracaso repercutirá en la naturaleza y el significado de los vínculos interpersonales (Linton, 1961).

La soledad fue considerada como un estado subjetivo que disiente con el aislamiento físico (Larson et al., 1982). Se origina como una respuesta frente a la ausencia de una relación particular (Weiss, 1973), donde existe un desequilibrio en el nivel esperado de interacción socioafectiva (Peplau & Perlman, 1982; Sermat, 1978). Sus consecuencias pueden enfrentarse de forma saludable según el nivel control que el sujeto ejerce en el déficit relacional (Jong-Gierveld, 1978).

El vocablo soledad procede del latín *solitas*, este hace alusión a la falta de compañía, la cual puede ser deliberada o natural. La soledad es la falta de contacto con otros sujetos, es un sentimiento o estado subjetivo originado por distintos matices, percibidos según el sujeto (Torres Fermán et al., 2012).

Según el Diccionario de la Lengua Española y el Diccionario de Sinónimos y Antónimos de la Universidad de Oviedo (2006), la palabra soledad cuenta con tres significados: falta de compañía, lugar deshabitado y melancolía por la

muerte o por perder a alguien o algo. A su vez, hay seis sinónimos de la palabra soledad: abandono, aislamiento, separación de una población o un objeto, dejándolo incomunicado, desamparo; alejamiento de un sitio; melancolía, pena y pesar.

En primer lugar, existen estudios con una visión cognitiva social que pretenden explicar cómo percibe la sociedad a quienes se sienten solos y sus características. Se pretende mejorar el funcionamiento en sociedad, debido a que permite conocer y comprender la estructura de la percepción, los valores y las costumbres. Desde la visión de la Psicología Social se analizaron los elementos que intervienen en la generación de vínculos sociales, pero no se investigaron las consecuencias de romper los lazos sociales íntimos o el no poder generar dichos vínculos. La bibliografía sobre la soledad plantea que, en el ámbito de las relaciones sociales, se evalúa de manera negativa a los individuos solitarios, generalizándose esas apreciaciones a otros entornos por fuera de lo relacional (Torres Fermán et al., 2012).

Varias investigaciones indicaron que la rotulación de alguien que se encuentra solo no es suficiente no explica la conducta de quienes lo rodean, siendo un proceso más complejo que difiere según las explicaciones de la soledad. Algunos autores emplean el término para hablar de la experiencia subjetiva originada en la manera en que la persona percibe la calidad de sus relaciones. Puede haber una “soledad emocional”, la cual tiene lugar cuando el individuo no logró las relaciones interpersonales que esperaba (Expósito y Moya, 2000).

De esta manera, se descubrieron dos dimensiones que representaban a esta clase de personas: una *caracterológica*, relacionada con la relevancia de las experiencias, actitudes y características personales en cuanto al surgimiento de la soledad. La otra es la *relacional* o *histórica*, la cual considera contactos íntimos vanos, la separación y la marginalidad social. Otro elemento del estudio señala que según como sea percibida la soledad, se diferencian los efectos positivos o negativos: hay individuos que creen que la soledad es positiva, si se la percibe como un momento de inspiración. Si es impuesta y no satisfactoria, no pudiendo escapar, la soledad es considerada un conflicto (Torres Fermán et al., 2012).

En cuanto a la imagen negativa de quienes que se sienten solos, se debe

señalar la presencia de estereotipos culturales que consideran como perdedores sociales a los sujetos solitarios. Cuando se percibe a los demás, se utilizan categorías relacionadas con el atractivo físico y el nivel socioeconómico. Quienes son atractivos físicamente poseen además otras cualidades positivas (Moya, 1994). No obstante, estas personas también pueden vivenciar la soledad o sentirse solas.

Aunque la soledad fue considerada como la falta de compañía, algunos autores se refirieron a una vivencia subjetiva más compleja que se origina en la forma en que la persona percibe sus relaciones (Russell, 1982; Weiss, 1973). La soledad es un rasgo o un estado pasajero dependiendo del autor (Gerson & Perlman, 1979; Shaver & Buhrmester, 1985). A la ausencia de consenso existe un estigma social alrededor de la soledad: las personas solitarias son valoradas de forma negativa en el entorno social, mientras que esas evaluaciones se generalizan a otros ámbitos de la vida que no se asocian a lo relacional. Por ende, los sujetos que se sienten solos pretenden ocultar sus sentimientos para prevenir el rechazo social, entorpeciendo el análisis de este fenómeno.

El estudio de la soledad posee una gran importancia psicosocial. No es una característica individual, sino que es un proceso dinámico que sobrepasa lo privado, transformándose en un problema social. Esto hace que sea fundamental analizar como la sociedad percibe a quienes se sienten solos y sus características. Describir a alguien que emplee una etiqueta lleva a procesos más complejos que la sola clasificación: alguien que cree que la soledad es generada por causas internas, se comportará distinto de quien le brinde una causa situacional.

Por otro lado, Karnick (2005) señala que la soledad es un problema que fue negado como un trastorno, quizás debido a que quienes lo padecen no siempre reconocen que puede tener lugar a raíz de otras cuestiones, o debido a que no se lo considera como una entidad separada. Quienes padecen la soledad no pretenden reconocerse como personas que están “solas”, ya que vivencian sentimientos de vergüenza o problemas para sobreponerse al aislamiento. A su vez, las personas reconocen sus sentimientos de soledad cuando pueden percibir los sentimientos de soledad en los demás. Otros hallazgos señalan que esta cuestión no se relaciona con la búsqueda de ayuda ya que no se lo percibe como algo patológico, sino como algo usual de la vida (Lauder et al., 2004).

Hoy en día, el incremento en las tasas de soledad puede deberse a la consecuencia en los cambios de la edad de la población, en la estructura de las relaciones, el incremento de las familias monoparentales, de la cantidad de individuos que viven solos, las demandas sociales debido al aislamiento, y la reducción de poder satisfacer las necesidades afectivas y sociales (De Jong-Gierveld, 1987).

La soledad es un factor de riesgo relacionado a la morbimortalidad (Cacioppo et al., 2006; Lauder et al., 2004). En relación a las consecuencias, se pueden mencionar problemas en la salud física, como las enfermedades cardiovasculares, los trastornos de la alimentación, problemas para dormir, y problemáticas en la salud mental, como la depresión, el suicidio y el consumo de alcohol y drogas (Heinrich & Gullone, 2006). Por su parte, Holmen et al. (1992) indican que existe un incremento en la mortalidad relacionada al aislamiento social que tiene lugar junto con la soledad.

Diversos estudios (Bishop & Martin, 2007; Theeke, 2009) revelaron que las variables sociodemográficas edad, estado civil, nivel socioeconómico y nivel educacional se relacionaban con el surgimiento de sentimientos de soledad, la calidad de las relaciones sociales, la depresión y la ausencia de afiliación religiosa. A mayor edad, existe un mayor sentimiento de soledad. En su estudio, Graneheim y Lundman (2010) encontraron que los individuos de entre 85 y 103 años se sentían solos por la muerte de la pareja, familiares y amigos.

En cuanto al género, diversos estudios (Cardona Jiménez et al., 2015; Theeke, 2009) encontraron que las mujeres evidenciaron mayor sentimiento de soledad, ya que les brindan más importancia a las pérdidas del ciclo vital, se encuentran expuestas a la viudez y al abandono de los hijos. En cuanto al nivel socioeconómico, es un factor asociado por la disminución de ingresos económicos y la ausencia de una pensión en la vejez, lo que hace peligrar el bienestar social. Un mayor nivel socioeconómico produce una mejora de la red social (Cardona Jiménez et al., 2015). En relación al nivel educativo (Bishop & Martin, 2007), su aumento es un factor protector frente al surgimiento de la soledad. En su estudio, Rubio y Aleixandre (1999) hallaron que el 25% de quienes autopercebían soledad contaban con un nivel educativo medio o superior.

Al respecto, la teoría cognitiva plantea que la valoración subjetiva del

entorno interpersonal es multideterminada, debiendo identificarse los elementos que predicen la intensidad y la frecuencia en la que se vivencia la soledad. La idea principal es que la soledad es generada por dos clases de déficits, uno en la red de apoyo social y la ausencia de una figura de apego. Estas clases de soledad son generadas por interrupciones en el sistema de apego (Paloutzian & Janigian, 1989).

En cuanto a la naturaleza del déficit relacional, la clasificación de Weiss (1973) es la más utilizada. La soledad es el aislamiento emocional frente a la falta de un apego emocional próximo, se puede resolver con el surgimiento de otro apego emocional o la reintegración del apego perdido. La soledad es el aislamiento social relacionado a la ausencia de una red social, pudiendo remediarse accediendo a dicha red. Aunque existe apoyo a esta clasificación (Russell et al., 1978, 1980, 1984), los datos empíricos no son concluyentes para sostener la autonomía de estas dimensiones.

2.3. El *burnout*

El término *burnout* proviene del inglés y se traduce como "estar quemado". En los años 70, el psiquiatra Herbert Freudenberger lo caracterizó como una patología psiquiátrica que padecían ciertos profesionales que trabajaban en alguna institución y con personas (Feresín y Aguilar, 2009).

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach empleó el término *burnout* para describir la pérdida de responsabilidad profesional y el desinterés por los compañeros de trabajo, haciendo referencia a las respuestas emocionales que repercutían a los profesionales asistenciales. Quienes lo padecían sufrían una sobrecarga emocional, definiéndolo como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, el cual puede tener lugar entre personas cuyo trabajo involucra atención o asistencia a personas (Feresín y Aguilar, 2009).

La noción de *burnout* es novedosa en el sentido que era el resultado de una exploración de laboratorio y de la constatación de una problemática real vivenciada en diversos núcleos de la profesión. Por ende, tuvo una acogida mayor en el mundo profesional comparados con los programas de investigación universitarios. La cuestión del *burnout* resaltaba una cuestión problemática

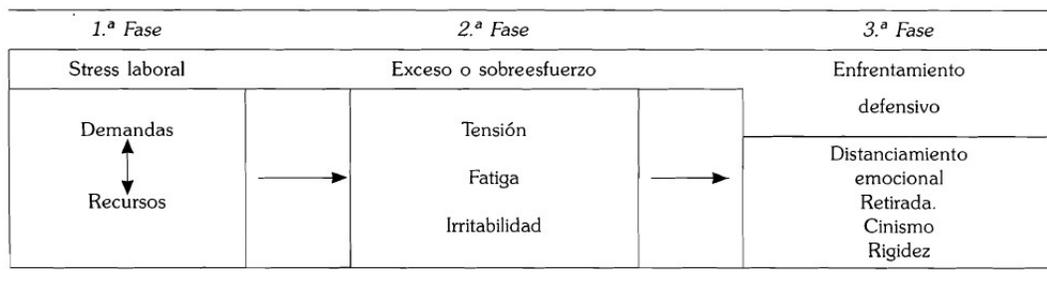
experimentada por los profesionales. No era una cuestión intelectual, sino algo sentido por estos.

No obstante, las diversas referencias no resolvieron la ambigüedad entre un síntoma de *burnout* y una consecuencia de este. En el fondo se encuentra el problema de la definición del *burnout* y de cómo se origina (Schaufeli y Buunk, 1996).

Según Edelwich y Brodsky (1980), el surgimiento del *burnout* posee cuatro etapas: el entusiasmo por el nuevo puesto laboral y las elevadas expectativas; el estancamiento por el incumplimiento de las perspectivas; la frustración; y la apatía resultante de la carencia de recursos personales para afrontar la frustración. Esta involucra sentimientos de distanciamiento y la no involucración laboral, la evitación y la inhibición de la tarea profesional.

Cherniss (1982) plantea que el *burnout* tiene lugar en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto que vivencia estrés y el trabajo estresante, en el que el prevalece la pérdida de compromiso. Existen varias fases: de estrés, en la que hay un desequilibrio entre las exigencias laborales y los recursos subjetivos para enfrentar estos sucesos. Luego viene la fase de agotamiento, la cual se genera junto a la respuesta emocional por el desequilibrio. El empleado mostrará preocupación, rigidez, ansiedad, cansancio y agotamiento. Por último, la fase de afrontamiento genera cambios en la conducta y en la actitud, brindando un trato distante y frío a los clientes.

Figura 1
Estados sucesivos del burnout



Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) afirman que no existe una teoría única para explicar el desgaste profesional, estas teorías pretenden explicar los factores que contribuyen al surgimiento de este síndrome. Los estudios

realizados se enfocaron en algunas variables para observar su contribución al surgimiento del *burnout*.

Figura 2

Modelos teóricos que contribuyen a la explicación del burnout

Teorías	Ideas que mantienen
Teoría ecológica	La interrelación entre los distintos ambientes en los que participa el sujeto directa o indirectamente, puede hacer que se produzcan “desajustes ecológicos”, esto es, cuando las distintas normas y exigencias entran en conflicto.
Teoría Cognitiva	No es tanto la situación, como la percepción de la misma por el sujeto. El que resulte estresante depende de sus esquemas mentales.
Teoría Social y de las Organizaciones	Son las variables del contexto laboral las que van a determinar la experiencias negativas del sujeto.

Por su parte, el modelo de Farber (1991) plantea seis etapas:

1. Entusiasmo y consagración.
2. Ira y frustración por los estresores laborales.
3. El esfuerzo, los resultados y las recompensas no se correlacionan.
4. Se deja el compromiso con el trabajo.
5. Se incrementa la vulnerabilidad y surgen síntomas físicos, cognitivos y afectivos.
6. Agotamiento y abandono.

Por su parte, el Modelo Procesual de Leiter se basa en el modelo secuencial (Leiter & Maslach, 1988), el cual plantea que el surgimiento del *burnout* tiene lugar junto a un proceso generado por un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos con los que cuenta el trabajador. Esto provoca cansancio emocional, lo que lleva a la despersonalización como estrategia de afrontamiento. El proceso finaliza con la escasa realización

personal por la ineficacia al afrontar los estresores laborales, las estrategias de afrontamiento no concuerdan con el compromiso requerido.

2.4. Factores que influyen en el desarrollo de *burnout*

Según Castro (2005), los diferentes autores trataron de identificar y describir los potenciadores laborales más importantes, organizándolos en categorías teóricas para un análisis sistemático de la cuestión. Se identificaron los factores estresantes en categorías:

1. Factores asociados al puesto y las condiciones laborales.
2. Puesto en la organización.
3. Desarrollo de la carrera.
4. Estructura y clima organizacional.
5. Fuentes que se encuentran por fuera de las organizaciones.
6. Características personales.

Otros autores plantearon elementos como el entorno físico, los estresores de rol, la estructura organizacional, los atributos del puesto, las relaciones interpersonales, el desarrollo laboral y el conflicto trabajo-familia. En esta variedad de clasificaciones, concurren categorías y la intencionalidad de conformar un fenómeno multideterminado como el síndrome de *burnout*. Los elementos potenciadores del síndrome son los siguientes:

- La edad parece no repercutir directamente, aunque existen períodos de vulnerabilidad en el desarrollo personal. Por otro lado, el *burnout* es más usual en la mujer, asociándose con la doble carga laboral, por el trabajo y la familia, y la relación afectiva en ambos ámbitos.
- El horario laboral, el trabajo por turnos y el nocturno fomenta el síndrome, por las modificaciones de los ritmos cardiacos, del ciclo de sueño-vigilia, la temperatura corporal y la excreción de adrenalina. Los más negativos son los cambios de turno breves y constantes hacia la noche.
- La seguridad y la estabilidad en el puesto repercute en una gran cantidad de sujetos, sobre todo en los grupos de riesgo de desempleo.
- La antigüedad profesional, ya que se encontró una relación positiva con el síndrome en los dos primeros años de carrera y en quienes poseen más de 10 años de experiencia, siendo los momentos en los que se genera un mayor nivel de relación con el *burnout*. Sin embargo, se encontró una relación inversa, ya

que las personas con más *burnout* abandonan su profesión. Los profesionales con más años serían los que presentan menos nivel del síndrome.

- El progreso, los cambios imprevistos y no esperados son fuente de *burnout* y de tensión. Un cambio estresante depende de su dimensión, del momento en que aparece y de la incongruencia en cuanto a las expectativas personales.

- La incorporación de nuevas tecnologías producen transformaciones en los puestos de trabajo, generando modificaciones en los sistemas laborales, en la supervisión y las estructuras organizacionales (Peiró, 1990). Esto genera nuevos elementos estresantes en el trabajo mientras que hacen desaparecer otros. Las demandas generadas por las nuevas tecnologías provocan escenarios con diversos estresores: la capacitación, el miedo a la desvinculación, el aumento de control del desempeño, los elementos asociados a la seguridad, la menor interacción psicosocial, el aislamiento en el puesto laboral y las modificaciones de roles en la organización:

- La estructura y el clima organizacional: al ser más centralizada la toma de decisiones, haya más niveles jerárquicos, más requerimientos para formalizar las operaciones y los procedimientos, por lo que habrá más posibilidad de que aparezca el *burnout*.

- Oportunidad para el control, lo que puede generar equilibrio psicológico o *burnout*, es el nivel en que un ámbito laboral hace que el trabajador controle las actividades y los eventos.

- Retroalimentación en la tarea sobre las conductas y sus resultados: es un elemento apreciado en el ámbito laboral. Es el nivel en que las actividades requeridas brindan al sujeto información precisa sobre la eficacia en su desempeño. Los trabajadores con trabajos así poseen mayores índices de satisfacción y de motivación, y menos agotamiento emocional comparados con quienes ocupan puestos donde es escasa o inexistente.

- Las relaciones interpersonales, las cuales son consideradas de manera positiva. La afiliación es uno de los motivadores principales de un individuo. Los entornos de trabajo que fomentan el contacto son más beneficiosos que los que lo evitan o lo dificultan. El relacionarse con los demás en el trabajo es un elemento que se asocia con la satisfacción (Gardell, 1971). Sin embargo, a veces se convierten en los potenciadores más significativos, principalmente si se basan en la desconfianza y la poca cooperación, lo que provoca niveles de tensión entre

los trabajadores.

- Además, el salario es un elemento que repercute en el desarrollo de *burnout* en los trabajadores.

- La dirección empresarial puede ocasionar *burnout* con fines de lucro, por la eficacia y la productividad, disminuyendo el personal y haciendo que recaiga sobre pocos trabajadores el peso del trabajo grupal para disminuir los costos y lograr el beneficio en una economía de costos. Esto perjudica a las personas por poner en peligro su integridad al limitar sus descansos, su capacitación, el ocio, la atención a la familia, y los contactos con demás profesionales donde aparecen las ideas y los resultados.

2.5. *Burnout* en el *call center*

Algunos estudios indicaron que el *burnout* afecta de forma negativa en el desempeño de los *call centers*, siendo los elementos más comunes el agotamiento emocional y la despersonalización (Dellagi & Bouslama, 2014). Además, se encontró una relación positiva entre el estrés y el rendimiento de los *call centers*, el optimismo disminuye la percepción de estrés y aumenta la capacidad de desempeño. En su investigación, Tuten y Neidermeyer (2004) analizaron 122 *call centers*, encontrándose relaciones significativas entre el estrés, el rendimiento, la satisfacción, la rotación y los conflictos laborales, por lo que el pesimismo se asociaba a la percepción de elevados niveles de estrés y los conflictos laborales.

Otra investigación evidenció que el desgaste emocional y la despersonalización de los *call centers* fue moderado, mientras que la realización personal era pobre y las mujeres contaban con más molestias físicas que los hombres (Erol et al., 2014).

A su vez, Wegge et al. (2006) encontraron que la identificación de rol de los *call centers* se asociaba de forma inversa con el agotamiento emocional, la despersonalización y el *burnout*. Asimismo, los trabajadores más motivados efectuaban trabajos tipo *outbound*, recibiendo más horas de entrenamiento y contratos de tiempo completo. Así la motivación fue un predictor significativo de la rotación en los *call centers*.

De esta forma, se originó el concepto de Síndrome de *Call Center*, desarrollado por la observación de los signos clínicos y comportamientos

sintomáticos hallados en los jóvenes operadores de *call center*. Cólica (2009) fue quien renombró el síndrome de *burnout* en los *Call center* como el “Síndrome del *Call Center*”. Este se diferencia del *burnout* clásico, ya que comienza más velozmente en el trabajador y provoca consecuencias neuroendocrinas en dos años. “El perfil de las personas más vulnerables tiene características positivas, que suelen ser un caldo de cultivo apropiado para el desarrollo estos síndromes, al ser, entusiastas, idealistas, con gran nivel de implicación y responsabilidad personal del trabajo” (pp. 49-50).

Figura 3

Motivos de consulta

Desgaste emocional tipo 1 y 2 basado en la sintomatología descrita por Maslach para la fase 1 y 2 del Síndrome de Burnout.

Desgaste emocional TIPO 1:

•CAMBIOS EN LOS SENTIMIENTOS Cambios de humor

- Irritabilidad
- Ansiedad
- Angustia
- Crisis de llanto
- Sensación de agotamiento-cansancio en desproporción al trabajo realizado.
- Rechazo al lugar de trabajo.

•CAMBIOS EN LOS PENSAMIENTOS Olvidos frecuentes

- Incapacidad para concentrarse
- Ideas de abandonar el trabajo
- Pensamientos negativos y recurrentes (No puedo más...no doy más...)
- Pérdida de credibilidad en promesas de ascensos y premios

•CAMBIOS EN LOS COMPORTAMIENTOS

- Ausentismo o llegadas tardes
- Resistencia para ir a trabajar
- Pérdida de creatividad para resolver problemas
- Incremento en el uso de drogas, tabaco o alcohol
- Aumento de conflictos personales
- Toma de riesgos innecesarios

Desgaste emocional TIPO 2:

- Impotencia
- Indefensión
- Desesperanza
- Postergación de los momentos de encuentro sociales

Entre las técnicas para prevenir el *burnout*, Tonon (2008) menciona el apoyo social laboral, siendo “la asistencia disponible a las personas y los grupos dentro de sus comunidades y que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar

capacidades de afrontar problemas como elemento amortiguador de sucesos vitales negativos” (p. 46).

De la misma forma, Bosqued (2009) plantea que esta estrategia hace hincapié en que el apoyo social ayuda a disminuir los factores del ambiente que generan *burnout*, reduciendo las consecuencias del síndrome e incrementando las estrategias para afrontarlas. Un buen clima laboral que promueva la buena relación entre compañeros de trabajo más allá de su jerarquía debe tener en cuenta:

- Roles diferenciados.
- Establecimiento de comunicación eficaz.
- Liderazgo, retroalimentación y apoyo emocional.
- Desnaturalizar la idea de la empresa toxica.

Por otro lado, Cólica (2009) plantea que la psicoeducación es una manera de hacer que la persona comprenda más sobre el *burnout*:

- Los síntomas se repiten sistemáticamente en otros individuos.
- Supone un riesgo para su salud pensar que se es el único con *burnout*.
- Es serio el síndrome cuando repercute en la capacidad cognoscitiva.

Es recomendable buscar recursos sociales, reestablecer relaciones familiares y sociales para sentirse querido. En relación al nivel organizacional, Bosqued (2009) plantea políticas para cuidar al trabajador, con grupos de apoyo en la empresa, redefinir los roles y que los trabajadores cuenten con lugares de recreación.

2.6. El trabajo en *call center*

Según Del Bono y Bulloni (2008), “los call centers son el soporte desarrollado por las empresas para satisfacer determinados aspectos de la relación con sus clientes en forma no presencial” (p. 3). Son gestionados por la empresa que brinda atención a sus clientes o por empresas tercerizadas.

Alonso (2010) considera que:

un call center es un lugar donde se atiende a los clientes de otra organización a través de llamadas telefónicas, estas pueden ser entrantes o salientes, con la ayuda de

tecnología tal como computadoras y sistemas de distribución automática de llamadas. (p. 20)

Por su parte, Hualde (2014) clasifica los *call center* en:

Figura 4

Tipos de call center

Según el mercado (Holman, Batt y Holtgrewe, 2007)	Según el mercado (Holman, Batt y Holtgrewe, 2007)	Según el mercado (Holman, Batt y Holtgrewe, 2007)	
Por el tipo de organización (Taylor y Bain 2005)	Taylorizados	Servicios profesionales	Mixtos: taylorizados y atención al cliente
Por el tipo de contrato	In house	Externalizados	
Por el tipo de llamadas	Call center inbound	Call center outbound	Mixtos

El telemarketing es una de las áreas con más rotación laboral. Según el informe de la Asociación de *Contact Center* Española [ACE] (2015), al año, un 52,4% del personal de un *call center* deja su puesto laboral. El personal posee una alta cualificación, siendo universitarios que ven como pasajero este trabajo hasta que hallan un empleo asociado a sus estudios. La mayoría de las personas que trabajan allí son estudiantes universitarios, ya que el horario medio tiempo les permite seguir con sus carreras. El 70% de los empleados posee entre 18 y 24 años. Para más del 50% constituyen sus primeras experiencias laborales, psicológicamente esta marca la vida de los individuos. Sin embargo, el contexto actual desmotiva y deprecia a los individuos en sus capacidades e inteligencia.

Según Benavente de las Pozas (2016), en el 2008 este sector empleó a un 70% de los jóvenes de entre 18 y 24 años, creando diez mil nuevos puestos laborales. En el mundo, seis millones de personas trabajan en atención al cliente, mientras que en 2012 eran veinte millones. Esto se debe a que el estrés y la presión hacen que las empresas del sector tengan dificultades para encontrar

personal. Los *call center* cuentan con un problema importante: el estrés de quienes trabajan allí. El 30% de los trabajadores padece estrés crónico. Los riesgos son los siguientes:

- *Riesgos ergonómicos*: la mala postura, el mal diseño del puesto, los movimientos repetitivos, las instalaciones deficientes.

- *Riesgos psicosociales*: el *mobbing* llevado a cabo por superiores o compañeros, el *burnout*, el acoso sexual y el estrés laboral.

- *Riesgos físicos*: poca iluminación, mucho tiempo sin pausas frente a los monitores de PC. Ruido constante por las comunicaciones telefónicas. Las enfermedades más usuales son:

- *Elevados niveles de estrés*: problemas cardiológicos, bajada del sistema inmunológico, colesterolemia, depresión, ataques de pánico y fobias sociales. Se requiere de tratamiento farmacológico.

- *Mucha exigencia en la utilización de la voz, el oído y la vista*: nódulos en las cuerdas vocales, pólipos, miopías, reducción auditiva. Esto genera rotación y ausentismo. Según el Ministerio de Trabajo, un 52,4% de la desvinculación se debe a la decisión del trabajador, quienes no desean volver.

Sin embargo, no todos los *call center* son productores de explotación electrónica (Holman, 2003). Hay buenas prácticas y no tan buenas. Existen características intrínsecas del trabajo relacionadas al rol del teleoperador que son difíciles de modificar: habrá siempre atención repetida de las llamadas telefónicas. No obstante, distintos elementos se puedan reajustar para volverlos menos agotadores. Una intervención organizacional que podría mejorar el impacto del diseño de trabajo empobrecido de los teleoperadores es la del trabajo en equipo.

En su estudio, Cólica (2009) encontró cambios históricos en el estrés laboral, estos deben ser tenidos en cuenta para analizar la forma que toma en los trabajadores de *call center*, debido a que en estas empresas existen características particulares para denominarlo como un síndrome específico, el de estar quemado.

Según Cólica (2009), las vías de conexión intra cerebrales vivencian una hiper estimulación, provocando un impacto neuropsicológico que afecta el sistema inmunológico. El 70% presentó gastritis, incluso con reflujo gastroesofágico, síndrome del trapecio, dolores de cabeza, cansancio y

debilidad, alteraciones del sueño y de los ritmos circadianos, entre otras. Además, se encontró un aumento o cambios en la secreción de la hormona de cortisol, problemas tiroideos e insulinoresistencia. Más de la mitad tuvo un deterioro cognitivo en la focalización de la atención, la concentración y la memoria, debido a la neurotoxicidad de las hormonas y sustancias químicas generadas por el estrés prolongado. A su vez, padecieron fobias y ataques de pánico.

Según Micheli Thirión (2007), un *call center* es un centro de generación de telemensajes, pudiendo observarse su estructura en las dimensiones sociotécnicas: proceso, organización y coordinación. Lo fundamental es la telenegociación entre el usuario y el teleoperador, el cual puede ser iniciada por algunos de los dos. Esta telenegociación puede constituir algo rutinario o tener la complejidad de la atención a un cliente que necesita asistencia técnica o que va a realizar una queja. Los de mayor complejidad lo constituyen los *call centers* públicos de atención ciudadana.

La organización laboral se basa en la idea de “campana”: ésta considera al producto con el trabajo, habiendo un conocimiento específico que determinará la negociación. La forma más sencilla es la venta directa o las cobranzas, a través de las “llamadas en frío”, sin embargo, constituyen los mayores retos para obtener resultados: la irrupción del teleoperador en el ámbito privado del usuario es lo más criticado del telemercadeo. El proceso y la organización laboral generan condiciones laborales y formas de coordinación específicas. La producción en serie lleva a que el objetivo de la gerencia sea la rutinización para así obtener cantidad y calidad. Esta taylorización puede verse afectada por la clase de campana, aunque la telenegociación y sus necesidades se vuelven menos susceptibles a la rutinización. Los *call centers* se vuelven *contact centers*, en los que los procesos laborales se basan en sistemas de conocimiento y en la negociación personalizada (Bagnaro, 2000).

La cantidad de trabajo es un elemento crítico en las definiciones técnicas por la presencia de “horas pico” y la variación del tráfico telefónico. La administración laboral lleva a la generación de técnicas predictivas más precisas para determinar las necesidades de cargas laboral, aunque es difícil prevenir la escasez de teleoperadores. Ello genera la multifuncionalidad, siendo equivalente a la producción flexible y en serie. La medición de la eficacia del proceso y la

organización laboral es una relación entre el porcentaje de llamadas y el tiempo de espera del usuario para ser atendido. Un estándar internacional es el responder el 80% de las llamadas y 20 segundos de espera. El salario y las llamadas constituyen el 45 % del costo de un *call center* (Waite, 2003 como se citó en Micheli Thirión, 2007).

Desde su origen a fines de los años sesenta, las innovaciones en las tecnologías de comunicación e información y la digitalización generaron la apertura hacia los *call centers* globalizados para la operación de empresas, de producción material y de servicios. Los *call centers* comenzaron a aparecer como nuevas funciones de las empresas encargadas de las ventas telefónicas o para atender a sus clientes. Luego se comenzó a brindar este servicio como *outsourcing* por empresas dedicadas solo a generar las prácticas del *call center*, siendo las propulsoras de la internacionalización de esta industria (Micheli Thirión, 2007).

La regulación laboral es una cuestión poco significativa para la coordinación laboral. Un *call center* cuenta con una estructura jerárquica plana, debido a que necesita de teleoperadores en la base, en el nivel intermedio requiere de supervisores y de gerentes en la parte superior. Los objetivos de las campañas pueden ser más complejas en esta estructura, mientras los teleoperadores ganan experiencia y capacidades para tener funciones más críticas. Los *call centers* denominados *help desks* desarrollan funciones de asesoría técnica a clientes y el trabajo realizado requiere de una cualificación. El común denominador es la regulación flexible: usualmente los trabajadores son contratados por una empresa tercerizada de colocaciones (Micheli Thirión, 2007).

Asimismo, es usual firmar un contrato con una renuncia sin fecha, los contratos son breves y se renuevan para no generar derechos laborales. Las organizaciones laborales europeas denuncian la fragmentación de los centros operativos para prevenir la consolidación social y las obligaciones patronales; la falta de reconocimiento de las competencias de los trabajadores con metas contractuales; la intensidad de los ritmos laborales y las facilidades para migrar a países de menos costos laborales. En el sector, existen estructuras laborales que tratan de negociar derechos laborales y códigos de buena conducta, pero el sector del telemercado es muy diverso, generando un sector laboral en el que

prevalece la cantidad y los costos de producción por sobre la calidad y las condiciones laborales (Micheli Thiri6n, 2007).

Seg6n Del Bono y Bulloni (2007), los *call centers* son el soporte de las empresas para satisfacer ciertos elementos en la relaci6n con sus clientes de manera no presencial. Los puestos involucran la utilizaci6n de una computadora y un tel6fono para efectuar comunicaciones orales gestionadas por un sistema autom6tico de distribuci6n. Las tareas efectuadas son diversas por el perfeccionamiento de este soporte, estando asociadas a la labor de los agentes telef6nicos, como promociones, ventas, encuestas, atenci6n a clientes, soportes t6cnicos, emergencias, operaciones bancarias, orientaci6n ciudadana, seguridad, entre otras. Los *call centers* pueden encontrarse a cargo de las empresas para atender a sus propios clientes, o encontrarse gestionadas por empresas subcontratadas, las cuales son las proveedoras de las compa1as que externalizaron la labor.

Sin embargo, los agentes telef6nicos tienen en com6n el proceso productivo que rige la actividad laboral. El trabajo de una plataforma telef6nica se diferencia de otros servicios, siendo distintivo de otros servicios. Los *call centers* son un caso representativo de las nuevas pr6cticas de gesti6n y de organizaci6n laboral: la alianza telef6nica y la inform6tica se encuentran regidas por la velocidad, disponibilidad y flexibilidad, logrando el retorno de la racionalizaci6n taylorista en la econom6a de servicios. Esto se observa en los tiempos breves en la duraci6n de la llamada, los guiones fijos para respetar en cada conversaci6n tipo, los sistemas de control para la supervisi6n a distancia y en tiempo real. Se debe reducir la cantidad de llamadas en espera, el ritmo de trabajo es asignado por el sistema inform6tico. Esta racionalizaci6n limita a los agentes telef6nicos (Del Bono y Bulloni, 2007).

Seg6n Gadrey (2003), la l6gica de las plataformas telef6nicas es la l6gica de la "racionalizaci6n industrial" en el 6mbito de los servicios o la "industrializaci6n de los servicios". Esto permite que las relaciones de servicio sean tratadas como "cuasi-productos", permitiendo su evaluaci6n y su medici6n. Se reproduce en el sector terciario una racionalidad de la industria, se intensifica el trabajo y se eval6a lo realizado. Esto permiti6 la estandarizaci6n de las tareas y la intensificaci6n laboral. Estos elementos le brindan a los *call center* un rasgo caracter6stico resultante de la norma restrictiva que los dirige y de la

racionalización que convierte al tiempo, al cliente y a los sistemas informáticos en dispositivos de control y de intensificación laboral.

Por otro lado, Taylor y Bain (2005) identificaron diferentes clases de trabajos de teleatención y sub-especies de *call centers*. La importancia brindada a criterios cuantitativos y/o cualitativos de definición de metas y de evaluación de resultados constituye actividades con características distintivas. El contraste sucede entre *call centers* con operaciones repetitivas, de poco valor agregado, mientras que en otros el rendimiento se evalúa con parámetros cuantitativos y los servicios especializados emplean tiempos más "relajados" y más autonomía, ya que los resultados no se evalúan por cantidad sino por la calidad de la atención.

Según el estudio de Appiani y Montoya (2011), las condiciones y la organización laboral en los *call centers* es perjudicial para la salud de los trabajadores. Estos se encuentran expuestos rutinariamente a situaciones psicosociales riesgosas, como las exigencias psicológicas laborales, la falta de control sobre los contenidos y las condiciones laborales y las posibilidades de desarrollo.

2.7. La pandemia de COVID-19

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009), las epidemias son emergencias sanitarias que provocan amenaza de vida y generan cantidades importantes de enfermos y muertos. Se sobre exige a los recursos locales y existe una amenaza a la seguridad y al funcionamiento de la comunidad. Se necesita de una intervención externa de ayuda, siendo tragedias humanas, por lo que se debe atender la aflicción y las consecuencias a nivel psicológico.

Desde la visión de la salud mental, una epidemia a gran escala genera una perturbación que sobrepasa el manejo de la población afectada. Toda la población padece angustias, habiendo un aumento de la incidencia de trastornos psíquicos, siendo entre una tercera parte y la mitad de la población quienes podrían padecerla. No todos los problemas psicológicos y sociales se califican como enfermedades, la mayoría son respuestas normales frente a un evento

anormal. Las consecuencias en la salud mental son más visibles en las poblaciones que padecen condiciones precarias, cuentan con pocos recursos y poseen un acceso reducido a los servicios sanitarios (OPS, 2009).

En 12 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, en la provincia de Hubei, República Popular China, reportó 27 casos de neumonía viral (Hui et al., 2020; Rodríguez-Morales et al., 2020). El Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades encontró un nuevo coronavirus, el cual recibió la denominación el 11 de febrero de 2020 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como coronavirus (COVID-19). Rápidamente se volvió una amenaza global por su veloz propagación y un problema de salud pública (Jung & Jun, 2020; Nishiura et al., 2020; Xie & Chen, 2020).

De esta forma, se creó el brote de neumonía más grande a nivel mundial. Este se asocia al Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, en inglés) originado en 2003, el cual contaba con una veloz difusión, más infección y mortalidad que el COVID-19 (Hawryluck et al., 2004).

Según Guanche Garcell (2020), las enfermedades generadas por beta coronavirus (SARS, MERS, SARS CoV-2) poseen ciertas características:

- Son generadas por virus no relacionados a enfermedades en humanos;
- generan una enfermedad clínica severa en la que aparece fiebre alta, efectos pulmonares y mortalidad mayor a los virus de influenza;
- Para el SARS y el MERS, la fuente animal identificada es la civeta (*Paguma larvata*) y los camellos respectivamente. Para el SARS CoV-2, aun se debe determinar la fuente animal;
- los pacientes con comorbilidades poseen mayor riesgo de complicaciones y muerte;
- los trabajadores de la salud conforman el grupo de riesgo para las infecciones en los cuidados sanitarios.

Estas enfermedades generaron consecuencias económicas negativas para el SARS y el COVID-19. El impacto económico del primero fue de entre 30-100 billones de dólares, sobre todo por las consecuencias en el turismo y las industrias relacionadas (Qiu et al, 2018). La pandemia de COVID-19 generará pérdidas económicas mayores a nivel mundial. La epidemia de SARS fue controlada por la averiguación de casos activos, el aislamiento, el seguimiento

de contactos estrechos y la cuarentena, el distanciamiento y la cuarentena comunitaria. En el caso del MERS, se hizo foco en la detección temprana de casos y el seguimiento de los contactos, con cuarentena comunitaria o aislamiento social (Wilder-Smith et al., 2020).

La OMS declaró en enero del 2020 una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional por el COVID-19, mientras que en marzo de dicho año se lo catalogó como pandemia (OPS/OMS, s.f.). Las autoridades gubernamentales, los organismos relacionados con la salud y las sociedades científicas tomaron acciones y realizaron recomendaciones para afrontar las consecuencias de la infección en relación a la sanidad, la economía y la seguridad social (Accini-Mendoza et al., 2020; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019; OPS/OMS, s.f.).

Según Cava et al. (2005), los epidemiólogos emplean modelos matemáticos y éticos para establecer si la cuarentena es una medida de acción razonable para la efectividad como para los costos sociales. Las medidas implementadas por la mayoría de los gobiernos deben generar resultados efectivos, pero se debe saber si son consideradas la cultura, la tipología familiar y el nivel de vulnerabilidad de cada ámbito.

La pandemia de la COVID-19 es una emergencia global, con una consecuencia importante en la salud pública, sobre todo la salud mental (Xiang et al., 2020). Esto constituye un reto para los profesionales de la salud (Guanche-Garcell, 2020). Al no haber una cura, las medidas más efectivas para disminuir la cantidad de casos contagiados son los que involucran el aislamiento social y las cuarentenas, con más incidencia en los sitios donde se registra una transmisión local (Tang et al., 2020). La cuarentena es la separación y restricción en la movilidad de individuos expuestos a enfermedades contagiosas, o que pueden contagiarse, para disminuir el riesgo de transmitir una enfermedad (Hawryluck et al., 2004). El aislamiento social radica en la voluntad de los individuos, por lo que el establecimiento de la cuarentena es de cumplimiento estricto.

En la República Argentina, el Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020, estableció que a partir del 20 de marzo de 2020 comenzaban a regir los alcances y las condiciones de la cuarentena, denominada Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Este aislamiento se fue renovando por quincenas de

acuerdo con la evolución en el ámbito nacional y regional, para detener la propagación del coronavirus. Argentina tuvo una de las cuarentenas más extensas del mundo (Sánchez, 2020).

La inevitable preocupación mundial por la transmisión y los efectos físicos del COVID-19 hizo que no se atendieran las consecuencias psicosociales. Los criterios hegemónicos de salud física llevaron a que la psicología no fuera considerada dentro de las profesiones esenciales en Argentina, por lo que los psicólogos fueron alcanzados por las medidas implementadas (DNU 297/2020).

Sin embargo, si hay algo que ha demostrado esta enfermedad, como sostiene la OMS, es que la salud es un completo estado de bienestar biológico, psicológico y social (Vera-Villaruel, 2020). Es necesario entonces enfocar el análisis de la pandemia por COVID-19 considerando no solamente la perspectiva biológica, sino de manera integral incluyendo las demás dimensiones.

Diversos autores (Brooks et al., 2020; Chatterjee y Chauhan, 2020) definen la cuarentena como la restricción del movimiento de individuos expuestos a una enfermedad contagiosa para establecer si se enferman, disminuyendo el riesgo de que infecten a los demás. Esta definición se diferencia del aislamiento, que involucra la separación de los individuos diagnosticados con una enfermedad contagiosa, de los sujetos sanos.

Estas medidas pueden generar trastornos psicológicos y psiquiátricos como estrés postraumático, desconcierto, frustración, depresión, ansiedad, pánico, separación de la familia, duelo, soledad, culpa, ira, miedo, histeria colectiva, desinformación, inseguridad financiera, entre otros (Choi et al., 2017; Egan et al., 2008; Sood, 2020; Zhu et al., 2020).

La pandemia como evento extraordinario, generadora de la paralización económica, y la restricción de movimientos y cuarentena decretadas para contenerla, generan un corte radical de la cotidianidad. La implementación de protocolos para la contención de la pandemia provoca además consecuencias psicosociales y psicológicas (Scholten et al., 2020).

Se puede señalar la percepción de incertidumbre, la sobrecarga de información en relación al problema y los rumores y la sensación de amenaza a la salud propia y de los familiares, la interrupción de los ritos sociales de duelo, y la discriminación de las minorías o de quienes conforman fuentes de contagio (OMS, 2020b; Scholten et al., 2020; Taylor, 2019).

Además, el confinamiento genera la separación de familias y amigos, provocando la neutralización del apoyo social (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020; Martín, 1999), de los suministros vitales y la promoción de preocupaciones por la economía familiar, interrupción de rutinas y el surgimiento de problemáticas de salud (OMS, 2020b; Taylor, 2019). El temor, la ansiedad o la escasez pueden generar compras para acumular o para mitigar el riesgo percibido y las emociones negativas generadas por el contexto (Gallagher et al., 2017; Sheu & Kuo, 2020).

Según Brooks et al. (2020), las consecuencias de la cuarentena son estados emocionales como enojo, fastidio, frustración, dificultades para dormir, incluso suicidio y estrés postraumáticos, los cuales se mantienen en el tiempo luego de que el distanciamiento físico y la cuarentena finalizan. La bibliografía reconoce estados emocionales relacionados con la tensión sobre todo el estrés, la ansiedad y la depresión (Brooks et al., 2020; Cao et al., 2020; Dar et al., 2017; Lai et al., 2020; Martín, 1999; OMS, 2020b; Taylor, 2019; Urzúa et al., 2020).

La cuarentena como medida para detener la propagación de la pandemia de COVID-19 posee consecuencias en la salud mental, multifacética y complicada de anticipar. Esta consecuencia se debe a factores, como la extensión de la cuarentena, el temor a contagiarse, las particularidades individuales, las condiciones personales, o si se está de acuerdo con el confinamiento y se aceptan voluntariamente (Brooks et al., 2020; Cao et al., 2020; OPS & OMS, 2017).

Las medidas tendientes al cuidado de la salud física y que pretenden detener la propagación de la enfermedad, como el aislamiento social, pueden llevar a que las personas se sientan ansiosas y estresadas, la tensión del contagio se relaciona con la presión sobre las finanzas, el riesgo de perder el trabajo, la incertidumbre sobre cómo cobrar sueldos y jubilaciones, la ausencia de contacto social, el temor a lo desconocido y la preocupación por la salud y la seguridad de los seres queridos (Richaud, 2020).

La pandemia de COVID-19 modificó la vida y las costumbres cotidianas de las personas. Generó incertidumbre, presiones económicas, aislamiento social, miedo al contagio y modificó las rutinas. Esto empeora frente al desconocimiento del tiempo que persistirá la pandemia, y lo que puede generar el futuro. La abundancia de información y los rumores pueden provocar falta de

control y desconocimiento de qué hacer. Por ende, las personas sienten estrés, ansiedad, temor, tristeza, y soledad, incrementando la prevalencia de los trastornos mentales previos (Mayo Clinic, 2020).

Como ya se mencionó, los individuos que se encuentran en aislamiento social, es decir, teniendo restricciones para moverse y poco contacto con los demás, son sensibles a los trastornos psiquiátricos, los cuales oscilan desde síntomas aislados hasta el insomnio, trastornos como la ansiedad, depresión y estrés postraumático. Durante una pandemia se debe considerar la disminución en el funcionamiento, lo que se vivencia junto a la enfermedad adquirida, generando desmoralización y desamparo, lo que podría suponer un estado de duelo. Por otro lado, los individuos que vivencian el estrés del brote pueden mostrar angustia y problemas en el funcionamiento social y laboral, constituyendo trastornos de la adaptación e inclusive un trastorno depresivo mayor (Huremovic, 2019). La cercanía con hechos que amenazan la vida puede generar el desarrollo del estrés postraumático. El efecto de la pérdida y la amenaza en su conjunto explicarían el surgimiento de este trastorno y la depresión (Styra et al., 2008).

La exposición constante al estrés, como la generada por la pandemia de COVID-19, tiene efectos en las funciones cognitivas, emocionales y conductuales de la persona. Si no se solucionan provocan alteraciones metabólicas e inmunológicas, el organismo necesita de dichas funciones para enfrentar los procesos infecciosos, aumentando el riesgo a enfermarse (Muñoz-Fernández et al., 2020).

3. MÉTODO

3.1. Objetivo general

- Analizar la relación entre *burnout*, aislamiento y soledad en empleados que trabajan en *call centers* en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, considerando el contexto de la pandemia de COVID-19.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra según las variables sociodemográficas.
- Describir el nivel de *burnout* y el nivel de aislamiento y soledad en los empleados de *call center*.
- Determinar la asociación entre el *burnout* y el aislamiento y la soledad en los sujetos encuestados.
- Comparar el nivel de *burnout*, aislamiento y soledad en trabajadores de *call center* según las variables sociodemográficas.

3.3. Hipótesis

- A mayor de aislamiento y soledad, habrá un mayor nivel de *burnout* en los operadores de *call center* de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3.4. Tipo de estudio

El tipo de investigación es no experimental, porque se efectúa sin manipular intencionadamente las variables, observándose los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. A su vez, es de tipo descriptivo, porque se indagan las particularidades de un fenómeno. Es correlacional, ya que se

asocian dos o más variables a través de un patrón previsible en determinada población en cierto ambiente, estudiando la correlación sustentada en hipótesis (Hernández Sampieri et al., 2006).

3.5. Tipo de diseño

El diseño del estudio es transversal, porque se emplea la recolección de información y la descripción de las variables una sola vez en el tiempo. El enfoque metodológico de esta investigación es el cuantitativo, permitiendo evaluar la información recogida y efectuar el análisis respectivo en torno la problemática a investigar. Se emplea la recolección de datos para probar la hipótesis, basándose en la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández Sampieri et al., 2006).

3.6. Muestra

Se empleó el muestreo probabilístico, en el que se toma cada unidad que compone la población con una probabilidad determinada o se conoce de antemano que no podrá efectuarse. El muestreo es subjetivo por decisión razonada, debido a que las unidades de la muestra se escogen según sus características, el proceso de elección se lleva a cabo empleando criterios racionales, sin llegar a la selección causal (Corbetta, 2007).

Los sujetos que formaron parte del estudio siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Tenían entre 18 y 30 años de edad.
- Residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Trabajaron como operadores de *call center* un mínimo de 6 meses.
- Aceptaron participar de la investigación

Por otro lado, se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- Personas con algún tipo de trastorno psicológico o inestabilidad emocional previa a la actividad laboral.
- Personas que no cumplieran algunos de los criterios anteriormente planteados.

La muestra estuvo constituida por 100 trabajadores de *call center*, con una edad promedio de 29,58 años (DT= 5,390 años; Mediana= 28 años; Máx.= 55

años; Mín.= 19 años). El 74,5% de los trabajadores pertenece al género femenino y el 25,5% al género masculino. En cuanto al estado civil, el 56% de los trabajadores se encuentra soltero, el 33% convive o posee pareja de hecho, el 7% está casado y el 4% divorciado. En relación al nivel educativo, el 1,8% de los sujetos posee secundario incompleto, el 16,4% secundario completo, el 10,9% terciario incompleto, otro 10,95 terciario completo, el 45,5% universitario incompleto y el 14,5% universitario completo. El 72,7% de los sujetos vive en CABA y el 27,3% en el GBA. El 81,8% de los trabajadores tiene hijos, el 45,5% trabaja por turnos y el 29,1% realiza horas extra. Además, el 14,5% de los trabajadores interrumpió alguna vez su actividad laboral y, en el 49,1%, su sueldo es sostén de familia. El 65,5% de los sujetos realiza alguna actividad asociada al bienestar.

3.7. Instrumentos

Se administró un cuestionario sociodemográfico para conocer las características de la muestra.

Para medir el burnout, se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* [MBI] (Maslach & Jackson, 1981; adaptación argentina: Neira, 2004). Se modificó la palabra “pacientes” por “personas”, ya que en este caso son trabajadores en relación de dependencia. El cuestionario posee 22 ítems con una escala tipo Likert que oscila entre 1- *Nunca* y 5- *Diariamente*. Elevados puntajes en las dos primeras escalas y una reducida puntuación en la tercera conforman el Síndrome de *Burnout*.

Además, las dimensiones del *burnout* las constituyen el *Agotamiento emocional*, el cual evalúa el estar exhausto emocionalmente por las demandas laborales; la *Despersonalización*, que analiza el nivel en que cada individuo reconoce actitudes de distanciamiento; y la *Realización personal*, que valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el entorno laboral (Neira, 2004).

En la primera, puntuaciones de 27 o superiores indicarían un nivel alto de *burnout*, entre 19 y 26 serían puntuaciones intermedias y las menores de 19 indicarían niveles de *burnout* reducidos. En la dimensión Despersonalización, puntuaciones mayores a 10 indicarían un nivel elevado, de 6 a 9 moderado y

menos de 6 un nivel bajo de despersonalización. En la Realización Personal, el caso es contrario: de 0 a 30 puntos existe una baja realización personal, de 34 a 39 moderada, y mayor a 40 sensación de logro.

Para evaluar el aislamiento y la soledad, se administró el Cuestionario de Aislamiento y Soledad [CAS] (Casullo, 1996), el cual posee 25 ítems con una escala tipo Likert que oscila entre 1- *Nunca* y 4- *Siempre*. La escala cuenta con dos dimensiones: *Soledad* y *Aislamiento*.

Algunos ítems se computan de forma inversa. Los individuos con un puntaje en una subescala particular por encima del cuartil superior poseen un elevado nivel de soledad y/o aislamiento. Sin embargo, quienes presentan una puntuación en el cuartil inferior cuentan con un nivel bajo, por lo que los puntajes restantes se consideran promedio (Tapia et al., 2003).

3.6. Procedimiento

Debido a la pandemia de COVID-19, para proteger a los participantes del contagio de coronavirus, se llevó a cabo la administración de los cuestionarios de forma virtual. El mismo fue compartido por redes sociales a personas que trabajaban en *call centers* ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo contaba con un consentimiento informado en el que se explicaba el anonimato de las respuestas y la utilización de la información para cumplir con los fines de la investigación. Una vez recopilados los datos, estos fueron volcados a una base de datos en el programa SPSS 26.0. A través del mismo se efectuó el análisis de la información, mediante el análisis estadístico e inferencial.

3.7. Justificación

El *burnout* es un constructo que fue investigado exhaustivamente, sin embargo, dado el actual contexto de pandemia de COVID-19, es fundamental conocer los efectos que acarreó sobre las personas en relación al aislamiento y la soledad. A su vez, se añaden las características de un trabajo tan estresante como es el que se lleva a cabo en el *call center*.

Se considera de gran importancia que los empleadores conozcan la importancia de las condiciones óptimas el ámbito laboral, ya que si un trabajador

no cuenta con un respaldo emocional que lo contenga, además de las buenas condiciones de trabajo en general, existe la posibilidad de que se produzca el agotamiento o cansancio emocional. Los empleados deberían tener a su disposición un gabinete psicológico para resolver los inconvenientes que se les presenten relacionados con su función dentro de la empresa.

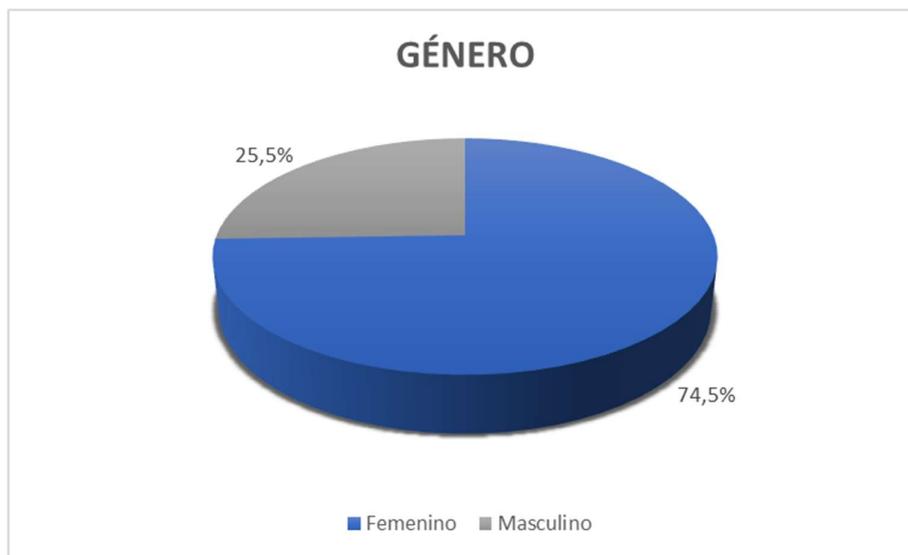
Asimismo, se considera importante que las políticas estatales tengan en cuenta la situación actual de pandemia, como fue el caso de la Ley de Teletrabajo N°27.555. De todas maneras, aún queda mucho por hacer para mejorar las modalidades de contratación y las condiciones laborales de dicho grupo laboral.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1

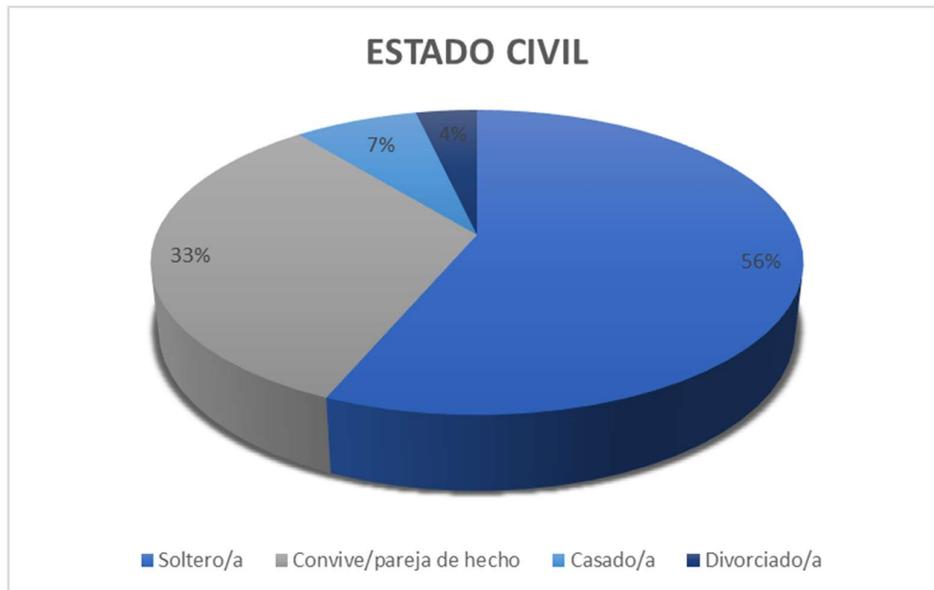
Género



El 74,5% de los trabajadores pertenece al género femenino y el 25,5% al género masculino.

Gráfico 2

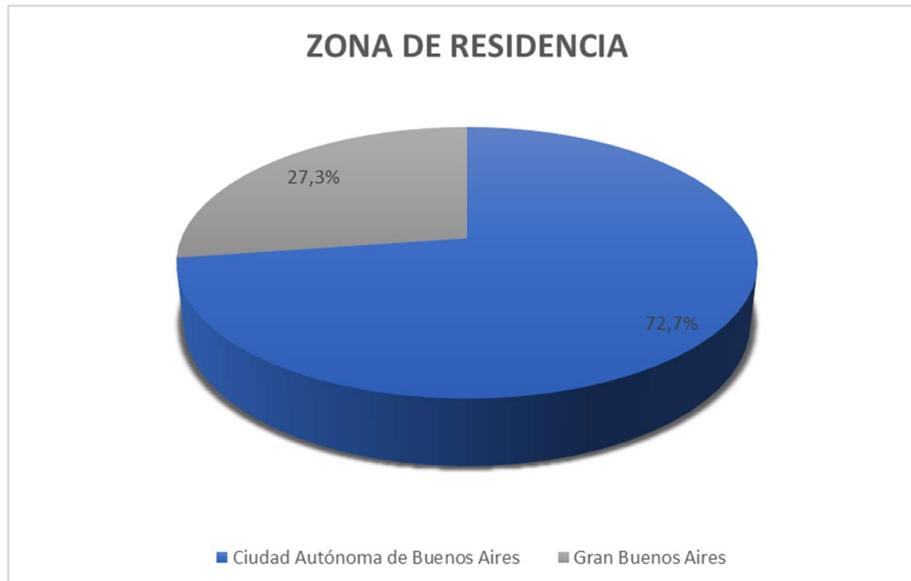
Estado civil



El 56% de los trabajadores se encuentra soltero, el 33% convive o posee pareja de hecho, el 7% está casado y el 4% divorciado.

Gráfico 3

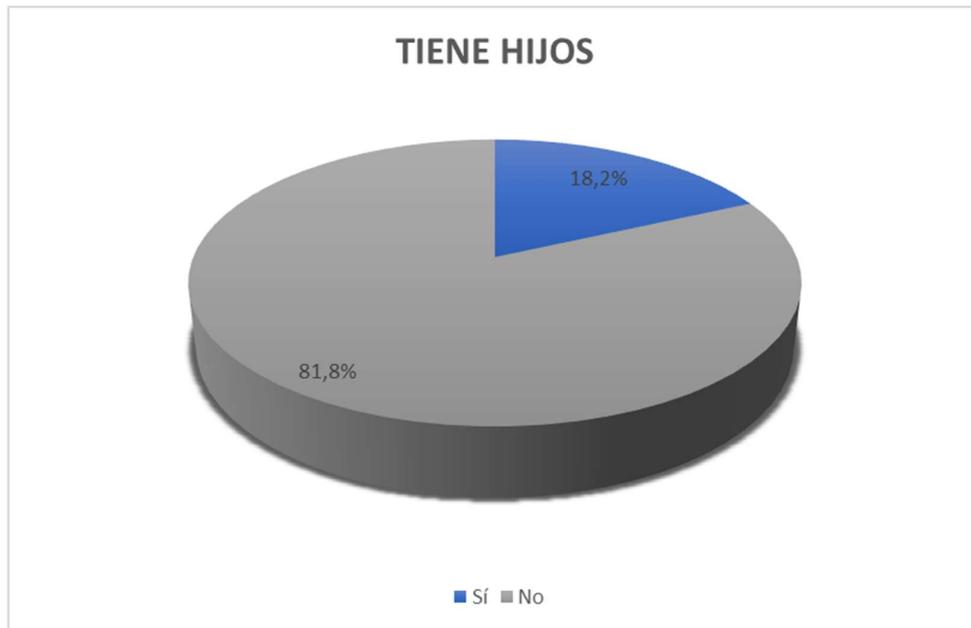
Zona de residencia



El 72,7% de los sujetos vive en CABA y el 27,3% en el GBA.

Gráfico 4

Tiene hijos



El 81,8% de los trabajadores tiene hijos y el 18,2% no tiene hijos.

Gráfico 5

Trabaja por turnos



El 45,5% de los teleoperadores trabaja por turnos y el 54,5% no trabaja por turnos.

Gráfico 6

Trabaja horas extra



El 29,1% de los teleoperadores trabaja horas extra, mientras que el 70,9% de ellos no lo hace.

Gráfico 7

Interrupción de la actividad laboral



El 14,5% de los trabajadores interrumpió alguna vez su actividad laboral, mientras que el 85,5% nunca la interrumpió.

Gráfico 8

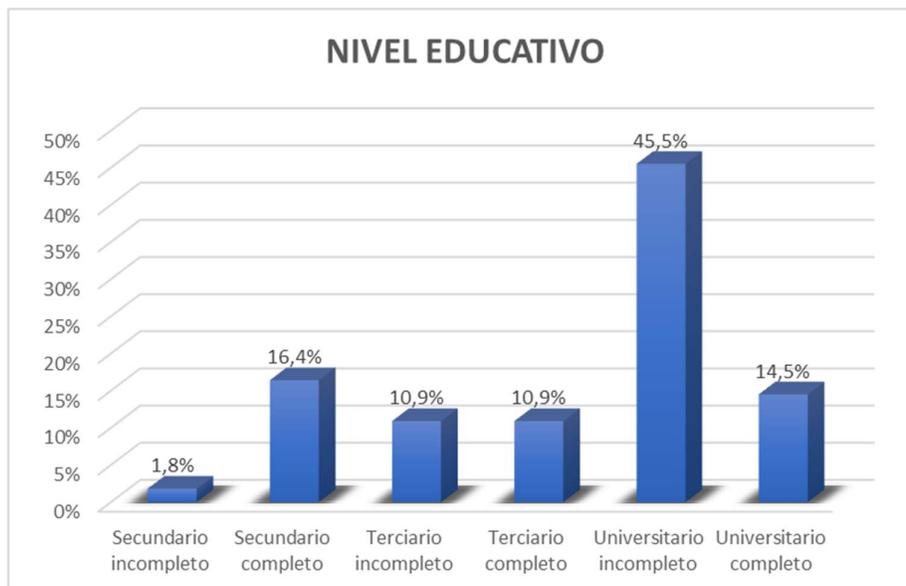
Sueldo es sostén de familia



En el 49,1% de los teleoperadores, su sueldo es sostén de familia y en el 50,9% de ellos no lo es.

Gráfico 9

Nivel educativo



El 1,8% de los sujetos posee secundario incompleto, el 16,4% secundario completo, el 10,9% terciario incompleto, otro 10,95 terciario completo, el 45,5% universitario incompleto y el 14,5% universitario completo.

Gráfico 10

Realiza alguna actividad asociada con el bienestar



El 65,5% de los sujetos realiza alguna actividad asociada al bienestar, mientras que el 34,5% de ellos no efectúa ninguna actividad.

4.2. Caracterización de las variables

Tabla 1

Caracterización de las variables

Variable	N	M	Me	DT	Min.	Max.
Agotamiento emocional	110	33,76	36	6,248	12	42
Despersonalización	110	15,58	16	3,703	6	25
Realización personal	110	25,65	26	4,766	15	40
Soledad	110	16,32	15	4,027	11	29
Aislamiento	110	23,76	23	6,153	14	39

4.3. Análisis de la normalidad

Se analizó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2

Normalidad de las variables a estudiar

Variable	P
Agotamiento emocional	,000
Despersonalización	,000
Realización personal	,002
Soledad	,000
Aislamiento	,000

Los análisis demostraron que las variables analizadas no poseen una distribución normal.

4.4. Análisis de la relación entre variables

Los análisis demostraron la existencia de relaciones significativas entre la soledad y el aislamiento, y las dimensiones del *burnout*, a excepción del aislamiento y la Realización personal. Además, se encontraron relaciones significativas y negativas entre la cantidad de hijos y la Despersonalización, relaciones positivas entre la cantidad de horas trabajadas y el aislamiento y la soledad, y entre la cantidad de años que trabaja como operador y la soledad.

No se encontraron relaciones significativas entre la edad, la cantidad de horas extra que trabaja a la semana, la cantidad de interrupciones laborales, el nivel educativo, y la soledad y el aislamiento y las dimensiones del *burnout*.

Tabla 3

Correlación entre la soledad y las dimensiones del burnout

Variable	Rho	P
Agotamiento emocional	,403	,000
Despersonalización	,335	,000
Realización personal	-,273	,004

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre la soledad y el Agotamiento emocional y la Despersonalización, y negativas entre la primera y la Realización personal. A mayor soledad, existe más agotamiento emocional y despersonalización y menos realización personal.

Tabla 4

Correlación entre el aislamiento y las dimensiones del burnout

Variable	Rho	P
Agotamiento emocional	,398	,000
Despersonalización	,520	,000
Realización personal	-,100	,301

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre el aislamiento y el Agotamiento emocional y la Despersonalización. A mayor aislamiento, existe mayor agotamiento emocional y despersonalización. No se encontraron relaciones significativas entre el aislamiento y la realización personal.

Tabla 5

Correlación entre la cantidad de hijos y la Despersonalización

Variable	Rho	P
Despersonalización	-,553	,011

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y negativas entre la cantidad de hijos y la Despersonalización. A menor cantidad de hijos, existe una mayor despersonalización.

Tabla 6

Correlación entre las horas trabajadas semanalmente y la soledad y el aislamiento

Variable	Rho	P
Soledad	,260	,006
Aislamiento	,195	,042

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre las horas trabajadas semanalmente y el aislamiento y la soledad. A mayor cantidad de horas trabajadas, existe más aislamiento y soledad.

Tabla 7

Correlación entre los años que trabaja como operador y la Soledad

Variable	Rho	P
Soledad	,220	,024

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron la presencia de relaciones significativas y positivas entre los años que trabaja como operador y la soledad. A mayor cantidad de años de trabajo, existe un mayor nivel de soledad.

4.5. Análisis de las diferencias de grupo

Se encontraron diferencias significativas según el estado civil y si trabaja por turnos, para algunas dimensiones del *burnout* y para el aislamiento y/o la soledad. Además, se encontraron diferencias significativas según la zona de residencia para la soledad; y si trabaja horas extra, si interrumpió la actividad laboral y según la ubicación del sueldo para la despersonalización, en el caso de la primera, y para el agotamiento emocional en la últimas.

No se encontraron diferencias significativas según el género, si tiene hijos, si el sueldo es sostén de familia, y si realiza alguna actividad asociada con el bienestar, para las dimensiones del *burnout* y el aislamiento y la soledad.

Tabla 8

Diferencias de grupo según el estado civil

Variable	Rango				p
	Soltero (n= 62)	Convive (n= 36)	Casado (n= 8)	Divorciado (n= 4)	
Realización personal	52,15	53,44	68	101	,016
Soledad	55,82	61,50	46,25	15	,037

Nota: H de Kruskal Wallis

Se encontraron diferencias significativas según el estado civil, para la dimensión Realización personal y para la Soledad. Las personas divorciadas mostraron mayores niveles de Realización personal, y los individuos que conviven mostraron más soledad.

Tabla 9

Diferencias de grupo según la zona de residencia

Variable	Rango		p
	CABA (n= 80)	GBA (n= 30)	
Soledad	59,50	44,83	,031

Nota: U de Mann-Whitney

Se encontraron diferencias significativas de acuerdo a la zona de residencia, para la soledad. Los residentes en CABA mostraron mayor nivel de soledad comparados con los residentes en el GBA.

Tabla 10

Diferencias de grupo según si trabaja por turnos

Variable	Rango		P
	Sí (n= 50)	No (n= 60)	

Agotamiento emocional	63,82	48,57	,012
Despersonalización	62,22	49,90	,042
Soledad	63,94	48,47	,011
Aislamiento	68,06	45,03	,000

Nota: U de Mann-Whitney

Los resultados mostraron diferencias significativas según si trabaja por turnos, para el aislamiento y la soledad, el agotamiento emocional y la despersonalización. Los teleoperadores que trabajan por turnos mostraron mayor soledad, aislamiento, despersonalización y agotamiento comparados con quienes no trabajan por turnos.

Tabla 11

Diferencias de grupo según si trabaja horas extra

Variable	Rango		P
	Sí (n= 32)	No (n= 78)	
Despersonalización	44,06	60,19	,015

Nota: U de Mann-Whitney

Se encontraron diferencias significativas de acuerdo a si trabaja horas extra, para la dimensión Despersonalización del *burnout*. Los sujetos que no trabajan horas extra mostraron mayor despersonalización comparados con quienes sí trabajan horas extra.

Tabla 12

Diferencias de grupo según si interrumpió la actividad laboral

Variable	Rango		P
	Sí (n= 16)	No (n= 94)	
Agotamiento emocional	70,63	52,93	,039

Nota: U de Mann-Whitney

Se hallaron diferencias significativas según si interrumpió la actividad laboral, para la dimensión Agotamiento emocional del *burnout*. Los sujetos que interrumpieron la actividad laboral mostraron mayor agotamiento emocional comparados con quienes no interrumpieron su actividad laboral.

Tabla 13

Diferencias de grupo según la ubicación del sueldo

Variable	Rango				P
	Único sueldo (n= 22)	Primer sueldo (n= 14)	Segundo sueldo (n= 14)	Otro (n= 6)	
Agotamiento emocional	26,86	36,64	18,93	37,83	,014

Nota: H de Kruskall Wallis

Se hallaron diferencias significativas según la ubicación del sueldo, para la dimensión Agotamiento emocional del *burnout*. Los sujetos que, por ejemplo, compartían el sueldo a medias o tenían otra ubicación de este, mostraron mayor agotamiento emocional, seguidos de quienes su sueldo era el primero, único sueldo y segundo sueldo.

5. DISCUSIÓN

Se analizaron los resultados obtenidos en base a la hipótesis mencionada al comenzar este estudio. Los resultados fueron analizados siguiendo la bibliografía mencionada en el estado del arte y en el marco teórico. A su vez, se brindó alguna implicación práctica surgida del trabajo efectuado, para finalmente, describir las limitaciones y las fortalezas del mismo. Últimamente, se brindó un cierre del estudio mencionando líneas futuras de investigación.

El objetivo general de este estudio fue conocer los niveles de exposición al *burnout* y al aislamiento y la soledad en los empleados que trabajan en *call centers* en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los resultados evidenciaron la existencia de relaciones significativas y positivas entre la soledad y el aislamiento y el Agotamiento emocional y la Despersonalización. Además, se encontraron relaciones significativas y negativas entre la soledad y la Realización personal. No se encontraron relaciones significativas entre el aislamiento y la realización personal.

Estos resultados indican que, al incrementarse el nivel de aislamiento y soledad, aumenta el nivel de Agotamiento emocional y despersonalización, mientras disminuye la realización personal. Que las relaciones hayan tenido esta dirección evidencia lo que la bibliografía señala, que niveles elevados puntajes en las dos primeras escalas y una puntuación baja en la tercera conforman el Síndrome de *Burnout* (Neira, 2004). Por ende, la hipótesis, la cual señala que el mayor nivel de *burnout* se acompaña de un nivel mayor de aislamiento y soledad en los operadores de *call center* de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se confirma.

Algunos estudios indicaron que el *burnout* afecta de forma negativa en el desempeño de los *call centers*, siendo los elementos más comunes el agotamiento emocional y la despersonalización (Dellagi & Bouslama, 2014). A su vez, la identificación de rol de los *call centers* se asociaba de forma inversa con el agotamiento emocional, la despersonalización y el *burnout* (Wegge et al., 2006).

Las demandas generadas por las nuevas tecnologías provocan escenarios con diversos estresores, como el aislamiento en el puesto laboral (Peiró, 1990). Sin embargo, el aislamiento social comenzó con la pandemia de COVID-19.

Para tener en cuenta el significado del aislamiento, hay que considerar las definiciones del espacio social, los modelos de sociabilidad que rigen la interacción humana y consideran la calidad de las relaciones interpersonales que se generan, las condiciones en que se organizan y reproducen en distintos momentos históricos (Seidmann y Muchnik, 2004).

En el caso de la pandemia de COVID-19, el aislamiento social radica en la voluntad de los individuos, por lo que el establecimiento de la cuarentena es de cumplimiento estricto. Al no haber una cura, las medidas más efectivas para disminuir los casos contagiados son las que involucran el aislamiento social y las cuarentenas (Tang et al., 2020).

En Argentina, el DNU 297/2020, estableció que a partir del 20 de marzo de 2020 comenzaban a regir los alcances y las condiciones de la cuarentena, el ASPO. Como ya se mencionó, Argentina tuvo una de las cuarentenas más extensas del mundo (Sánchez, 2020).

Sin embargo, las medidas tendientes al cuidado de la salud física, como el aislamiento social, pueden llevar a que las personas se sientan ansiosas y estresadas (Richaud, 2020). La pandemia de COVID-19 modificó la vida y las costumbres cotidianas de las personas. Generó incertidumbre, presiones económicas y aislamiento social.

En cuanto a los objetivos específicos, en relación al primero de ellos, caracterizar la muestra según las variables sociodemográficas, se efectuaron los gráficos pertinentes en el capítulo de resultados. Lo mismo se puede indicar en relación al objetivo de describir el nivel de *burnout* y el nivel de aislamiento y soledad en los empleados de *call center*. En dicho capítulo se efectuaron los

respectivos análisis empleando estadística descriptiva. En cuanto al objetivo de determinar la asociación entre el *burnout* y el aislamiento y la soledad en los sujetos encuestados, responde a lo planteado para el objetivo general.

Por último, en relación al objetivo de comparar el nivel de *burnout*, aislamiento y soledad en trabajadores de *call center* según las variables sociodemográficas, en este estudio se encontraron otros hallazgos originados del análisis de las variables sociodemográficas:

A menor cantidad de hijos, existe más despersonalización, es decir, hay un mayor reconocimiento de las actitudes de distanciamiento (Neira, 2004). El hecho de tener más hijos sería un elemento protector contra esta dimensión del *burnout*.

A mayor cantidad de horas trabajadas, existe más aislamiento y soledad. Sería lógico este hallazgo, ya que el trabajar más tiempo impediría que el trabajador socialice por fuera del ámbito laboral, lo que promovería el aislamiento y la soledad.

A mayor cantidad de años de trabajo, existe un mayor nivel de soledad. Quizás las características mismas del trabajo sean las que llevan a que la persona se encuentre en soledad, efectuando las tareas que demanda el trabajo del *call center*. Este se desempeña con una computadora y un teléfono, por lo que tampoco es necesario mucho contacto social para poder ejecutarlo.

Las personas divorciadas mostraron mayores niveles de Realización personal, y las que conviven se mostraron más solitarias. Es curioso este último resultado, debido a que se esperaría lo opuesto al convivir. Puede que, en el caso de los divorciados, la persona se encuentre más “libre” para dedicarse a sus metas e intereses personales.

Además, los residentes en CABA mostraron mayor nivel de soledad comparados con los residentes en el GBA. Tal vez este resultado no sea tan significativo, debido a que ambas zonas de residencia pertenecen al conglomerado del AMBA.

A su vez, los teleoperadores que trabajan por turnos mostraron mayor soledad, aislamiento, despersonalización y agotamiento. Esto quiere decir que el hecho de trabajar por turnos es un elemento promotor del *burnout*, así como del aislamiento y la soledad. Aunque es llamativo el hecho de que los sujetos que no trabajan horas extra mostraron mayor despersonalización. Aquí también

se hubiese esperado que fuese al revés, encontrándose más despersonalización en quienes sí trabajaran horas extra. La cantidad de trabajo es un elemento crítico por la presencia de “horas pico” y la variación del tráfico telefónico. Ello genera la multifuncionalidad, siendo equivalente a la producción flexible y en serie (Waite, 2003 como se citó en Micheli Thirión, 2007).

Los sujetos que interrumpieron la actividad laboral mostraron mayor agotamiento emocional. Puede que la interrupción se haya debido al mencionado agotamiento, ya que los *call center* cuentan con un problema importante: el estrés de quienes trabajan allí. El 30% de los trabajadores padece estrés crónico (Benavente de las Pozas, 2016).

Los sujetos que, por ejemplo, compartían el sueldo a medias o tenían otra ubicación del mismo mostraron mayor agotamiento emocional, seguidos de quienes su sueldo se encontraba en primer lugar, eran único sueldo y segundo sueldo. Este es otro caso en el que se hubiese esperado encontrar lo opuesto, debido a que podría pensarse que es menos “agotador” compartir el mismo ingreso con otra persona a que sea el único, por ejemplo.

Como ya se mencionó, el telemarketing es una de las áreas con más rotación laboral. Además, el personal posee una alta cualificación, siendo principalmente universitarios que ven como pasajero este trabajo hasta que hallan un empleo asociado a sus estudios. Sin embargo, una de las cuestiones más significativas es que la regulación laboral, la cual es escasamente considerada para la coordinación laboral. A su vez, existen riesgos que son intrínsecos para el trabajo, aunque se puede intervenir para atenuarlos, no pueden desaparecer completamente. Esto hace que siempre se encuentre latente el riesgo de que el teleoperador desarrolle *burnout*.

Como fortaleza, esta investigación constituye un aporte a la literatura local sobre las consecuencias del trabajo de teleoperador. Aunque abunda la bibliografía sobre la cuestión, el aislamiento y la soledad no fueron analizados en este ámbito por lo que si se suma la pandemia de COVID-19, se puede afirmar que es una cuestión relevante en la actualidad.

Como limitación, se puede indicar que no existe literatura que se enfoque en el aislamiento y la soledad en trabajadores, sólo en adolescentes y personas de la tercera edad. A su vez, el efecto de la pandemia de COVID-19 pudo haber tenido efectos en la población en general, por lo que es difícil determinar las

influencias de las características laborales sobre estas variables. Por otra parte, es difícil generalizar los resultados obtenidos por el tipo de muestreo implementado: el no probabilístico.

Finalmente, se recomienda continuar analizando las consecuencias del trabajo de teleoperador en las personas que lo desempeñan. A su vez, sería interesante analizar como el contexto de pandemia de COVID-19 afectó la manera en que se desempeñó esta labor, y si el *home office* pudo promover un mayor nivel de *burnout* en los trabajadores de este sector. Finalmente, se recomienda analizar otras variables laborales que pudieran afectar el *burnout* de los trabajadores, y los efectos sobre el aislamiento y la soledad.

6. REFERENCIAS

- Accini-Mendoza, J. L., Beltrán, N., Nieto-Estrada, V. H., Ramos-Bolaños, E., Pizarro-Gómez, C., Rebolledo, C. E., Durán Pérez, J. C., Dueñas Castell, C., Arias, A., Barciela, E., Camargo, R., Rojas, J. A., Zabaleta Polo, Y., Florían Pérez, M. C., & Torres, V. (2020). Declaration of consensus in critical medicine for multidisciplinary care of the patient with a suspected or confirmed diagnosis of COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 20(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.003>
- Alonso, J. J. (2010). *¿Tayloristas eminentes? Los trabajadores de los call centers en México* [Tesis de maestría, Colegio de la Frontera Norte]. http://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/files/Copy%20of%20TESIS_Alonso%20Ramos%20Jos%E9%20Jonathan.pdf
- Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265
- Andueza López, G. D. (2019). La soledad y el aislamiento social como factores de riesgo psicológico. *Revista IEU Universidad*, 1-7
- Arias Gallegos, W. L., Ocola, R. L., y Ceballos Canaza, K. D. (2016). Síndrome de burnout en trabajadores de un *call center* de la ciudad de Arequipa. *Psicología Básica y Aplicada*, 1, 54-64
- Asociación de Contact Center Española (2015). *Estudio Call Centers 2015*. Autor.

- Bagnaro, S. (2000). *Call Centers Tendencias y problemas. Presentación*. ETUC-AFETT Workshop.
- Baldoceda Cerdán, E. D. (2018). *Síndrome de Burnout en los trabajadores del área de Call Center de una Empresa Privada de Lima Metropolitana* [Tesis de grado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2200/TRAB.SUF.PROF._Esteysi%20Diley%20Baldoceda%20Cerd%c3%a1n.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497- 529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Benavente de las Pozas, M. (2016). *El estrés y la velocidad de anticipación en los "Call centers"* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38829/1/T37652.pdf>
- Bishop, A. J. & Martin, P. (2007). The indirect influence of educational attainment on loneliness among unmarried older adults. *Educational Gerontology*, 33(10), 897-917. <https://doi.org/10.1080/03601270701569275>
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome del Burnout: ¿Qué es y cómo superarlo?* Editorial Paidós.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Berntson, G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 71-74. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01232>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., y Quintero Echeverri, Á. (2015). Variables asociadas con el sentimiento de soledad en adultos que asisten a programas de la tercera edad del municipio de

Medellín. *Medicina U. P. B.*, 34(2), 102-114.
DOI:10.18566/medupb.v34n2.a03

- Carpenito, L. (2003). *Diagnósticos de enfermería. Aplicación para la práctica clínica* (9º ed.). McGraw- Hill-Interamericana.
- Castro, R. (2005). Síndrome de burnout o desgaste profesional. Breve referencia a sus Manifestaciones en Profesores Universitarios. *Anuario*, 28, 158-184
- Casullo, M. (1996). *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. Paidós.
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Stress and coping. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-lifecoping/managing-stress-anxiety.html>
- Cherniss, C. (1982). Cultural trends: Political, economic, and historical roots of problem. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout*. Sage.
- Cólica, P. (2009): *El síndrome de estrés en los Call Center*. Edit. Brujas.
- Contini, E. N., Lacunza, A. B., Medina, S. E., Alvarez, M., González, M., y Coria, V. (2012). Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1), 127-149
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw Hill.
- Courtin, E. & Knapp, M c. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. doi: 10.1111/hsc.12311.
- Dar, K., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.017>
- Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297 (2020). Aislamiento social preventivo y obligatorio. *Boletín Oficial de la República Argentina*, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 20/03/2020.
- Del Bono, A. y Bulloni, M. N. (2007). *Experiencias laborales y sentidos del trabajo. Los agentes telefónicos de call centers de servicios para exportación*. CEIL-CONICET.
- Del Bono, A. y Bulloni, M. N. (2008). Experiencias laborales juveniles: los agentes telefónicos de call centers offshore en Argentina. *Trabajo y sociedad:*

Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas segmentadas, 11(10), 1-21.

- Dellagi, A. & Bouslama, N. (2014). The burnout syndrome and the performance of salespersons: the case of the professional exhaustion of call center operators and its impact on their perceived performance. *International Journal of Science Environment and Technology*, 3(4), 1281-1302.
- Ebersole, P. (2002). Loneliness, compassion, and nursing. *Geriatric Nursing*, 23(5), 236-7. DOI: 10.1067/mgn.2002.128789
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Human Sciences Press.
- Erol, S., Gur, K., Ergun, S., & Yalcin, I. (2014). Burnout level of bank's call center employee and affecting factors. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 4(4), 216-225. DOI:10.5455/musbed.20140913123629
- Expósito, M. y Moya, F. (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12(4), 579-585.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher*. Jossey Bass Publishers.
- Feresín, C. y Aguilar, L. (2009). *Nuevas consideraciones sobre burnout o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo. La Crisis como Oportunidad: Abordajes Creativos desde la Psicología del Trabajo. Mar del Plata, Argentina.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). *Cómo los adolescentes pueden proteger su salud mental durante el coronavirus (COVID-19). 6 estrategias para adolescentes que enfrentan una nueva normalidad (temporal)*. <https://uni.cf/2THyIH1>
- Gadrey, J. (2003). *Socio-économie des services*. La Découverte, coll. Repères.
- Gallagher, C., Watt, M., Weaver, A., & Murphy, K. (2017). "I fear, therefore, I shop!" exploring anxiety sensitivity in relation to compulsive buying. *Personality and Individual Differences*, 104, 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.023>
- Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. En I. Levi (Ed.), *Society*.

- Gardner, W., Pickett, C., & Brewer, M. (2000) Social Exclusion and Selective Memory: How the Need to belong Influences Memory for Social Events, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 486-496. <https://doi.org/10.1177/0146167200266007>
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O., y Jiménez, E. L. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Revista Española de Geriátria Gerontológica*, 48(9), 604-609. doi: 10.1016/j.aprim.2016.03.008
- Gerson, A. C. & Perlman, D. (1979). Loneliness and expressive communication. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 258-261. DOI:10.1037/0021-843X.88.3.258
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umeå 85+ project. *Aging and Mental Health*, 14(4), 433-8. DOI: 10.1080/13607860903586078
- Guanche-Garcell, H. (2020). COVID-19. Un reto para los profesionales de la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-4
- Hagerty, B. M. & Williams, A. (1999) The Effects of Sense of Belonging, Social Support, Conflict, and Loneliness on Depression. *Nursing Research*, 48(4), 215-219. DOI: 10.1097/00006199-199907000-00004
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., y Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. DOI: 10.3201/eid1007.03070
- Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.002.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4º ed.). McGraw Hill.
- Holman, D. (2003). Call centers. En D. Holman, T. D. Wall, C. W. Clegg, P. Sparrow & A. Howard. *The New Workplace: A guide to the human impact of modern working practices*. John Wiley.
- Holmen, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in stockholm: a population study. *Journal of Advance Nursing*, 17(1), 43-51.

- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M., & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
- Hualde, A. (2014). La economía de servicios y el empleo en los call/contact center. Seminario Redlas, Colegio de México. <http://www.redlas.net/materiali/priloge/slo/alfredo-hualde-redlas-2014.pdf>
- Hui, D. S., I Azhar, E., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., & Petersen, E. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health — The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 91, 264–266. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>
- Huremovic, D. (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. English.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2000). *La soledad de las personas mayores*.
- Jong-Gierveld, J. de (1978). The construct of loneliness: Components and measurement. *Essence*, 2(4), 221-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- Jong-Gierveld, J. de (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-28. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- Jung, S. J. & Jun, J. Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal*, 61(4), 271–272. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>
- Karnick, P. M. (2005). Feeling Lonely: Theoretical Perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 7-12. <https://doi.org/10.1177/0894318404272483>

- Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advance Nursing*, 28(4), 762-70. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00703.x>
- Kissler, S. M., Tedijanto, C., Goldstein, E., Grad, Y. H., & Lipsitch, M. (2020). Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, 386(6493), 860-868. doi: 10.1126/science.abb5793.
- Lacunza, A. B., Coronel, C. P., Contini, E. N., Martin, L., y Medina, S. (2017). Indicadores de soledad y aislamiento en adolescentes de dos provincias del Norte Argentino. *Cuadernos Universitarios*, 10, 63-75
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Ka, L, Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M., & Graef, R. (1982). Time alone in daily experience: Loneliness or renewal. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 40-53). Wiley & Sons.
- Lauder, W., Sharkey, S., & Mummery, K. (2004). A community survey of loneliness. *Journal of Advance Nursing*, 46(1), 88-94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02968.x.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 9(4), 297- 308. DOI:10.1002/job.4030090402
- Linton, R. (1961). *El Estudio del Hombre*. Fondo de Cultura Económica.
- Llaja, V, Sarria, C., y García, P. (2007). *MBI Inventario "Burnout" de Maslach & Jackson. Muestra Peruana*. Pinedo Grafic.
- Mancinelli Torres, A. (2013). *Síndrome de burnout en agentes de call centers* [Tesis de grado, Universidad Empresarial Siglo 21]. https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12066/tesis_2013_confirmada.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marroquín Marroquín, M. E. y Guerra Miranda, E. S. (2012). *La evaluación del síndrome burnout en personas que trabajan en call centers de*

- Guatemala* [Tesis de grado, Universidad de San Carlos de Guatemala].
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/10692/1/T13%20%282167%29.pdf>
- Martín, C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Icaria Editorial.
- Martínez Benavides, L. (2019). *Efectos del aislamiento y la soledad en la salud de las personas durante el envejecimiento e intervenciones por parte del equipo sanitario* [Tesis de grado, Universidad de Cantabria].
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16498/MartinezBenavidesLaura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 219-266.
<http://dx.doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). '*Maslach Burnout Inventory*'. Consulting Psychologists Press.
- Mayo Clinic (2020). Equipo editorial. COVID-19 y tu salud mental.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-covid-19/art-20482731>
- McWhirter, B. T. (1990). Loneliness: A Review of Current Literature, with Implications for Counseling and Research. *Journal of Counseling and Development*, 68(4), 417-422. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1990.tb02521.x>
- Micheli Thiri6n, J. (2007). Los *call centers* y los nuevos trabajos del siglo XXI. *CONfines de Relaciones Internacionales y Ciencia Pol6tica*, 3(5), 49- 58
- Moreno-Jim6nez, B., Rodr6guez Mu6oz, A., y Garrosa Hern6ndez, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buend6a y F. Ramos (Eds), *Empleo, estr6s y salud* (pp. 59-83). Pir6mide.
- Moya, M. C. (1994). Percepci6n de personas. En J. F. Morales (Ed.), *Psicolog6a Social*. McGraw Hill.
- Mu6oz-Fern6ndez, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., S6nchez-Guerrero, O., y Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estr6s, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatolog6a y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr6ca de M6xico*, 41(1), 127-136. DOI:10.18233/APM41No4S1ppS127-S1362104

- Neira, M. C. (2004). *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud*. TEA Ediciones.
- Nilsson, B., Lindstrom, U. A., & Naden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 93-101. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00386.x.
- Nishiura, H., Jung, S., Linton, N. M., Kinoshita, R., Yang, Y., Hayashi, K., & Akhmetzhanov, A. R. (2020). The Extent of Transmission of Novel Coronavirus in Wuhan, China, 2020. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), 330. <https://doi.org/10.3390/jcm9020330>
- Obra Social "La Caixa". (2018). *Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores*. Centro Especial de Empleo de la Fundación Esclerosis Múltiple.
- Olivares-Faúndez, V. & Gil-Monte, P. R. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del «Maslach Burnout Inventory» (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(3), 160-167.
- Ordóñez, T. N., Batistoni, S. S. T., y Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Revista Española de Geriatría Gerontológica*, 46(5), 237-86. DOI: 10.1016/j.regg.2010.11.010
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://www.who.int/publications-detail/mental-healthand-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Autor.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (s.f.). WHO characterizes COVID-19 as a pandemic. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en

- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (s.f.). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones>
- Paloutzian, R. F. & Janigian, A. S. (1989). Models and methods in loneliness research: Their status and direction. En M. Hojat & R. Crandall (Eds.), *Loneliness. Theory, Research, and Applications* (pp. 31-36). Sage.
- Peiró, J. M. (1990). *Organizaciones. Nuevas perspectivas psicológicas*.
- Peplau, L. & Perlman, D (1982). Perspectives on loneliness. En L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 1-18). Wiley & Sons.
- Pfeiffer, C. C. (2018). *Enfermería para el Envejecimiento*. Santander.
- Puig Llobet, M., Lluch Canut, M., y Rodríguez Ávila, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14. DOI:10.4321/S1134-928X2009000100002
- Qiu, W., Chu, C., Mao, A., & Wu, J. (2018). The Impacts on Health, Society, and Economy of SARS and H7N9 Outbreaks in China: A Case Comparison Study. *Journal of Environmental and Public Health*. <https://doi.org/10.1155/2018/2710185>
- Richaud (2020). *Efectos psicológicos del aislamiento por cuarentena por COVID 19 Recomendaciones sobre cómo sobrellevar el distanciamiento físico que impone el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (Decreto 297/2020)*. Comisión de Política y Vinculación Institucional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACC).
- Rodríguez López, E. y Castro Clemente, C. (2019). Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 12, 127-154. DOI: <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0012>
- Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Aufenacker, S. I., Crawley, A., Botero, C., Scavone, K., y Vazquez, N. (2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-19. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 57-84

- Rodriguez-Morales, A. J., Sánchez Duque, J. A., Hernández Botero, S., Pérez-Díaz, C. E., Villamil-Gómez, W. E., Méndez, C. A., & LANCOVID-19. (2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Medica Peruana*, 37(1), 3-7. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). La escala "ESTE", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriátrika*, 15(9), 26-35.
- Russell, D. (1982). The measurement of loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. (pp. 81-104). Wiley.
- Russell, D., Curtona, C. E., Rose, J., & Yuko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality Social Psychology*, 46(6), 1313-1321. DOI: 10.1037//0022-3514.46.6.1313
- Russell, D., Peplau, D., & Curtona, C. E. (1980). The revisited UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality Social Psychology*, 39(3), 472-480. DOI:10.1037/0022-3514.39.3.472
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Social Psychology*, 42(3), 290-294. DOI: 10.1207/s15327752jpa4203_11
- Sánchez, V. (2020) La cuarentena más larga del mundo, bajo la lupa de los expertos. *Infobae*. <https://www.infobae.com/salud/2020/06/27/la-cuarentena-mas-larga-del-mundo-bajo-la-lupa-de-los-expertos/>
- Schaufeli, W. B. & Buunk, B. P. (1996) Professional burnout. En M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Wiley and Sons.
- Scholten, H., Quezada, V., Salas, G., Barria-Asenjo, N., Rojas-Jara, C., Molina, R., García, J. E., Jorquera, M. T. J., Marinero Heredia, A., Zambrano, A., Gómez Muzzio, E., Cheroni Felitto, A., Caycho-Rodríguez, T., Reyes-Gallardo, T., Pinochet Mendoza, N., Binde, P. J., Uribe Muñoz, J. E., Bernal Estupiñan, J. A., y Somarriva, F. (2020). Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana.

- Seidmann, S. y Muchnik, E. (2004). *Aislamiento y soledad*. Eudeba.
- Sermat, V. (1978). Sources of loneliness. *Essence*, 2, 271-276.
- Shaver, P. & Buhrmester, D. (1985). Loneliness, sex-role orientation and group life: a social needs perspective. En P. E. Paulus (Ed.), *Basic group processes*. (pp. 259-88). Springer Verlag.
- Sheu, J, & Kuo, H. (2020). Dual speculative hoarding: A wholesaler-retailer channel behavioral phenomenon behind potential natural hazard threats. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 44, 101430. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101430>
- Silva Peralta, Y. F., Caminos, M., Pereyra, M., y Pérez Villar, M. (2018). Niveles de *burnout* y *engagement* en teleoperadores de un *call center* de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. *FACES*, 24(51), 47-60
- Styra, R., Hawryluck, L., Robinson, S., Kasapinovic, S., Fones, C., & Gold, W. L. (2008). Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *Journal of Psychosomatic Resrarch*, 64(2), 177-183. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.07.015
- Tang B, Xia F, Tang S, Bragazzi NL, Li Q, Sun X, Liang, J., Xiao, Y., & Wu, J. (2020). The effectiveness of quarantine and isolation determine the trend of the COVID-19 epidemics in the final phase of the current outbreak in China. *International Journal of Infectious Diseases*, 95, 288-293. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.03.018
- Tapia, M. L., Fiorentino, M. T., y Correché Soledad, M. S. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 163-172.
- Taylor, P. & Bain, P. (2005). India Calling to the far away towns. The call center labor process and globalization. *Work, employment and society*, 19(2) 261-282. DOI:10.1177/0950017005053170
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5), 387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>

- Tonon, G. (2008). *Calidad de Vida y Desgaste profesional*. Editorial Espacio.
- Torres Fermán, I. A., Beltrán Guzmán, F. J., Saldívar González, A. H., Lin Ochoa, D., Barrientos Gómez, M. C. y Monje Reyna, D. (2012). La soledad ¿un mal de nuestro tiempo? *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3(1), 1-25. <https://doi.org/10.25009/remsys.2012.1.93>
- Tortora, G. (2016). *Burnout y factores de riesgo psicosocial en call centers* [Tesis de grado, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10099/1/T%C3%B3rtora%20C%20Guillermo.pdf>
- Tunstall, J. (1966). *Old and alone: a sociological study of old people*. Routledge and Kegan Paul.
- Tuten, T. I. & Neidermeyer, P. E. (2004). Performance, satisfaction and turnover in call centers. The effects of the stress and optimism. *Journal of Business Research*, 57, 26-34. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(02\)00281-3](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00281-3)
- Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH); Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS); Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2009) *Protección de la salud mental en situaciones de epidemias*. Autor.
- Universidad de Oviedo (2006). Servicio común de informática gráfica. <http://www6.uniovi.es/dic/sinon.html>
- Urrea Motta, A. M., Vega Ariza, M. M., y García Castilla, J. C. (2021). *Burnout en atención al cliente en call center*. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Urzúa, A., Vera-Villarreal, P., Caqueo-Urizar, A., y Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. *Aportes desde la evidencia inicial. Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.
- Valtorta, N. & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518-22. doi: 10.1258/jrsm.2012.120128
- Vera-Villarreal, P. (2020). Psicología y Covid-19: Un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 10-18. DOI:10.7714/CNPS/14.1.201

- Wegge, J., van Dick, R., Fisher, G. K., Wecking, C., & Moltzen, K. (2006). Work motivation, organizational identification and well-being in call center work. *Work & Stress*, 20(1), 60-83. DOI:10.1080/02678370600655553
- Weiss, R. (1982). The Provisions of Social relationships. En Z. Rubin (Comp.), *Doing Unto Others* (pp. 17-26). Prentice Hall.
- Weiss, R. (1987). *Marital Separation*. Basis Books.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS?. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 100-107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., & Cheung, T. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7, 228-9. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Xie, M. & Chen, Q. (2020). Insight into 2019 novel coronavirus — an updated intrim review and lessons from SARS-CoV and MERS-CoV. *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 119-124. <https://doi.org/10.1016/J.IJID.2020.03.071>

7. ANEXOS

Tesis de grado "Síndrome de *burnout*, aislamiento y soledad en operadores de *call center* de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contexto de pandemia de COVID-19"

Mi nombre es Agustina Dreos, soy estudiante de 5º año de la carrera de psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Lo invito a colaborar en mi tesis de grado, en la que se estudia el síndrome de *burnout*, el aislamiento y la soledad en operadores de *call center* de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contexto de pandemia de COVID-19. Se le solicitará completar un protocolo digital, lo cual le tomará aproximadamente 15 minutos.

Su participación es voluntaria. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos, manteniéndose la confidencialidad en todo momento. Los resultados de la investigación serán utilizados sólo para fines académicos. No se le brindará devolución alguna de los mismos y podrá retirarse en cualquier momento del estudio. Ante cualquier duda puede contactarse con Agustina Dreos a la siguiente dirección de e-mail: agustinadreos@gmail.com

No hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario. Muchas gracias por su participación.

Acepto participar voluntariamente de la investigación: Sí No

Nombre: _____

INVENTARIO DE *BURNOUT* DE MASLACH (MBI)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Responda a ellos según como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento:

	Nunca	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces a la semana	Diariamente
1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	1	2	3	4	5
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5

	Nunca	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces a la semana	Diariamente
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	1	2	3	4	5
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	1	2	3	4	5
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	1	2	3	4	5
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	1	2	3	4	5
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	1	2	3	4	5
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	1	2	3	4	5
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	1	2	3	4	5
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.	1	2	3	4	5
13. Me siento frustrado por el trabajo.	1	2	3	4	5
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	1	2	3	4	5

	Nunca	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces a la semana	Diariamente
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	1	2	3	4	5
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	1	2	3	4	5
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	1	2	3	4	5
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	1	2	3	4	5
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	1	2	3	4	5
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	1	2	3	4	5
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO Y SOLEDAD (CAS)

A continuación, encontrará una serie de frases que se refieren a su modo de ser o actuar. Léelas con atención y señale la alternativa de respuesta que mejor represente tu modo de ser o actuar.

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1- Me cuesta relacionarme con los demás.	1	2	3	4
2- Creo que a nadie le gusta charlar conmigo.	1	2	3	4
3- Me siento muy solo/a.	1	2	3	4
4- Cuando lo necesito siempre hay alguien que me ayuda.	1	2	3	4
5. Mis amigos siempre cuentan conmigo.	1	2	3	4
6- Cuando hay que hacer algo en grupo, intento evitarlo.	1	2	3	4
7- Tengo problemas con los demás.	1	2	3	4
8- Me gusta estar en sitios donde hay poca gente.	1	2	3	4
9- En mi tiempo libre estoy con familiares y amigos	1	2	3	4
10- Tengo buenas relaciones con mis padres	1	2	3	4
11- Tengo muy pocos amigos.	1	2	3	4
12- Suelo estar solo/a porque los demás no quieren estar conmigo.	1	2	3	4
13- Tengo con quien hablar de mis problemas.	1	2	3	4
14- Me gusta estar con otras personas.	1	2	3	4
15- La gente tiene una buena opinión sobre mí.	1	2	3	4
16- Me gusta más estar solo/a.	1	2	3	4
17- Me gusta estar con mucha gente.	1	2	3	4
18- Me cuesta saludar a la gente.	1	2	3	4
19- Cuando hay mucha gente en un sitio, intento no ir.	1	2	3	4
20- Tengo buenos amigos.	1	2	3	4
21- Evito estar con gente.	1	2	3	4

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
22- Estoy distraído/a, no me entero de lo que pasa alrededor.	1	2	3	4
23- Me molesta estar con mis amigos.	1	2	3	4
24- Me siento acompañado/o.	1	2	3	4
25- Soy feliz.	1	2	3	4

Datos sociodemográficos:

a. Edad: _____ años.

b. Género: 1. Femenino 2. Masculino 3. Otro: _____

c. Estado civil:

- 1. Soltero/a
- 2. Convive/Pareja de hecho
- 3. Casado/a
- 4. Separado/a
- 5. Divorciado/a
- 6. Viudo/a

d. Zona de residencia:

1. Ciudad de Buenos Aires Indicar barrio _____

2. Gran Buenos Aires Indicar localidad _____

e. ¿Tiene hijos? 1. Sí 2. No

e.1. En caso de responder Sí, indique cuantos: _____

f. Cantidad de horas que trabaja semanalmente: _____

f.1. ¿Trabaja por turnos? 1. Sí 2. No

f.2. ¿Realiza horas extras? 1. Sí 2. No

f.3. Si respondió Sí en la pregunta anterior, ¿cuántas a la semana? _____

f.4. ¿Cuántos años hace que trabaja como operador de call center? _____

g. Tipo de relación laboral:

- 1. Permanente/estable
- 2. Temporario/contratado
- 3. Monotributista/colaborador permanente
- 4. Pasante/aprendiz
- 5. Interino/reemplazo
- 6. Otra Especifique _____

h. ¿Interrumpió alguna vez su actividad laboral? 1. Sí 2. No

h.1. Si respondió Sí en la pregunta anterior, ¿cuántas veces? _____

i. Su sueldo, ¿es sostén de familia? 1. Sí 2. No

i.1) Si respondió Sí:

- 1. Único sueldo (no comparte sostén con nadie)
- 2. Primer sueldo (comparte pero su sueldo es la mayor entrada)
- 3. Segundo sueldo (comparte pero su sueldo no es la mayor entrada)
- 4. Otro (Indique): _____

j. ¿Cuál es su máximo nivel de educación alcanzado?

- 1. Primario incompleto
- 2. Primario completo
- 3. Secundario incompleto
- 4. Secundario completo
- 5. Terciario incompleto
- 6. Terciario completo
- 7. Universitario incompleto
- 8. Universitario completo

j.1. En caso de tener estudios terciarios o universitarios completos indique el título que le fue otorgado:

k. ¿Realiza alguna actividad asociada con su bienestar?

1. Sí 2. No

k.1. En caso de responder Sí, indique cual: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN