

TESIS DOCTORAL

PREVALENCIA E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO
DE PADECIMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE
ONCOLOGÍA

PRESENTADA POR

JOSE LUIS GÓMEZ URQUIZA

DIRIGIDA POR

EMILIA INMACULADA DE LA FUENTE SOLANA

GUILLERMO ARTURO CAÑADAS DE LA FUENTE



UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

ENERO 2017

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autor: José Luis Gómez Urquiza

ISBN: 978-84-9163-207-8

URI: <http://hdl.handle.net/10481/46523>

PREVALENCIA E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO
DE PADECIMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PROFESIONALES DE DE SERVICIOS DE ONCOLOGÍA.

Como Director de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza el trabajo ha sido realizado por el/la doctorando/a bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctor, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, 20/12/2016

Director/es de la Tesis

Emilia Inmaculada De la Fuente Solana / Guillermo Arturo Cañadas De la Fuente



Firma

El doctorando, Jose Luis Gómez Urquiza, y los directores de la tesis Emilia Inmaculada De la Fuente Solana y Guillermo Arturo Cañadas De la Fuente:

Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 20/12/2016

Director/es de la Tesis:

Emilia Inmaculada De la Fuente Solana / Guillermo Arturo Cañadas De la Fuente



Firma

Doctorando:

Jose Luis Gómez Urquiza



Firma

A mis padres, Josefa y Antonio

A mi pareja, Rocío

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias a todas las personas que han colaborado directa o indirectamente al desarrollo de esta tesis doctoral.

A mis directores de la tesis, la Dra. Inmaculada de la Fuente Solana y el Dr. Guillermo Cañadas De la Fuente. Durante estos tres años han estado siempre disponibles para ayudarme, apoyarme y resolver todas las dudas y los problemas que han ido surgiendo durante el camino. Además, han sido muchos los conocimientos y habilidades que he podido adquirir trabajando a su lado en este tiempo, conocimientos que han sido y me serán muy útiles en mi futuro académico.

Al resto de los miembros del grupo de investigación HUM-183: Gustavo Cañadas, Luis Albendín, Cristina Vargas, Rafael Fernández, Raimundo Aguayo, Lorena Ortega y Lucía Ramírez. Por su apoyo y conocimientos cuando han sido necesarios, sus palabras de ánimo y los buenos ratos juntos.

Al sindicato de enfermería SATSE por su ayuda en la recolección de datos para este trabajo.

A mis compañeros de Facultad por sus palabras de ánimo continuas.

A toda mi familia y a mis amigos por los buenos y necesarios ratos de desconexión y risas juntos.

A mis hermanos, Fernando, por su ayuda con la revisión de traducciones y textos, y Javier, por su ayuda con la preparación de clases mientras yo elaboraba la tesis.

A mis padres, Josefa y Antonio, por apostar desde un principio para que siguiese formándome, por su cariño, su apoyo moral y económico durante toda mi formación y por la educación y la exigencia para que aspirase siempre a algo más.

A mi pareja, Rocío, por su ánimo, apoyo, cariño y cuidados durante el largo proceso de elaboración de la tesis, entendiendo mis días y noches en el ordenador, y ayudando siempre en todo lo que podía para que yo tuviese más tiempo para dedicarle a la tesis.

A todos, muchísimas gracias.

Las investigaciones en las que se enmarca la totalidad del trabajo desarrollado en esta Tesis Doctoral es el proyecto P11HUM-7771, Proyecto de Excelencia de la Junta de Andalucía, y el proyecto CEI2014-MPBS6 del Campus de Excelencia Internacional CEI-BIOTIC Granada. Todos ellos concedidos al Grupo de Investigación HUM-0183 del Plan Andaluz de Investigación Desarrollo e Innovación.

PRESENTACIÓN

Ha sido mucho el tiempo que ha transcurrido desde mi primera matrícula en la Universidad de Granada como doctorando en el curso 2013-2014. Durante estos tres años he compaginado la elaboración de la tesis doctoral con el trabajo como becario en un proyecto de investigación durante el primer año y como personal docente e investigador del Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada durante los dos restantes.

Esta tesis doctoral parte de la convicción de que no todas las unidades hospitalarias donde trabajan los profesionales de enfermería influyen en la misma medida en el desarrollo del burnout. El tipo de patologías y de pacientes de cada unidad hospitalaria es diferente, y por ello es esperable que el nivel de burnout varíe según la unidad de trabajo de la enfermera. Además, las características sociodemográficas, laborales y psicológicas de las enfermeras también juegan un papel clave en el síndrome, de ahí la necesidad de estudiar más a fondo algunas de ellas.

En concreto, el interés se centra en los profesionales de enfermería en general, y, en particular, los que trabajan en unidades de oncología. Este servicio atiende a un tipo de pacientes muy concreto y con una de las patologías más graves conocidas actualmente y cuyo impacto no sólo es enorme para el paciente sino también para sus familiares y allegados. Esto puede afectar también a las enfermeras que trabajan en contacto con este tipo de pacientes ya que la exigencia física, emocional y mental puede acabar pasando factura.

El grupo de investigación HUM-0183 y el Sindicato de Enfermería SATSE, preocupados por la influencia que tiene el trabajo de las enfermeras sobre su propia salud y los efectos perjudiciales que conlleva,

iniciaron en colaboración un proyecto de recogida de datos sobre esta temática en enfermeras del Servicio Andaluz de Salud. Los datos incluidos en esta tesis doctoral forman parte de esos datos recogidos y se han obtenido de enfermeras de oncología de las ocho provincias andaluzas.

Esta tesis doctoral se estructura en 5 capítulos. En el primero se desarrolla el marco teórico sobre el síndrome de burnout y las características específicas de los servicios de oncología. En el segundo se desarrollan los objetivos e hipótesis propuestos para la tesis doctoral.

El tercer capítulo incluye un meta-análisis sobre la edad como factor de riesgo del burnout en enfermería. Este estudio es uno de varios trabajos realizados en nuestro equipo de investigación, todos ellos sobre factores de riesgo del burnout en personal de enfermería. Este estudio ha sido aceptado y publicado en formato “*Early View*” en la revista *Research in Nursing & Health* incluida en el primer cuarto (21/116) de la categoría Nursing en el ranking Journal Citation Reports.

En el capítulo 4 se desarrollan dos estudios centrados en el síndrome de burnout en las enfermeras de oncología: el primero de ellos es una revisión sistemática sobre la prevalencia, los niveles y factores de riesgo del burnout en este grupo de profesionales y ha sido aceptado y publicado en la revista *Oncology Nursing Forum*, situada en el primer cuarto (2/116) del ranking Journal Citation Reports en la categoría Nursing; el segundo es un estudio empírico sobre el burnout en enfermeras de oncología y la influencia de diferentes factores de riesgo, entre ellos algunos factores de personalidad en estas profesionales (estudio que se encuentra en revisión en la revista *European Journal of Oncology Nursing*, incluida en el primer

quarto (22/116) del ranking Journal Citation Reports en la categoría Nursing).

En el capítulo 5 se incluye la discusión general y conclusiones extraídas a partir de toda la información recabada y analizada en la tesis doctoral, así como algunas líneas futuras de trabajo. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas citadas en la tesis doctoral.

Por último, mencionar mi agradecimiento al Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad de Granada por aceptar esta propuesta de investigación, y ofrecerme el marco formativo en el que he podido realizar esta tesis doctoral y, en este momento, depositarla para su próxima defensa pública.

Granada a 20 de diciembre de 2016

El doctorando

RESUMEN

El síndrome de burnout es un problema creciente en el entorno laboral que afectada cada día a un mayor número de profesionales. La definición más aceptada del burnout es la que propusieron Maslach y Jackson (1981), y que lo describieron como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal que aparece como respuesta a estresores crónicos.

Dentro de los profesionales afectados por el síndrome, los profesionales sanitarios y, en concreto, los profesionales de enfermería parecen ser unos de los más afectados por el trastorno o en mayor riesgo de padecerlo (Bernardi, Catania, & Marceca, 2005), existiendo una alta prevalencia en la profesión (Cañadas De la Fuente et al., 2015). Las características sociodemográficas, laborales y psicológicas de los propios profesionales de enfermería juegan un papel clave en el desarrollo del síndrome, siendo necesario estudiar más a fondo algunas de ellas. Además, no todas las unidades hospitalarias donde trabajan los profesionales de enfermería tratan el mismo tipo de patologías y de pacientes. Por ello, el día a día de las enfermeras, dependiendo de la unidad de trabajo, tendrá unas características específicas, viéndose éstas expuestas a diferentes estresores en función de la unidad de trabajo. El caso concreto de las unidades de oncología merece especial atención. En las unidades de oncología se atiende a personas con patologías graves que tienen un alto impacto en el entorno personal, familiar y social del paciente, teniendo las enfermeras de oncología que afrontar e intervenir en situaciones complejas donde se pueden presentar dilemas éticos (Pavlish, Brown-Saltzman, & Jakel, 2015; Romeo-Ratliff, 2014).

Con el objetivo de analizar más a fondo algunos factores de riesgo del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería, en el primer estudio de la presente tesis doctoral, se desarrolló un meta-análisis de la relación entre la edad y el síndrome de burnout. El meta-análisis incluyó 47 estudios con información para 50 muestras en cansancio emocional, 39 estudios para 42 muestras en despersonalización y 31 estudios para 34 muestras para la realización personal. Los tamaños del efecto indicaron que la edad de los profesionales de enfermería influye en el cansancio emocional y la despersonalización, viéndose más afectados los profesionales más jóvenes, pero no tiene mucha influencia sobre la realización personal. Debido a la alta heterogeneidad encontrada en los tamaños del efecto se realizó un análisis de variables moderadoras, encontrándose algunas variables que pueden explicar la relación entre la edad y el burnout, como el género, el estado civil y otras, pudiendo ser estas variables cruciales para la identificación de grupos de riesgo.

Tras el análisis de la influencia del factor sociodemográfico edad sobre el burnout en los profesionales de enfermería, los dos estudios posteriores de esta tesis doctoral se centraron en el análisis del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de oncología. En el segundo estudio de esta tesis doctoral se realizó una revisión sistemática sobre prevalencias y factores de riesgo del burnout en estas enfermeras. La revisión incluyó 27 estudios, encontrándose que la prevalencia del trastorno es alta en las dimensiones cansancio emocional y baja realización personal, siendo la despersonalización la dimensión del burnout menos afectada en estas profesionales. También se detectaron algunas variables que influyen en el desarrollo del síndrome en los profesionales de estos servicios, por ejemplo, la edad, la carga de trabajo, la experiencia profesional o las habilidades de comunicación.

Por último, en el tercer estudio de esta tesis doctoral, de tipo empírico, y en el participaron profesionales de enfermería de los servicios de oncología del Servicio Andaluz de Salud, se estimó la prevalencia del síndrome en esta población de enfermeros y se les clasificó, siguiendo el modelo de Golembiewski y Munzerider (1988), según la fase de gravedad del trastorno en la que se encontraban. Además, se analizó la relación de algunos factores de personalidad, sociodemográficos y laborales con el síndrome de burnout. La prevalencia estimada a partir de los datos recogidos indica que un 29.6% de los profesionales en servicios de oncología del Servicio Andaluz de Salud, se encuentran en las fases más graves del trastorno. Añadido a lo anterior, se encontraron relaciones significativas entre las tres dimensiones del burnout con la variable turno de trabajo, ansiedad, depresión y los cinco factores de personalidad (neuroticismo, amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura).

AGRADECIMIENTOS.....	V
PRESENTACIÓN.....	IX
RESUMEN	XIII
ÍNDICE	XVI
LISTA DE SIGLAS	XIX
LISTA DE TABLAS.....	XX
LISTA DE FIGURAS.....	XXI
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	3
1.1.1 Definición de burnout.....	3
1.1.2 Modelos explicativos del burnout.....	6
1.1.3 Instrumentos para la medida del síndrome de burnout.....	8
1.1.4 Profesiones afectadas por el burnout.....	10
1.2 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO	12
1.2.1 Estresores presentes en el entorno hospitalario	12
1.2.2 Prevalencia del burnout en las profesiones sanitarias	15
1.2.3 Consecuencias del burnout en los profesionales sanitarios y su entorno laboral.....	18
1.3. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS FACTORES DE RIESGO	21
1.3.1 Factores de riesgo del burnout en el personal de enfermería.....	23

1.4. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE BURNOUT EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA	31
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	41
2.1 INTRODUCCIÓN.....	43
2.2 OBJETIVOS.....	45
2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	46
CAPÍTULO 3. LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO.....	49
3.1 RESUMEN.....	51
3.2 INTRODUCCIÓN.....	52
3.3 MÉTODO.....	56
3.3.1 Búsqueda bibliográfica y criterios de inclusión	56
3.3.2 Codificación de las variables y tamaños del efecto.....	59
3.3.3 Análisis estadístico	60
3.4 RESULTADOS.....	62
3.4.1 Características de la muestra	62
3.4.2 Descripción de los tamaños del efecto	62
3.4.3 Análisis de variables moderadoras	67
3.5 DISCUSIÓN.....	73
CAPÍTULO 4. INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA	79
4.1 RESUMEN.....	81

4.2. ESTUDIO 1: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y NIVELES DE BURNOUT EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	82
4.2.1. Método.....	86
4.2.2. Resultados.....	89
4.2.3. Discusión	118
4.3. ESTUDIO 2. BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE PERSONALIDAD EN ENFERMERAS DE ONCOLOGÍA.....	123
4.3.1. Método.....	126
4.3.2. Resultados.....	129
4.3.3. Discusión	135
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	141
5.1. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES.....	143
5.2 OBJETIVOS 1, 2.....	145
5.3 OBJETIVOS 3, 4 y 5.....	147
5.4 OBJETIVOS 6, 7 y 8.....	151
5.5 CONCLUSIONES FINALES.....	156
5.6. LIMITACIONES DEL TRABAJO	158
5.7. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	159
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	163

LISTA DE SIGLAS

CE: Cansancio Emocional

IC: Intervalo de Confianza

D: Despersonalización

DT: Desviación Típica

GS: General Survey

HSS: Human Services Survey

JCR: Journal Citation Reports

MBI: Maslach Burnout Inventory

RP: Realización Personal

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SD: Sin Datos

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla 1. Estudios incluidos y tamaños del efecto entre la edad y las dimensiones del burnout (n=65).	63
Tabla 2. Regresión simple de las variables cuantitativas que moderan la relación entre la edad y el burnout.	69
Tabla 3. Análisis ANOVA para comparar el efecto de las variables moderadoras sobre el tamaño del efecto entre la edad y el burnout.	70
Tabla 4. Resumen de las características de los estudios incluidos en la revisión (n= 27).	93
Tabla 5. Prevalencia de valores bajos, medios y altos en las 3 dimensiones del burnout en enfermeras de oncología.	113
Tabla 6. Valores descriptivos de las variables estudiadas (n= 101).	130
Tabla 7. Niveles de burnout en cada una de sus dimensiones	131
Tabla 8. Clasificación de los participantes según el Modelo de Fases	131
Tabla 9. Valor r (Correlación de Pearson) entre el burnout y los factores de personalidad, ansiedad y depresión	134

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de selección de los estudios incluidos en el meta-análisis	58
Figura 2. Diagrama de flujo de selección de los estudios	91

CAPÍTULO 1.
INTRODUCCIÓN

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

1.1.1. Definición de burnout

El concepto de burnout comenzó a gestarse e investigarse en la década de los 70. En el año 1974 se publicó un artículo titulado “Staff burn-out” en el que su autor, el psiquiatra Hebert Freudenberger, informaba sobre cómo los voluntarios de la clínica de adicciones St Mark’s Free Clinic en Nueva York empezaban a presentar una pérdida de energía que les conducía al agotamiento emocional. Además, desarrollaban progresivamente una falta de interés, motivación y compromiso por su trabajo llegando incluso a desarrollar síntomas mentales y físicos. A este fenómeno lo llamó “burnout”, que se correspondía con un término usado para nombrar los efectos de la cronicidad en el abuso de algunas drogas (Freudenberger, 1974). Aunque otros documentos utilizaron la palabra burnout (Bradley, 1969) o describieron los síntomas (Schwartz & Will, 1953) que serían posteriormente establecidos como indicativos del síndrome, los especialistas en el tema coinciden en designar como punto de partida del desarrollo exponencial de las investigaciones sobre el tema a Freudenberger (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Casi de forma simultánea, la psicóloga Christina Maslach y sus colaboradores, durante la realización de entrevistas a profesionales sanitarios, observaron como estos trabajadores se sentían a menudo emocionalmente exhaustos, desarrollaban sentimientos y percepciones negativas hacia sus pacientes y experimentaban crisis sobre su

competencia como profesionales, lo que denominaron como burnout (Maslach, 1976).

Maslach y Jackson (1981) definen y evalúan el burnout a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), siendo su conceptualización del síndrome la más utilizada en la comunidad científica. Según estas autoras es un síndrome tridimensional caracterizado por “*la presencia de cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y falta de realización personal (RP) en profesiones que trabajan con personas*” (Maslach & Jackson, 1986), que aparece como consecuencia de la exposición continuada a estresores por parte de los profesionales (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

El CE se refiere a la sensación de no poder dar más de uno mismo en el trabajo por haber agotado los recursos emocionales y por la falta de la energía que sí se tenía antes. La D alude al desarrollo por parte de los profesionales de actitudes cínicas, indiferencia y sentimientos negativos hacia los clientes, los compañeros y la propia organización donde se trabaja. La baja RP se caracteriza por una autoevaluación negativa de los trabajadores, que sienten que no realizan bien su trabajo y no están cumpliendo sus objetivos, pudiendo aparecer baja autoestima laboral (Maslach et al., 2001).

A pesar de la amplia aceptación del burnout como un síndrome tridimensional, su conceptualización no ha estado exenta de debates, ya que algunos consideran que no se trata de un síndrome multidimensional sino de un término unidimensional equivalente al agotamiento, que puede ser mental, físico y emocional (Pines & Aronson, 1981). También ha sido

relacionado y confundido con términos como el estrés o la fatiga por compasión a pesar de desarrollarse en diferente temporalidad y por diferentes causas (Alkema, Linto, & Davies, 2008).

Aunque en sus inicios el estudio del síndrome de burnout se centraba en trabajadores del sector servicios y, sobre todo, en profesionales sanitarios, más tarde se observó que también era un problema presente en docentes (Espeland, 2006), policías y fuerzas de seguridad (Aguayo, Vargas, Cañadas, & De la Fuente, 2016; De la Fuente Solana, Aguayo Estremera, Vargas Pecino, & Cañadas De la Fuente, 2013), gerentes, empresarios y otros trabajos en los que se requiere de creatividad, tutorización y capacidad de resolución de problemas (Schaufeli et al., 2009). En estos casos fue definido como *“un estado de agotamiento en el que uno es cínico sobre su propio trabajo y duda sobre su capacidad para desarrollarlo”* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Durante las últimas cuatro décadas, y debido a la importancia de las consecuencias negativas del padecimiento del burnout, el estudio del síndrome ha sufrido un crecimiento exponencial, existiendo por ejemplo 3.588 registros en Pubmed si se busca el término burnout en el título, 5.052 en PsycINFO o 15.089 en ProQUEST. Además, su amplia repercusión en la comunidad científica también se ha visto materializada en la creación de revistas específicas sobre el tema, por ejemplo, en el año 2014, la revista “Burnout Research” de la editorial Elsevier que ya cuenta con 10 números.

El interés sobre el estudio del burnout se debe, entre otras causas, a cómo afecta a las personas que lo padecen, la pérdida de personal que dimite de

su puesto de trabajo, el gasto en nuevas contrataciones, y a que se trata de un problema que puede presentarse en una amplia variedad de profesiones. Por ello, y por el incremento que está sufriendo en diferentes sectores, es considerado como uno de principales peligros laborales del siglo XXI, e incluso ha sido comparado con un virus que envenena la desilusionante y mala relación que existe hoy entre las personas y su trabajo (Leiter & Maslach, 2005).

1.1.2. Modelos explicativos del burnout

A lo largo del desarrollo de la investigación sobre el burnout han surgido numerosos modelos que intentan explicar los aspectos relacionados con su desarrollo y evolución. Algunos de los modelos más relevantes y relacionados con esta tesis doctoral, se presentan a continuación.

Edelwich y Brodsky, en el 1980, plantearon el burnout como un modelo de 4 fases que consistía en la fase de entusiasmo, fase de meseta o estancamiento, fase de frustración, y por último la fase de indiferencia o apatía. En la primera fase el profesional muestra altas expectativas laborales que suelen ser poco realistas. En la siguiente comienza a darse cuenta de que no está alcanzando los logros, resultados o expectativas que esperaba alcanzar respecto al reconocimiento por sus compañeros y sus clientes. A continuación, acaba cuestionándose a sí mismo y su propio trabajo durante la fase de frustración para, en la fase final, acabar en un estado de apatía e indiferencia hacía su trabajo (Edelwich & Brodsky 1980).

Durante el mismo año otro autor propuso un modelo de conceptualización del burnout en el que la base del mismo está formada por las fuentes de estrés, que están, a su vez, relacionadas con las influencias de las características de la persona, el cambio de actitudes y el marco laboral (Cherniss, 1980a, 1980b). Este modelo ha sido utilizado más ampliamente en policías y docentes (Burke, 1987; Burke & Greenglass, 1994) y se caracteriza por la influencia potencial del marco laboral (estilo de dirección y supervisión, carga de trabajo, autonomía etc.) en el desarrollo del síndrome y en el que la propia persona, según sus características, contará con factores potenciadores o inhibidores del estrés pudiendo aparecer un cambio de actitudes frente al idealismo, el realismo en el trabajo o la indiferencia emocional (Cherniss, 1980a).

Otro de los modelos conceptuales, basado en la tridimensionalidad del síndrome de burnout y que comparte el marco teórico ofrecido por el MBI, propone ocho fases o estadios de gravedad de padecimiento del burnout. Las fases I, II y III se corresponderían con el burnout leve, las fases IV y V con niveles medios de burnout y las fases VI, VII y VIII con niveles altos de burnout (Golembiewski, Munzenrider, & Stevenson, 1986). En este modelo la puntuación de cada dimensión del burnout se clasifica en niveles bajos o altos, que se combinan adecuadamente para la obtención de las diferentes fases del trastorno, siendo la dimensión con la que se desencadena este proceso la D, seguida de la baja RP y el CE (Golembiewski & Munzenrider, 1988).

El modelo de Golembiewski, Muzenrider y Stevenson (1986) ha sido uno de los que más se ha continuado contrastando y desarrollando desde su conceptualización, lo que ha permitido que tenga fortalezas como el

permitir la categorización de las fases del padecimiento del burnout, así como el punto crítico del burnout avanzado, o la identificación de grupos de riesgo (Cañadas De la Fuente, 2012). Sin embargo, como punto clave de disensión en la modelización del burnout, algunos autores consideran el CE como la dimensión clave que viene seguida de la D y la baja RP, pero sin existir relación entre estas dos últimas (Lee & Ashforth, 1996).

Para Leiter y Maslach (1988), las tres dimensiones son fundamentales en el desarrollo del síndrome y éstas a su vez se relacionan con los factores individuales y ambientales. Sin embargo, el CE sería el punto de partida que llevaría a la D y posteriormente a la baja RP. Otro modelo, basado en el expuesto, sugiere que el CE aparece como respuesta a los estresores a la par que la baja RP, surgiendo la D al final (Leiter, 1991).

Aunque no todos los modelos coinciden en la forma de definir el burnout, o sobre cuál es la dimensión desencadenante del síndrome, sí coinciden en el planteamiento de un burnout progresivo, que evoluciona según un modelo de fases y en el marco teórico que ofrece la conceptualización tridimensional del síndrome, planteada desde el MBI, así como en la influencia de las condiciones ambientales, laborales y personales en su desarrollo y en la importancia del mismo (Albendín García, 2016).

1.1.3 Instrumentos para la medida del síndrome de burnout

Son muchos los instrumentos que existen para la valoración del burnout, aunque el MBI (Maslach & Jackson, 1981) ha sido el más utilizado o “gold standard” desde su creación (Worley, Vassar, Wheeler, & Barnes, 2008). Como se ha expuesto anteriormente, el MBI está compuesto por

tres factores, el CE, la D y la RP. Dicha prueba consta de diferentes versiones adaptadas a las diferentes poblaciones de estudio y ha sido adaptado a numerosos idiomas, entre ellos el español (Seisdedos, 1997).

Para los profesionales sanitarios se utiliza el MBI-Human Services Survey (HSS) que consta de 22 ítems relacionados con los sentimientos y pensamientos del sujeto sobre su interacción y desempeño en el trabajo. 9 ítems corresponden a la dimensión CE, 5 a D y 8 a RP (Maslach & Jackson, 1986). El cuestionario se contesta mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (de 0 a 6) y su fiabilidad es, según sus autoras, de 0,89 para CE, 0,77 para D y 0,74 para RP. Valores similares se encontraron en un estudio meta-analítico, que indica que su fiabilidad es de 0,88 para CE, 0,71 para D y 0,78 para RP (Aguayo, Vargas, De la Fuente, & Lozano, 2011). El MBI, así como las diferentes opciones de dimensionalidad o su fiabilidad han sido ampliamente estudiados, existiendo defensores y detractores de su estructura, validez y fiabilidad (Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Scheurs, 2005; Schaufeli, Martínez, Marques Pinto, Salanova, & Bakker, 2002; Aguayo et al., 2011).

También existe la versión para docentes, el MBI-Educators Survey (Maslach & Jackson, 1986) que evalúa las tres mismas dimensiones, pero sustituyendo la palabra “recipient” por “student” y el MBI-General Survey (GS) que va dirigido a todo trabajador no relacionado con profesiones de ayuda ni enseñanza y que está compuesto por 16 ítems (Maslach & Jackson, 1986).

Otros instrumentos para medir el burnout son: (1) el Gillespie-Numeroff Burnout Inventory (Gillespie & Numeroff, 1984) que diferencia entre

burnout activo y pasivo y se centra en los sentimientos respecto al trabajo; (2) el Staff Burnout Scale (Jones, 1980) formado por 30 ítems y que evalúa el burnout cognitivo, afectivo, psico-fisiológico y conductual; (3) el Burnout Measure, que consta de 21 ítems y valora el agotamiento físico, emocional y mental (Melamed, Kushnir, & Shirom, 1992); (4) el Copenhague Burnout Inventory (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005) que mide el dominio personal del burnout, el relacionado con el trabajo y el relacionado con la relación con el cliente; (5) la Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (García Izquierdo & Velandrino, 1992) centrada en la dimensión cansancio emocional; (6) el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo (Gil Monte, 2005) específico para profesionales de la salud; (7) el Athlete Burnout Questionnaire para deportistas (De Francisco, Arce, Andrade, Arce, & Raedeke, 2009; Garcés de Los Fayos Ruiz, De Francisco Palacios, & Arce Fernández, 2012); (8) el Cuestionario Burnout Granada (De la Fuente et al., 2013; De la Fuente et al., 2015).

Numerosos estudios apoyan la validez, fiabilidad y estructura del MBI, siendo el CE el factor más consistente, aunque algunas personas indican que la estructura no es correcta. Este trabajo utiliza la conceptualización tridimensional tradicional del burnout propuesta por Maslach y Jackson (1986) y que otros cuestionarios utilizan como marco teórico.

1.1.4 Profesiones afectadas por el síndrome de burnout

En un inicio, el síndrome de burnout fue descrito como un trastorno que afectaba a trabajadores que realizan su actividad profesional de cara al público o en estrecha relación con los receptores de su trabajo (Maslach,

1982) como abogados, docentes, enfermeros, médicos, psicólogos o policías. Fue el creciente interés por parte de la comunidad científica el que suscitó la idea de que otras profesiones no estaban exentas del padecimiento del burnout, lo que propició una definición más general del síndrome como *“un estado de CE en el que la persona desarrolla una visión cínica sobre su trabajo y se siente insegura sobre su capacidad para el mismo”* pasando la dimensión D a ser utilizada de forma indistinta, con ambas denominaciones, D o cinismo (Maslach et al., 1996). Se empezó entonces a hablar de cómo podía influir también a profesiones como personal militar, empresarios, informáticos o deportistas (Arce, De Francisco, Andrade, Arce, & Raedeke, 2010; Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013; Schaufeli et al., 2009), hablando ya desde hace tres décadas de, al menos, 25 campos profesionales con posibilidad de verse afectados (Silverstein, 1986).

Es complejo establecer comparaciones sobre la afectación de las diferentes profesiones por el síndrome del burnout debido a las distintas características laborales de cada profesión y a las diferentes nacionalidades de las poblaciones de estudio, ya que en cada país se dan unas condiciones culturales, sociales y laborales, que pueden influenciar el desarrollo del síndrome. A pesar de ello, algunos estudios que han comparado los niveles de burnout en diferentes profesiones, informan de niveles más altos de CE en los docentes, seguidos por enfermeros y médicos, mayor D en policías y médicos, y menor RP en enfermeros y policías (Schaufeli & Enzmann, 1998; Lozano et al., 2007).

1.2 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

1.2.1 Estresores presentes en el entorno hospitalario

Los profesionales sanitarios son uno de los colectivos más afectados por el síndrome de burnout. En su día a día dentro del entorno hospitalario están expuestos a numerosos estresores psicosociales (Triolo, 1989a), laborales (Hayes, Fitzgerald, Doherty, & Walsh, 2015) además de peligros físicos, químicos y biológicos (Triolo, 1989b).

En su práctica diaria los profesionales sanitarios se enfrentan a diferentes estresores psicosociales. Trabajan en contacto con el dolor y el sufrimiento de los pacientes y sus familias, cargan con la responsabilidad de cuidar de vidas humanas, están en contacto con la muerte y, además, trabajan en un ambiente de relaciones complejas, y en las que pueden aparecer conflictos, con sus compañeros, la dirección, los pacientes y sus familiares (Martínez, Oliveira Latorre, & Fischer, 2015). Todos estos factores son estresores a los que se ven sometidos de forma continuada los profesionales, convirtiéndolos en un grupo de riesgo del padecimiento del síndrome de burnout (Galleta et al., 2016; García-Izquierdo & Ríos-Rísquez, 2012).

Numerosas variables del entorno laboral han sido consideradas factores relacionados con el desarrollo del síndrome de burnout. Dos de estos potenciales factores de riesgo son la carga laboral y el turno de trabajo. El sector sanitario es un ambiente cambiante y las condiciones de trabajo en los hospitales están volviéndose cada vez más exigentes y estresantes para

los trabajadores (Portoghese, Galleta, Coppola, Finco, & Campagna, 2014). Generalmente los profesionales sanitarios perciben que su carga laboral es excesiva y que incluso pone en riesgo la seguridad de sus pacientes (Ider, Adams, Morton, Whitby, & Clements, 2012; Michtalik, Yeh, Pronovost, & Brotman, 2013), lo que puede aumentar el estrés y las intenciones de dejar el trabajo en estos profesionales (Mohammad Mosadeghrad, 2013).

El turno de trabajo también es una de las variables laborales cuyo impacto sobre la salud ha sido ampliamente estudiado. Dentro del entorno hospitalario es común trabajar por turnos, incluyendo los turnos de noche, festivos, e incluso la jornada física complementaria, en la que los trabajadores realizan 24 horas de trabajo continuas (Cañadas-De la Fuente et al., 2016). Entre las consecuencias negativas de la turnicidad los estudios identifican trastornos del sueño, alteraciones de la alimentación y las relaciones sociales, e incluso la afectación generalizada de la salud física y mental (Wilson, 2002).

Otras variables relacionadas con el desarrollo del trastorno son la antigüedad en la profesión, la antigüedad en el puesto y la especialización, todas ellas de gran interés en el estudio del burnout (Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández, & De la Fuente, 2014). Algunos autores se centran, también, en el estudio de las relaciones y la comunicación entre los distintos profesionales sanitarios (Sharpe et al., 2014), porque el equipo de salud debe coordinarse y comunicarse adecuadamente para conseguir una mejora en los resultados de salud de los pacientes (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Otros factores laborales que se han puesto en relación con el síndrome son el sueldo (Tyson & Pongruengphant, 2004), el

desequilibrio entre la vida personal y laboral (Klein, Frie, Blum, & Knsebeck, 2011) o la cultura de la organización y el liderazgo de sus empleados (Tsai, 2011). Por último, la relación con los pacientes y los familiares puede derivar en problemas graves, como la intimidación verbal, los insultos o la agresión hacia los profesionales, lo que también ha sido relacionado con el burnout (Gascon et al., 2013).

El profesional sanitario también está expuesto a riesgos biológicos y químicos, ya que el trabajo hospitalario supone estar en contacto con sustancias químicas altamente tóxicas para la salud como, por ejemplo, la medicación citostática empleada en el tratamiento del cáncer, o los isótopos radioactivos para la radioterapia (Ladeira et al., 2014), todos ellos estresores añadidos a los ya citados previamente. Los profesionales sanitarios también están continuamente expuestos al contacto con sustancias o muestras biológicas. El contacto con éstas siempre lleva implícito un riesgo de infección para los profesionales encargados de su extracción, transporte, análisis y destrucción, ya que cualquier accidente laboral en este contexto puede tener gravísimas consecuencias (Senthil et al., 2015; Xie, Zhou, & Wang, 2015).

Además de los riesgos químicos y biológicos, en el ámbito hospitalario los profesionales también están expuestos a riesgos físicos derivados de los esfuerzos para la movilización de pacientes, adecuación de la postura durante la realización de intervenciones o del manejo de material punzante y cortante de forma habitual (AlQahtani, Alzahrani, & Harvey, 2016). Por ejemplo, en países como Estados Unidos, la prevalencia de lesiones por motivos laborales en profesionales sanitarios duplica la prevalencia de lesiones de los demás trabajadores, siendo los problemas musculo-

esqueléticos los más prevalentes (Lee, You, Gillen, & Blanc, 2015) y habiéndose demostrado la relación de estos con el síndrome de burnout (Gholami, Pahlavian, Akbarzadeh, Motamedzade, & Moghaddam, 2016; Sorour & El-Maksoud, 2012).

La exposición a los estresores nombrados anteriormente se está viendo incrementada con el paso de los años, sobre todo, en los países en recesión económica. En éstos, los profesionales sanitarios están sufriendo recortes salariales, se les está aumentando la carga de trabajo y la ratio profesional-paciente se está incrementando (Alameddine, Bauman, Laporte, & Deber, 2012; Palese, Vianelli, De Maino, & Bortoluzzi, 2012). Además, la falta de recursos, el aumento de los ratios y la realización de turnos más largos se ha demostrado que influye negativamente en la calidad de la atención, en la satisfacción de los usuarios y en la mortalidad de los pacientes (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Timothy, 2007; Lang, Hodge, Olson, Romano, & Kravitz, 2004). Todo lo anterior puede favorecer un clima más negativo, un aumento de las reclamaciones en la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes y sus familiares y un mayor desgaste de los profesionales, influyendo directamente sobre su nivel de burnout (Dall’Ora, Griffiths, Ball, Simon, & Aiken, 2015).

1.2.2 Prevalencia del burnout en las profesiones sanitarias

Dentro del entorno sanitario existen varias profesiones encargadas del cuidado de los pacientes, los auxiliares de enfermería, los profesionales de enfermería y los médicos. Estudios internacionales en 7 países europeos con enfermeras, médicos y médicos residentes indican que un 31,9% de los profesionales sanitarios presentan alto CE, un 33,2% alta D y niveles

altos de ambas dimensiones un 20,9% (Alexandrova-Karamanova et al., 2016) mientras que otros estudios en profesionales sanitarios, con una muestra de enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería, de unidades de cuidados intensivos, hablan de un 27,8% de prevalencia del burnout (Profit et al., 2014). Estudios realizados en profesionales chinos al cuidado de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia adquirida informan de un 20,5% de la muestra con CE alto, un 7,6% con alta D y un 17,8% con baja RP (Qiao et al., 2016).

Cada profesión tiene sus propias competencias, responsabilidades, salario, opciones de promoción y condiciones específicas de su puesto de trabajo. Por ello es esperable que los niveles de burnout difieran entre unos profesionales y otros. Además, dentro de una misma profesión sanitaria existen diferentes especializaciones, unidades de trabajo y características propias de cada sistema sanitario según el país etc., lo que también puede influir sobre los niveles de burnout (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, et al., 2016; Kumar, 2016).

Respecto a los médicos, un estudio británico en zonas rurales informó de que el 80%, un 61% y un 44% sufren, respectivamente, de niveles medios y altos de CE y D y de baja RP (Thommasen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz, & Grzybowski, 2001). Por otro lado, un estudio europeo encontró niveles altos de CE en un 43% de los médicos de familia, por un 35% de alta D y un 32% de baja RP, presentando un 12% de la muestra niveles alterados en la 3 dimensiones (Soler et al., 2008). Estudios realizados en médicos estadounidenses encontraron síntomas de burnout en un 46% de la muestra (Shanafelt et al., 2015) o en un 23% (Yoon, Hunt, Ravella, Jun, & Curlin, 2016), mientras que en médicos militares de

Estados Unidos hay un 7,7% de profesionales afectados por el síndrome y un 25,6% en riesgo de padecerlo (Simons et al., 2016).

Referente al burnout en los profesionales de enfermería la producción también ha sido exponencial durante los últimos años. Estudios realizados con profesionales en España hablan de un 25% de los enfermeros con niveles altos de CE y un 30% con niveles altos de D y baja RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). En enfermeras de Singapur se han encontrado valores mayores de afectación de CE, D y baja RP, siendo la prevalencia respectivamente 39%, 40% y 59% (Ang et al., 2016). Otros estudios internacionales con enfermeras de varios países indican que en países como Japón y Estados Unidos sus profesionales presentan mayor CE y D que en Alemania, Canadá, Nueva Zelanda o Reino Unido, siendo muy similares los niveles de RP en todos los países salvo Japón con un nivel muy bajo (Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010). Sin embargo, estos niveles también pueden variar dependiendo del servicio de trabajo de las enfermeras, habiéndose encontrado variaciones entre el 5% y el 31% de CE alto en enfermeras de atención primaria (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016), entre el 7,5% y el 100% en alta D en enfermeras de urgencias (Albendín et al., 2016) o entre el 50 y el 60% de baja RP en enfermeras de cuidados intensivos (Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum, & Moss, 2009, 2012).

Otra de las profesiones sanitarias que más tiempo pasa en contacto con el paciente y sus familiares, y por lo tanto también puede verse afectada por el síndrome de burnout, son los auxiliares de enfermería. Aunque la producción científica sobre estos profesionales ha sido menor que en médicos y enfermeros también existe literatura científica sobre ellos. Un

estudio llevado a cabo en Brasil indica que el 5,9% de los auxiliares de enfermería presentan burnout, estando el 23,6% afectados por alto CE, el 21,9% por alta D y el 29,9% por baja RP (Ferreira Ndo & De Lucca, 2015). Otros autores informan que, en profesionales de la sanidad militar, los niveles de CE, D y falta de RP son más altos en los auxiliares de enfermería que en los profesionales de enfermería, aunque existiendo sólo diferencias significativas en D (Ayala & Carnero, 2013). Otros muestran que no existen diferencias significativas en la prevalencia de burnout entre auxiliares y enfermeros (Verdon, Merlani, Perneger, & Ricou, 2008) o que los niveles del síndrome son similares para ambos, 23% auxiliares y 24% enfermeros, superando en el nivel de burnout a médicos, psicólogos y fisioterapeutas en más de un 12% de prevalencia (Gosseries et al., 2012).

Los profesionales sanitarios, como se ha visto anteriormente, están expuestos a numerosos estresores diariamente, lo que puede favorecer la aparición del síndrome de burnout. La prevalencia del síndrome dentro de las profesiones sanitarias varía según la profesión, el tipo de servicio o unidad, e incluso el país de trabajo, aunque está demostrado que dentro del entorno hospitalario existe una parte importante de la población que padece el síndrome o está en riesgo de padecerlo.

1.2.3 Consecuencias del burnout sobre los profesionales sanitarios y su entorno laboral

La presencia del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios no afecta únicamente a la persona que lo padece, sino que su efecto se ve reflejado también sobre la propia institución para la que trabaja y sobre la atención sanitaria que reciben los pacientes (Suñer-Soler et al., 2014).

Para el profesional que lo padece se han descrito numerosos síntomas físicos y psicológicos. Algunos autores informan de que mayores niveles de CE están asociados con una mayor afectación de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36 (Vilagut et al., 2005) que evalúa la función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional, la salud mental y la transición de la salud. Salvo en el caso de la función física, lo mismo ocurre con la D y justo lo opuesto cuando aumenta la RP de los trabajadores sanitarios (Suñer-Soler et al., 2013).

Otros efectos descritos del síndrome sobre los profesionales sanitarios son insomnio, irritabilidad, consumo de alcohol o drogas, dificultad para concentrarse o ansiedad y depresión (García Izquierdo & Sáez Navarro, 2000; Mingote Adán, Moreno Jiménez, & Gálvez Herrer, 2004). Estos datos coinciden con otros estudios que indican que los médicos con mayor burnout presentan mayores niveles de psicopatología, consumen más analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos (Molina Sigüero, García Pérez, Alonso González, & Cecilia Cermeño, 2003) o dolores de cuello, espalda y alteraciones de memoria (Peterson et al., 2008).

El burnout también ha sido relacionado con trastornos mentales comunes en profesionales sanitarios, siendo el CE la dimensión que más influye en esta relación (Silva & Menezes, 2008). Otros autores informan de la existencia de relación entre el CE y la D con la "*evasión de experiencias*", que hace que los profesionales de enfermería modifiquen su forma de actuar para evitar, deliberadamente y mediante técnicas de evasión, experimentar experiencias negativas que se presentan en el entorno

hospitalario (Losa Iglesias, Becerro de Bengoa Vallejo, & Salvadores Fuentes, 2010), lo que, en un principio, puede ser beneficioso pero finalmente acaba generando mayores problemas de salud (Dyrbye et al., 2008).

Dentro del impacto que el burnout tiene sobre las instituciones sanitarias, hay autores que informan de que existe relación directa entre los niveles de CE y D de las enfermeras y su intención de cambiar de trabajo (Leiter & Maslach, 2009), algo de lo que también informan otros autores, especificando que el burnout influye en la intención de dejar el trabajo en el próximo año (Gasparino, 2014). También se ha informado de que el burnout incrementa el número de bajas laborales por psicomorbilidad (Molina Siguero et al., 2003) y que influye sobre los resultados de salud y calidad de los cuidados en la institución (Salyers, Flanagan, Firmin, & Rollins, 2015; Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans, & Van de Heyning, 2010). Otros autores han relacionado el burnout con un aumento en los costes de la atención sanitaria, detectando un aumento innecesario de derivaciones al especialista y a pruebas diagnósticas entre los profesionales con burnout (Kushnir et al., 2014), lo que supone un aumento del gasto de la institución.

Respecto a la atención sanitaria, un estudio con cirujanos indica que aquellos que han informado sobre errores médicos presentan mayores niveles de CE y D, con respecto a los que no han informado de errores (Shanafelt et al., 2010). Además, cada punto incrementado en los niveles de CE y D se corresponde con un aumento en el informar sobre errores, respectivamente, del 5% y el 11%, mientras que el aumento de un punto en la RP se corresponde con una disminución del reporte de errores del

3,6% (Shanafelt et al., 2010). Otro estudio muestra como en médicos residentes con burnout el porcentaje que reconoce no haber tratado o cuidado a algún paciente de forma óptima durante el último mes es mayor que en los residentes que no padecen burnout, 53% contra 21% respectivamente, siendo la D la dimensión más influyente en esta relación (Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002).

Un estudio con enfermeras encontró que la presión en el trabajo y los niveles altos de burnout se relacionaban con una disminución en la seguridad del paciente en términos de lesiones por los cuidados prestados, caídas, infecciones nosocomiales, errores en la administración de medicación, fallos en la documentación o retrasos en el cuidado del paciente (Teng, Shyu, Chiou, Fan, & Lam, 2010). Además, las enfermeras con mayores niveles de burnout perciben que el ambiente laboral es más inseguro para los pacientes (Halbesleben, Wakefield, Wakefield, & Cooper, 2008) y disminuye la satisfacción de estos con la atención recibida (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay, 2007; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane, & Aiken, 2011).

1.3. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS FACTORES DE RIESGO

Como se ha expuesto previamente, el entorno hospitalario contiene numerosos factores que pueden favorecer el desarrollo del síndrome de burnout. Dentro del entorno hospitalario todas las profesiones pueden verse afectadas por el síndrome, sin embargo, los profesionales de enfermería pasan mucho tiempo con el paciente y sus familiares y son las encargadas de realizar numerosas intervenciones en contacto directo. Por

ello es importante conocer más a fondo el síndrome en este grupo profesional ya que su afectación puede tener consecuencias muy graves para el correcto funcionamiento de la institución sanitaria y la recuperación de los pacientes.

Entre las tareas que desarrolla un profesional de enfermería se encuentran, entre otras: el cuidado, apoyo y confort de los pacientes; evaluación y monitorización continua de las necesidades de salud y la respuesta a las intervenciones; educación de los pacientes y comunidades; proporcionar y coordinar servicios de salud y ayudar a otros servicios sanitarios para el éxito en la implementación de intervenciones (World Health Organization, 2002). Además, instituciones sanitarias internacionales consideran que el papel de estos profesionales aumentará su papel clave en la sociedad para los retos de salud pública venideros y las necesidades cambiantes de la población (World Health Organization, 2002).

En el entorno hospitalario, los profesionales de enfermería son uno de los grupos con mayor riesgo de padecer el síndrome (Bernardi, Catania, & Marceca, 2005) y, además, es uno de los más afectados por él, existiendo una alta prevalencia dentro de la profesión (Cañadas De la Fuente et al., 2014), que en muchas ocasiones supera a las demás profesiones sanitarias (Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013). Todo esto se ve agravado por un incremento de la presión sobre los profesionales de enfermería que ha ido en aumento durante las últimas décadas en muchos países europeos. Los sistemas sanitarios, para ajustarse a un entorno económico centrado en la eficiencia de la gestión, han optado en su mayoría por intensificar el trabajo, aumentar la rotación de los pacientes, las ratios enfermera-

paciente, o incluso las bajadas salariales o el incremento de horas de trabajo (Tackenberg, Hasselhorn, & Büscher, 2003).

Como se ha visto, el estrés en el trabajo no se origina sólo por el entorno en el que la enfermera desarrolla sus competencias y el contacto directo con los pacientes, sino que otros factores externos, como las condiciones laborales, están aumentando el riesgo de que las enfermeras desarrollen el síndrome de burnout o, incluso, como indican algunos estudios a nivel europeo con una muestra de 34.925 enfermeras, el 3,3% piensen en abandonar su trabajo al menos una vez al día, en alguna ocasión a la semana el 3,9%, alguna vez al mes el 8,4% y alguna vez al año el 30.5% (Hasselhorn, Tackenberg, & Müller, 2003).

Conocer los factores que puedan favorecer el desarrollo del síndrome de burnout en profesionales de enfermería permitirá establecer programas de prevención en este grupo, potenciar la creación de políticas de intervención dentro de la institución sanitaria o potenciar recursos personales propios que promuevan el desarrollo de factores protectores (Albendín et al., 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Fearon & Nicol, 2011; Gómez-Gascón et al., 2013; Russell, 2016).

1.3.1 Factores de riesgo de burnout en personal de enfermería.

Cuando se estudian los factores relacionados con el desarrollo del síndrome de burnout se suelen clasificar atendiendo a algunos patrones que faciliten su análisis. Dentro de éstos existirán algunos que favorezcan el desarrollo del síndrome de burnout mientras que otros ejercerán un papel protector frente al trastorno. En el estudio de los factores de riesgo

del burnout parece existir un acuerdo por clasificarlos en torno a las tres grandes categorías que se utilizarán también en esta tesis doctoral, factores sociodemográficos, laborales y psicológicos (Purvanova & Muros, 2010; Vargas et al., 2014); no obstante, existen otras propuestas de taxonomía, por ejemplo, en factores laborales y organizacionales o psicosociales (Bria, Baban, & Dumitrascu, 2012).

Factores sociodemográficos.

Las variables sociodemográficas y su relación con el burnout en profesionales de enfermería han sido quizás las menos analizadas por los investigadores, porque, aunque suelen incluirse en los estudios, el objetivo central de éstos suele ser el estudio de variables laborales o psicológicas (Freimman & Merisalu, 2015; Lorenz & Guirardello, 2014).

La edad, el género y el estado civil han sido los factores sociodemográficos más estudiados para conocer su influencia en el desarrollo del burnout en profesionales de enfermería, aunque otros autores también han valorado la influencia de tener o no hijos. A pesar de ello, y como se muestra a continuación, los resultados son, en general, contradictorios.

En el caso de la edad algunos estudios indican que conforme aumenta la edad disminuye la puntuación en las tres dimensiones del burnout (Ilhan, Durukan, Taner, Maral, & Bumin, 2008; Akkus, Karacan, Göker, & Aksu, 2010), mientras que otros apuntan a que disminuye el CE y la D y aumenta la RP (Patrick & Lavery, 2007). También hay autores que se centran en determinados intervalos de edad, indicando que la mayor

afectación por el burnout se da entre los 19 y los 40 años (Akhtar, Lee, & Lai, 2003), o a partir de los 30 años (Losa Iglesias et al., 2010) o incluso otros que indican que no existen relaciones significativas entre la edad y el burnout de los profesionales de enfermería (Wu, Zhu, Wang, Wang, & Lan, 2007).

Respecto al género, algunos autores afirman que no existen diferencias significativas en los niveles de las tres dimensiones del burnout en los profesionales de enfermería en función de que sean hombres o mujeres (Ozçakar, Kartal, Dirik, & Nil Tekin, 2012; Sabbah, Sabbah, Sabbah, Akoum, & Droubi, 2012; Sharma, Sharp, Walker, & Monson, 2007). Mientras otros indican que el CE es más alto en mujeres que en hombres (Pisanti, Van der Doef, Maes, Violani, & Lazzari, 2016; Solano, Hernández-Vidal, Moreno, & Reig-Ferrer, 2002) o más alto en hombres (Bekker, Croon, & Bressers, 2005; Kavurmaci, Cantekin & Tan, 2014). Lo mismo ocurre en las dimensiones D y RP, ya que algunos autores indican que las mujeres despersonalizan más y se sienten más realizadas (Meeusen, Van Dam, Brown-Mahoney, Van Zundert, & Knape, 2010; Mitchell, 2009; Proost, White, Witte, & Evers, 2004) mientras otros afirman que los hombres se sienten más realizados y están más afectados por la D (Bratis et al., 2009; Nathan, Brown, Redhead, Holt, & Hill, 2007; Pisanti, Van der Doef, Maes, Lazzari, & Bertini, 2011).

En la relación del estado civil hay autores que indican que no existe relación entre estar soltero o casado y el riesgo de padecer burnout (Gama, Barbosa, & Vierira, 2014; Kiekkas, Spyrtos, Lampa, Aretha, & Sakellaropoulos, 2010). Sin embargo, otros informan que los solteros tienen mayor predisposición a desarrollar el síndrome (Cilingir, Gursoy, &

Colak, 2012; Hazell, 2010) y otros indican que los casados o con pareja tienen más riesgo de sufrir CE (Kavurmaci, Cantekin, & Tan, 2014), D y RP (Lasebikan & Oyetunde, 2012).

Por último, la relación de las tres dimensiones del burnout con el hecho de tener hijos también presenta controversia en sus resultados. Algunos estudios afirman que tener hijos protege frente al CE (Esfahani, Mirzaee, Boroumandfar, & Abedi, 2012) o que, por el contrario, tenerlos, hace que aumente (Ayala & Carnero, 2013). Lo mismo ocurre con la D ya que se encuentran trabajos en los que se indica que los hijos protegen (Aytekin, Kuguoglu, & Yilmaz, 2013) y otros en los que se defiende que son un factor de riesgo (De Souza França, Figueiredo de Martino, dos Santos Aniceto, & Silva, 2012), planteándose idéntica controversia en RP, con resultados a favor del papel protector de los hijos (Lasebikan & Oyetunde, 2012) o de riesgo (Aytekin et al., 2013) frente al burnout. Se encuentran otros factores que también han sido identificados como protectores frente al burnout, por ejemplo, el apoyo socio-familiar (Albar Marín & García Ramírez, 2005).

Factores laborales.

En el entorno hospitalario son múltiples los factores laborales que pueden afectar a los profesionales de enfermería y que pueden influir en la aparición del síndrome de burnout. El conocimiento de los factores que protejan frente a los que favorecen la aparición del trastorno deben ser tenidos en cuenta por las instituciones sanitarias y sus directivos para proponer medidas que favorezcan la protección de las enfermeras frente al burnout.

Un factor que puede influenciar la presencia de burnout son los años de antigüedad en la profesión. Algunos autores muestran que los valores más altos de CE y D se dan en aquellos profesionales de enfermería con menos de 10 años de vida profesional, que presentan además los niveles más bajos de RP (Ilhan et al., 2008). Sin embargo, un estudio meta-analítico, que incluye 29 estudios, indica que el CE aumenta conforme lo hace la experiencia profesional, mientras que la D y la RP disminuyen (Vargas et al., 2014).

La carga de trabajo y el número de horas de trabajo también han sido estudiadas y parece existir consenso entre los diferentes autores, que indican que una mayor carga de trabajo y un mayor número de horas de trabajo suponen un aumento de los niveles de burnout de las enfermeras; es más, consideran éstos como algunos de los principales factores de riesgo del síndrome (Dickinson & Wright, 2008; Ilhan et al., 2008).

El turno de trabajo, o la turnicidad, es una de las características inherentes al trabajo de los profesionales de enfermería. Los resultados de las investigaciones indican que aquellas enfermeras que trabajan por turnos presentan mayores niveles de burnout que aquellas con un turno fijo (Ilhan et al., 2008). Entre los efectos negativos de la turnicidad y la irregularidad vital debida a los turnos, se pueden citar la alteración del ritmo circadiano, la afectación del estado de ánimo el día después de las guardias y la alteración de la vida social y familiar, entre otros (Ferri et al., 2016), lo que puede favorecer la aparición del síndrome.

La buena relación con los compañeros y superiores hace que disminuyan los niveles de D (Ilhan et al., 2008), algo que también afirman otros autores (Dickinson & Wright, 2008). La satisfacción laboral también protege frente al desarrollo del burnout (Vargas et al., 2014; Zangaro & Soeken, 2007).

Otro de los factores estudiados es la inclusión de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones o la presencia de ambientes favorables para la práctica enfermera. Que los profesionales de enfermería sean tenidos en cuenta a la hora de la toma de decisiones, un clima de seguridad, apoyo de la organización y mejores relaciones con los compañeros son factores protectores frente al desarrollo del síndrome (Dos Santos Alves, Da Silva, & Brito Guirardello, 2016), mientras que la presencia de conflictos interprofesionales afecta negativamente al burnout (Dickinson & Wright, 2008).

Los diferentes servicios o unidades de hospitalización, debido a las diferencias en cuanto a los pacientes tratados, el tipo de patologías y demás peculiaridades, también han sido tenidos en cuenta en la valoración de los factores de riesgo. Algunos autores indican que las enfermeras que trabajan en unidades quirúrgicas son las más afectadas por el síndrome (Vargas et al., 2014), aunque otras especialidades como las unidades de cuidados intensivos y las de urgencias también han sido identificadas como unidades de riesgo para el burnout (Albendín et al., 2016; Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016), y siendo algo más bajos en enfermeras de atención primaria y de cuidados materno-infantiles (Cañadas et al., 2015; Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016).

Otros factores laborales como el sueldo (Tyson & Pongruengphant, 2004), la cultura de la organización (Tsai, 2011), la relación con los pacientes y los familiares también ha sido relacionadas con el burnout (Gascon et al., 2013).

En definitiva, todos los investigadores que trabajan en este tema parecen estar de acuerdo en que una buena gestión del entorno de los profesionales de enfermería, que favorezca un mejor clima laboral y aumente la satisfacción de las enfermeras podría facilitar una disminución en los niveles de burnout de estos profesionales.

Factores psicológicos.

Las variables psicológicas y su influencia sobre el burnout han sido, quizás, la parte menos estudiada del síndrome en los profesionales de enfermería. Aun así, algunos estudios han valorado la influencia de los Big Five o los Cinco Factores de personalidad (amabilidad, apertura, extraversión, neuroticismo y responsabilidad) en el desarrollo del burnout en profesionales de enfermería (Ang et al., 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh, Arjenaki, Nori, & Oreyzi, 2009; Hudek-Knežević, Kalebić Maglica, & Krapić, 2011; Zellars, Perrewé, & Hochwarter, 2000).

La amabilidad se refiere al grado en el que la persona es cooperativa, cuidadosa y simpática con los demás (Alarcón, Eschleman, & Bowling, 2009; Costa & McCrae, 1992). La amabilidad, según indican algunos estudios, tiene una relación negativa y significativa con el CE y la D y positiva con la RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009; Zellars et al., 2000), aunque otros indican que sólo guarda relación con la

RP (Hudek-Knežević et al., 2011) o que tiene una relación positiva con el CE (Ganjeh et al., 2009)

La apertura es la tendencia en la que la persona desea ser única, el cambio y la variedad y suelen ser personas con imaginación, tolerantes a la ambigüedad y aceptan nuevas experiencias e ideas (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1992). Para algunos autores este factor sólo guarda relación con la RP, siendo un factor protector (Hudek-Knežević et al., 2011; Zellars et al., 2000), mientras que otros indican que no existe relación significativa entre la apertura y el burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009).

La extraversión refleja lo alegre, sociable, entusiasta y amante de la diversión que es una persona (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1992). Este factor ha sido relacionado con una mejora de las tres dimensiones del burnout (Zellars et al., 2000), algo en lo que coinciden otros autores (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009) aunque otros indican que no guarda relación significativa (Hudek-Knežević et al., 2011).

El neuroticismo o inestabilidad emocional se refiere a la tendencia a presentar emociones negativas, hostilidad, frustración y culpabilidad (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1992). Este factor ha sido identificado como un factor del riesgo del síndrome de burnout ya que aquellos que puntúan alto en neuroticismo suelen presentar puntuaciones más altas de CE y D y menores niveles de RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009; Zellars et al., 2000).

La responsabilidad está relacionada con la orientación a la consecución de logros, ser organizado y confiable en el trabajo (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1992). Esta ha sido identificada como un factor que puede proteger a los profesionales de enfermería frente al desarrollo del burnout, disminuyendo el CE y la D y aumentando la RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), aunque otros no encuentran relaciones significativas con CE y D (Ganjeh et al., 2009; Hudek-Knežević et al., 2011).

La relación de todos los factores analizados, tanto sociodemográficos, como laborales y psicológicos, y conocer su verdadera influencia sobre el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería, ayudará a que en las instituciones sanitarias se pueda identificar un perfil de riesgo de burnout en estos profesionales, lo que permitiría realizar programas preventivos para evitar su aparición, o establecer programas de intervención, en caso de desarrollo del trastorno.

1.4. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE BURNOUT EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

En el apartado anterior se ha hablado sobre como la especialidad, servicio o unidad de trabajo del profesional de enfermería puede ser un posible factor de riesgo laboral del síndrome de burnout. Es un hecho indiscutible que cada unidad hospitalaria trata patologías diferentes, que afectan desde la mente, al corazón, los riñones, problemas endocrinos, cirugías, etc. y con tiempos de evolución que van desde lo agudo a lo crónico y que

necesitan de hospitalización o de seguimiento en la comunidad. Por lo tanto, una enfermera que trabaje en quirófano no tendrá el mismo contacto y relación con los familiares que el que pueda tener una enfermera que trabaja en una unidad de hospitalización como medicina interna, o una enfermera de urgencias u otra que trabaje con pacientes oncológicos.

La oncología es la ciencia “que se ocupa del estudio de los tumores y que se basa en la propiedad biológica de las células vivas para transformarse en cancerosas, escapando a los mecanismos de control fisiológicos y desafiando a las leyes homeostáticas” (García-Conde, 2000). La enfermería oncológica es, según la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, la que presta servicios a los individuos, familia o comunidad con procesos oncológicos durante el proceso de salud-enfermedad incidiendo desde la prevención del cáncer a los cuidados de enfermos terminales, y desarrollando las funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación (Díaz, Gattas, López, & Tapia, 2013).

Dentro de los roles de los profesionales de enfermería que trabajan en servicios de oncología, un estudio identificó tres roles importantes que ellos mismos identifican como claves en su trabajo y que se muestran a continuación (Zichi Cohen, 1995): el primero de ellos era “mantener los objetivos y valores del cuidado de la salud”, y para ello monitorizan pacientes, actúan por ellos, los protegen, los mantienen vivos y los ayudan a comprender su enfermedad y tratamientos; el segundo consiste en “participar en las experiencias de los pacientes” implicando el “estar ahí” con ellos, con el paciente moribundo y con la familia; por último identificaron el “reconciliar los valores del cuidado de la salud con la experiencia de los pacientes” para lo que tienen que educar a los pacientes

para que entiendan su enfermedad y el cambio en su realidad, así como comunicarles la verdad sobre su estado para crear significados consistentes con su realidad. La importancia de la valoración del paciente, anticipándose a los efectos del tratamiento y la evolución de la enfermedad, la educación de éste y sus familiares, así como animarlos a expresarse y plantear cuestiones también ha sido identificado como roles clave por otros autores (Rieger & Yarbo, 2003), que añaden, además, la importancia de tener formación específica para el manejo, por ejemplo, de la quimioterapia, saber gestionar los síntomas y dar cuidados de apoyo para aumentar el confort y el control de dolor.

La importancia de comunicar la verdad tanto al paciente como a la familia en situaciones de gravedad, o saber cuando debe abandonarse el tratamiento curativo porque sus daños son mayores que sus beneficios (Pavlish, Brown-Saltzman, & Jakel, 2015), para evitar caer en el encarnizamiento terapéutico, o el hablar con los pacientes y los familiares sobre la muerte (Brazil, Kassalainen, Ploeg, & Marshall, 2010), son algunos de los principales dilemas éticos que se pueden plantear en servicios de oncología.

El impacto de los tratamientos agresivos en pacientes terminales es, quizás, el mayor dilema ético que puede plantearse en estos servicios. Algunos estudios indican que las enfermeras de oncología identifican este problema como uno de los más prevalentes, y que en muchas ocasiones se evita hablar sobre el tema hasta que la situación no está muy avanzada; reconociendo que los pacientes deberían poder decidir conociendo toda la información sobre su patología y pronóstico (Pavlish et al., 2015). El estudio sobre el por qué se evita hablar sobre estos dilemas éticos muestra

que las enfermeras opinan que se debe a los diferentes conceptos sobre lo que son buenos cuidados entre los diferentes profesionales y el miedo a dañar las relaciones profesionales (Pavlish et al., 2015). La prolongación del tratamiento en aquellos casos en los que no existe posibilidad de curación también ha sido identificada como uno de los dilemas éticos en otros estudios. Estos indican que las enfermeras sienten ser los ojos y brazos del sufrimiento de los pacientes teniendo que administrar en ocasiones tratamiento de quimioterapia por prescripción médica a pacientes a los que saben que no les hará ningún bien (Pavlish, Brown-Saltzman, Jakel, & Rounkle, 2012). Además, en el caso de hablar con los pacientes y los familiares sobre otras opciones de tratamiento, más relacionadas con el tratamiento paliativo y cuidados fin de vida, suelen aparecer problemas con los compañeros médicos (Pavlish et al., 2012).

Otros dilemas o casos éticamente complejos que afrontan los profesionales de enfermería que trabajan en servicios de oncología son: dilemas sobre la justicia cuando las aseguradoras se niegan a cubrir el tratamiento; la capacidad mental de los pacientes para tomar decisiones sobre como gestionar tratamientos complejos; pacientes adolescentes con cancer que cumplen 18 años y en los que los padres quieren seguir tomando todas las decisiones; gestión de dolor; capacidad del paciente para firmar un consentimiento informado sobre un ensayo clínico; honestidad en situaciones con pronóstico terminal; fidelidad a las obligaciones como enfermera cuando el equipo médico no quiere escuchar y, las más reconocidas, inutilidad ante situaciones terminales o mantener la autonomía en enfermos terminales (Pavlish, Brown-Saltzman, Jakel, & Fine, 2014).

Además de todos los dilemas planteados, el diagnóstico de cáncer suele ser asociado por parte de los pacientes y sus familiares, a pesar de los grandes avances en los tratamientos y diagnóstico temprano, al término muerte, ya que sigue siendo unas de las principales causas de muerte en muchos países (American Cancer Society, 2011, 2015). Este hecho hace que parte de los pacientes oncológicos puedan presentar ansiedad, depresión, problemas psicológicos, sentimientos de vulnerabilidad o miedo (Kubota et al., 2016).

A esto hay que añadir otros aspectos que pueden complicar aún más la situación como, por ejemplo: la falta de formación en los nuevos profesionales para cuidados al final de la vida; la necesidad de estar constantemente aprendiendo nuevas habilidades y maquinaria; falta de preparación para las necesidades de los pacientes moribundos y de entrenamiento espiritual; conocer los complejos tratamientos con quimioterapia para el cáncer y los riesgos que conlleva la manipulación de esos medicamentos; estar en contacto directo con el sufrimiento y la muerte; la comunicación de malas noticias; hablar sobre temas profundos como la muerte y las decisiones de tratamiento; y trabajar en ambientes donde suele existir duelo de los pacientes y familiares (Ko & Kiser-Larson, 2016; Romeo-Ratliff, 2014).

Las enfermeras de oncología acompañan a los pacientes oncológicos por todo el proceso de salud enfermedad, desde los diagnósticos hasta los tratamientos, remisiones, curas, recidivas y muerte, siendo responsables de los cuidados holísticos y el apoyo a las familias durante el proceso (Romeo-Ratliff, 2014).

Como se ha visto previamente, el síndrome de burnout es un trastorno cuya conceptualización y descripción es relativamente actual y que parece seguir en desarrollo, aunque la producción científica en torno al tema ha sido muy amplia durante sus años de existencia, sobre todo en los profesionales sanitarios y, en concreto, en los profesionales de enfermería. Como se ha mencionado, se trata de un problema con graves consecuencias en tres niveles: personal, institucional y resultados de salud de los pacientes. Son muchos los factores de riesgo del síndrome entre los profesionales de enfermería, aunque a ellos hay que añadir aquellos relacionados directamente con las características específicas que se han mencionado sobre las unidades de oncología y sus pacientes.

El síndrome de burnout se ha convertido en un fenómeno global y su influencia sobre las bajas laborales y el abandono de los puestos de trabajo en profesionales de enfermería puede suponer un fuerte impacto económico. Estudios en Estados Unidos han estimado un coste medio debido al abandono de un puesto de trabajo por parte de una enfermera de entre 24 mil y 64 mil dólares; todo esto debido a la publicación de ofertas de empleo, reclutamiento, cubrir las vacantes durante la selección, el periodo de adaptación y la formación necesaria, y la influencia negativa sobre la institución del profesional “quemado” ya que disminuye su productividad, la calidad de los cuidados, aumentan los errores y pueden generar un ambiente negativo de trabajo (Jones & Gates, 2007). El burnout en enfermería también ha sido asociado con un aumento de las infecciones hospitalarias, habiéndose estimado un ahorro en infecciones urinarias de 3 millones de dólares o de 65 millones de dólares en infecciones quirúrgicas reduciendo el burnout un 30% (Cimiotti, Aiken, Sloane, & Evan, 2012).

Todos estos costes podrían dispararse en unidades o servicios de oncología si tenemos en cuenta aspectos como, entre otros: el tipo de pacientes, que en muchas ocasiones están inmunodeprimidos y con mayor riesgo de infección (Smiley, Almyroudis, & Segal, 2005); los costes de la medicación citostática para el tratamiento contra el cáncer que es mucho mayor que la de otros fármacos más comunes (Kantarjian, Steensma, Sanjuan, Elshaug, & Light, 2014); la formación necesaria para manejarla, trabajar en esta unidad y con este tipo de pacientes y familiares (Gutiérrez, Duarte, & Diaz, 2014); y los largos periodos de hospitalización que pueden tener los pacientes oncológicos (Schneider, Dreier, Amelung, & Buser, 2007). Habiendo expuesto los principales sobrecostes que pueden generar los profesionales de enfermería que sufren burnout es esperable pensar que, una enfermera de oncología que padezca el trastorno, debido a las características de los pacientes y su hospitalización, de los fármacos y de la necesidad de formarse especialmente para algunas tareas, puede suponer un coste económico aún mayor para la institución sanitaria. Todo ello sin contar el impacto que puede tener sobre su propia salud o sobre la salud de los pacientes que ya de por sí se encuentran en una situación compleja.

Esta tesis doctoral parte de la creencia de que el entorno de una unidad de oncología es muy característico y puede tener un efecto diferente sobre la posibilidad de desarrollar el burnout por parte de los profesionales de enfermería. Por ello, identificar la prevalencia del trastorno, en qué fase del padecimiento se encuentran las enfermeras oncológicas, los factores de riesgo y protectores del síndrome, permitiría centrar más el estado de la

cuestión en estos servicios y favorecería la elaboración de perfiles de riesgo y el establecimiento de programas preventivos del burnout.

Cualquier avance en este campo ayudaría a mejorar la salud de los profesionales y podría generar en un futuro un mejor ambiente laboral para las enfermeras de oncología, lo que, en última instancia, mejoraría la calidad de la atención y el cuidado de los pacientes oncológicos.

***CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E
HIPÓTESIS***

2.1 INTRODUCCIÓN

Como se ha visto, el síndrome de burnout puede tener un gran impacto negativo sobre el profesional, la institución sanitaria y los resultados de salud de los pacientes, de ahí la importancia de desarrollar estudios que permitan conocer qué factores influyen en su desarrollo y evolución y qué profesionales de enfermería en concreto pueden estar en un mayor riesgo de padecerlo.

Este documento, y la investigación que incluye, está enmarcado dentro de las líneas del grupo del Plan Andaluz de Investigación “Procesamiento de la Información y Toma de Decisiones” (HUM-183). En este grupo se desarrollan investigaciones multidisciplinares que abordan aspectos sobre psicometría y metodología de investigación, centrados en el área sanitaria y en los profesionales de ciencias de la salud.

Los integrantes desarrollan su actividad en el Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), el Departamento de Enfermería y el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, todos ellos pertenecientes a la Universidad de Granada, y en el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la UNED.

Durante los últimos ocho años se ha recibido subvención por parte de las convocatorias de excelencia de la Junta de Andalucía y por convocatorias de la Universidad de Granada. Todos los proyectos concedidos eran continuación de proyectos anteriores, siendo los más recientes el HUM-0183, P07HUM-02529, P11HUM-7771 y Proyecto de Investigación del

Campus de Excelencia CEI-BIOTIC (CEI2014-MPBS6). Estos proyectos de investigación giran en torno a tres grandes líneas:

(1) Análisis de datos en la investigación en ciencias de la salud.

Se están utilizando análisis estadísticos novedosos en la valoración del burnout, enmarcados en la filosofía bayesiana. El análisis bayesiano ha sido utilizado en el tercer estudio incluido en el capítulo 4 de esta tesis doctoral.

(2) Estudio psicométrico de pruebas para la evaluación del burnout.

Se han valorado las propiedades psicométricas de algunos instrumentos para la medida del burnout y validado y creado, instrumentos para la evaluación del síndrome. Algunas de estas herramientas han sido incluidas en la recogida de datos de esta tesis doctoral.

(3) Análisis de factores de riesgo del síndrome de burnout en diferentes profesionales.

Esta tesis doctoral se desarrolla principalmente dentro de esta tercera línea de investigación. En este trabajo se quiere avanzar en el estudio de los factores relacionados con el burnout en profesionales de enfermería. Añadido a lo anterior, se quiere iniciar el estudio de estos factores en profesionales de enfermería de unidades de oncología.

2.2 OBJETIVOS

Objetivo 1. Estimar, meta-analíticamente, el tamaño del efecto de la relación entre las tres dimensiones del burnout, CE, D y RP, con el factor sociodemográfico edad.

Objetivo 2. Analizar los factores que explican la variabilidad en los tamaños del efecto de la relación entre las tres dimensiones del burnout y la edad.

Objetivo 3. Conocer, mediante una revisión sistemática, los niveles medios de CE, D y RP en enfermeras de oncología.

Objetivo 4. Describir, mediante revisión de la literatura, la prevalencia de niveles bajos, medios y altos de CE, D y RP en enfermeras de oncología.

Objetivo 5. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, laborales y psicológicos del síndrome de burnout en enfermeras de oncología a partir de una revisión sistemática.

Objetivo 6. Conocer los niveles de burnout de los profesionales de enfermería de las unidades de oncología del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Objetivo 7. Estimar la prevalencia de niveles bajos, medios y altos de CE, D y RP en profesionales de enfermería de las unidades de oncología del SAS.

Objetivo 8. Describir la fase del padecimiento del burnout, según el modelo de Golembiewski, en la que se encuentran las enfermeras de oncología del SAS, participantes en esta investigación.

Objetivo 9. Estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de CE, D y RP con factores de riesgo sociodemográficos, laborales y de personalidad en profesionales de enfermería de oncología del SAS participantes en esta investigación.

2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Tras la lectura y el estudio de la documentación científica relacionada con el tema central de la tesis y para lograr los objetivos propuestos previamente, se han planteado algunas hipótesis de investigación que guían el diseño de los estudios que conforman esta tesis doctoral.

En relación con los objetivos 1, 2, 3, 4 y 5 anteriores, se plantean dos trabajos, uno de corte meta-analítico y una revisión sistemática. Las características de los trabajos hacen innecesario el planteamiento de hipótesis asociadas a los mismos.

En relación con los objetivos 6, 7, 8 y 9, relacionados con el estudio empírico las hipótesis que se plantean son:

- **Hipótesis 1.** Los profesionales de enfermería de oncología del SAS presentan niveles altos de burnout.

-
- **Hipótesis 2.** La prevalencia de valores altos de CE, D y baja RP en profesionales de enfermería de unidades de oncología del SAS serán superiores o iguales al 30%.
 - **Hipótesis 3.** La tasa de prevalencia de profesionales de enfermería de oncología del SAS que se encuentran en las fases más graves del padecimiento será superior a los que se encuentran en fases medias o leves.
 - **Hipótesis 4.** En profesionales de enfermería de oncología del SAS algunas variables sociodemográficas están relacionadas con el burnout.
 - **Hipótesis 5** En profesionales de enfermería de oncología del SAS algunas variables propias del entorno laboral están relacionadas con el burnout.
 - **Hipótesis 6.** En profesionales de enfermería de oncología del SAS algunos factores de personalidad están relacionados con el burnout.

CAPÍTULO 3.
LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO
DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:
UN ESTUDIO META-ANALÍTICO

Como Citar:

Gómez-Urquiza J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Age as a risk factor of burnout in nursing professionals: a meta-analytic study. *Research in Nursing & Health, In press*. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.21774/abstract>

3.1 RESUMEN

La relación entre el síndrome de burnout y la variable sociodemográfica edad en profesionales de enfermería ha sido sugerida por numerosos estudios. El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de la edad sobre las tres dimensiones del síndrome de burnout (CE, D y RP) en enfermeros.

Para ello, se realizó un meta-análisis de 51 estudios localizados en las principales bases de datos de ciencias de la salud y psicología y que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Hubo 47 estudios con información para 50 muestras en CE, 39 estudios para 42 muestras en D y 31 estudios para 34 muestras para la RP.

Los tamaños del efecto medio indican que la edad es un factor influyente en el CE y la D de los profesionales pero que no tiene mucha influencia sobre la dimensión RP. Debido a la alta heterogeneidad encontrada en los tamaños del efecto se realizó un análisis de variables moderadoras. Algunas variables que pueden explicar la relación entre la edad y el burnout, teniendo en cuenta el número de estudios para cada variable, incluyen el género, el estado civil y otras variables moderadoras. En conclusión, estas variables y la forma en la moderan la relación entre la edad y el burnout, pueden ser cruciales para la identificación de grupos de riesgo. La identificación de factores de riesgo permitiría establecer programas preventivos del burnout para profesionales de enfermería.

3.2 INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es un trastorno psicológico que afecta cada vez a más profesiones. Se sabe que las más perjudicadas son aquellas que se caracterizan por una fuerte interacción entre los trabajadores y los beneficiarios de su propio trabajo, por ejemplo, el personal sanitario, policías o docentes, entre otros (Schaufeli et al., 2009). El burnout puede ser definido como un síndrome tridimensional caracterizado por CE, D y baja RP. El CE se refiere al cansancio de las esferas afectiva y emocional del trabajador, la D consiste en el desarrollo de actitudes cínicas y negativas hacia el paciente, mientras la baja RP se caracteriza por autovaloración negativa y la incapacidad de sentirse realizado con el trabajo (Gil-Monte & Peiró, 1999). Se evalúa generalmente con el MBI (Maslach & Jackson, 1981), que ha sido reconocido como el instrumento que lidera la valoración del burnout. Aunque otros instrumentos están disponibles (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Ebbinghaus, 2002), el MBI, en cualquiera de sus versiones o adaptaciones, sigue siendo el más ampliamente utilizado por los investigadores y es el "gold standard" para evaluar otros instrumentos (De la Fuente et al., 2013; De la Fuente et al., 2015).

La alta prevalencia del síndrome en algunas profesiones y los trastornos que genera, tanto para personas como para organizaciones laborales, ha motivado que empiece a considerarse enfermedad laboral. En algunos países como es el caso de Suiza y Holanda, el burnout tiene un diagnóstico médico formal como lo pueden tener otras patologías (Schaufeli et al., 2009). En España, aunque no está tan avanzada en este sentido, el padecimiento del síndrome ha sido reconocido como enfermedad laboral

en el año 2000 por el Tribunal Supremo (Sentencia del Tribunal Supremo del 26/10/2000). El burnout ha sido incluido también en la Clasificación Internacional de Enfermedades, dentro de categoría "dificultades para gestión de la vida" (World Health Organization, 2015).

En el caso de las profesiones sanitarias en general y, en particular, la enfermería, la alta prevalencia del síndrome ha sido constatada en muchas investigaciones; de hecho, hay trabajos en los que se plantea que, probablemente, la enfermería sea la profesión que más padece los síntomas del burnout entre las profesiones sanitarias (Bacaicoa-Parrado et al., 2012; Losa-Iglesias & Becerro de Bengoa, 2013).

Los niveles de burnout registrados en los enfermeros, al menos en España, podrían ser explicados en parte por la situación económica del país que ha provocado que estos profesionales tengan que afrontar mayores cargas de trabajo, objetivos impuestos por los superiores que cuesta más trabajo cumplir, contratos a tiempo parcial y todo ello acompañado de reiteradas bajadas de sueldo (Calero Romero, 2012). Situaciones similares están ocurriendo en otros países, como China, donde habitualmente hay falta de enfermeros contratados mientras el número de pacientes se está incrementando (Zhang et al., 2014). Estas situaciones pueden incrementar el número de enfermeras que abandonen su trabajo, como ha sido informado por Buerhaus, Auerbach y Staiger (2009) en los Estados Unidos. Ellos informan de que un 37% de las enfermeras dicen que no trabajaban como enfermeras debido a los niveles de estrés y burnout que produce.

Algunos de los síntomas inespecíficos que experimentan los enfermeros que sufren de burnout son fatiga crónica, dolores de cabeza, insomnio, inestabilidad emocional o problemas al relacionarse con otras personas (Embriaco et al., 2007). Todo esto afecta a la salud física y psicológica de los profesionales, pero también a los pacientes y a las instituciones sanitarias, porque puede tener un impacto negativo sobre la institución sanitaria y los pacientes, ya que disminuye la calidad de la atención y disminuye la permanencia de las enfermeras en su trabajo (Barford, 2009).

Los factores de riesgo de burnout más estudiados han sido los relacionados con el ámbito laboral (Sinclair et al., 2015) aunque, en la última década, cada vez se generan más estudios sobre la asociación de algunas variables psicológicas con el burnout (Cañadas-de la Fuente et al., 2015; Hudek-Knezević et al., 2011). El estudio de las variables personales de tipo socio-demográfico como factores relacionados con el trastorno, ha sido menos frecuente (Purnanova & Muros, 2010). Sin embargo, creemos que en muchos casos son, o bien factores de riesgo del desarrollo del síndrome, o bien variables moderadoras de la relación de otras variables con el burnout (Vargas et al., 2014).

El registro de la variable edad junto a los niveles de burnout de los profesionales es habitual en las investigaciones, aunque es información a la que en la mayoría de ocasiones no se presta atención más allá de la descripción de la muestra. Cuando se incluye la relación entre la edad y el burnout se encuentran resultados muy heterogéneos que han llevado a interpretaciones contradictorias. Más específicamente, algunos estudios informan de una disminución de las tres dimensiones del burnout cuando se incrementa la edad (Akkus et al., 2010). Alternativamente, otros

estudios encontraron que a mayor edad se disminuía la puntuación en CE y D y aumentaba la RP (Höchwalder, 2008). Además, otros estudios indican que los menores de 30 años presentan niveles más bajos de burnout que los mayores de 30 (Losa Iglesias et al., 2010). Incluso hay estudios que no encontraron diferencias significativas en los niveles de burnout entre diferentes intervalos de edad (Kiekkas et al., 2010).

La situación de controversia anterior, hace difícil que los investigadores puedan tener claro si incluir o no la edad en un perfil de riesgo del burnout en profesionales de enfermería. El acceso a ese conocimiento permitiría tener en cuenta algunas franjas de edad de los profesionales para establecer programas preventivos del trastorno. Contradicciones similares en relación a variables laborales (Vargas et al., 2014) o variables sociodemográficas, como el género (Purnanova & Muros, 2010), han sido clarificadas mediante estudios meta-analíticos. Por esta razón, decidimos llevar a cabo un meta-análisis para evaluar la heterogeneidad en este tema. Por la inexistencia de meta-análisis previos sobre la relación entre la edad y el burnout, consideramos que nuestros resultados contribuirán a clarificar la controversia que existe respecto a esta asociación.

Nuestro meta-análisis se enfocó en el tamaño del efecto de la relación entre el burnout y la edad de los profesionales de enfermería. El objetivo general fue esclarecer si esa asociación existe y si hay variables moderadoras que la fortalezcan o la debiliten. Nuestro objetivo fue formular una propuesta para incorporar o excluir la edad como un factor del perfil del riesgo del burnout en profesionales de enfermería. Nuestros resultados aportarán una explicación para los resultados heterogéneos obtenidos en investigaciones previas identificando las variables que

moderan la asociación entre la edad y el burnout y la forma en que la afectan.

3.3 MÉTODO

3.3.1 Búsqueda bibliográfica y criterios de inclusión

La búsqueda fue realizada en varios pasos. En primer lugar, se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas: CINAHL, Dialnet, OVID, Pubmed, Proquest Platform (ebrary ebooks, Medline, ProQuest Health & Medical Complete, PsycARTICLES and PsycINFO), Psycodoc y Scopus. Como ecuación de búsqueda se utilizó (“Maslach Burnout Inventory” OR "MBI") AND (nurs*), sin aplicar limitaciones en los campos de búsqueda. A continuación, estudios meta-analíticos, revisiones sistemáticas y revisiones narrativas relacionados con el tema fueron buscados en la Cochrane Library Plus y Google Scholar. Ningún resultado fue obtenido.

Con el objetivo de ampliar la búsqueda de “literatura gris”, se buscó en Google Scholar y en Proquest Dissertations and Theses. Seguidamente, se consultaron las bases de datos Science Citation Index y Scopus para realizar una búsqueda hacia adelante de los estudios seleccionados. Finalmente, de todos los estudios recopilados previamente se llevó a cabo una búsqueda hacia atrás. Las diferentes estrategias de búsqueda expuestas se llevaron a cabo durante el mes de enero de 2015.

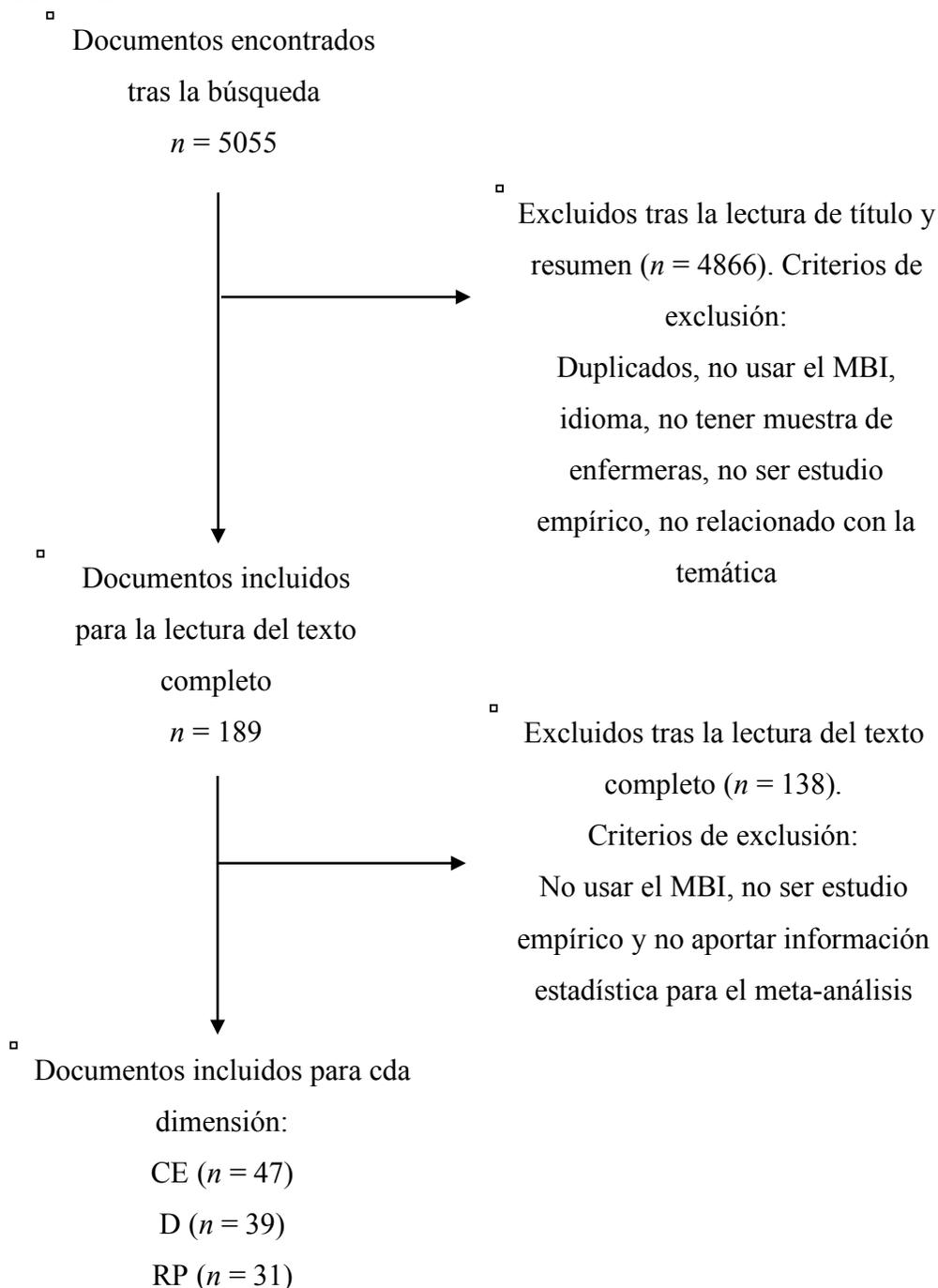
Los criterios de inclusión fueron: a) estudios de naturaleza empírica; b) que el constructo burnout fuese medido con el MBI; c) que la muestra fuera de enfermeros; d) que los estudios aportasen los tamaños del efecto

entre alguna dimensión del MBI y la edad; e) estudios que estuviesen redactados en español, inglés, francés, italiano o portugués. La fecha de publicación no fue un criterio de exclusión.

La búsqueda inicial produjo un total de 5055 estudios de potencial interés. Tras la lectura del título y el resumen, y la eliminación de duplicados, el número de estudios se redujo a 189. Una vez leídos los textos completos se descartaron aquellos estudios que no aportaban información estadística suficiente para los cálculos de los tamaños del efecto, no utilizaban el MBI como instrumento de medida, estaban redactados en chino y alemán, o la muestra no era únicamente de enfermeros. Antes de la inclusión final, la calidad metodológica de los estudios fue evaluada mediante los ítems de validez interna (2 al 6 y 11 al 18) de la guía de lectura crítica de estudios observacionales (Ciapponi, 2010). Estos ítems valoran aspectos relacionados con la selección de la muestra, definición y medida de las variables de estudio y el análisis estadístico. Ningún estudio fue excluido por sesgos metodológicos.

Dos miembros del equipo, consultando a un tercero en caso de desacuerdo, realizaron el proceso de búsqueda y la valoración de la validez interna de forma independiente. La muestra final del meta-análisis fue de 51 estudios. 47 estudios incluyeron información para 50 muestras en la dimensión CE, 39 estudios dieron información para 42 muestras en D y 31 estudios informaron de 34 muestras para RP (Figura 1). El total de profesionales de enfermería a partir de los cuales se obtuvieron conclusiones, fue de 23176 enfermeras.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de los estudios incluidos en el meta-análisis



3.3.2 Codificación de las variables y tamaños del efecto

Un manual de codificación de estudios se elaboró para registrar tanto las características del estudio que podían actuar como moderadoras como los tamaños del efecto entre las tres dimensiones de burnout y edad (Cooper, Hedges & Valentine, 2009). Las variables que se registraron fueron las siguientes:

Variables sustantivas: las medias y desviaciones típicas de la edad, la antigüedad en el puesto, la antigüedad en la profesión, la satisfacción laboral y las 3 dimensiones del MBI. Género, estado civil, hijos y la variable turno fueron recogidas, respectivamente, como sigue a continuación: porcentaje de mujeres, porcentaje de la muestra viviendo con pareja, porcentaje de la muestra con hijos y porcentaje de la muestra con turno rotatorio.

Variables metodológicas: tamaño de muestra; coeficiente alfa de Cronbach de las tres dimensiones del MBI; tipo de MBI (1, original; 2, adaptación); idioma del cuestionario MBI (1, inglés; 2, español; 3, otros); tasa de respuesta (porcentaje de cuestionarios cumplimentados); diseño del estudio (1, experimental; 2, cuasi-experimental; 3 de encuesta u observacional); muestreo (1, aleatorio; 2, de conveniencia); centros de trabajo de recogida de datos (1, un centro; 2, más de un centro).

Variables extrínsecas: tipo de publicación (1, revista incluida en Journal Citations Reports [JCR]; 2, revista no incluida en JCR; 3, tesis doctoral); continente donde se ha llevado a cabo el estudio (1, Europa; 2, Norte

América; 3, Asia; 4, Sur América); fecha de publicación (año de publicación del artículo).

El tamaño del efecto utilizado en el estudio ha sido la correlación bivariada de Pearson entre cada dimensión del burnout y la variable edad.

Para evaluar la fiabilidad de la codificación se pidió la colaboración de dos jueces independientes y ajenos a la investigación. El grado de acuerdo medio en las variables continuas se calculó a través del coeficiente de correlación intra-clase, siendo su valor de .91 (mínimo = .81; máximo = 1). El grado de acuerdo medio en las variables categóricas se calculó mediante el coeficiente kappa de Cohen, obteniéndose un valor de .90 (mínimo = .73; máximo = 1).

3.3.3 Análisis estadístico

Entre la variable edad y cada una de las dimensiones del MBI se realizaron meta-análisis separados para evitar problemas de dependencia estadística. La correlación de Pearson se transformó a z de Fisher con el propósito de estabilizar las varianzas y normalizar las distribuciones en los cálculos meta-analíticos (Cooper et al., 2009). Una vez realizados los análisis, se transformó de z de Fisher a r de Pearson y se informó del tamaño del efecto medio junto a sus intervalos de confianza (ICs) al 95% (Cooper et al., 2009).

La prueba Q de heterogeneidad y el índice I^2 fueron utilizadas para evaluar el grado de homogeneidad en torno al efecto medio. Cuando había heterogeneidad en torno al efecto medio se realizaron los análisis de

potenciales variables moderadoras. La influencia de las variables moderadoras cuantitativas se estudió mediante meta-regresión simple. Las meta-regresiones fueron hechas con el modelo *Method of Moments* y con el modelo *Fixed Effects* para las variables con un número bajo de estudios (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2005). Si las variables eran categóricas, se utilizaron ANOVAs para la comparación de grupos (Cooper & Hedges, 1994). Las variables moderadoras que eran estadísticamente significativas y con un alto número de estudios fueron incluidas en la meta-regresión múltiple.

Se realizó un análisis de sensibilidad para comprobar si alguno de los estudios incluidos en el meta-análisis producía variaciones en la estimación media del efecto obtenido. También se aplicó la prueba de regresión lineal de Egger para evaluar el posible sesgo de publicación (Egger, Smith, Schneider, & Minder, 1997). Los análisis estadísticos fueron realizados con los programas Comprehensive Meta-analysis 2.0 (Borenstein et al., 2005) y el paquete metafor de R 2.15.2 (Viechtbauer, 2010).

3.4 RESULTADOS

3.4.1 Características de la muestra

De los 51 estudios incluidos en el meta-análisis, el 48,07% fueron hechos en Europa, el 30,76% en América y el 21,15% en Asia. El 46,15% de los estudios estaban publicados en revistas del JCR, el 38,46% en revistas no incluidas y el 15,4% eran tesis doctorales. El muestreo fue intencional en el 65,4% de los casos y aleatorio en el 34,6%. Respecto a la fecha de publicación, las fechas más frecuentes fueron 2006, 2009 y 2010, representando el 9,61% cada una.

3.4.2 Descripción de los tamaños del efecto

Las correlaciones medias entre la edad y las tres dimensiones del burnout fueron las siguientes: $r = -.046$ (I.C. al 95%: $-.084, .008$; $k = 50$) en CE, $r = -.130$ (I.C. al 95%: $-.174, -.086$; $k = 42$) en D, y $r = .029$ (I.C. al 95%: $-.023, .080$; $k = 34$) en RP.

Los tamaños del efecto obtenidos fueron bajos. La correlación media entre la edad con CE ($p < 0.05$) y D ($p < 0.001$) fue estadísticamente significativa, no resultando significativa la correlación entre RP y edad ($p = 0.280$). Los tamaños del efecto de cada estudio y sus características se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estudios incluidos y tamaños del efecto entre la edad y las dimensiones del burnout (n=65)

Autor, año	Tamaño de la muestra	Lectura crítica 13 ítems	Tamaño del efecto entre CE y edad	Tamaño del efecto entre D y edad	Tamaño del efecto entre RP y edad
Akhtar et al., 2003	2267	13	-0.222	-0.25	0.17
Alacacioglu et al., 2009	56	12	0.092	0.217	0.012
Albar Marín et al., 2005	210	13	-0.19	SD	SD
Bakir et al., 2010	353	12	-0.009	-0.057	-0.049
Beaver et al., 1986	1332	13	SD	-0.23	SD
Bekker et al., 2005	394	12	0.12	SD	SD
Cañadas-De la Fuente et al., 2014	164	12	0.149	0.076	-0.044
Cash, 1988	99	13	-0.01	0.01	0.12
Chen et al., 2001	68	12	-0.31	-0.39	SD
Curci, 1996	182	13	-0.11	-0.21	0.16
De Rijk et al., 1998	277	12	0.09	0.07	SD

La edad como factor de riesgo del burnout

Diefenbeck, 2005	233	13	-0.12	SD	SD
Edwards et al., 2006	260	13	SD	0.07	SD
Fusco, 1994	101	13	-0.09	-0.052	0.104
Gueritault- Chalvin et al., 2000	445	12	-0.15	-0.185	-0.05
Hale, 1993	50	13	-0.13	-0.2	0.32
Hayter, 1999	30	12	0.035	-0.23	-0.01
Hayter, 2000	47	13	0.041	0.055	0.077
Hochwalder, 2007	838	12	-0.04	-0.18	-0.03
Hochwalder, 2008	838	12	-0.04	-0.11	-0.06
Hochwalder, 2009	659	12	-0.01	-0.19	0.11
Hunnibell et al., 2008	563	11	-0.15	-0.18	0.2
Khani et al., 2008	120	12	SD	-0.24	SD
Kilfedder et al., 2001	510	12	-0.1	-0.2	-0.03
Kowalski et al., 2010	807	12	0.01	SD	SD
Lee et al., 2003	178	12	-0.16	-0.25	0.27
Lin et al., 2009	128	12	0.205	-0.118	0.237
Mahan, 1999	47	12	SD	-0.41	SD

Martínez-López et al., 2005	551	11	-0.173	-0.12	-0.169
McCain, 1994	161	12	-0.566	-0.488	0.405
Meeusen et al., 2010	882	12	0.1	0.16	-0.06
Melchior et al., 1997	361	12	-0.03	-0.1	0.15
Patrick et al., 2007	574	11	-0.08	-0.23	0.04
Pisanti et al., 2011	609	12	-0.05	-0.18	0.07
Pisanti et al., 2011b	884	12	-0.08	-0.09	-0.1
Pisanti, 2007	271	12	-0.01	-0.13	0.17
Pomaki et al., 2009	222	12	-0.07	SD	SD
Pons, 1995	84	13	0.078	0.145	-0.019
Proost et al., 2004	2075	12	0.1	0.05	-0.1
Schmidt et al., 2011	379	12	-0.02	SD	SD
Schulz et al., 2009	389	12	0.17	-0.106	SD
Shockley, 1994	84	12	-0.253	SD	SD
Sims, 2000	91	12	-0.29	-0.27	0
Tourigny et al., 2010	550	11	0.11	-0.17	-0.21

La edad como factor de riesgo del burnout

Tourigny et al., 2010b	239	11	-0.08	-0.12	-0.25
Tselibis et al., 2001	79	12	-0.2	-0.07	-0.01
Tummers et al., 2002	1204	12	0.02	SD	SD
Tummers et al., 2006a	379	12	-0.02	SD	SD
Tummers et al., 2006b	184	12	0.08	SD	SD
Tummers et al., 2006b2	927	12	0.01	SD	SD
Van Servellen et al., 1993	233	12	-0.01	SD	SD
Yousefy et al., 2006	45	12	0.3	SD	SD
Zellars et al., 2000	175	11	-0.18	-0.24	-0.14
Zellars et al., 2004	288	11	-0.02	-0.17	-0.11
Tamaño total del efecto	-	-	-0.046*	-0.130*	0.029

Nota: CE: Cansancio Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización personal; SD: Sin Datos; *: $p < 0.05$

En los análisis de sensibilidad realizados se encontró que el sentido y significación del efecto medio no cambiaba cuando cada uno de los estudios incluidos era eliminado. La prueba de regresión lineal de Egger no mostró evidencias de sesgo de publicación para ninguna de las tres dimensiones: CE ($p = .71$), D ($p = .58$) y RP ($p = .63$).

En el análisis de heterogeneidad se encontró variabilidad en cada una de las estimaciones del tamaño del efecto medio: $Q(49) = 330.00$, $p < .001$ para CE, $Q(41) = 297.03$, $p < .001$ para D y $Q(33) = 299.91$, $p < .001$ para RP. El nivel de heterogeneidad era alto de acuerdo con el índice I^2 que mostraba valores de 85.15% en CE, 86.19% en D y 86.99% en RP. Estos resultados indican la necesidad de evaluar variables moderadoras que puedan explicar dicha variabilidad.

3.4.3 Análisis de variables moderadoras

En la correlación entre CE y edad, los moderadores sustantivos que resultaron significativos fueron género ($p < .05$), estado civil ($p < .05$), hijos ($p < .05$), DT de la antigüedad en la profesión ($p < .05$) y media en RP ($p < .05$). Los moderadores metodológicos estadísticamente significativos fueron el tipo de MBI ($p < .001$) y el idioma del MBI ($p < .001$). De los moderadores extrínsecos resultaron significativos el continente donde se ha llevado a cabo el estudio y la fecha de publicación ($p < .01$) (Tablas 2 y 3).

Respecto a la correlación entre D y edad, los moderadores sustantivos que resultaron significativos fueron género ($p < .05$) y DT de CE ($p < .05$). En relación a los moderadores metodológicos fueron estadísticamente

significativos el tipo de MBI ($p < .001$), el idioma del cuestionario MBI ($p < .001$) y la tasa de respuesta ($p < .05$). El único moderador extrínseco estadísticamente significativo fue el continente del estudio ($p < .05$) (Tablas 2 y 3).

Por último, el análisis de variables moderadoras de la correlación entre RP y edad mostró los siguientes resultados. De los moderadores sustantivos fueron estadísticamente significativos la media de la antigüedad en el puesto ($p < .05$), media en CE ($p < .001$), DT en CE ($p < .001$), media en D ($p < .001$) y DT en D ($p < .001$). Los moderadores metodológicos estadísticamente significativos fueron tipo de MBI ($p < .05$), idioma del cuestionario MBI ($p < .05$) y muestreo ($p < 0.05$). Los moderadores extrínsecos estadísticamente significativos fueron tipo de publicación ($p < .001$) y la fecha de publicación ($p < .05$) (Tablas 1 y 2).

Tabla 2. Regresión simple de las variables cuantitativas que moderan la relación entre la edad y el burnout

Resultado/ Variable moderadora	<i>k</i>	<i>b</i>	Q_R	Q_E	R^2
<i>Cansancio Emocional</i>					
Género	42	-0.00350	5.52*	34.82	.136
Estado civil	20	-0.00509	5.38*	18.57	.224
DT experiencia profesional	22	-0.02890	5,32*	17.80	.230
Media RP	33	-0.00366	5.75*	41.75	.121
Año publicación	50	0.00970	8.73**	51.28	.145
<i>Despersonalización</i>					
Género	36	-0.00365	5.07*	36.20	.122
DT de CE	33	-.01054	5.80*	36.21	.138
Tasa de respuesta	33	0.00288	4.38*	34.87	.111
<i>Realización Personal</i>					
Media antigüedad en el puesto	4	0.02365	5.67*	1.73	.766
Media CE	28	0.01120	29.94***	27.36	.522
DT de CE	27	0.02094	20.41***	26.86	.431
Media de D	27	0.03365	25.28***	28.43	.470
DT de D	27	0.04561	24.60***	29.08	.458
Año publicación	34	-0.01022	5.87*	30.56	.161

Nota: *k*: número de estudios; *b*: coeficiente de regresión no normalizado; Q_R : estadístico de efecto inter-grupos; Q_E : estadístico de homogeneidad del tamaño del efecto intra-grupo; R^2 : proporción de varianza explicada por la variable moderadora; *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$.

Tabla 3. Análisis ANOVA para comparar el efecto de las variables moderadoras en el tamaño del efecto entre la edad y el burnout.

Resultado/ Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r</i>	95% ICs	ANOVAs	<i>R</i> ²
<i>Cansancio Emocional</i>					
Tipo MBI				Q _B (1)= 16.675***	.069
Original	25	-.118	[-.168, -.067]	Q _w (48)= 223.913***	
Adaptación	25	.018	[-.023, .058]		
Idioma MBI				Q _B (2)= 22.030***	.098
Inglés	25	-.118	[-.168, -.067]	Q _w (47)= 202.572***	
Español	3	-.079	[-.264, .111]		
Otros	22	.031	[-.005, .068]		
Continente				Q _B (2)= 14.411**	.060
Europa	25	.005	[-.028, .038]	Q _w (47)= 223.653***	
América	15	-.151	[-.222, -.078]		
Asia	10	-.029	[-.139, .081]		
<i>Depersonalización</i>					
Tipo MBI				Q _B (1)= 13.748***	.077
Original	26	-.188	[-.229, -.146]	Q _w (40)=178.279***	
Adaptación	16	-.047	[-.109, .016]		
Idioma MBI				Q _B (2)= 13.119***	.068
Inglés	26	-.188	[-.229, -.146]	Q _w (39)=178.271***	
Español	3	.025	[-.151, .199]		
Otros	13	-.062	[-.131, .008]		

Continente				$Q_B(2)= 9.247^*$.043
Europa	17	-.061	[-.126, .003]	$Q_w(39)= 204.286^{***}$	
América	15	-.188	[-.250, -.125]		
Asia	10	-.177	[-.240, -.112]		
<i>Realización Personal</i>					
Tipo MBI				$Q_B(1)= 5.494^*$.024
Original	20	.075	[.010, .138]	$Q_w(32)= 216.612^{***}$	
Adaptación	14	-.035	[-.100, .030]		
Idioma MBI				$Q_B(2)= 9.458^{**}$.042
Inglés	20	.075	[.010, .138]	$Q_w(31)= 212.055^{***}$	
Español	2	-.124	[-.239, -.005]		
Otros	12	-.021	[-.094, .051]		
Tipo de publicación				$Q_B(2)= 56.819^{***}$.244
				$Q_w(30)= 175.159^{***}$	
JCR	12	-.040	[-.089, .010]		
No JCR	14	.020	[-.064, .104]		
Tesis	8	.142	[.005, .274]		
Muestreo				$Q_B(1)= 4.981^*$.025
Aleatorio	13	.088	[.023, .152]	$Q_w(32)= 191.644^{***}$	
Conveniencia	21	-.011	[-.069, .047]		

Nota: IC: intervalo de confianza k : número estudios; r : tamaño medio del efecto; Q_B : estadístico Q inter-categorías; Q_w : estadístico Q intra-categorías; R^2 : proporción de la varianza explicada por la variable moderadora; *: $p < .05$, **: $p < .01$ ***: $p < .001$.

Se obtuvo un modelo de regresión para predecir la variabilidad de los tamaños de efecto entre el CE y la edad ($k = 30$). Las variables predictoras incluidas en el modelo fueron género, estado civil y fecha de publicación. El modelo resultó no significativo [$Q_M(3) = 6.54, p > 0.05$] y explicaba el 32% de la varianza total.

En la relación entre D y edad se obtuvo un modelo predictivo donde se incluyen las variables género, tipo de MBI y continente del estudio ($k = 36$) siendo estadísticamente significativo [$Q_M(4) = 19.29, p < .001$] y explicando el 57% de la varianza total.

El modelo predictivo para la relación entre RP y edad incluyó las variables media de CE y media de RP. Este modelo resultó estadísticamente significativo [$Q_M(2) = 28.45, p < .001$], explicando el 61% de la varianza total.

3.5 DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo consistió en realizar un meta-análisis de la relación entre la edad y cada una de las dimensiones del burnout. Los resultados obtenidos mostraron que existe una asociación inversa y significativa entre la edad y las dimensiones CE y D del síndrome. Lo anterior lleva a concluir que los enfermeros de más edad presentan niveles menores de CE y D que aquellos que tienen menos edad. Si bien es cierto que el tamaño de efecto promedio es bajo debido, en parte, a la compensación que se produce al promediar valores positivos y negativos de asociación. En la dimensión RP, no se encuentran relaciones significativas con el factor de riesgo considerado, la edad (Höchwalder, 2008). Sin embargo, se identifican variables que moderan de forma importante las relaciones estudiadas, aunque en algunos casos los resultados deben interpretarse con precaución debido al bajo número de estudios.

En cuanto al CE y su relación con la edad, la alta heterogeneidad entre estudios sugiere la existencia de variables moderadoras de la misma. Se encontraron varios moderadores sustantivos significativos: género, estado civil, la variabilidad en la antigüedad profesional y el promedio de RP. En la medida en que el porcentaje de mujeres es mayor en las muestras consideradas, la relación entre edad y CE es menor, lo que parece indicar que dicha relación es casi inexistente en el caso de mujeres (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop, & Yilmaz, 2009; Höchwalder, 2009; Schmidt & Diestel, 2011). De igual modo ocurre en el caso de la variable estado civil; cuando el porcentaje de personas casadas de la muestra es mayor, también la relación entre edad y CE es más baja (Kiekkas et al., 2010). Es decir, el

ser mujer, estar casada y tener valores altos de RP, parece “proteger” frente a la pérdida de energía y el entusiasmo en cuanto a su práctica profesional.

Las variables metodológicas que moderan de forma significativa la relación estudiada son el tipo de MBI, si es el original o una adaptación, y el idioma del cuestionario. Cuando el MBI es el original y en inglés, la asociación entre CE y edad es negativa (Diefenbeck, 2005; Hunibell, Reed, Quinn-Griffin, & Fitzpatric, 2008), mientras que en las adaptaciones a otros idiomas la asociación es positiva (Lin, StJohn, & McVeigh, 2009). Estas diferencias pueden deberse a errores en los procesos de traducción, validación y adaptación de los cuestionarios originales. La influencia del MBI y sus adaptaciones en la variabilidad del burnout también ha sido identificada en otros meta-análisis y revisiones sistemáticas sobre enfermería (Albendín et al., 2016; Vargas et al., 2014).

También hubo variables extrínsecas que moderaron significativamente la relación entre la edad y el CE y son la fecha de publicación y el continente en el que se realiza el estudio. Existen asociaciones positivas entre la edad y el CE para los profesionales que trabajan en Europa y negativas para los de los demás continentes (Patrick & Lavery, 2007). Parece ser que los profesionales europeos son menos vulnerables al CE mientras en Norte América y Asia son más vulnerables. La influencia del continente y los países en la variabilidad de los niveles de burnout ha sido informada como un factor clave del burnout en enfermería por otros autores (Gómez-Urquiza, Aneas-López et al., 2016; Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016).

En el estudio del efecto de la edad en los niveles de D se encuentran varios moderadores sustantivos, el género y la DT del CE. De nuevo, cuando crece el porcentaje de mujeres en la muestra, disminuye la asociación entre los niveles de D y edad (Pisanti et al., 2011). En esta dimensión, el tipo de MBI y su idioma volvieron a ser moderadores metodológicos de la relación de la edad con D (Edwards et al., 2006; Pisanti et al., 2011). Los cuestionarios en español mostraban una asociación positiva entre D y la edad, mientras que los cuestionarios en inglés y otros idiomas mostraron una asociación negativa.

La tasa de respuesta de los estudios también fue un moderador metodológico significativo. Cuando la tasa de respuesta es mayor, la relación entre las variables estudiadas crece (Alacacioglu et al., 2009). Como moderador extrínseco significativo de la asociación entre D y la edad encontramos el continente del estudio, siendo en todos negativa, pero siendo mayor en América y Asia, (Khani, Jaafarpour, & Jamshidbeigi, 2008; Patrick & Lavery, 2007). Esto parece indicar que los enfermeros de estos continentes se encuentran más protegidos frente al desarrollo de una actitud cínica con sus pacientes en comparación a Europa.

La relación entre edad y RP tiene como moderadores sustantivos significativos los promedios y variabilidad de las puntuaciones de CE y D, y el promedio de la antigüedad en el puesto de trabajo. En el caso de profesionales con puntuaciones más altas en las dimensiones del burnout y con dispersión alta en estos valores, la relación entre edad y RP es mayor (Lee, Song, Cho, Lee, & Daly, 2003; Pisanti, 2007). En los casos en que la antigüedad en el puesto es mayor, se obtiene que la asociación entre edad y la RP aumenta (Melchior et al., 1997).

Se obtuvieron como moderadores metodológicos significativos de la relación estudiada, nuevamente el tipo de MBI y su idioma, y el muestreo, aumentando la relación entre edad y RP en los estudios con MBI original (Pisanti et al., 2011; Hunibell et al., 2008) y también en los estudios que usaron la versión en inglés y disminuyendo en las adaptaciones a español y otros idiomas. Estos datos sobre el tipo e idioma del cuestionario, que se han repetido en las tres dimensiones, resaltan la importancia de estas variables.

De los moderadores extrínsecos, parecen influir en la relación de la edad y la RP de los enfermeros el tipo de publicación y la fecha de publicación. La asociación entre ambas variables disminuye cuando se trata de artículos de investigación, mientras que aumenta si se trata de tesis doctorales (Bakir, Ozer, Ozcan, Cetin, & Fedai, 2010). Cuanto más modernos son los estudios, menor es la RP de los profesionales de enfermería, hecho que puede deberse, como se ha comentado anteriormente, a la existencia de la crisis en un alto número de países y al aumento de las cargas de trabajo.

Este meta-análisis tiene algunas limitaciones. Algunos de los análisis de las variables moderadoras, como la antigüedad en el puesto de trabajo, estaban basadas en un bajo número de estudios. Debido a esto, algunos análisis como la regresión simple pueden mostrar resultados sobreestimados. Por ello, los resultados de las variables moderadoras con un bajo número de estudios deben ser tenidos en cuenta con precaución hasta que puedan hacerse nuevos análisis con el suficiente número de estudios. Finalmente, el nivel de evidencia de los estudios es bajo debido a su diseño. Sin embargo, es un diseño apropiado para incluirse en este

meta-análisis y los estudios cumplen los criterios de validez interna (Ciapponi, 2010).

En conclusión, la edad de los profesionales está relacionada con los niveles de CE y D, siendo mayores en profesionales de enfermería más jóvenes. Los resultados de nuestro estudio muestran que, probablemente, las enfermeras solteras son más vulnerables al CE. Finalmente, enfermeras con altos niveles de CE y D pueden estar en mayor riesgo de baja RP. Investigaciones previas sobre la relación entre la edad y el burnout han sido contradictorias. Este meta-análisis muestra que los riesgos de CE y D son mayores en enfermeras más jóvenes. Conocer esta relación puede ayudar a introducir programas preventivos del burnout en los profesionales de enfermería. Otras variables sociodemográficas y psicológicas y su relación con el burnout deben ser investigadas en futuros meta-análisis para elaborar un perfil de riesgo.

CAPÍTULO 4
INVESTIGACIÓN SOBRE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

4.1 RESUMEN

En este capítulo presentaremos dos estudios de la presente tesis doctoral que corresponden al estudio específico del síndrome de burnout en enfermería oncológica.

El primer estudio es una revisión sistemática sobre factores de riesgo del burnout en enfermeras de oncología. En él se muestran las prevalencias y los valores medios de las tres dimensiones del burnout así como los factores de riesgo analizados en toda la literatura publicada hasta la fecha sobre el síndrome en enfermeras de oncología. La revisión se realiza a partir de una muestra de 27 estudios y obteniéndose conclusiones a partir de un total de 11.107 profesionales que desarrollan su labor asistencial en servicios de oncología.

En el segundo estudio, de tipo empírico, participan profesionales de enfermería de los servicios de oncología del SAS. Se obtienen estimaciones de la prevalencia del trastorno y se describen los niveles de burnout en enfermeros. Se clasifica a los enfermeros de oncología según la fase de gravedad del trastorno en la que se encuentran. Además, se estudian algunos factores relacionados como los factores de personalidad, sociodemográficos y laborales y su asociación con el síndrome de burnout.

4.2. ESTUDIO 1: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y NIVELES DE BURNOUT EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Como citar: Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Prevalence, risk factors and levels of burnout among oncology nurses: a systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43, E104-E120.

El trabajo en sanidad se caracteriza por el afrontamiento de situaciones complejas derivadas del contexto hospitalario y del tratamiento y cuidado de personas que pasan por un proceso de salud-enfermedad. Los profesionales sanitarios se encuentran sometidos a estresores de forma continuada, lo que puede conducir al desarrollo del síndrome de burnout. El burnout es un trastorno psicológico que comenzó a estudiarse en los servicios sociales por Freudenberger (1974). Actualmente, la contextualización más aceptada lo define como la presencia de CE, D y baja RP (Maslach & Jackson, 1981). El CE se refiere al sentimiento de agotamiento y la sensación de haber agotado los recursos emocionales; D es el desarrollo de sentimientos, percepciones y actitudes cínicas y negativas hacia los pacientes; baja RP es la tendencia de los trabajadores de autoevaluarse negativamente en el trato con los pacientes y no sentirse realizados con el trabajo (Maslach & Jackson, 1981).

La prevalencia del burnout en profesionales de enfermería es alta (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), indicando que un alto porcentaje de las enfermeras están emocionalmente agotadas, tienen una sensación de

baja RP y han desarrollado un trato despersonalizado y cínico hacia los pacientes. Se ha sugerido que dentro del contexto hospitalario, la enfermería es la profesión más afectada por el síndrome (Bacaicoa-Parrado et al., 2012; Losa-Iglesias & Becerro de Bengoa, 2013). La continua exposición e interacción directa de los profesionales de enfermería con los beneficiarios de su trabajo, un factor identificado como clave en el desarrollo del síndrome (Caballero, Hederich, & Palacio, 2010), puede influir en la alta prevalencia existente.

El burnout no afecta únicamente a la salud física y mental del profesional. Sus consecuencias también se ven reflejadas en el ámbito laboral, afectando a la calidad de los cuidados de enfermería y a la propia institución, aumentando además las tasas de absentismo y las bajas laborales (Epp, 2012; Gasparino, 2014). Todo esto ha propiciado que en varios países, como por ejemplo Suecia y Holanda, el burnout sea considerado una enfermedad laboral y pueda ser clínicamente diagnosticada (Schaufeli et al., 2009).

Pese a que la enfermería es una profesión muy afectada por el síndrome, no todos los profesionales trabajan en los mismos servicios o unidades hospitalarias. Por ello, es esperable que el burnout varíe entre unos servicios y otros (Ahmadi, Azizkhani, & Basravi, 2014). Por ejemplo, algunos estudios informan de prevalencias altas del burnout en servicios de urgencias (Albendín et al., 2016) o cuidados intensivos, mientras otros muestran bajos niveles de burnout en enfermeras de atención primaria (Tomás-Sábado et al., 2010). En consecuencia, es importante identificar qué trabajadores están en mayor riesgo de desarrollar el síndrome en relación con el servicio hospitalario donde trabajen.

La práctica diaria en los servicios mencionados puede ser muy diferente de la que se tiene en el caso de una enfermera de oncología, debido a lo cual, el caso de la oncología merece especial atención. Las enfermeras de oncología se enfrentan habitualmente a dilemas éticos relacionados con la atención a pacientes oncológicos (Houlihan, 2015; Pavlish, Brown-Saltzman, Jakel, & Fine, 2014); tratan y afrontan a diario situaciones muy complejas como el sufrimiento de los pacientes y los familiares, los diagnósticos terminales, la comunicación de malas noticias y los procesos de duelo o la muerte, entre otros (Brown & Word, 2009; Romeo-Ratliff, 2014). En estos servicios, el trato continuo con personas diagnosticadas de procesos más propensos a producir la muerte, hace que los profesionales, al identificarse y empatizar con los pacientes, se enfrenten al sentido de su propia muerte y a lo inevitable que es la pérdida de la salud y la vida (Ksiazek et al., 2011). Estos factores implican un mayor riesgo de desarrollar el burnout en los profesionales de oncología y que, en consecuencia, quieran abandonarlo en un futuro (Romeo-Ratliff, 2014; Toh, Ang, & Devi, 2012).

Durante la última década se han publicado numerosos estudios sobre el burnout en enfermeras de oncología. Hay estudios que miden la prevalencia del síndrome en los profesionales que trabajan en oncología (Girgis, Hansen, & Goldstein, 2009) y otros buscan factores de riesgo sociodemográficos, laborales o psicológicos del síndrome (Gama et al., 2014). La atención también se ha centrado en el uso de terapias como el “mindfulness” (Moody et al., 2013), el arteterapia (Italia, Favaro-Scacco, Di Cataldo, & Russo, 2008) o la intervención psicoterapéutica (Vázquez-Ortiz et al., 2012) para disminuir el nivel de burnout.

A pesar de que se han elaborado revisiones sobre el tema en las enfermeras o profesionales sanitarios de oncología, ninguna se centra exclusivamente en el síndrome del burnout. Algunos autores han estudiado la relación de variables como el turno, la satisfacción laboral y el burnout (Toh et al., 2012). Otros se han centrado en el burnout, la morbilidad psiquiátrica y el estrés en profesionales de oncología pediátrica (Mukherjee, Beresford, Glaser, & Sloper, 2009), pero sin identificar estudios que utilicen el MBI, el instrumento más utilizado para la evaluación del síndrome. Otras revisiones versan sobre el estrés y la importancia de su reducción preventiva en oncología (Hecktman, 2012), o de la fatiga por compasión (Yang & Kim, 2012), algo habitual en servicios de este tipo. También hay revisiones con meta-análisis que se centran en el burnout en profesionales de oncología pero incluyen estudios con muestras mixtas, que en la mayoría de casos no incluyen enfermeras y, en los casos en los que se incluyen enfermeras, no ofrecen información específica de este colectivo (Trufelli et al., 2008).

El interés y, por tanto, el objetivo de este trabajo de revisión, es centrarse únicamente en las enfermeras de oncología y sólo en el síndrome del burnout evaluado con el MBI, para que los resultados de los diferentes estudios revisados sean realmente comparables. Se realiza una revisión sistemática para responder a las siguientes preguntas: ¿cuáles son los niveles medios de CE, D y RP en las enfermeras que trabajan en servicios de oncología?, ¿cuál es la prevalencia de CE, D y RP en esta población de profesionales? y ¿cuáles son los factores que influyen en el síndrome del burnout en esta población?

4.2.1. MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones propuestas por la declaración PRISMA. Estas recomendaciones indican: a) indicar explícitamente las preguntas de investigación; b) especificar los criterios de selección de los estudios; c) exponer las fuentes de información y la estrategia de búsqueda utilizada y d) revisar la validez y replicabilidad de los estudios (Urrútia & Bonfill, 2010).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron los estudios que cumplieran los siguientes criterios: a) estudios primarios cuantitativos que aportasen datos empíricos originales; b) publicados en inglés, español y portugués; c) que utilizasen el MBI como instrumento para la medida del síndrome de burnout; d) que la muestra o parte de ella estuviese formada por enfermeras de servicios de oncología; e) sin restricción por fecha de publicación.

El criterio del uso del MBI se estableció por dos razones. Primero, por ser el instrumento más utilizado para la evaluación del síndrome de burnout, y segundo, porque la inclusión de estudios con otros instrumentos limitaría la integración de los resultados debido a las diferentes puntuaciones e interpretaciones de los test.

Se excluyeron los estudios con muestras mixtas en los que no se informaba de forma independiente sobre el nivel de burnout en las enfermeras de oncología.

Eliminando la limitación temporal, consultando bases de datos con “literatura gris” y no excluyendo artículos por el tamaño de la muestra se pretendió reducir el potencial sesgo de publicación.

Búsqueda de información y fuentes

La búsqueda de literatura se llevó a cabo en julio de 2015. La ecuación de búsqueda y sus correspondientes equivalentes en español y portugués fue: “burnout AND oncology nursing” sin ningún limitador de búsqueda.

Se consultaron las bases de datos CUIDEN, CINAHL, LILACS, Proquest (Ebrary e-books, Medline, Proquest Deep Indexing: health, Proquest Deep Indexing: Medical, Proquest Health and Medical Complete, Psycarticles y Psycinfo), Pubmed, Scielo y Scopus.

Selección de estudios

La búsqueda y selección de los estudios se llevó a cabo en cuatro fases y se realizó de forma independiente por dos miembros del equipo investigador, consultándose un tercer miembro en los casos en los que no había acuerdo entre ambos.

En la primera fase se seleccionaron los estudios mediante la lectura del título y el resumen. Tras esta criba, la segunda fase consistió en la lectura de todos los textos completos seleccionados aplicando los criterios de inclusión y exclusión nuevamente. En la tercera fase, a los artículos incluidos tras la lectura del texto completo, se les aplicó una guía de lectura crítica para valorar su calidad metodológica. Por último, la cuarta

fase consistió en una búsqueda inversa en la bibliografía de los artículos incluidos en la revisión y en las revisiones sistemáticas relacionadas con el tema de estudio que se habían localizado durante la búsqueda.

Codificación de los resultados y análisis de la información

Para la recolección de datos se utilizó un *Manual de Recogida de Datos*. En los estudios longitudinales o de intervención se recogieron los datos basales o de la primera medición.

Las variables que se recogieron de cada trabajo fueron las siguientes: a) primer autor; b) año de publicación; c) idioma de publicación (inglés vs español vs portugués); d) continente del estudio; e) tipo de publicación (artículo científico vs tesis); f) muestreo (aleatorio vs intencional); g) tipo de MBI (HSS vs GS); h) impacto de la revista (Incluida en Journal Citation Reports vs No incluida); i) media y DT del CE; j) Media y DT de D; k) Media y DT de RP; l) porcentaje de la muestra con CE bajo, medio y alto; m) porcentaje de la muestra con D baja, media y alta; n) porcentaje de la muestra con RP baja, media y alta; o) factores de riesgo sociodemográficos para CE, D y RP; p) Factores de riesgo laborales para CE, D y RP; q) Factores de riesgo psicológicos para CE, D y RP.

La variable tipo de MBI tiene dos valores, que corresponden a las dos versiones del instrumento utilizadas en los estudios incluidos. El MBI HSS tiene 22 ítems, 9 para CE, 5 para D y 8 para RP y se usa exclusivamente en trabajadores sociales y de la salud (Maslach & Jackson, 1981). El MBI GS tiene 16 ítems, puede ser usado en cualquier profesión y mantiene las 3 dimensiones previas. El MBI GS tiene 5 ítems para

agotamiento, 5 para cinismo o D y 6 para eficacia profesional. Ambas versiones tienen la misma estructura conceptual y categorizan los trabajadores en niveles altos, medios o bajos para cada dimensión; la forma de establecer esta categorización puede encontrarse en el manual del test (Maslach et al., 1996).

Para asegurar la fiabilidad de la extracción y codificación de los datos, ésta se realizó de forma independiente por dos investigadores y se calculó el grado de acuerdo medio en las variables continuas a través del coeficiente de correlación intraclase, siendo su valor medio de 0.92 (mínimo = 0.86; máximo = 1), y el coeficiente Kappa de Cohen para las variables categóricas obteniéndose un valor de 0.90 (mínimo = 0.83; máximo = 1).

Riesgo de sesgos

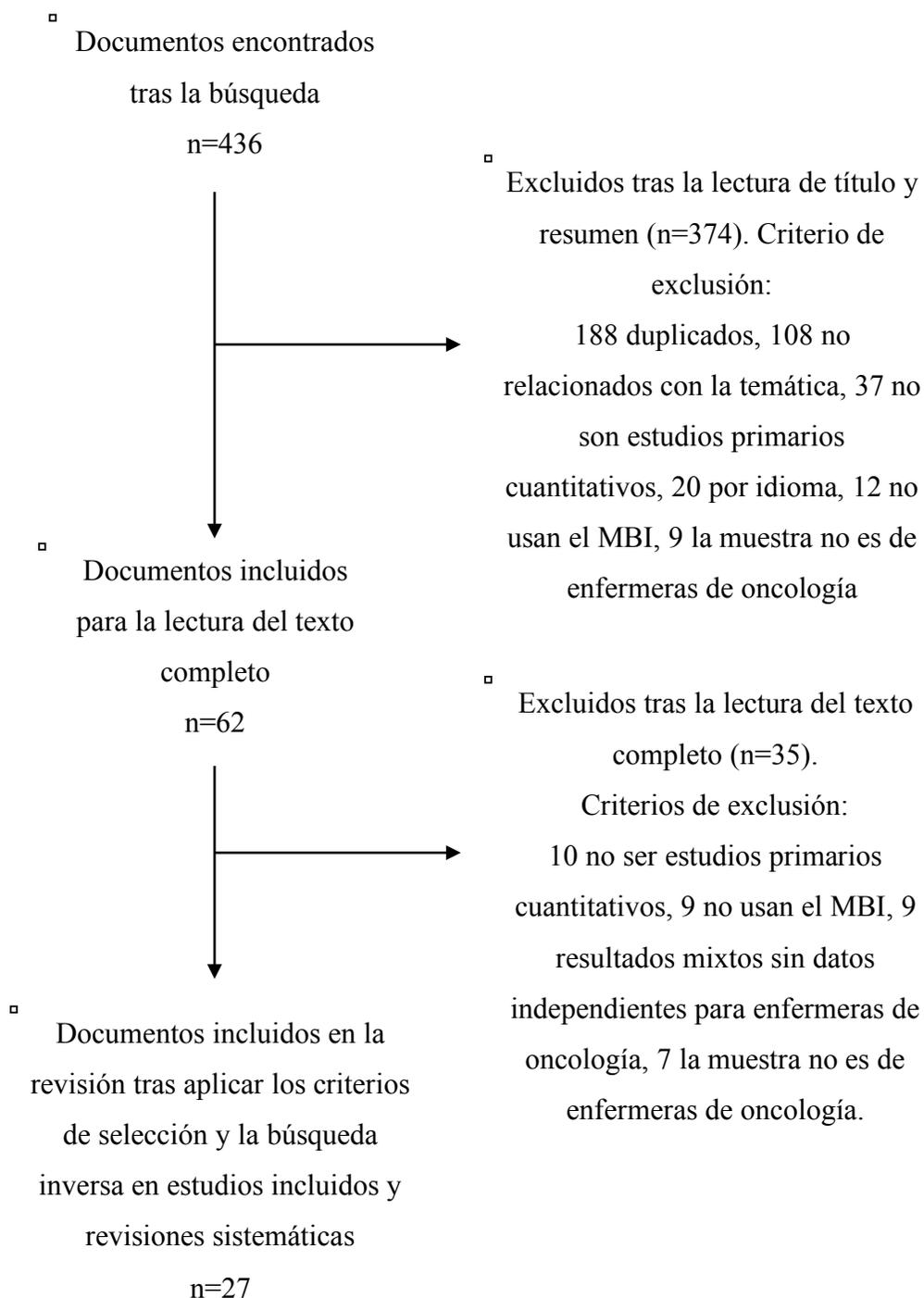
Para valorar la calidad metodológica de los estudios incluidos se utilizaron ítems de dos guías diferentes de lectura crítica. Para evaluar los estudios cuasiexperimentales se seleccionaron los ítems 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 del checklist de estudios de intervención no aleatorizados (Vallvé, Artés, & Cobo, 2005). Para la lectura crítica de los estudios observacionales se utilizaron los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 15, 16, 17 y 18 del checklist de Ciapponi (2010).

4.2.2. RESULTADOS

Resultados de la búsqueda

La búsqueda produjo un total de 436 resultados. Tras la lectura del título y resumen se excluyeron un total de 374 artículos por no cumplir los criterios de inclusión, quedando 62 artículos para la lectura del texto completo, siendo incluidos finalmente 23 artículos, de los cuales ninguno fue excluido tras el proceso de lectura crítica por presentar sesgos metodológicos. Tras la búsqueda inversa en las revisiones localizadas y los estudios incluidos se localizaron 4 artículos más, que formaron finalmente una muestra de 27 estudios. El proceso de búsqueda y selección de los estudios se detalla en la Figura 2.

Figura 2. Diagrama de flujo de selección de los estudios



Características de los estudios incluidos en la revisión

La muestra total de enfermeras de oncología de la revisión es 11017. La media de la tasa de respuesta de los estudios fue de 74,05% y el porcentaje medio de mujeres fue de 74,7%. En los últimos 7 años se concentra la publicación de más de la mitad de los estudios incluidos, el 65,3%.

La mayoría de los estudios incluidos en la revisión eran artículos científicos, encontrando sólo una tesis que cumpliera los criterios de búsqueda establecidos (Russell, 2014). Todos los estudios, salvo uno publicado en español (Gallegos-Alvarado, Parra-Domínguez, Castillo-Díaz, & Murillo-Ortiz, 2009), estaban en inglés. Respecto a la localización, el 48,8% se realizaron en Europa, el 37,03% en América, un 11,1% en Oceanía y un 3,7% en Asia. El tipo de MBI más utilizado fue el MBI-HSS, a excepción de dos estudios que utilizaron el MBI-GS (Caruso et al., 2012; Emold, Schneider, Meller, & Yagil, 2011).

Todos los estudios, salvo tres longitudinales (Edmonds, Lockwood, Bezjak, & Nyhof-Young, 2012; Kravits, McAllister-Black, Grant, & Kirk, 2010; Turner et al., 2009), fueron de corte transversal y sólo en uno de los casos el muestreo fue aleatorio (Shang, Friese, Wu, & Aiken, 2013). Un total de 27 artículos fueron incluidos en la revisión, sus características más importantes y los factores de riesgo del síndrome de burnout que identifican se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. Resumen de las características de los estudios incluidos en la revisión (n=27)

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Alacacio glu et al., 2009, Turquía	56 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 100% de RR.	Se usó el HSS. CE: 17,8(5,1) D: 4,5(2,9) RP: 21,9(3,3)	<i>Edad</i> CE ($r = 0,092$), D ($r = 0,217$) y RP ($r = 0,0127$) <i>Estado civil</i> Sin diferencias significativas en CE, D y RP <i>Experiencia profesional</i> CE ($r = 0,262$), D ($r = 0,286^*$) y RP ($r = 0,004$)
Barnard, 2006, Australi a	101 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 56% de RR.	Se usó el HSS. CE: 32,6(15,6) D: 9,9(10) RP: 35.85(11,2)	<i>Apoyo de iguales</i> RP ($r = 0,22^{**}$) <i>Estresores (SSPON):</i> CE ($r = 0,48^{**}$), D ($r = 0,34^{**}$).

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Barret et al., 2002, Australia	243 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 59,1% de RR.	Se usó el HSS.	---
Borteyro u et al., 2014, Francia	582 participantes fueron incluidos en un estudio transversal.	Se usó el HSS.	<p><i>Carga de trabajo (WSINO)</i> CE ($r = 0,64^{**}$), D ($r = 0,34^{**}$) y RP ($r = -0,15^{**}$)</p> <p><i>Tratar con la agonía y la muerte (WSINO)</i> CE ($r = 0,38^{**}$), D ($r = 0,24^{**}$) y RP ($r = -0,23^{**}$)</p> <p><i>Tratar con el sufrimiento (WSINO)</i> CE ($r = 0,36^{**}$), D ($r = 0,22^{**}$) y RP ($r = -0,15^{**}$)</p> <p><i>Tratar con el paciente y sus familiares (WSINO)</i> CE ($r = 0,34^{**}$), D ($r = 0,29^{**}$) y RP ($r = -0,20^{**}$)</p>

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Bressi et al., 2008, Italia	229 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 87,9% de RR.	Se usó el HSS. CE: 18,3(11,9) D: 5,54(5,33) RP: 37,1(7)	---
Caruso et al., 2012, Italia	102 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con 55% RR.	Se usó el GS. CE: 17,7 D: 21,02 RP: 26,81	---

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Davis, 2013, Estados Unidos	74 participantes fueron incluidos en un estudio transversal.	Se usó el HSS. CE: 19,4(9,9) D: 4,6(4) RP: 40,1(5)	<i>Edad</i> Menor CE en los más jóvenes. $X^2 = 10,6^*$ <i>Unidad diurna vs. Unidad de hospitalización</i> Mayor CE en unidad diurna. $X^2 = 5,07$ <i>Unidades de adultos vs. Unidades pediátricas</i> Mayor RP en unidades de adultos. $X^2 = 5,87^*$ <i>Satisfacción laboral, mayor puntuación indica menor satisfacción (NSRS)</i> CE ($r = 0,67^{***}$)
Demirci, 2010, Turquía	41 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 76% de RR.	Se usó el HSS. CE: 23,13(9,9) D: 4,32(4,49) RP: 35,8(7,3)	---

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Edmond s et al., 2012, Canadá	33 participantes fueron incluidos en un estudio longitudinal.	Se usó el HSS. CE: 22,3(9,7) D: 6,1(4,8) RP: 35,9(6,4)	---

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Emold, 2011, Israel	39 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 56,5% de RR.	Se usó el GS. Media y DT de CE, D y RP	<p><i>Iniciar conversaciones con el paciente sobre sus preocupaciones (CSSE)</i></p> <p>CE ($r = -0,38^*$), D ($r = -0,36^*$) y RP ($r = 0,08$)</p> <p><i>Anirmar a los pacientes a expresar sus preocupaciones (CSSE)</i></p> <p>CE ($r = -0,29$), D ($r = -0,26$) y RP ($r = 0,13$)</p> <p><i>Explorar los sentimientos del paciente (CSSE)</i></p> <p>CE ($r = -0,30$), D ($r = -0,30$) y RP ($r = -0,01$)</p> <p><i>Tratar malas noticias con el paciente (CSSE)</i></p> <p>CE ($r = -0,43^{**}$), D ($r = -0,44^{**}$) y RP ($r = -0,05$)</p> <p><i>Ayudar a pacientes con la incertidumbre (CSSE)</i></p> <p>CE ($r = -0,39^*$), D ($r = -0,4^{**}$) y RP ($r = 0,03$)</p>

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Escot et al., 2001, Francia	37 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 62,5% de RR.	Se usó el HSS. CE: 14,1(6,9) D: 4,93(4,09) RP: 36,14(7,1)	<i>Años trabajando como enfermera</i> Mayor prevalencia de burnout a más años*** <i>Incapacidad de desconectar (NSS)</i> Mayor prevalencia de burnout* <i>Que no tengan en cuenta la experiencia de la enfermera en la toma de decisiones (NSS)</i> Mayor prevalencia del burnout * <i>Miedo al cáncer (NSS)</i> Mayor prevalencia de burnout* <i>Sentimiento de haber fallado cuando hay recidibas de la enfermedad (NSS)</i> Mayor prevalencia de burnout** <i>No sentirse conectado con los pacientes (NSS)</i> Mayor prevalencia de burnout *

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Friese, 2005, Estados Unidos	305 participantes fueron incluidos en un estudio transversal.	Se usó el HSS.	<i>Habilidad del gestor (PES-NWI)</i> CE (Odd Ratio= 1,02) <i>Personal y recursos adecuados (PES-NWI)</i> CE (Odd Ratio = 0,23) <i>Relación enfermeros-médicos (PES-NWI)</i> CE (Odd Ratio = 0,89)

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Gallagher et al., 2009, Estados Unidos	30 participantes fueron incluidos en un estudio transversal.	Se usó el HSS.	<p><i>Años como enfermera</i> CE ($r = -0,56^*$), D ($r = -0,33^*$) y RP ($r = 0,49^*$)</p> <p><i>Años trabajando en oncología</i> CE ($r = -0,44^*$), D ($r = -0,23$) y RP ($r = 0,36^*$)</p> <p><i>Sentirse apoyado</i> CE ($r = 0,33^*$), D ($r = 0,23$) y RP ($r = 0,00$)</p> <p><i>Apoyo en el lugar</i> CE ($r = -0,39^*$), D ($r = 0,14$) y RP ($r = 0,02$)</p> <p><i>Apoyo accesible</i> CE ($r = -0,10$), D ($r = -0,16$) y RP ($r = -0,03$)</p> <p><i>Estado crítico de los pacientes</i> CE ($r = 0,21$), D ($r = 0,08$) y RP ($r = -0,23$)</p> <p><i>Familiares demandantes</i> CE ($r = 0,08$), D ($r = 0,20$) y RP ($r = -0,04$)</p>

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Gallegos Alvarado et al., 2009, México	31 participantes fueron incluidos en un estudio transversal.	Se usó el HSS.	---
Gama et al., 2014, Portugal	49 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 70,6% de RR.	Se usó el HSS. La media de CE fue 16,4, de D 6,3 y de RP de 37,6.	---
Kash et al., 2000, Estados Unidos	83 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 98% de RR.	Se usó el HSS.	---

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Kravits et al., 2010, Estados Unidos	248 participantes fueron incluidos en un estudio longitudinal.	Se usó el HSS.	---
Ksiazek et al., 2011, Polonia	30 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 100% de RR.	Se usó el HSS. CE: 17,1 D: 6,5	---

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Lagerlund et al., 2015, Suecia	n = 7.412, divididos en cuidados especializados (n= 1.440) y cuidados generales (n= 5.972). Estudio transversal 69,8% de RR.	Se usó el HSS. La media de las especializadas y las generalistas, respectivamente, fue 21,62(10,5) y 21,5(10,3) para CE, de 4,0(4,6) y 4,6(4,8), para D y 40,0(5,8) y 39,7(5,7) para RP.	---

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Molassi otis et al., 1996, Malta	40 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 81,6% de RR.	Se usó el HSS. CE: 19,9(8,2) D: 7,6(5,9) RP: 37,3(6,7)	<i>Satisfacción con la carga de trabajo</i> CE ($r = -0,60^*$) y D ($r = -0,48^*$) <i>Años trabajando en la especialidad</i> Menos burnout ($r = -0,34^*$) <i>Satisfacción con el sueldo (MJS)</i> CE ($r = -0,54^{**}$) <i>Satisfacción con la formación (MJS)</i> CE ($r = -0,53^{**}$) y D ($r = 0,33^{**}$) <i>Satisfacción con el trabajo (MJS)</i> CE ($r = -0,67^{**}$), D ($r = -0,81^{**}$) y RP ($r = 0,8^{**}$) <i>Satisfacción con estándares del cuidado</i> CE ($r = -0,58^{**}$), D ($r = -0,79^{**}$) y RP ($r = 0,7^{**}$) <i>Satisfacción con apoyo profesional (NSSQ)</i> CE ($r = -0,52^{**}$), D ($r = -0,6^{**}$) y RP ($r = 0,46^{**}$)

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Ostacoli et al., 2010, Italia	92 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 82,1% de RR.	Se usó el HSS y la media para enfermeras de hospital y enfermeras de hospicio fue, respectivamente, de 19,6(9,9) y 11,2(6,6) para CE, de 5,15(4,54) y 1,7(2,2) para D y 34,5(4,1) 40,8(4,8) para RP.	<i>Experiencia profesional</i> CE ($\beta = 0,143$), D ($\beta = 0,135$) y RP ($\beta = -0,118$) <i>Depresión (HADS)</i> CE ($\beta = 0,30*$), D ($\beta = 0,15$) y RP ($\beta = 0,34*$) <i>Ansiedad (HADS)</i> CE ($\beta = 0,23$), D ($\beta = 0,02$) y RP ($\beta = -0,04$) <i>Confidencia (ASQ)</i> CE ($\beta = 0,14$), D ($\beta = 0,08$) y RP ($\beta = 0,12$) <i>Discomfort (ASQ)</i> CE ($\beta = 0,27*$), D ($\beta = 0,23$) y RP ($\beta = 0,10$) <i>Necesidad de aprobación (ASQ)</i> CE ($\beta = -0,14$), D ($\beta = 0,10$) y RP ($\beta = -0,06$)

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Papadat ou et al., 1994, Grecia	217 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 82% de RR.	Se usó el HSS.	<i>Eddad</i> CE ($\beta = 0,15^{**}$) <i>Carga de trabajo</i> CE ($\beta = 0,13^{**}$) <i>Control</i> CE ($\beta = 0,20$), D ($\beta = -0,25$) y RP ($\beta = 0,20$)

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Quattrin et al., 2006, Italia	100 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con un 77% de RR	Se usó el HSS. CE: 19,5(11,9) D: 4,2(5,3) RP: 38,6(6,8)	<i>Edad</i> Mayor CE en mayores de 40 años* <i>Hijos</i> Mayor CE en enfermeros con hijos <i>Antigüedad profesional</i> Mayor CE en profesionales con más de 15 años de antigüedad* <i>Turnicidad</i> Menor RP en turno de noche* <i>No elegir trabajar en oncología</i> Mayor CE* <i>Esperar traslado a otra unidad o servicio</i> Mayor CE*

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Rusell, 2014,	61 participantes fueron incluidos en un estudio transversal con 61% RR.	Se usó el HSS. CE: 25,8(12,5) D: 7,3(6,2) RP: 37,2(6,4)	---
Shang et al., 2013, EEUU	708 participantes fueron incluidos en un estudio transversal.	Se usó el HSS.	<i>Ratio enfermera-paciente</i> CE (Odd Ratio = 1,03)
Turner, 2009, Australi a	35 participantes fueron incluidos en un estudio longitudinal.	Se usó el HSS. CE:19 D: 3 RP: 37	---

Estudio y país	Diseño y muestra	Tipo de MBI Media y DT de CE, D y RP	Factores de riesgo (Instrumento de medida)
Van	39 participantes	Se usó el HSS.	
Servelle n, 1993,	fueron incluidos en un estudio transversal con	CE: 24,4(10,6) D: 6,1(5,9)	---
Estados Unidos	un 70% de RR.	RP: 35,5(6,8)	

Note: ASQ = Attachment Style Questionnaire; β = Coeficiente estandarizado de análisis de regresión múltiple; CSSE = Communication Skills Self-efficacy; D = Depersonalización; EE = Cansancio Emocional; GHQ-12 = General Health Questionnaire; GS = MBI General Services; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HSS = MBI Human Services; MBI = Maslach Burnout Inventory; MJS = Measure of Job Satisfaction; NSRS = Nursing Satisfaction and Retention Survey; NSS = Nursing Stress Scale; NSSQ = Norbeck Social Support Questionnaire; PES-NWI = Practice Environment Scale of the Nursing Work Index; r = correlation coefficient; RP = Realización personal; SD = Standard deviation; SSPON = Stressor Scale for Paediatric Oncology Nurses; WES = Working Environmental Scale; WSINO = Work Stressor Inventory for Nurses in Oncology; * = $p < 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; *** = $p \leq 0,001$.

Prevalencia y valores promedio de burnout en enfermería oncológica

En la literatura revisada existe gran variabilidad en los niveles promedio de las tres dimensiones del burnout de los profesionales de enfermería de oncología, algo que también ocurre en la estimación de la prevalencia de burnout bajo, medio o alto en cada una de las dimensiones.

En CE algunos estudios presentan amplios porcentajes de la muestra que padecen un alto agotamiento. Los porcentajes de la muestra con alto CE varían entre el 3% y el 38% de Kravits et al. (2010). Otros autores como Ostocoli et al. (2010) o Barret & Yates (2002) presentan prevalencias similares con un 37,1% y un 37% respectivamente. Al contrario, hay estudios que informa de prevalencias altas de CE bajo, como Gallegos-Alvaraldo et al. (2009) con un 84% o Bressi et al. (2008) con un 46,3%. También se observan altas prevalencias de CE en niveles medios que indican la existencia de profesionales en situación potencial de sufrir agotamiento (Gallagher & Gormley, 2009; Molassiotis & Haberman, 1996).

A diferencia de las otras dos dimensiones, en D los valores predominantes de las muestras de cada estudio son más homogéneos, situándose la mayor parte en valores bajos, destacando el 97% de Gallegos-Alvaraldo et al. (2009) o el 63,3% de Gallagher y Gormely (2009). A pesar de ello hay estudios con prevalencias importantes de D alta (Langerlund et al., 2015; Ostacoli et al., 2010; Papadatou, Anagnostopoulos, & Monos, 1994) o D en niveles medios (Gallagher & Gormley, 2009; Molassiotis & Haberman, 1996).

En RP los valores que más predominan son los bajos (Gallegos-Alvaraldo et al., 2009; Kravits et al., 2010), destacando la falta de realización en el 100% de la muestra de la que informa Alacacioglu et al., (2009).

En la tabla 5 se incluyen los porcentajes de participantes en los trabajos revisados que obtienen niveles bajos, medios o altos en cada una de las dimensiones del síndrome. No todos los estudios incluidos en la revisión informaban sobre la prevalencia de los diferentes niveles en las tres dimensiones, aunque si aportaban información descriptiva sobre los valores promedio de la muestra para cada dimensión.

Destacar también que en los artículos que sólo aportaban valores promedio, siguiendo la clasificación propuesta por Maslach y Jackson (1996) de los valores bajos, medios y altos para cada dimensión, los estudios quedarían agrupados como se indica a continuación: en CE el 18,8% de los estudios muestran nivel bajo, medio en el 75% y alto en un 6,3%. En D los porcentajes fueron 81,3% con nivel bajo y 18,8% con nivel medio. Por último, en RP el 18,8% eran bajos, el 75% medios y el 6,3% altos. Los estudios que sólo informaban de las puntuaciones medias de las 3 dimensiones siguen una distribución similar a los que aportaban valores de prevalencia. Concretando, los estudios informan de que las enfermeras de oncología muestran valores altos y medios de CE, no se sienten completamente realizadas con su trabajo y no suelen tener una actitud negativa o cínica hacia los pacientes. Los valores promedio de cada estudio se detallan en la tabla 4.

Tabla 5. Prevalencia de valores bajos, medios y altos en las 3 dimensiones del burnout en enfermeros de oncología

Autor, año y país	CE			D			RP			n
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
Alacacioglu et al., 2009, Turquía	-	-	5,4	-	-	5,4	100	-	-	56
Barret et al., 2002, Australia	30	33	37	-	-	11	20	32	50	243
Bressi et al., 2008, Italia	46,3	21,8	31,9	47,2	29,7	23,1	15,3	22,3	62,5	229
Edmonds et al., 2012, Canadá	-	-	34,1	-	-	25	30,7	-	-	33
Friese, 2005, Estados Unidos	-	-	28,8	-	-	-	-	-	-	305
Gallagher et al., 2009, Estados Unidos	26,7	46,7	26,7	63,3	33,3	3,3	16,7	33,3	50	30
Gallegos-Alvaraldo et al., 2009, México	84	13	3	97	3	0	68	19	13	31
Kash et al., 2000, Estados Unidos	-	-	29,2	-	-	-	-	-	-	83
Kravits et al., 2010, Estados Unidos	-	-	38	-	-	13	45	-	-	248
Lagerlund et al., 2015*, Suecia	36	31,6	32,4	37,2	32	30,9	33,7	33,7	32,6	1140
Molassiotis et al., 1996, Malta	34,2	32,3	33,5	31,2	30,9	37,9	36,2	34,3	29,5	5972
	37,5	52,5	10	52,5	37,5	10	22,5	17,5	60	40

Autor, año y país	CE			D			RP			n
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
Ostacoli et al., 2010, Italia	33,3	29,6	37,1	48,1	24,1	27,8	48,1	24,1	27,8	54
Papadatou et al., 1994, Grecia	72,8	24,2	3,0	78,8	18,2	3,0	84,9	12,1	3,0	33
Quattrin et al., 2006, Italia	39,7	28,1	32,3	34,5	33,1	32,2	36,9	31,7	31,3	217
Shang et al., 2013, Estados Unidos	39	26	35	55	28	17	69	20	11	100
	-	-	36,8	-	-	-	-	-	-	708

Nota: CE = CE; D = Despersonalización; RP = RP; *: dos muestras.

Factores de riesgo del padecimiento del síndrome de burnout

La literatura revisada valora un amplio número de variables que pueden influenciar el desarrollo del burnout en enfermeras de oncología. La tendencia entre los investigadores que estudian las variables de riesgo del síndrome es clasificarlas en tres grandes grupos: las sociodemográficas, las laborales y las psicológicas (Vargas et al., 2014). Por ello se decidió utilizar esta clasificación de los factores de riesgo analizados, quedando detallada en la Tabla 4.

Factores sociodemográficos

La edad ha sido analizada en varios estudios, que coinciden en señalar la juventud como un factor protector frente al CE. Las enfermeras de oncología más jóvenes parecen sufrir menos CE (Davis, Lind, & Sorensen, 2013; Papadatou et al., 1994), existiendo mayor CE en los mayores de 40 años (Quattrin et al., 2006). Sin embargo, Caruso et al. (2012), no encuentra diferencias estadísticamente significativas a este respecto.

El género, el estado civil y el nivel de formación no parecen influir de forma significativa el desarrollo del síndrome (Caruso et al., 2012; Alacacioglu et al., 2009), pero los profesionales con hijos, como informa Quattrin et al. (2006) si tienen más riesgo de padecer CE.

Factores laborales

Las variables laborales y su influencia sobre el síndrome son las más estudiadas en la literatura revisada. La antigüedad en la profesión y en el servicio, informan Gallagher y Gormley (2009), actúan como factores protectores frente al burnout, aunque otros (Ostacoli, 2010; Alacacioglu et al., 2009; Quattrin et al., 2006; Escot, Artero, Gandubert, Boulenger, & Ritchie, 2001) informan que la experiencia puede tener una influencia negativa sobre el síndrome. Otros factores que protegen frente al síndrome son la satisfacción laboral (Davis et al., 2013; Molassiotis & Haberman, 1996), trabajar con pacientes adultos ingresados, la presencia de características positivas dentro del entorno laboral (Emold et al., 2011; Davis et al., 2013) y un aumento del sueldo (Molassiotis & Haberman, 1996).

Como factores de riesgo algunos estudios apuntan que la carga de trabajo, el trato con la muerte, la agonía, el sufrimiento de los pacientes y familiares aumentan el CE y la D y disminuyen la RP, acercando a los profesionales al padecimiento del burnout (Borteyrou, Truchot, & Rasclé, 2014). Este hecho se repite con la carga de trabajo donde se informa de niveles altos de CE y D (Borteyrou et al., 2014; Papadatou et al., 1994) o de niveles más bajos de RP (Molassiotis & Haberman, 1996). Tener turnos rotatorios parece aumentar la D y disminuir la RP y el CE aunque no de forma significativa para ninguna de las dimensiones (Gallagher & Gormley, 2009). Por el contrario, las enfermeras que trabajan exclusivamente en turno de noche si muestran menos RP de forma significativa (Quattrin et al., 2006). Otros factores que influyen negativamente en el desarrollo del síndrome son la presencia de estresores laborales como percibir que se pueden cometer fallos, sentir que no se puede terminar todo el trabajo, o ver a los familiares sufrir (Barnard,

Street, & Love, 2006), u otros factores como tratar con la muerte, la agonía, el sufrimiento y los pacientes y los familiares (Borteyrou et al., 2014).

Factores psicológicos

La satisfacción personal parece ser un factor protector del síndrome de burnout, aumentando la RP y disminuyendo el CE y la D (Molassiotis & Haberman, 2006). Sin embargo, otras variables psicológicas como la depresión, la ansiedad o la presencia de conflictos interpersonales actúan como factores de riesgo, aumentando el CE y la D y disminuyendo la RP (Borteyrou et al., 2014; Ostacoli et al., 2010), al igual que ocurre con el miedo al cáncer (Molassiotis & Haberman, 1996).

Otros factores estudiados en la literatura

En la literatura revisada también se habla de otros factores de riesgo relacionados con el burnout, como la salud psiquiátrica, cuya problemática está asociada positivamente a un alto CE y D y negativamente a la RP (Bressi et al., 2008; Escot et al., 2001). Otras variables como el apoyo social, el apoyo profesional y las habilidades de comunicación protegen frente al desarrollo del burnout (Emold et al., 2011; Molassiotis & Haberman, 1996). Las enfermeras de oncología presentan más CE si no eligieron trabajar en oncología o si están esperando un traslado a otro servicio (Quattrin et al., 2006). Así mismo presentan más burnout cuando sienten que no conectan con los pacientes o que su experiencia no es tomada en cuenta en la toma de decisiones (Escot et al., 2001).

4.2.3. DISCUSIÓN

La revisión realizada sobre el burnout en enfermería oncológica tenía como objetivos conocer los niveles medios y la prevalencia de puntuaciones altas, medias y bajas de las tres dimensiones del burnout, y los factores que influyen en el desarrollo del síndrome. De la muestra de estudios obtenida se infiere el interés de los investigadores por la temática, sobre todo en los años más recientes.

Estudios similares sobre el burnout en enfermeras de otros servicios (Albendín et al., 2016; Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015) denotan la importancia del estudio del burnout por servicios, debido a la peculiaridad de cada unidad hospitalaria. En el caso concreto de las revisiones recientes del burnout en enfermería oncológica, aunque no se han centrado exclusivamente en el síndrome, el número de estudios revisados es inferior al que se utiliza en este trabajo (Toh et al., 2012; Mukherjee et al., 2009).

En esta revisión, los estudios informan de importantes prevalencias de CE alto, D alta y RP baja. Estos resultados deben ser tenidos en cuenta. La literatura internacional informa de alta prevalencia de burnout en los profesionales de enfermería (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), y en concreto, en oncología parece repetirse esta afirmación ya que varios estudios informan de prevalencias altas en CE, en más de un 30% de la muestra, en D, en más del 20%, junto con baja RP, que parece ser el principal problema en estos servicios (Alacacioglu et al., 2009; Gallegos-Alvaraldo et al., 2009). Esto refleja que el desgaste en éstos es mayor que en otras aéreas asistenciales (Eelen et al., 2014).

Aunque para las enfermeras trabajar con pacientes oncológicos pueda generarles satisfacción (Jasperse, Herst, & Dungey, 2014), el impacto psicológico y físico de la enfermedad hace que aumente el CE (Edmonds et al., 2012). El estrés que produce trabajar con estos pacientes genera D (Jasperse et al., 2014) y, todo lo anterior, concluye inevitablemente en una disminución de la RP de estos profesionales (Emold et al., 2011). El patrón de burnout en enfermeras de oncología, alto CE con baja RP y baja D se repite en otros profesionales de la salud, como los oncólogos y médicos de cuidados paliativos (Asai et al., 2007). Sin embargo, otros estudios con oncólogos, pediatras o médicos de familia informan de mayores niveles de D (Arigoni, Bovier, Mermillod, Waltz, & Sappino, 2009).

Como se puede observar, las prevalencias de cada nivel en las tres dimensiones varían entre los estudios revisados. Esto puede ser debido a que las muestras pertenecen a países diferentes, hecho que influye en el síndrome (Pisanti et al., 2011; Tourigny, Vishwanath, & Wang, 2010; Van der Schoot, Oginska, Estryng-Behar, & NexT-Study Group, 2003), ya que cada país tiene un sistema sanitario con características propias de planes de formación, cargas de trabajo y retribución de la enfermería (Hasselhorn, Widerszal-Bazyl, Radkiewicz, & NexT-Study Group, 2003; Van Der Schoot et al., 2003). A estos motivos habría que añadir la fiabilidad de los procesos de traducción, adaptación y validación de cuestionarios en cada país ya que, como indican Vargas et al. (2014), el idioma y las adaptaciones de los cuestionarios pueden ser variables que moderen las relaciones entre el burnout y sus factores de riesgo. Ejemplo de todo esto se ve en enfermeras de oncología con porcentajes de CE alto en estudios realizados en Estados Unidos, Italia y Australia (Kravits et al.,

2010; Ostacoli, 2010; Barret & Yates, 2002), mientras que los niveles de D son más altos en Grecia, Italia y Canadá (Edmonds et al., 2010; Ostacoli et al., 2010; Papadotou et al., 1994). Los niveles más bajos de RP están en Turquía, México e Italia (Alacacioglu et al., 2009; Gallegos-Alvaraldo et al., 2009; Quattrin et al., 2006).

Entre los principales factores de riesgo del síndrome en este servicio cabría destacar la edad avanzada, la mayor experiencia laboral, la carga laboral, el trato con pacientes terminales, el sufrimiento, la agonía, la muerte, la presencia de estresores laborales y la depresión (Borteyrou et al., 2014; Barnard et al., 2006; Davis et al., 2013; Gallagher & Gormley, 2009; Quattrin et al., 2006). Es decir, una enfermera joven y con poca experiencia estará más protegida frente al desarrollo del síndrome en oncología, aunque, en otras muestras, la mayor antigüedad en el servicio y la mayor experiencia laboral protejan frente al burnout (Gallagher & Gormley, 2009), así como la satisfacción de trabajar en estos servicios (Gama et al., 2014) y con estos pacientes (Jasperse et al., 2014). Sin embargo, las características de los pacientes de oncología lo convierten en un servicio de riesgo, ya que el hecho de tratar con la muerte, la agonía o el sufrimiento son situaciones que se tienen que afrontar continuamente en este servicio y que van en perjuicio del personal (Romeo-Ratliff, 2014; Brown et al., 2009), por lo que habría que valorar el contexto en el que se realizan los distintos estudios.

También se han identificado factores protectores frente al burnout. Aspectos como la satisfacción laboral, la satisfacción personal y el sueldo son importantes, además de el apoyo y las habilidades comunicativas de los profesionales (Molassiotis & Haberman, 1996; Jasperse et al., 2014).

Estas últimas suelen ser nombradas por los profesionales de enfermería como una de las principales necesidades de formación continua, y tienen un efecto positivo sobre el burnout en servicios de oncología y similares (Jasperse et al., 2014). Todo lo anterior contribuye a hacer de la institución en la que desarrollan su trabajo las enfermeras, una organización laboral saludable (Converso, Loera, Viotti, & Martini, 2015).

A pesar de lo expuesto sobre la relación entre las variables y el burnout, en muchos de los casos, las relaciones son contradictorias entre sí. Un claro ejemplo de esto es la experiencia laboral (Albendín et al., 2016) por lo que es necesario investigar más sobre el burnout y sus asociaciones con otras variables relevantes (Ahmadi et al., 2014; García-Izquierdo & Ríos-Rísquez, 2012) para poder concretar más en lo que a perfiles de riesgo se refiere. Para obtener un análisis cuantitativo de la heterogeneidad entre estudios sería necesario elaborar un meta-análisis que pudiera aclarar el tamaño del efecto promedio de cada variable en relación con el burnout, pero los estudios resultantes de la búsqueda, no contenían información suficiente para ello, lo que podría realizarse cuando sean publicados más artículos con datos empíricos sobre las preguntas formuladas como objetivo de esta revisión sistemática (Sánchez-Meca & Botella, 2010).

El estudio presenta algunas limitaciones. No se ha utilizado la metodología meta-analítica para la síntesis de la literatura revisada por la falta de un número adecuado de estudios que analicen los distintos factores de riesgo para poder realizar los análisis pertinentes. Además, los trabajos revisados, por lo general, usan el baremo del MBI para población general. Que sepamos, no existe una adaptación del MBI para los profesionales de enfermería. El MBI GS y el MBI HSS han sido

ampliamente utilizados con todo tipo de profesionales, sin embargo, sería interesante disponer de una adaptación de estos test para profesionales de enfermería; si esta adaptación existiese, los investigadores podrían haber llegado a diferentes resultados en la evaluación del síndrome. En vez de eso, algunos autores han revisado la adecuación de los indicadores psicométricos de los test en su muestra, para evitar realizar una inducción de la validez y confiabilidad del instrumento (De la Fuente et al., 2013, 2015).

Un número importante de las enfermeras de oncología sufre de CE y bajos niveles de RP. Las enfermeras deberían tener en cuenta la alta demanda física y emocional que puede suponer trabajar en un servicio de oncología. En este servicio se debe afrontar la comunicación de malas noticias al paciente y su familia, dolor, sufrimiento y muerte. Las enfermeras de oncología deberían estar preparadas para afrontar que el cuidado y el tratamiento que proporcionan no siempre será suficiente para que el paciente supere la enfermedad, y ello no debería hacerles sentirse poco realizadas o insatisfechas con su trabajo.

Más estudios son necesarios para identificar factores protectores y de riesgo frente al burnout. Además, estos estudios deberían ser analizados de forma más exhaustiva, para establecer programas preventivos del burnout. La investigación enfermera debería centrarse en el desarrollo de programas para la reducción del CE y promover el desarrollo de sentimientos de satisfacción y realización con el trabajo en enfermeras de oncología.

En conclusión, las enfermeras que desarrollan su labor en servicios de oncología son susceptibles de desarrollar el síndrome de burnout. La estimación de la prevalencia del trastorno, en el caso de la dimensión D, no parece ser alarmante. Sin embargo, se encuentran cifras bastante importantes en las prevalencias estimadas de niveles altos de CE y de baja RP; es decir, un amplio porcentaje de las enfermeras de oncología se encuentra en situación de riesgo para el desarrollo del síndrome.

Las variables que parecen tener más influencia, bien como factores de riesgo o de protección frente al síndrome, son: la edad, la experiencia o antigüedad laboral, la carga de trabajo, la satisfacción laboral y aspectos relacionados con la asistencia sanitaria como las habilidades comunicativas o tratar con el sufrimiento, la agonía y la muerte. Son necesarios más trabajos de investigación que contengan información empírica sobre todas estas variables, para poder pasar a realizar revisiones cuantitativas y meta-analíticas sobre el tema.

4.3. ESTUDIO 2. BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE PERSONALIDAD EN ENFERMERAS DE ONCOLOGÍA

El burnout es un síndrome que afecta principalmente a los profesionales que trabajan en contacto con los beneficiarios de sus servicios (Schaufeli et al., 2009). Maslach & Jackson (1981) lo definieron como un síndrome tridimensional en el que la persona afectada presenta D o cinismo en el trato con los clientes, baja RP y CE. El constructo burnout ha sido ampliamente estudiado a lo largo de sus cuatro décadas de existencia, porque sus consecuencias negativas para los profesionales que lo padecen

y para la organización y los clientes donde trabajan pueden ser muy graves. En el profesional con burnout pueden aparecer síntomas como la fatiga crónica, dolores de cabeza, insomnio, alteraciones de la concentración, pesadillas, ansiedad o hipervigilancia (Embriaco et al., 2007; Potter et al., 2010). En el caso de las instituciones sanitarias, el burnout ha sido relacionado con un aumento del absentismo, abandono del puesto de trabajo y con disminuciones en la calidad de la atención sanitaria, aumentando los errores y disminuyendo la seguridad del paciente (Gasparino, 2014; Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O'Connor, 2016; Teng et al., 2010).

El personal sanitario es uno de los colectivos más afectados por el síndrome debido, entre otras causas, a la carga de trabajo, la duración de los turnos, las quejas y reclamaciones de los usuarios o el desequilibrio entre la vida personal y laboral (Biksegn, Kenfe, Matiwos, & Estehu, 2016; Suñer-Soler et al., 2014). Dentro de las profesiones sanitarias, enfermería ha sido señalada como una de las que presentan una más alta prevalencia de burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Losa-Iglesias & Becerro de Bengoa, 2013). Sin embargo, el estudio del burnout en enfermería se está centrando en unidades o servicios específicos. La práctica enfermera, el tipo de pacientes y, por lo tanto el riesgo para el desarrollo del burnout, puede variar mucho entre una enfermera de urgencias (Adriaenssens et al., 2015; Albendín et al., 2016) con respecto a una enfermera de atención primaria (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016) o una enfermera de oncología (Russell, 2016; Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds, & Su, 2016).

Las enfermeras de oncología tratan pacientes con características específicas respecto a otras unidades. Durante la enfermedad, los pacientes oncológicos suelen experimentar problemas psicológicos, sufrimiento, sentimientos de vulnerabilidad, ansiedad, miedo o depresión, lo que ha sido asociado con un aumento del estrés en los profesionales de enfermería (Kubota et al., 2016). A esto hay que añadir la toma de decisiones en situaciones clínicas éticamente complejas (Pavlish et al., 2015), la falta de preparación para los cuidados al final de la vida de las enfermeras principiantes, la complejidad de los tratamientos para el cáncer, el duelo, la comunicación de malas noticias o la muerte de los pacientes (Ko & Kiser-Larson, 2016; Romeo-Ratliff, 2014).

Las características concretas de las unidades de oncología y su relación con el burnout de las enfermeras han sido estudiadas durante los últimos años, encontrándose prevalencias moderadas y altas (Gómez-Urquiza, Aneas-López et al., 2016; Wu et al., 2016). Además, se han estudiado diferentes factores de riesgo del síndrome en enfermeras de oncología. Por ejemplo, variables sociodemográficas como la edad o el estado civil (Alacacioglu et al., 2009; Davis et al., 2013), variables laborales como la experiencia profesional, el turno, el apoyo en el trabajo, o la diferencia entre unidades ambulatorias o de hospitalización (Davis et al., 2013; Gallagher & Gormley, 2009; Quattrin et al., 2006) o variables psicológicas como la necesidad de aprobación, la confianza, la ansiedad, la depresión o la compasión (Ostacoli et al., 2010; Wu et al., 2016).

A pesar de todo lo anterior, resulta necesario avanzar en el estudio del síndrome. La estimación de la prevalencia del trastorno en cada una de sus dimensiones en enfermeras de oncología (Gómez-Urquiza, Aneas-López

et al., 2016) puede ser complementada si se dispone de una clasificación de los profesionales según la fase o estadio de gravedad en que se encuentren de desarrollo del síndrome, teniendo en cuenta el modelo de fases de Golembiewski & Munzerider (1988), lo que permite estimar la prevalencia de burnout de estos profesionales. Además, en la elaboración de perfiles de riesgo del burnout en enfermeras de oncología, no existen estudios, que sepamos, que valoren la influencia de los factores de personalidad sobre el burnout (Gómez-Urquiza, Aneas-López et al., 2016). Algo que sí ha sido tenido en cuenta en otros estudios del burnout en enfermería, habiéndose encontrado relaciones significativas entre los factores de personalidad de las enfermeras y el burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Hudek-Knezevic et al., 2011).

Este trabajo tiene un triple objetivo: a) valorar los niveles de burnout, b) conocer en qué fase de padecimiento del burnout se encuentran las enfermeras de oncología y c) analizar la relación de los factores de personalidad y otros trastornos psicológicos con el burnout.

4.3.1. MÉTODO

Muestra

La muestra estuvo compuesta por n=101 profesionales del SAS (Andalucía, España). El 69,3% de la muestra eran mujeres, un 73,3% estaban casados, un 42% tenían 2 hijos y el 65,3% trabajaba en turno rotatorio. Se seleccionó de forma intencional a las enfermeras contratadas y pertenecientes a las unidades de oncología. Se excluyó a los estudiantes

de enfermería. Los datos fueron recogidos en el año 2015 e incluyen todas las provincias de Andalucía.

Variables e Instrumentos.

Para la recogida de datos se entregó un cuadernillo a los participantes. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, género y estado civil), laborales (turno fijo o rotatorio, antigüedad en la profesión y antigüedad en el puesto de trabajo), factores de personalidad (neuroticismo, extraversión, amabilidad, responsabilidad y apertura), la ansiedad, la depresión y las tres dimensiones del burnout.

Para valorar los cinco factores de personalidad se utilizó la versión adaptada en población española (McCrae & Costa, 1999) del cuestionario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) (Costa & McCrae, 1989). El cuestionario evalúa, mediante una escala tipo Likert de cinco puntos y 60 ítems, la personalidad a través de cinco dimensiones de 12 ítems cada una: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.

La ansiedad y la depresión se valoraron con el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano, García-Cueto, & Lozano, 2007). Se utilizaron 45 ítems de una escala tipo Likert de 5 puntos, 19 ítems para ansiedad y 26 ítems para depresión.

Las tres dimensiones del burnout se midieron con la adaptación española del Maslach Burnout Inventory (MBI) que cuenta con 22 ítems en escala tipo Likert de 7 puntos (Maslach & Jackson, 1981; Seisdedos, 1997). La dimensión CE consta de 9 ítems, D tiene 5 ítems y RP 8 ítems. Los valores

diagnósticos utilizados para establecer los niveles de burnout fueron los propuestos por el manual (Maslach & Jackson, 1981).

Diseño y procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo, transversal y multicéntrico. Para la recogida de datos se contactó con el Sindicato de Enfermería (SATSE) que aceptó colaborar en la investigación. Tras haber informado a los centros, los delegados provinciales de SATSE junto con una persona especializada en la recolección de datos se encargaron de ponerse en contacto con los enfermeros de oncología para la entrega de los cuadernillos. La participación en el estudio fue voluntaria, individual y anónima y el tiempo estimado para completar la encuesta era de 45 minutos.

Análisis estadístico

Para la descripción de la muestra se utilizó un análisis descriptivo, media y desviación típica para las variables continuas, y análisis de frecuencias para las variables categóricas. Para los contrastes de hipótesis de dos medias independientes se utilizó el estadístico *t*-student y para la correlación entre las variables cuantitativas y el MBI se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 20.0.

Para la estimación bayesiana de las prevalencias y sus intervalos de credibilidad (IC) con distribución no informativa de cada dimensión del

burnout se utilizó el programa WinBugs (Ntzoufras, 2009; Spiegelhalter, Thomas, Best, & Gilks, 1994^a, 1994b).

4.3.2. RESULTADOS

Descripción de la muestra y niveles de burnout.

La media de la antigüedad profesional de la muestra fue 274.91 meses y de 124.31 en el puesto. Las variables de descripción de la muestra y las puntuaciones medias de las tres dimensiones del burnout, los cinco factores de personalidad y ansiedad y depresión se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Valores descriptivos de las variables estudiadas (n=101)

<i>Variables categóricas</i>		<i>%(n)</i>
Género	Hombre	30.7(31)
	Mujer	69.3(70)
Estado civil	Casados	73.3(74)
	No casados	26.7(27)
Número de hijos	Sin hijos	23.8(24)
	1 hijo	15.8(16)
	2 hijos	42.6(43)
	Más de 2 hijos	17.8(18)
Turno	Rotatorio	65.3(66)
	Fijo	34.7(35)
<i>Variables continuas</i>		<i>Media (DT)</i>
Antigüedad profesional		274.91(97.90)
Antigüedad en el puesto		124.31(124.89)
Neuroticismo		26.03(6.97)
Amabilidad		45.64(6.01)
Responsabilidad		47.50(6.43)
Extraversión		43.1(6.78)
Apertura		39.36(6.67)
Ansiedad		34.51(9.54)
Depresión		48.1(12.24)

Nota: DT = Desviación típica.

Las puntuaciones de cada dimensión del burnout se categorizaron en bajas, medias y altas. La D alta estaba presente en un 21.2% de la muestra y D media en un 35.4%. La baja RP estaba presente en un 45.5%. Por último, en CE un 19.2% presentaban nivel alto, frente a un 38.4% con

niveles medios. Las prevalencias de niveles bajos, medios y altos y las medias para cada dimensión se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Niveles de Burnout en cada una de sus dimensiones

	CE			D			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
%	42.4	38.4	19.2	43.4	35.4	21.2	45.5	26.3	28.3
M(DT)	16.84(9.30)			5.71(5.17)			36.61(8.38)		

Nota: CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; DT = Desviación típica; M = Media; RP = Realización Personal.

Estimación de la Prevalencia de burnout y clasificación de los participantes según el modelo de Golembiewski.

La estimación puntual bayesiana de la prevalencia, a partir de los resultados obtenidos, para la D alta fue de 21.78% [IC 17.71, 25.85], para valores bajos de RP fue de 45.1% IC [41.67, 49.75] y de niveles altos en CE fue del 19.81% IC [16.72, 22.9].

También se clasificó a los sujetos utilizando el modelo completo de fases del burnout para conocer la fase de gravedad del trastorno en la que se encuentran, estando el 29.6% de la muestra en las fases 6, 7 y 8, las más graves del trastorno (Tabla 8).

Tabla 8. Clasificación de los participantes según el Modelo de Fases

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8
n	29	6	12	8	16	6	9	15
(%)	(28.8)	(4.9)	(11.9)	(7.9)	(15.9)	(5.9)	(8.9)	(14.8)

Estudio de las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad en relación con el burnout.

Factores de riesgo sociodemográficos y laborales

Respecto a la relación entre las tres dimensiones del burnout y las variables sociodemográficas, al contrastar la diferencia de medias del CE, la D y la RP entre hombres y mujeres, casados y no casados, y profesionales con hijos o sin hijos no se encontraron diferencias significativas. Por último, la correlación entre la edad y las tres dimensiones del burnout tampoco fue estadísticamente significativa.

La correlación entre cada una de las dimensiones del burnout con las variables antigüedad en la profesión y antigüedad en el puesto no fue estadísticamente significativa. Al comparar las medias de CE, D y RP entre los profesionales con turno fijo y los profesionales con turno rotatorio se encontraron diferencias significativas en D, siendo mayor en los profesionales con turno rotatorio ($t_{2,733}, p < 0.001$).

Factores de riesgo psicológicos

Valorando la relación entre las variables psicológicas y el burnout se encontraron correlaciones significativas entre el CE, D y RP con los cinco factores de personalidad, la ansiedad y la depresión.

Respecto a D, se encontró una relación significativa y positiva con neuroticismo ($r = .298$), ansiedad ($r = .359$) y depresión ($r = .347$). En

relación con la puntuación de RP, se encontró una relación significativa y positiva con amabilidad ($r = .531$), responsabilidad ($r = .612$), extraversión ($r = .361$) y apertura ($r = .286$). Por último, en CE se encontró una relación significativa y positiva con neuroticismo ($r = .472$), ansiedad ($r = .544$) y depresión ($r = .524$). Los demás factores de personalidad tuvieron una relación significativa y negativa con la D, la puntuación de RP y el CE (Tabla 9).

Tabla 9. Valor *r* (Correlación de Pearson) entre el burnout y los factores de personalidad, la ansiedad y la depresión

<i>Variable</i>	<i>Neuroticismo</i>	<i>Amabilidad</i>	<i>Responsabilidad</i>	<i>Extraversión</i>	<i>Apertura</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Depresión</i>
CE	.472***	-.380***	-.343***	-.293***	-.276**	.544***	.524***
D	.298**	-.583***	-.405***	-.229*	-.278**	.359***	.347***
RP	-.270**	.531***	.612***	.361***	.286**	-.305**	-.249*

Nota: CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP= Realización Personal; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$

4.3.3. DISCUSIÓN.

En relación a los niveles de burnout en enfermeras oncología, los resultados indican que un 57.6% presentan niveles medios y altos de CE, un 56.6% niveles medios y altos de D y bajos niveles de RP en un 45.5%. Respecto al estadio de gravedad en el que se encuentran, un 29.6% de los enfermeros de oncología, están en las fases más graves de desarrollo del trastorno. Estos resultados coinciden con otras investigaciones realizadas en Estados Unidos, Italia o Suecia que informan de prevalencias similares de afectación en CE, D y baja RP en estos profesionales (Bressi et al., 2008; Davis et al., 2013; Lagerlund et al., 2015; Quattrin et al., 2006) y una prevalencia alta del síndrome (Wu et al., 2016). Trabajar en una unidad de oncología supone estar en contacto con personas diagnosticadas de patologías potencialmente mortales, teniendo que empatizar con los pacientes y sus familias, afrontando las limitaciones de la atención sanitaria y el sentido de la muerte de uno mismo (Ksiazek et al., 2011), lo que puede producir CE, disminuir la RP y la necesidad de no implicarse y dar un trato despersonalizado.

Las variables sociodemográficas, además de la antigüedad en el puesto y en la profesión, parecen no estar relacionadas con ninguna de las dimensiones del burnout. Estos resultados coinciden con otros trabajos en los que la edad, el estado civil o la antigüedad no muestran relación con el síndrome (Alacacioglu et al., 2009; Davis et al., 2013; Vargas et al., 2014). Sin embargo, otros estudios muestran relaciones significativas entre el burnout, la edad y la presencia de hijos (Quattrin et al., 2006) o entre la antigüedad profesional y el burnout (Escot et al., 2001; Gallagher & Gormley, 2009).

Respecto al turno de trabajo se ha encontrado una relación significativa con la D, siendo mayor en los profesionales con turno rotatorio, aunque no parecen darse diferencias significativas en CE y RP, según el turno de las enfermeras. Esto puede deberse a la menor continuidad de cuidados y mayor distanciamiento en los turnos rotatorios, aunque otros autores informan de que no existe relación del turno con ninguna de las dimensiones del burnout (Gallagher & Gormley, 2009), mientras otros informan de relación significativa sólo entre el turno y la RP (Quattrin et al., 2006).

En las teorías sobre los perfiles de riesgo del desarrollo del síndrome de burnout los factores de personalidad deben ser tenidos en cuenta. Observando la relación entre el CE y los factores de personalidad, el neuroticismo aumenta de forma significativa cuando lo hace el CE, lo que coincide con otros estudios (Cañadas de la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009; Zellars et al., 2010). Esto puede deberse a que el trabajo en unidades tan emocionalmente exigentes como oncología, debido al tipo de pacientes, las patologías y la morbimortalidad (Brown & Wood, 2009), puede favorecer que se incremente el agotamiento y los niveles de neuroticismo en los profesionales. Por el contrario, como informan otros autores (Cañadas de la Fuente et al., 2015), la amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura guardan una relación negativa significativa con el CE. En situaciones vitales complejas, como las que ocurren en las unidades de oncología, una mayor comunicación con los compañeros, el aumento de la empatía, la amabilidad y el interés por los pacientes, puede favorecer las sensaciones gratificantes en los profesionales previniendo la aparición de CE (Denigris, Fisher, Maley, & Nolan, 2016). El CE elevado

se relaciona con mayores niveles de ansiedad y depresión, al igual que indican otros estudios (Ostacoli et al., 2010). La exposición a eventos adversos y a la muerte, puede hacer que los profesionales sean conscientes de su propia muerte, aumentando la ansiedad y la depresión y favoreciendo el agotamiento (Peters et al., 2013).

Respecto a la relación entre los factores de personalidad y la D, se repite la situación anterior, existiendo una relación positiva significativa con neuroticismo y negativa significativa con la amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura, como ocurre en estudios similares (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). La falta de preparación y una actitud insegura de los profesionales frente al cuidado de los pacientes con diagnósticos terminales, puede favorecer el trato despersonalizado para evitar sufrimiento al implicarse excesivamente (Peters et al., 2013). Por el contrario, un trato más cercano y empático es lógico que sea dado por profesionales con mayor amabilidad, responsabilidad y extraversión. Los niveles de D covarían positiva y significativamente con la ansiedad y la depresión lo que puede deberse a una necesidad de protección frente a los eventos adversos de la unidad. Sin embargo, otros autores no han encontrado relación significativa entre D con las variables ansiedad y depresión (Ostacoli et al., 2010).

Por último, se ha encontrado que los niveles de RP aumentan si disminuye el neuroticismo y aumentan cuando aumenta la amabilidad, la responsabilidad, la extraversión y la apertura. La inseguridad emocional puede favorecer que los profesionales no estén cómodos en el trabajo, disminuyendo la RP (Peters et al., 2013). Sin embargo, los profesionales con más formación parecen tener mejor comunicación con pacientes y

familiares, lo que favorece un clima agradable (Deffner & Bell, 2005). Esto, acompañado de mayor tendencia a implicarse y empatizar puede favorecer los cuidados de calidad, lo que está relacionado con mayor satisfacción de pacientes y familiares (Li-Ming et al., 2013), pudiendo repercutir sobre la gratificación con el trabajo y la RP de las enfermeras. Respecto a la relación negativa y significativa de la RP con la ansiedad y la depresión, es esperable que una enfermera que presenta ansiedad y depresión se sienta menos realizada personalmente, aunque otros autores indican que esta relación sólo es significativa con la depresión (Ostacoli et al., 2010).

Existe una prevalencia alta de enfermeras de oncología en las fases más graves de padecimiento del burnout. Sin embargo, los gestores, los supervisores y las propias enfermeras de oncología deben tener en cuenta la importancia de los factores de personalidad en el desarrollo del síndrome. Las enfermeras de oncología con mayor neuroticismo (inestabilidad e inseguridad emocional) y con problemas de ansiedad y depresión son más propensas al desarrollo del síndrome. Por el contrario, características como la amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura pueden ser claves en la protección frente al síndrome.

Programas de intervención que favorezcan una actitud positiva frente al cambio, la seguridad emocional frente a los eventos adversos que ocurren en estos servicios, e intervenciones que favorezcan la comunicación, la expresión de sentimientos y pensamientos tanto con los compañeros como con los pacientes y familiares, podrían proteger frente al desarrollo del síndrome. También resulta necesario diagnosticar adecuadamente y tratar

los trastornos de ansiedad y depresión en estos profesionales, debido a la coexistencia de éstos con alta prevalencia del burnout.

En conclusión, una parte importante de las enfermeras de oncología del estudio se encuentra en las fases más graves de padecimiento del burnout. Las variables sociodemográficas y la antigüedad profesional y en el puesto parecen no influir la presencia del síndrome. El factor de personalidad neuroticismo, además de la ansiedad y la depresión parecen estar muy relacionados con su desarrollo, mientras que los factores de personalidad restantes, amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura parecen proteger frente al burnout en enfermeras de oncología.

CAPÍTULO 5.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de este trabajo se ha recogido información sobre niveles y factores de riesgo del burnout, así como de su prevalencia en enfermeras de servicios de oncología. Esto ha sido desarrollado en tres fases, correspondiéndose cada una con un estudio independiente, los cuales se han expuesto con anterioridad. El primero de ellos ha sido un meta-análisis de factores de riesgo, teniendo la edad como eje principal; el segundo una revisión sistemática, también relacionada con factores de riesgo y niveles de burnout específicamente en servicios de oncología, y que servía de prólogo para el estudio empírico; y el tercero el ya mencionado estudio empírico en el que han participado profesionales de oncología del SAS.

La metodología empleada en esta tesis no es nueva. La evidencia científica que aportan los estudios más recientes tanto de revisión como de meta-análisis permiten acercar a los profesionales al estado de la cuestión de forma más fehaciente y, por ende, permiten a su vez una mejor aproximación sobre el terreno a la hora de hacer extensivas las cuestiones teóricas a las prácticas. De ahí que otros estudios han utilizado dicha metodología meta-analítica y la revisión sistemática de bibliografía con objetivos relacionados con el tema central de esta tesis doctoral. Conociendo los efectos negativos del síndrome no es de extrañar que diversas publicaciones hayan analizado los niveles de burnout, su prevalencia y sus factores de riesgo en los profesionales de enfermería (Albendín et al., 2016; Aydemir & Icelli, 2013; Cañadas De la Fuente, 2012; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Cañadas-De la Fuente et al., 2016; De la Fuente et al., 2015; De Pablo, 2007; Vargas et al., 2014).

Como ya se ha comentado, en el primer estudio de esta tesis doctoral, se ha elaborado un meta-análisis para identificar el papel de la variable “edad” sobre el burnout de los profesionales de enfermería. Aunque ésta y su influencia sobre las tres dimensiones del burnout ha sido estudiada en numerosas publicaciones, la relación no estaba clara y los resultados publicados eran muy heterogéneos y resultaban controvertidos. De ahí el planteamiento de profundizar en su análisis.

Seguidamente se ha realizado una revisión sistemática sobre los niveles de burnout, su prevalencia y sus factores de riesgo en enfermeras de oncología. La dimensión más afectada en este grupo profesional, según los resultados encontrados en la literatura, es la RP, seguida del CE y finalmente la D.

Los factores de riesgo encontrados en la literatura muestran que los niveles de burnout de las enfermeras de oncología están influenciados por factores sociodemográficos (edad y tener hijos), laborales (experiencia profesional, carga de trabajo, ratios enfermera-paciente, apoyo laboral, relaciones laborales, sueldo) y psicológicos (ansiedad, depresión, confianza, necesidad de aprobación, miedo al cáncer).

Por último, se ha elaborado un estudio empírico en el que, como principal novedad frente a la literatura publicada, se ha recogido información sobre factores de riesgo psicológicos del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de oncología del SAS y se ha utilizado el modelo de fases del padecimiento del burnout de Golembiewski & Munzerider (1988).

Gracias a esto se ha podido clasificar a los profesionales según la fase de padecimiento del trastorno en la que se encuentran.

Una vez expuesto el proceso desarrollado para la elaboración de esta tesis doctoral, se enumeran los objetivos e hipótesis que se plantearon en el segundo capítulo, se resaltan los aspectos principales de las discusiones ya realizadas en cada uno de los capítulos anteriores, y se incorporan las conclusiones finales que se derivan de los datos y resultados obtenidos.

5.2. OBJETIVOS 1 y 2

Objetivo 1. Estimar, meta-analíticamente, el tamaño del efecto de la relación entre las tres dimensiones del burnout, CE, D y RP, con el factor sociodemográfico edad.

Objetivo 2. Analizar los factores que explican la variabilidad en los tamaños del efecto de la relación entre las tres dimensiones del burnout y la edad.

El tamaño del efecto de la relación entre la edad de los profesionales de enfermería y el CE fue de $r = -.046$ (I.C. al 95%: $-.084, .008$; $k = 50$). Para la dimensión D el tamaño del efecto fue de $r = -.130$ (I.C. al 95%: $-.174, -.086$; $k = 42$) y para RP de $r = .029$ (I.C. al 95%: $-.023, .080$; $k = 34$). La relación entre la edad con el CE y la D fue estadísticamente significativa, algo que no ocurrió en la relación con RP.

Lo anterior muestra que los profesionales de enfermería más jóvenes son más propensos al CE y la D. Esta relación ha sido informada por otros

autores en sus investigaciones (Akhtar et al., 2003; Chen & McMurray, 2001; Hochwalder, 2008; Sims, 2000; Zellars et al., 2000) y pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta esta variable a la hora de realizar programas preventivos del síndrome. Sera conveniente que las autoridades sanitarias apoyasen a los profesionales de enfermería más jóvenes que sean contratados cuando éstos carecen de la experiencia que requieren ciertos servicios.

La relación entre las tres dimensiones del burnout y la edad de los profesionales de enfermería estuvo moderada por algunas variables. La relación entre el CE y la edad estuvo moderada por las variables sustantivas género, estado civil, hijos, la desviación típica de la antigüedad en la profesión y la media de RP. Disminuyendo el tamaño del efecto cuando la muestra contenía un porcentaje de mujeres y casados mayor (Alacacioglu et al., 2009; Hochwalder, 2009; Kiekkas et al., 2010). Los moderadores metodológicos fueron la versión y el idioma del MBI, lo que indica la importancia de llevar a cabo buenos procesos de traducción, adaptación y validación de cuestionarios (Aguayo et al., 2011). Los moderadores extrínsecos fueron el continente de estudio y la fecha de publicación. La influencia del país en el síndrome, debido a las diferentes características laborales y de los sistemas sanitarios ya ha sido indicada en otros estudios (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016).

Respecto a la relación entre D y la edad, los moderadores sustantivos fueron el género y la desviación típica del CE, existiendo un menor tamaño del efecto cuando el porcentaje de mujeres era mayor (Pisanti et al., 2011). Nuevamente los moderadores metodológicos fueron la versión del MBI y su idioma, y como moderador extrínseco el continente de

estudio, lo que pone de manifiesto la gran influencia que pueden tener sobre los resultados tanto los procesos de traducción, adaptación y validación de cuestionarios, así como el entorno laboral de cada país.

Por último, la relación entre RP y edad estuvo moderada por los moderadores sustantivos, media de la antigüedad en el puesto y la media y desviación típica de CE y D, aumentando el tamaño del efecto cuando las puntuaciones de esas tres variables eran mayores (Lee et al., 2003; Pisanti, 2007). Los moderadores metodológicos fueron el muestreo y, al igual que en las otras dos dimensiones del burnout, el tipo de MBI y su idioma. Los moderadores extrínsecos fueron el tipo y la fecha de publicación.

A la luz de los resultados, los encargados de gestionar las plantillas de profesionales de enfermería deberían tener en cuenta que un profesional joven puede verse más rápidamente afectado por el CE y la D. Por ello se deberían poner en marcha intervenciones de acogida en las unidades, así como de formación para la prevención del burnout tras su contratación. De esta forma se prepararía a esos jóvenes para lo que van a afrontar en su día a día como profesionales del servicio, pudiéndose generar así un factor protector frente al síndrome de burnout.

5.3 OBJETIVOS 3, 4 y 5.

Objetivo 3. Conocer, mediante una revisión sistemática, los niveles medios de CE, D y RP en enfermeras de oncología.

Objetivo 4. Describir, mediante revisión de la literatura, la prevalencia de niveles bajos, medios y altos de CE, D y RP en enfermeras de oncología.

Objetivo 5. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, laborales y psicológicos del síndrome de burnout en enfermeras de oncología a partir de una revisión sistemática.

Los estudios localizados que sólo aportaban la media de las tres dimensiones del burnout informaron principalmente niveles medios de CE, niveles bajos y medios de D y medios y bajos de RP, encontrándose que una parte importante de los profesionales de enfermería de oncología se encuentran en riesgo de padecer el trastorno (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De Souza França et al., 2012).

La mayoría de los autores que informaban sobre valores de prevalencia de burnout encontraron CE alto en valores que van desde el 31% al 38% (Bressi et al., 2008; Edmonds et al., 2012; Kravis et al., 2010; Lagerlund et al., 2015; Shang et al., 2013), encontrándose las prevalencias de CE medio y bajo en valores similares alrededor del 30% de la muestra (Barret & Yates, 2002; Papadatou et al., 1994; Quattrin et al., 2006). La importante afectación de esta dimensión es esperable en personal de oncología dada la naturaleza del servicio. Los profesionales de la salud de oncología se ven implicados en procesos complejos de salud-enfermedad, con tratamientos largos y agresivos que, debido al tipo de enfermedad, pueden acabar en fallecimiento y duelo (Romeo-Ratliff, 2014), implicando una alta exigencia emocional en el trato con el paciente y sus familiares.

En los valores de D alta algunos autores informaron de prevalencias entre el 23,1% y el 37,9% (Bressi et al., 2008; Lagerlund et al., 2015; Ostacoli et al., 2010; Papadatou et al., 1994), aunque otros muestran prevalencias de D alta con valores entre el 1% y el 11% (Alacacioglu et al., 2009;

Barret & Yates, 2002; Gallegos Alvarado et al., 2009). Las prevalencias más altas en esta dimensión se encuentran en niveles bajos llegando algunos autores a informar del 78,8% (Ostacoli et al., 2010), el 63,3% (Gallagher & Gormley, 2009) o del 55% (Quattrin et al., 2006). La enfermedad a la que se enfrentan los pacientes oncológicos, y la gran afectación que ésta puede tener sobre el propio paciente y su entorno sociofamiliar (Quinal, Harford, & Rutledge, 2009), puede estar ejerciendo un papel protector frente a la D por parte de las enfermeras de oncología. Los profesionales de enfermería, conscientes del sufrimiento de los pacientes oncológicos, su entorno social y el grado de implicación en el caso de ingresos hospitalarios duraderos, puede provocar que empaticen más, lo que ha sido identificado como un factor protector frente al burnout, y dejen de lado el tratamiento cínico y los pensamientos negativos hacia los pacientes (Yu, Jiang, & Shen, 2016).

Las prevalencias de baja RP encontradas en la literatura indican una gran afectación de esta dimensión en las enfermeras de oncología. En ocasiones, del 100% de las enfermeras (Alacacioglu et al., 2009), o el 84,9% (Ostacoli et al., 2010), el 68-69% (Gallegos-Alvarado et al., 2009; Quattrin et al., 2006) y estando en la mayoría de casos por encima del 35% (Lagerlund et al., 2015; Papadatou et al., 1994). Trabajar con pacientes oncológicos implica que algunos de ellos puedan fallecer a pesar de las intervenciones terapéuticas y los cuidados, lo que implica que las enfermeras se enfrenten a la realidad de su propia mortalidad y pérdida de la salud (Ksiazek et al., 2011). Ésto, unido a la alta exigencia emocional de la unidad, puede favorecer que los niveles de RP sean bajos.

Todo lo anterior indica que los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de oncología son un grupo de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout, debido a las características de las patologías que tratan, su impacto sobre los pacientes y familiares, y algunas características inherentes a la profesión en la actualidad, como los contratos precarios y el poco reconocimiento social. A pesar de lo anterior, aunque existen ciertos factores que favorecen el desarrollo del síndrome, también se encuentran otros que protegen frente al trastorno.

Entre los factores sociodemográficos encontrados en la literatura destaca la edad. Las enfermeras de oncología más jóvenes parecen estar protegidas frente al CE, respecto a las enfermeras de más edad o mayores de 40 años (Davis et al., 2013; Quattrin et al., 2006); lo mismo sucede en profesionales con hijos (Quattrin et al., 2006). Otras variables analizadas como el género o el estado civil parecen no influir en el burnout (Alacacioglu et al., 2009; Caruso et al., 2012).

Respecto a las variables laborales y su relación con el síndrome de burnout en enfermeras de oncología, encontramos que han sido valoradas la experiencia profesional y el tiempo en el puesto de trabajo (Alacacioglu et al., 2009; Escot et al., 2001; Gallagher & Gormley, 2009; Ostacoli et al., 2010); aunque su papel no está claro, los resultados parecen indicar que, a mayor antigüedad, se tienen mayores niveles de burnout. También se ha evaluado la carga de trabajo, salario, la turnicidad, trabajar con pacientes pediátricos o adultos y tener que lidiar con la muerte, el dolor o el sufrimiento (Borteyrou et al., 2014; Davis et al., 2013; Emold et al., 2011; Gallagher & Gormley, 2009). Una mayor carga laboral, menor salario, turno rotatorio, trabajar con pacientes pediátricos y tratar con muerte y

sufrimiento aumenta los niveles de burnout de las enfermeras de oncología.

Entre los factores psicológicos, los estudios han valorado los conflictos interpersonales, no conectar con los pacientes, la ansiedad, la depresión o la baja salud psiquiátrica, todos ellos factores relacionados con un aumento del burnout (Escot et al., 2001; Emold et al., 2011; Quattrin et al., 2006).

Gracias a las aportaciones realizadas por el meta-análisis y la revisión sistemática, era de esperar que esta tesis doctoral se centrara finalmente en un estudio empírico con profesionales de enfermería de unidades de oncología. A través de éste último se aporta mayor evidencia científica al conocimiento del síndrome en estos profesionales. Así mismo, se aporta información sobre la fase del padecimiento del síndrome en que se encuentran las enfermeras de oncología, los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos de riesgo del síndrome.

5.4 OBJETIVOS 6, 7, 8 y 9.

Como se ha comprobado mediante la revisión sistemática inicial han sido muchos los estudios que se han centrado en analizar el síndrome de burnout en enfermeras de oncología desde diferentes perspectivas. Las lagunas de conocimiento encontradas en torno a la clasificación por fases del padecimiento, el análisis de la influencia de los factores de personalidad, la controversia sobre algunos factores sociodemográficos y laborales, y la escasez de estudios sobre burnout realizados con

enfermeras oncológicas en España son los aspectos a destacar y que motivaron que se plantearan los siguientes objetivos:

Objetivo 6. Conocer los niveles de burnout de los profesionales de enfermería de las unidades de oncología del SAS.

Objetivo 7. Estimar la prevalencia de niveles bajos, medios y altos de CE, D y RP en profesionales de enfermería de las unidades de oncología del SAS.

Objetivo 8. Describir la fase del padecimiento del burnout, según el modelo de Golembiewski, en la que se encuentran las enfermeras de oncología del SAS, participantes en esta investigación.

Objetivo 9. Estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de CE, D y RP con factores de riesgo sociodemográficos, laborales y de personalidad en los profesionales de enfermería de oncología del SAS participantes en esta investigación.

Asociadas a estos objetivos, se plantearon las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 1.** Los profesionales de enfermería de oncología del SAS presentan niveles altos de burnout.

La media de CE en estos profesionales fue de 16.84 (DT = 9.30), el valor medio de la D fue de 5.71 (DT = 5.17) y el de RP fue 36.61 (DT = 8.38). Clasificando estos valores medios con los propuestos por el manual de la adaptación española (Seisdedos, 1997) se obtiene que las enfermeras de

oncología del SAS presentan, en promedio, nivel bajo de CE, bajo en D y medio en RP.

• **Hipótesis 2.** La prevalencia de valores altos y medios de CE y D, y de baja RP en profesionales de enfermería de unidades de oncología del SAS serán superiores o iguales al 30%.

Los valores altos de CE estuvieron presentes en un 19,2% de la muestra por un 38,4% con niveles medios. La alta D obtuvo una prevalencia del 21.2% por un 35.4% con D media. La baja RP estaba presente en un 45.5%, siendo la dimensión más afectada en este grupo profesional.

La estimación puntual bayesiana de las prevalencias, a partir de los resultados obtenidos, para la población de enfermeras en servicios de oncología del SAS, fueron los siguientes: para niveles altos de CE fue de 19.81% IC [16.72, 22.9], la D alta fue de 21.78% [IC 17.71, 25.85] y la baja RP fue de 45.1% IC [41.67, 49.75].

• **Hipótesis 3.** La tasa de prevalencia de profesionales de enfermería de oncología del SAS que se encuentran en las fases más graves del padecimiento será superior a los que se encuentran en fases medias o leves.

Utilizando el modelo de fases de padecimiento del síndrome de burnout de Golembiewski, se encontró que un 29.6% de la muestra se encontraba en las fases 6, 7 y 8, las más graves del padecimiento del trastorno. Aunque los datos recogidos no coinciden fielmente con el planteamiento recogido

en la hipótesis 3 se puede observar que casi un tercio de la muestra de las enfermeras de oncología del SAS se encuentra en alguna de las fases más graves de padecimiento del trastorno.

- **Hipótesis 4.** En profesionales de enfermería de oncología del SAS algunas variables sociodemográficas están relacionadas con el burnout.

Al estudiar la relación entre el burnout de las enfermeras de oncología del SAS y las variables sociodemográficas, se encontró que no existían diferencias significativas en los niveles de CE, D y RP entre hombres y mujeres, casados y solteros, según la edad y tener o no tener hijos. Esta ausencia de diferencia significativas en los niveles de burnout en función de las variables sociodemográficas (género, estado civil, edad y número de hijos) coincide con lo observado por otros autores (Alacacioglu et al., 2009; Davis et al., 2013), aunque algunos sí han encontrado diferencias significativas en los niveles de burnout según la edad de las enfermeras de oncología y tener o no tener hijos (Papadatou et al., 1994; Quattrin et al., 2006).

- **Hipótesis 5** En profesionales de enfermería de oncología del SAS algunas variables propias del entorno laboral están relacionadas con el burnout.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en los valores de CE, D y RP en relación con la antigüedad en la profesión. Lo mismo ocurrió al valorar la influencia de la antigüedad en el puesto y su relación con las dimensiones del burnout anteriormente mencionadas. Esta ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los valores de

CE, D y RP según la antigüedad laboral y la antigüedad en el puesto también ha sido observada por otros autores (Alacacioglu et al., 2009). Sin embargo, otros estudios sí han encontrado diferencias significativas entre las variables mencionadas (Escot et al., 2001; Gallagher & Gormley, 2009). Respecto al turno de trabajo sí existieron diferencias estadísticamente significativas en D, siendo mayor en las enfermeras de oncología con turno rotatorio.

- **Hipótesis 6.** En profesionales de enfermería de oncología del SAS algunos factores de personalidad están relacionados con el burnout.

En el estudio de la relación entre las variables psicológicas (cinco factores de personalidad, ansiedad y depresión) y el burnout se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el CE, D y RP con los cinco factores de personalidad, la ansiedad y la depresión. El CE estuvo correlacionado de forma positiva con neuroticismo, ansiedad y depresión. Respecto a la D, se encontró también una relación significativa y positiva con neuroticismo, ansiedad y depresión. En relación con la puntuación de RP, se encontró una relación significativa y positiva con amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura, aumentando la RP cuando aumentaba la puntuación de los factores de personalidad nombrados. Por último, los demás factores de personalidad tuvieron una relación significativa y negativa con el CE y la D. La influencia de los factores de personalidad en el síndrome de burnout también ha sido identificada en otros estudios con profesionales de enfermería (Ang et al., 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009), lo que hace necesario tener en cuenta estas variables en la elaboración de perfiles de riesgo del burnout en profesionales de enfermería.

5.5 CONCLUSIONES FINALES.

A partir de los meta-análisis realizados puede concluirse que los profesionales de enfermería más jóvenes son más propensos al padecimiento del síndrome de burnout ya que presentan más CE y despersonalizan más. Además, el tamaño del efecto entre las tres dimensiones del burnout y la edad puede verse influenciada por variables como el estado civil o la puntuación en las otras dimensiones del MBI.

Respecto a la revisión sistemática realizada sobre el síndrome de burnout en enfermeras de oncología, se puede concluir que estos profesionales son un grupo de riesgo de padecimiento del burnout, ya que las prevalencias encontradas en la literatura apuntan que un amplio porcentaje de enfermeras padecen CE y baja RP, siendo la dimensión menos afectada la D.

Respecto a los factores asociados al trastorno en estos profesionales, los estudios revisados concluyen que, variables ya identificadas en otros servicios, como la edad, la carga de trabajo, la satisfacción laboral, el apoyo profesional, la experiencia profesional, la ansiedad y la depresión influyen en los niveles de burnout de las enfermeras de oncología. Sin embargo, también se ha estudiado la relación de otras variables que no han sido tan valoradas en otras unidades y que influyen en los niveles del trastorno. Entre ellas se encuentran, las habilidades de comunicación, no conectar con los pacientes, el miedo al cáncer, el sentimiento de haber fallado cuando el paciente sufre recaídas de la enfermedad, la incapacidad de desconectar, o ayudar a pacientes en situaciones vitales complejas.

A todo lo expuesto anteriormente y con base en los resultados obtenidos con los profesionales de enfermería de unidades de oncología del SAS se muestran a continuación algunas conclusiones finales.

1. En las enfermeras de oncología del SAS, la prevalencia del síndrome en niveles medios y altos de CE y D y niveles medios y bajos de RP en los enfermeros de urgencias del SAS se sitúa en el 57,6%, 56,6% y 71,8%, respectivamente. Estos datos muestran que un amplio porcentaje de la plantilla de profesionales de enfermería de oncología del SAS está padeciendo el trastorno o se encuentra en alto riesgo de desarrollarlo.

2. El 29,6% de la muestra de enfermeras de oncología del SAS se encuentra, siguiendo el modelo de fases de padecimiento del burnout de Golembiewski, en las fases más graves del trastorno, las fases 6, 7 y 8.

3. El turno parece ser un factor asociado con el burnout en este colectivo. Un perfil de riesgo entre los profesionales de oncología del SAS, serían aquellos trabajan en turno rotatorio.

4. En este colectivo, niveles mayores de burnout están relacionados con mayores niveles de neuroticismo, ansiedad y depresión, y menores niveles de amabilidad, apertura, extraversión y responsabilidad.

Como se ha podido observar, un porcentaje amplio de las enfermeras de oncología del SAS están en riesgo de padecer el síndrome de burnout o lo están padeciendo en sus fases más graves. Trabajar en este tipo de servicios parece predisponer al padecimiento del trastorno. Esto debería ser tenido en cuenta por los responsables que gestionan estas unidades

para prever el desarrollo del síndrome de burnout. Un ejemplo de esto, debería ser valorar de forma programada, varias veces al año, la salud de sus enfermeras para ver cómo se encuentran en su puesto de trabajo. Analizar sus necesidades y plantear a la gerencia la necesidad de implementar programas de prevención y de tratamiento del trastorno. Esta simple medida conseguiría profesionales de enfermería más satisfechos y menos “quemados” lo que repercutirá positivamente en los resultados de salud de los pacientes oncológicos. Además, a la vista de los datos analizados, se debería prestar especial atención al desarrollo del síndrome en profesionales con perfiles de riesgo, en nuestro caso profesionales con turno rotatorio y con neuroticismo elevado.

5.6. LIMITACIONES DEL TRABAJO

Primero, los análisis de algunas de las variables moderadoras del meta-análisis entre la edad y las tres dimensiones del burnout están basados en un número bajo de estudios, por lo que es importante que se analice su papel como moderadora en esta relación cuando se disponga de un mayor número de estudios.

En segundo lugar, la revisión sistemática realizada sobre el burnout en enfermeras de oncología permitiría establecer conclusiones más concretas si pudiera realizarse un meta-análisis de factores de riesgo, algo que no ha sido posible porque nos disponíamos de estudios suficientes respecto para algunas de las variables asociadas con el síndrome.

Por último, indicar que consideramos necesario aumentar el tamaño de la muestra, incorporando a nuestros análisis, no sólo más información de

enfermeras de oncología de Andalucía, sino también del resto de servicios sanitarios españoles. Aumentar el tamaño muestral permitiría realizar conclusiones más fiables sobre los factores de riesgo asociados con el síndrome en estos profesionales.

5.7. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Tras la realización de esta tesis doctoral, con un estudio meta-analítico, una revisión sistemática y un estudio empírico con enfermeras de oncología del SAS, se abren nuevas posibilidades de investigación en este campo que pueden aportar más información al tema central de este documento.

Es necesario realizar más investigaciones de corte meta-analítico que estudien en la población enfermera la correlación o tamaño del efecto entre las tres dimensiones del burnout y otros factores de riesgo como por ejemplo el estado civil, el género, el número de hijos y las variables de tipo psicológico.

Los futuros estudios que se realicen sobre el burnout en enfermeras de oncología deberían tener en cuenta más variables sociodemográficas y laborales en el análisis de factores asociados, lo que permitiría disminuir la controversia existente en algunas de ellas y, en un futuro más lejano, realizar estudios de corte meta-analítico.

También es importante, dada la dificultad para la recogida de datos en estos profesionales, continuar realizando estudios que permitan ampliar el tamaño muestral, obteniéndose si es necesario no sólo enfermeras de

oncología a nivel autonómico sino también a nivel nacional. El aumento de la muestra permitirá establecer conclusiones más sólidas sobre el síndrome del burnout y sus factores de riesgo en estos profesionales. Además, la variabilidad entre los distintos sistemas sanitarios existentes en el territorio español puede afectar a los niveles y prevalencia del burnout en las enfermeras de oncología. Por ello sería interesante conocer los factores que influyen en una mayor o menor incidencia del trastorno entre las enfermeras de oncología de unas comunidades autónomas y otras.

Por último, uno de los objetivos que nos planteamos a medio plazo es realizar un estudio longitudinal con base en el cual pudiéramos obtener información relativa a la evolución del trastorno en este grupo profesional. Lo anterior sería de gran relevancia para establecer la secuencia de aparición de las dimensiones del síndrome en estos profesionales. A partir de ello, se dispondría de información de calidad en la que basar programas no sólo preventivos, sino también, programas de intervención en aquellos casos en que se desarrolle el trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649–661. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Aguayo, R., Vargas, C., De la Fuente, E. I., & Lozano, L. M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical & Health Psychology*, 11(2), 343-361.
- Aguayo, R., Vargas, C., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2016). Are socio-demographic factors associated to the Maslach Burnout Inventory dimensions in police officers? A correlational meta-analysis. *Anales de Psicología*, *En prensa*.
- Ahmadi, O., Azizkhani, R., & Basravi, M. (2014). Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Advanced Biomedical Research*, 3, 44. doi:10.4103/2277-9175.125751
- Akhtar, S., Lee, J. S., & Lai, J. (2003). *Influences of stressors and coping resources on job burnout and intention to quit among the nurses in the public hospitals of Hong Kong: implications for human resource management practices*. (Doctoral dissertation). University of Hong Kong, Hong Kong, China.
- Akkus, Y., Karacan, Y., Göker, H., & Aksu, S. (2010). Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing Health Sciences*, 12(4), 444-449. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00557
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz., U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18(5), 543-548. doi:10.1002/pon.14
-

- Alameddine, M., Baumann, A., Laporte, A., & Deber, R. (2012). A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for policy and planning. *Human Resources for Health, 10*, 23. doi:10.1186/1478-4491-10-23
- Alarcón, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and Burnout: A meta-analysis. *Work & Stress, 23*(3), 244-263. <http://dx.doi.org/10.1080/02678370903282600>
- Albar Marín, M., & García-Ramirez, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *The European Journal of Psychiatry, 19*(2), 96-106.
- Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología, 48*(2), 137-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., ... Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 89*(7), 1059-1075. doi:10.1007/s00420-016-1143-5.
- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End of Life & Palliative Care, 4*(2), 111-119. doi:10.1080/15524250802353934

-
- AlQahtani, S. M., Alzahrani, M. M., & Harvey, E. J. (2016). Prevalence of musculoskeletal disorders among orthopedic trauma surgeons: an OTA survey. *Canadian Journal of Surgery*, 59(1), 42-47. doi:10.1503/cjs.014415
- American Cancer Society. (2011). Cancer statistics 2011 report [en línea]. [fecha de consulta: 02/06/2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/allcancerfactsfigures/index>
- American Cancer Society. (2015). Después del diagnóstico: una guía para pacientes y sus familias [en línea]. [fecha de consulta: 02/06/2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002812-pdf.pdf>
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., ... Della, P. (2016). Demographics and personality factor associated with burnout among nurses in a Singapore tertiary hospital. *Biomed Research International*, ID6960184. doi:10.1155/2016/6960184
- Arce, C., De Francsico, C., Andrade, E., Arce, I., & Raedeke, T. (2010). Adaptación Española del Athlete Burnout Questionnaire (ABQ) para la medida del burnout en futbolistas. *Psicothema*, 22(2), 250-255.
- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 75-81. doi:10.1007/s00520-008-0465-6

- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara Y., Fujimori, M., Akizuki, N., ... Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, *16*, 421–428. doi:10.1002/pon.1066
- Ayala, E., & Carnero, A. M. (2013). Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. *PLoS One*, *8*(1), e54408. doi:10.1371/journal.pone.0054408
- Aydemir, O., & Icelli, I. (2013). Burnout: risk factors. In: *Burnout for Experts* (pp. 119-143). New York: Springer, US.
- Aytekin, A., Kuguoglu, S., & Yilmaz, F. (2013). Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of life. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *31*(2), 39-47.
- Bacaicoa-Parrado, P., Díaz-Herrera, V., Gea-Valero, M^a., Linares-Pérez, J., Araya-Pérez, E., & Domínguez, A. (2012). Comparativa del síndrome burnout entre el personal de enfermería en cardiología de dos hospitales de tercer nivel. *Enfermería en Cardiología*, *19*(55-56), 34-40.
- Bakir, B., Ozer, M., Ozcan, C. T., Cetin, M., & Fedai, T. (2010). The association between burnout, and depressive symptoms in a Turkish military nurse sample. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *20*(2), 160-163.
- Barford, S. (2009). *Factors that influence burnout in child and youth care workers* (Doctoral dissertation). University of Alberta, Edmonton, Canada.

-
- Barnard, D., Street, A., & Love, A. W. (2006). Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nursing, 29*(4), 338–345. doi:10.1097/00002820-200607000-00013
- Barrett, L., & Yates, P. (2002). Oncology/haematology nurses: A study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Australian Health Review, 25*(3), 109–121. doi:10.1071/ah020109
- Beaver, R. C., Sharp, E. S., & Cotsonis, G. A. (1986). Burnout experienced by nurse-midwives. *Journal of Nurse-Midwifery, 31*(1), 3-15. doi:10.1016/0091-2182(86)90174-6.
- Bekker, M. H., Croon, M. A., & Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work & Stress, 19*(3), 221-237. doi:10.1080/0267830500286095
- Bernardi, M., Catania, G., & Marceca, F. (2005). The world of nursing burnout. A literature review. *Professioni Infermieristiche, 58*(2), 75-79.
- Biksegn, A., Kenfe, T., Matiws, S., & Eshetu, G. (2016). Burnout status at work among Health care professionals in a tertiary hospital. *Ethiopian Journal of Health Science, 26*(2), 101-108.
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2005). *Comprehensive metaanalysis version 2*. Englewood: NJ Biostat.
- Borteyrou, X., Truchot, D., & Rasclé, N. (2014). Development and validation of the work stressor inventory for nurses in oncology: preliminary findings. *Journal of Advanced Nursing, 70*(2), 443–453. doi:10.1111/jan.12231
- Bradley, H. B. (1969). Community based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency, 15*, 359-370.
-

- Bratis, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., Zoumakis, E., & Ilias, I. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health, 11*(7), 72. doi:10.1186/1478-4491-7-72
- Brazil, K., Kassalainen, S., Ploeg, J., & Marshall, D. (2010). Moral distress experience by health care professionals who provide home-based palliative care. *Social Science and Medicine, 71*(9), 1687-1691.
- Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevales, D., Farina, L., Felicioni I., ... Invernizzi, G. (2008). Haemato-oncology and burnout: An Italian Survey. *British Journal of Cancer, 98*(6), 1046–1052. doi:10.1038/sj.bjc.6604270
- Bria, M., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. *Cognition, Brain & Behavior, X*(3), 423-252.
- Brown, C., & Wood, A. (2009). Oncology nurses' grief: A literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 13*(6), 625–627. doi:10.1188/09.CJON.625-627
- Buerhaus, P. I., Auerbach, D. I., & Staiger, D. O. (2009). The recent surge in nurse employment: causes and implications. *Health Affairs (Millwood), 28*(4), w657-w668. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w657
- Burke, R. J. (1987). Burnout in police work: an examination of the Cherniss model. *Group Organ Studies, 12*(2), 174-188.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. (1994). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations, 47*(30), 1-15.

-
- Caballero Domínguez, C. C., Hederich, C., & Palacio Sañudo, J. E. (2010). El burnout académico: Delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 131–146.
- Calero Romero, M. R. (Febrero de 2012). Riesgos psicosociales en el personal de enfermería: burnout. En Interpsiquis 2012. 13º Congreso Virtual de psiquiatria.com [On-line] [acceso 01/04/2013] Disponible en: <http://cdn.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5268>
- Cañadas de la Fuente, G. A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout en personal de enfermería* (Tesis doctoral). Granada, España: Sider S.L.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & De la Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De La Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e1-e9.

- Caruso, A., Vigna, C., Bigazzi, V., Sperduti, I., Bongiorno, L., & Allocca, A. (2012). Burnout among physicians and nurses working in oncology. *La Medicina del Lavoro*, *103*(2), 96–105.
- Cash, D. (1988). *A Study of the relationship of demographics, personality, and role stress to burnout in intensive care unit nurses*. (Doctoral dissertation). University of Mississippi, Mississippi, United States.
- Chen, S. M., & McMurray, A. (2001). “Burnout” in intensive care nurses. *Journal of Nursing Research*, *9*, 152-164.
- Cherniss, C. (1980a). *Professional burnout in human service organizations*. New York, NY: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.
- Ciapponi, A. (2010). Guía de lectura crítica de estudios observacionales en epidemiología (primera parte). *Evidencia: actualización en la práctica Ambulatoria*, *13*, 135-140.
- Cilingir, D., Gursoy, A. A., & Colak, A. (2012). Burnout and job satisfaction in surgical nurses and other ward nurses in a tertiary hospital: a comparative study in Turkey. *Health Medicine*, *6*(9), 3120-3128.
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, *40*(6), 486-490. doi:10.1016/j.ajic.20
- Converso, D., Loera, B., Viotti, S., & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients’ gratitude and support on nurses’ burnout. *Frontiers in Psychology*, *6*, 470. doi:10.3389/fpsyg.2015.00470
- Cooper, H., & Hedges, L. V. (1994). *The Handbook of Research Synthesis*. New York, NY: Russell Sage Foundation.

-
- Cooper, H., Hedges, L. V., & Valentine, J. C. (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). *The neoPI/Neo-FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Curci, L. (1996). *The effects of specific coping mechanisms* (Doctoral dissertation). California School of Professional Psychology, Los Angeles, United States.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *British Medical Journal Open*, 5(9), e008331. doi:10.1136/bmjopen-2015-008331.
- Davis, S., Lind, B. K., & Sorensen, C. (2013). A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 40, E303–E311. doi:10.1188/13.ONF.E303-E311
- De Francisco, C., Arce, C., Andrade, E., Arce, I., & Raedeke, T. (2009). Propiedades psicométricas de la versión española del Athlete Burnout Questionnaire en una muestra de jóvenes futbolistas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 9(2), 45-56.
- De la Fuente Solana, E. I., Aguayo Estremera, R., Vargas Pecino, C., & Cañadas de la Fuente, G. (2013). Prevalence and risk factors of burnout syndrome among Spanish police officers. *Psicothema*, 25(4), 488-493. doi:10.7334/psicothema2013.81

- De la Fuente, E. I., Lozano, L. M., García-Cueto, E. L., Vargas, C., Cañadas, G. R., & Hambleton, R. K. (2013). Development and validation of the Granada Burnout Questionnaire in Spanish police. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*(3), 216–225. doi:10.1016/S1697-2600(13)70026-7
- De la Fuente, E. I., García, J., Cañadas, G. A., San Luis, C., Cañadas, G. R., Aguayo, R., ... Vargas, C. (2015). Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*(2), 130–138. doi:10.1016/j.ijchp.2015.01.001
- De Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing* (Ed. Española), *25*(8), 60-65.
- De Rijk, A. E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & de Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: effects on burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71*(1), 1-18. doi:10.1111/j.2044-8325.1998.tb00658.x
- De Souza França, S. P., Figueiredo de Martino, M. M., dos Santos Aniceto, V., & Silva, L. L. (2012). Predictors of burnout syndrome in nurses in the prehospital emergency services. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(1), 68-73.
- Deffner, J. M., & Bell, S. K. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death and exposure to communication education: a quantitative study. *Journal for Nursing in Staff Development, 21*(1), 19-23.

-
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Ebbinghaus, M. (2002). From mental strain to burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 11*(4), 423-441. doi:10.1080/13594320244000274
- Demirci, S., Yildirim, Y. K., Ozsaran, Z., Uslu, R., Yalman, D., & Aras, A. B. (2010). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology, 27*(3), 968-974. doi:10.1007/s12032-009-9318-5
- Denigris, J., Fisher, K., Maley, M., & Nolan, E. (2016). Perceived quality of work life and risk for compassion fatigue among oncology nurses: a mixed-methods study. *Oncology Nursing Forum, 43*(3), E121-E131. doi:10.1188/16.ONF.E121-E131.
- Díaz, F. M., Gattas, N. S., López, C. J. C., Tapia, M. A. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes, 24*(4), 694-704.
- Dickinson, T., & Wright, K. M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literatura review. *British Journal of Nursing, 17*(2), 82-87.
- Diefenbeck, C. A. (2005). *Role of cognitive distortions and dysfunctional attitudes in nurses experiencing burnout*. (Doctoral dissertation). Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, United States.
- Dos Santos Alves, D. F., Da Silva, D., & Brito Guirardello, E. (2016). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management, 11*, In press. doi:10.1111/jonm.12427

- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., ... Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical student. *Annals of Internal Medicine*, *149*(5), 334-341.
- Edelwich, J., & Brodsky A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press.
- Edmonds, C., Lockwood, G. M., Bezjak, A., & Nyhof-Young, J. (2012). Alleviating emotional exhaustion in oncology nurses: An evaluation of Wellspring's "Care for the Professional Caregiver Program." *Journal of Cancer Education*, *27*(1), 17–36. doi:10.1007/s13187-011 -0278-z
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggesur, T., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(8), 1007-1015.
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E., & Verzelen, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: Oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology*, *23*(12), 1415–1422. doi:10.1002/pon.3579
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by simple graphical test. *British Medical Journal*, *315*(7109): 629-634.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, *13*(5), 482-488.

-
- Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing, 15*(4), 358–363. doi:10.1016/j.ejon.2010.08.001
- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics, 23*(4), 25–31.
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, J. P., & Ritchie, K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health, 17*(5), 273–279. doi:10.1002/smi.907
- Esfahani, M. S., Mirzaee, M., Boroumandfar, K., & Abedi, M. R. (2012). Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 17*(3), 220-224.
- Espeland, K. E. (2006). Overcoming burnout: how to revitalize your career. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 37*(4), 178-184.
- Fearon, C., & Nicol, M. (2011). Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard, 26*(14), 35-39.
- Ferreira Ndo, N., & De Lucca, S. R. (2015). Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of Sao Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 18*(1), 68-79. doi:10.1590/1980-5497201500010006
- Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., & Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy, 14*(9), 203-211.

- Freimman, T., & Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Public, Environmental & Occupational Health*, 43(5), 447-452. doi:10.1177/14033491557
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Friese, C.R. (2005). Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 765-772. doi:10.1188/05.ONF.765-772
- Fusco, P. S. (1994). *Hardiness, coping style and burnout: relationship in female hospital nurses*. (Doctoral dissertation). University of North Texas, Texas, United States.
- Gallagher, R., & Gormley, D. K. (2009). Perceptions of stress, burnout and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(6), 681-685. doi:10.1188/09.CJON.681-685
- Gallegos-Alvarado, M., Parra-Domínguez, M.L., Castillo-Díaz, R., & Murillo-Ortiz, E. (2009). Síndrome de burnout y factores psicosociales del personal de enfermería al cuidado del paciente oncológico. *Revista CONAMED*, 14(1), 28-33.
- Galleta, M., Portoghese, I., D'Aloja, E., Mereu, A., Contu, P., Coppola, R. C. ... Campagna, M. (2016). Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive Critical Care Nursing*, 34, 51-58. doi:10.1016/j.iccn.2015.11.004
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 527-533. doi:10.1016/j.ejon.2014.04.005

- Ganjeh, S. J., Arjenaki, N. O., Nori, A., & Oreyzi, H. R. (2009). The relationship of personality characteristics and burnout among nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 14(4), 190-194.
- Garcés de Los Fayos Ruiz, E. J., De Francisco Palacios, C., & Arce Fernández, C. (2012). Inventario de Burnout en Deportistas Revisado (IBD-R). *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 271-278.
- García-Conde, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid, España: Arán Ediciones.
- García Izquierdo, M., & Sáez Navarro, M. C. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitaria de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.
- García-Izquierdo, M., & Ríos-Rísquez, M. I. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nursing Outlook*, 60(5), 322-329.
- García Izquierdo, M., & Velandrino, A. P. (1992). EPB: una escala para la evaluación del burnout profesionales de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1-2), 131-138.
- Gascon, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., ... Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3120-3129. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04255
- Gasparino, R. C. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare de Enfermagem*, 19(2), 210-216.

- Gil Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar*. Psicología Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 11(3), 679-689.
- Gillespie, D. F., & Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. St. Louis: Washington University.
- Girgis, A., Hansen, V., & Goldstein, D. (2009). Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *European Journal of Cancer*, 45(3), 393–399. doi:10.1016/j.ejca.2008.09.029
- Gholami, T., Pahlavian, A. H., Akbarzadeh, M., Motamedzade, M., & Moghaddam, R. H. (2016). The role of burnout syndrome as a mediator for the effect of psychosocial risk factor on the intensity of musculoskeletal disorders: a structural equation modeling approach. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22(2), 283-290.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations, toward a phase model of burnout*. Nueva York: Praeger.
- Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adán, J. C. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, 17, 14,173. doi:10.1186/1471-2296-14-173

- Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Prevalence, risk factors and levels of burnout among oncology nurses: a systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104-E120. doi:10.1188/16.ONF.E104-E120.
- Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria, In press*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>
- Gosseries, O., Demertzi, A., Ledoux, D., Bruno, M. A., Vanhauzenhuyse, A., Thibaut, A., ... Schnakers, C. (2012). Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Injury*, 26(12), 1493-1499. doi:10.3109/02699052.2012.695426
- Gueritault-Chalvin, V., Kalichman, S. C., Demi, A., & Peterson, J. L. (2000). Work related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: Test of a coping model with nurses providing AIDS care. *AIDS Care*, 12(2), 149–61. doi:10.1080/09540120050001823
- Gutiérrez, M. G., Duarte, A. M., & Dias, C. G. (2014). The clinical practice of oncology nursing in Brazil: realities and challenges in the training of specialist nurses. *Ecancermedicalscience*, 3(8), ed46. doi:10.3332/ecancer.2014.ed46
- Halbesleben, J. R., Wakefield, B. J., Wakefield, D. S., & Cooper, L. B. (2008). Nurse burnout and patient safety outcomes: nurse safety perception versus reporting behavior. *West Journal of Nursing Research*, 30(5), 560-577. doi:10.1177/0193945907311322

- Hale, E. N. (1993). *An investigation of stress and burnout in hospital registered nurses*. (Doctoral dissertation). Grand Valley State University, Michigan, United States.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout and patient safety: a systematic review. *PloS One*, *11*, e0159015. doi:10.1371/journal.pone.015901
- Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P., & Müller, B. H. (2003). Intention to leave nursing in the European nursing profession. In H.M. Hasselhorn, P. Tackbenberg, & Bernd Hans Müller (Eds.), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe* (pp. 19–27). Stockholm, Sweden: National Institute for Working Life and Authors.
- Hasselhorn, H. M., Widerszal-Bazyl, M., Radkiewicz, P., & NexT-Study Group (2003). Burnout in the nursing profession in Europe. In H.M. Hasselhorn, P. Tackbenberg, & Bernd Hans Müller (Eds.), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe* (pp. 53–57). Stockholm, Sweden: National Institute for Working Life and Authors.
- Hayes, B., Fitzgerald, D., Doherty, S., & Walsh, G. (2015). Quality care, public perception and quick-fix service management: a Delphi study on stressors of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open*, *5*:e009564. doi:10.1136/bmjopen-2015-009564
- Hayter, M. (1999). Burnout and AIDS care-related factor in HIV community Clinical Nurse Specialists in the North of England. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(4), 984-993. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00973.x

-
- Hayter, M. (2000). Utilizing the Maslach Burnout Inventory to measure burnout in HIV/AIDS specialist community nurses: the implications for clinical supervision and support. *Primary Health Care Research and Development*, 1(4), 243-253.
- Hazell, K. W. (2010). *Job stress, burnout, job satisfaction and intention to leave among registered nurses employed in hospital settings in the state of Florida* (Doctoral Dissertation). Lyan University, Florida, United States.
- Hecktman, H. M. (2012). Stress in pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(6), 356–361. doi:10.1177/1043454212458367
- Hochwalder, J. (2007). The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating, and moderating role of empowerment. *Nursing & Health Sciences*, 9(3), 205-211. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00323.x
- Hochwalder, J. (2008). A longitudinal study of the relationship between empowerment and burnout among registered and assistant nurses. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 30(4), 343–352.
- Hochwalder, J. (2009). Burnout among Torgersen’s eight personality types. *Social Behavior and Personality*, 37(4), 467–479.
- Houlihan, N.G. (2015). A review of “Challenging situations when administering palliative chemotherapy—A nursing perspective.” *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 319–320. doi:10.1188/15.ONF.319-320

- Hudek-Knezevic, J., Kalebic Maglica, B., & Krapic, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictor of professional burnout in hospital nurses. *Croat Med J*, *52*(4), 538-549. doi:10.3325/cmj.2011.52.538
- Hunnibell, L., Reed, P. G., Quinn-Griffin, M., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-transcendence and burnout in hospice and oncology nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *10*(3), 172-179. doi:10.1097/01.NJH.0000306742.35388.80
- Ider, B., Adams, J., Morton, A., Whitby, M., & Clements, A. (2012). Perceptions of healthcare professionals regarding the main challenges and barriers to effective hospital infection control in Mongolia: a qualitative study. *BMC Infectious Diseases*, *12*, 170. doi:10.1186/1471-2334-12-170.
- Ilhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, *61*(1), 100-106.
- Italia, S., Favara-Scacco, C., Di Cataldo, A., & Russo, G. (2008). Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology*, *17*(7), 676-680. doi:10.1002/pon.1293
- Jasperse, M., Herst, P., & Dungey, G. (2014). Evaluating stress, burnout and job satisfaction in New Zealand radiation oncology departments. *European Journal of Cancer Care*, *23*(1), 82-88. doi:10.1111/ecc.12098
- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House.

- Jones, C. B., & Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: a business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), 4. doi:10.3912/OJIN.Vol12No03Man04
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Timothy, W. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.
- Kantarjian, H., Steensma, D., Sanjuan, J. R., Elshaug, A., & Light, D. (2014). High cancer drug prices in the United States: reasons and proposed solutions. *Journal of Oncology Practice*, 10(4), e208-e211.
- Kash, K.M., Holland, J.C., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S., & Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology*, 14(11), 1621–1633.
- Kavurmaci, M., Cantekin, I., & Tan, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal Failure*, 36(7), 1038-1042. doi:10.3109/08860022X.2014.917559
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and Health outcomes among nurses: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2214-2240. doi:10.3390/ijerph10062214
- Khani, A. Jaafarpour, M. & Jamshidbeigi, Y. (2008). The relationship between clinical supervision and nurses job burnout- a Iranian study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2, 913-918.

- Kiekkas, P., Spyratos, F., Lampa, E., Aretha, D., & Sakellaropoulos, G. C. (2010). Level and correlates of Burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthopaedic Nursing, 29*(3), 203-209. doi:10.1097/NO R.0b013e3181db53ff
- Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing 34*, 383–96. doi:10.1111/j.1365-2648.1985.tb00823.x
- Klein, J., Frie, K. G., Blum, K., & Knesebeck, O. V. D. (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Service Research, 1*, 109. doi:10.1186/1472-6963-11-109.
- Ko, W., & Kiser-Larson, N. (2016). Stress levels of nurses in oncology outpatients units. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 20*(2), 158-164. doi:10.1188/16.CJON.158-164
- Kowalski, C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M. A., Köhler, T., & Pfaff, H. (2010). Burnout in nurses the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing, 19*(11-12), 1654-1653. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02989.x
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research, 23*(3), 130–138. doi:10.1016/j.apnr.2008.08.002
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 192-207. doi:10.1080/02678370

-
- Ksiazek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., & Ksiazek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, *15*(4), 347–350. doi:10.1016/j.ejon.2010.09.002
- Kubota, Y., Okuyama, T., Uchida, M., Umezawa, S., Nakaguchi, T., Sugano, K., ... Akechi, T. (2016). Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *25*(6), 712-718. doi:10.1002/pon.4000
- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, *4*(3), E37. doi: 10.3390/healthcare4030037
- Kushnir, T., Greenberg, D., Madjar, N., Hadari, I., Yermiahu, Y., & Bachner, Y. G. (2014). Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Family Practice*, *31*(1), 44-50.
- Ladeira, C., Viegas, S., Pádua, M., Gomes, M., Carolino, E., Gomes, M. C., & Brito, M. (2014). Assessment of genotoxic effects in nurses handling cytostatic drugs. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, *77*(14-16), 879-887. doi:10.1080/15287394.2014.910158
- Lagerlund, M., Sharp, L., Lindqvist, R., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2015). Intention to leave the workplace among nurses working with cancer patients in acute care hospitals in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing*, *19*(6), 629–637. doi:10.1016/j.ejon.2015.03.011

- Lang, T. A., Hodge, M. H., Olson, V., Romano, P. S., & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurses staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration, 34*(7-8), 326-337.
- Lasebikan, V. O., & Oyetunde, M. O. (2012). Burnout among nurses in a Nigerian general hospital: prevalence and associated factors. *International Scholarly Research Network, 2012*, 402157. doi:10.5402/2012/402157
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology, 81*, 123-133.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. D. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing, 44*(5), 534-545. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02837.x
- Lee, S., You, D., Gillen, M., & Blanc, P. D. (2015). Psychosocial work factors in new or recurrent injuries among hospital workers: a prospective study. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 88*(8), 1141-1148.
- Leiter, M. P. (1991). The dream denied: professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology, 32*(4), 547-558.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour, 9*(4), 297-308.

-
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In Antoniou, A., & Cooper, C. L. *Research companion to organizational health psychology* (pp. 544-564). Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, *17*(3), 331-339.
- Li-Ming, Y., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ke, L., Guo-Ping, H., Yan, H., ... Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 154-161. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003
- Lin, F., St John, W., & McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *J Nurs Manag*, *17*(3), 294-301.
- Lorenz, V. R., & Guirardello, E. B. (2014). El ambiente de la práctica profesional y el síndrome de burnout en enfermeros en la atención básica. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, *22*, 926-933.
- Losa Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa Vallejo, R., & Salvadores Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(1), 30-37. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014
- Losa Iglesias, M. E., & Becerro de Bengoa, R. (2013). Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. *Dimension Critical Care Nursing*, *32*, 130-137. doi:10.1097/DCC.0b013e31828647fc

- Lozano, L., García-Cueto, E., & Lozano, L.M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*. Madrid, España: TEA Ediciones; 2007.
- Mahan, S. J. (1999). *Job stress and nurse burnout* (Doctoral dissertation). Bellarmine College Louisville, Kentucky, United States.
- Manzano-García, G., & Ayala Calvo, J. (2013). New perspectives, towards an integration of the concept burnout and its explanatory models. *Anales de psicología*, 29(3), 800-809.
- Martínez, M. C., Oliveira Latorre, M. R. D., & Fischer, F. M. (2015). A cohort study of psychosocial work stressors on work ability among brazilian hospital workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(7), 795-806.
- Martínez-López, C., & López-Solache, G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 6-9.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9(5), 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)*. In Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (eds), *MBI Manual*. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

-
- Maslach, C., & Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual* (3er ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCain, A. K. (1994). *The relationship between head nurse leadership behavior and staff nurse burnout* (Doctoral dissertation). University of Bridgeport, Connecticut, United States.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). *The Five-factor theory of personality*. In John, O.P., Robins, R.W., Pervin, L.A., eds. *Handbook of Personality. Theory and research*. New York, NY: Guildford Press; 139-153.
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210. doi:10.1377/hlthaff.2010.0100
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118-1126.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in ICU nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299.

- Meeusen, V., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A., & Knappe, H. (2010). Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among dutch nurses anaesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiol Scand*, 54(5), 616-621. doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02213.x
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factor for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2),53-60.
- Melchior, M. E. W., Van den Berg, A. A., Halfens, R., Huyer Abu-Saad, H., Philipsen, P., & Gassman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 32, 158-164.
- Michtalik, H. J., Yeh, H., Pronovost, P. J., & Brotman, D. J. (2013). Impact of attending physician workload on patient care: a survey of hospitalists. *JAMA Internal Medicine*, 173(5), 375-377.
- Míngote Adan, J. C., Moreno Jiménez, B., & Gálvez Herrer, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales medicos: revision y propuestas de prevención. *Medicina Clinica*, 123(7), 265-270.
- Mitchell, J. E. (2009). *Job satisfaction and burnout among foreign-trained nurses in Saudi Arabia: a mixed method study* (Doctoral Dissertation). University of Phoenix, United States.
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 169-176.

-
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petti-crew, M., ... Stewart, L.A. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. doi:10.1186/2046-4053-4-1
- Molassiotis, A., & Haberman, M. (1996). Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. *Cancer Nursing*, 19(5), 360–367. doi:10.1097/00002820-199610000-00005
- Molina Sigüero, A., García Pérez, M. A., Alonso González, M., & Cecilia Cermeño, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31(9), 564-574.
- Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., ... Stein, J. (2013). Helping the helpers: Mindfulness training for burnout in pediatric oncology. A pilot program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(5), 275–284. doi:10.1177/1043454213504497
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414-1421.
- Mukherjee, S., Beresford, B., Glaser, A., & Sloper, P. (2009). Burnout, psychiatric morbidity, and work-related sources of stress in paediatric oncology staff: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1019–1028. doi:10.1002/pon.1534

- Nathan, R., Brown, A., Redhead, K., Holt, G., & Hill, J. (2007). Staff responses to the therapeutic environment: a prospective study comparing burnout among nurses working on male and female wards in a médium secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18*(3), 342-352.
- Ntzoufras, I. (2009). *Bayesian modeling using WINBUGS*. New Jersey: Wiley & Sons.
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In: Hughes, R. G. *Patient safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville, United States: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ostacoli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., Picci, R.L., ... Furlan, P.M. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliative and Supportive Care, 8*, 427–432. doi:10.1017/S1478951510000295
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, A. G., & Nil Tekin, D. G. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: ¿what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics, 15*(3), 266-277.
- Palese, A., Vianelli, C., De Maino, R., & Bortoluzzi, G. (2012). Measures of cost containment, impact of the economical crisis, and the effects perceived in nursing daily practice: an Italian crossover study. *Nursing Economics, 30*(2), 86-93.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology, 67*(2), 187–199. doi:10.1111/j.2044 -8341.1994.tb01785.x

-
- Patrick, K., & Lavery, J. F. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48. doi:10.1016/S1130-8621(05)71127-X
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P., & Rounkle, A. (2012). Nurses' responses to ethical challenges in oncology practice: an ethnographic study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 592-600. doi:10.1188/12.CJON.592-600
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P., & Fine, A. (2014). The nature of ethical con acts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), 130-140. doi:10.1188/14.ONF.130-140
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Fine, A., & Jakel, P. (2015). A culture of avoidance: voices from inside ethically difficult clinical situations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 159-165. doi:10.1188/15.CJON.19-02AP
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14-21. doi:10.2174/1874434601307010014
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04580
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: causes and cures*, New York, NY: Free Press.

- Pisanti, R. (2007). Una verifica empirica del modello Domanda-Controllo-Sostegno Sociale: effetti sul burnout e sulla somatizzazione tra il personale infermieristico [An empirical investigation of the demand-control-social support model: effects on burnout and on somatic complaints among nursing staff]. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29, A30-A36.
- Pisanti, R., Van Der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., & Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 829-837. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.12.006
- Pisanti, R., Van der Doef, M., Maes, S., Violani, C., & Lazzari, D. (2016). Psychosocial job characteristics and psychological distress/well-being: the mediating role of personal goal facilitation. *Journal of Occupational Health*, 58, 36-46.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288-298.
- Pomaki, G., Karoly, P., & Maes, S. (2009). Linking goal progress to subjective well-being at work: the moderating role of goal-related self-efficacy and attainability. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(2), 206-218. doi:10.1037/a0014605
- Pons, M. B. (1995). *The relationship between stress, self-efficacy and burnout among nurses* (Doctoral dissertation). Faculty of the Saybrook Institute, Florida, United States.

- Portoghese, I., Galleta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2014). Burnout and workload among healthcare workers: the moderating role of job control. *Safety and Health at Work*, 5(2), 152-157.
- Potter, P., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56-E62. doi:10.1188/10.CJON.E56-E62.
- Profit, J., Sharek, P. J., Amspoker, A. B., Kowalkowski, M. A., Nisbet, C. C., Thomas, E. J., ... Sexton, J. B. (2014). Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Quality & Safety*, 23(10), 806-813.
- Proost, K., De Witte, H., De Witte, K., & Evers, G. (2004). Burnout among nurses: extending the job demand-control-support model with work-home interference. *Psychologica Belgica*, 44, 269-288.
- Purnanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: a meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Qiao, Z., Chen, L., Chen, M., Guan, M., Wang, L., Jiao, Y., ... Zhai, X. (2016). Prevalence and factors associated with occupational burnout among HIV/AIDS healthcare workers in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16, 335. doi:10.1186/s12889-016-2890-7
- Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M.A., Calligaris, L., & Brusaferrò, S. (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 815-820. doi:10.1188/06.ONF.815-820

- Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nursing*, 32(4), E1-E7.
- Rieger, P. T., & Yarbrow, C. H. (2003). *Role of the oncology nurse*. In: Kufe, D. W., Pollock, R. E., Weichselbaum, R. R. et al. *Holland-Frei Cancer Medicine*. Ontario, Estados Unidos: BC Decker.
- Romeo-Ratliff, A. (2014). *An investigation into the prevalence of and relationships among compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and self-transcendence in oncology nurses* [Doctoral thesis]. Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3617709)
- Russell, K. (2014). *The perceptions of burnout, its prevention and its effect on patient care as described by oncology nurses in the hospital setting* [Doctoral thesis]. Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3618494)
- Russell, K. (2016). Perceptions of burnout, its prevention and its effect on patient care as described by oncology nurses in the hospital setting. *Oncology Nursing Forum*, 43(2), 103-109.
- Sabbah, I., Sabbah, H., Sabbah, S., Akoum, H., & Droubi, N. (2012). Burnout among Lebanese nurses: psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey. *Health*, 4(9), 644-652.
- Salyers, M. P., Flanagan, M. E., Firmin, R., & Rollins, A. L. (2015). Clinicians' perceptions of how burnout affects their work. *Psychiatric Services*, 66(2), 204-207.
- Sánchez-Meca, J., & Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 7-17.

-
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International, 14*, 204–220. doi:10.1108/13620430910966406
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: a cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology 33*(5), 464-481.
- Schneider, N., Dreier, M., Amelung, V. E., & Buser, K. (2007). Hospital stay frequency and duration of patients with advanced cancer diseases-differences between the most frequent tumour diagnoses: a secondary data analysis. *European Journal of Cancer Care, 16*(2), 172-177.
- Schmidt, K. H., & Diestel, S. (2011). Differential effects of decision latitude and control on the job demands-strain relationship: a cross-sectional survey study among elderly care nursing staff. *International Journal of Nursing Studies, 48*(3), 307-317. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.04.003
- Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., ... Wingenfeld, K. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among german nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(3), 225-233. doi:10.1111/j.1365-2850.01355.x
- Schwartz, M. S., & Will, G. T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a hospital ward. *Psychiatry, 16*, 337-353.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid, España: TEA Ediciones.

- Sentencia del Tribunal Supremo. (2000). Regla No. 4379/1999 (Noviembre 26, 2000). Corte Suprema de Galicia (España). Decreto 2001\129498 (February 16, 2001).
- Senthil, A., Anandh, B., Jayachadran, P., Thangavel, G., Josephin, D., Yamini, R., & Kalpana, B. (2015). Perception and prevalence of work-related Health hazards among Health care workers in public Health facilities in southern India. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 21(1), 74-81.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Black, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 5(5), 358-367.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613.
- Shang, J., Friese, C.R., Wu, E., & Aiken, L.H. (2013). Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer Nursing*, 36(3), 206–212. doi:10.1097/NCC.0b013e31825e4293
- Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., & Monson, J. R. T. (2007). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Psycho-Oncology*, 17(6), 570-576.

-
- Sharma, P., Davey, A., Davey, S., Shukla, A., Shrivastava, K., & Bansal, R. (2014). Occupational stress among staff nurses: controlling the risk to health. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine, 18*(2), 52-56.
- Shockley, T. S. (1994). *Occupational stress and burnout in acute care medical surgical nurses in a rural area*. (Doctoral dissertation). Salisbury State University, Maryland, United States.
- Silva, A. T., & Menezes, P. R. (2008). Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Revista de Saude Publica, 42*(5), 921-929.
- Silverstein, R. (1986). How experienced psychotherapists can cope with burnout at a state mental hospital. Folleto informativo. Carbondale: South Illinois University.
- Simons, B. S., Foltz, P. A., Chalupa, R. L., Hylden C. M., Dowd, T. C., & Johnson, A. E. (2016). Burnout in US military orthopaedic residents and staff physicians. *Military Medicine, 181*(8), 835-839.
- Sims, M. E. (2000). *Hardiness and spiritual well-being as moderators of burnout in professional nurses* (Doctoral dissertation). George Fox University, Oregon, United States.
- Sinclair, R. R., Sliter, M., Mohr, C. D., Sears, L. E., Deese, M. N., Wright, R. R. ... Jacobs, L. (2015). Bad versus good, what matters more on the treatment floor? Relationships of positive and negative events with nurses' burnout and engagement. *Research in Nursing & Health, 38*(6), 475-491. doi:10.1002/nur.21696
- Smiley, S., Almyroudis, N., & Segal, B. H. (2005). Epidemiology and management of opportunistic infections in immunocompromised patients with cancer. *Abstracts in Hematology & Oncology, 8*(3), 20-30.

- Solano, R., Hernández-Vidal, P., Moreno, V., & Reig-Ferrer, A. (2002). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13(1), 9-16.
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., ... Urgan, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245-265.
- Sorour, A. S., & El-Maksoud, M. M. (2012). Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 34(3), 272-282.
- Spiegelhalter, D., Thomas, A., Best, N., & Gilks, W. (1994a). *BUGS: bayesian inference using Gibbs sampling*. Cambridge: MRC Biostatistics Unit.
- Spiegelhalter, D., Thomas, A., Best, N., & Gilks, W. (1994b). *BUGS: examples*. Cambridge: MRC Biostatistics Unit.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C., & Sullman, M. J. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 305-313.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82-89.

- Tackenberg, P., Hasselhorn, H., & Büscher. (2003). *Nursing in Europe*. In H.M. Hasselhorn, P. Tackenberg, & Bernd Hans Müller (Eds.), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe* (pp. 19–27). Stockholm, Sweden: National Institute for Working Life and Authors.
- Teng, C. I., Shuy, Y. I., Chiou, W. K., Fan, H. C., & Lam S. M. (2010). Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1442-1450. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.04.005
- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physicians*, 47, 737-744.
- Toh, S.G., Ang, E., & Devi, M. K. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10, 126–141. doi:10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x
- Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaularia, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., & Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20, 173–178.
- Tourigny, L., Baba, V. V., & Wang, X. (2010). Burnout and depression among nurses in Japan and China: the moderating effects of job satisfaction and absence. *The International Journal of Human Resource Management*, 21, 2741-2761. doi:10.1080/09585192.2010.528656

- Triolo, P. K. (1989a). Occupational Health hazards of hospital staff nurses. Part I: Overview and psychosocial stressors. *AAOHN Journal*, 37(6), 232-237.
- Triolo, P. K. (1989b). Occupational Health hazards of hospital staff nurses. Part II: physical, chemical and biological stressors. *AAOHN Journal*, 37(7), 274-279.
- Trufelli, D.C., Bensi, C.G., Garcia, J.B., Narahara, J.L., Abrão, M.N., Diniz, R.W., ... Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 17(6), 524–531. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00927.x
- Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behaviour and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11, 98. doi:10.1186/1472-6963-11-98.
- Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3(1), 69-71. doi:10.1046/j.1442-2018.2001.00074.x
- Tummers, E. R., Landeweerd, J. A., & Van Merode, G. G. (2002). Work organization, work characteristics and their psychological effects on nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 183-205.
- Tummers, E. R., Landerweed, J. A., Janssen, P. P., & Van Merode, G. (2006a). Organizational characteristics, work characteristics, and relationship with psychologic work reaction in nursing: a longitudinal study. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 201-227.

-
- Tummers, E. R., Van Merode, G. G., & Landeweerd, J. A. (2006b). Organizational characteristics as predictors of nurses psychological work reactions. *Organization Studies*, 27(6), 559-584. doi:10.1177/0170840605059455
- Turner, J., Clavarino, A., Butow, P., Yates, P., Hargraves, M., Connors, V., & Hausmann, S. (2009). Enhancing the capacity of oncology nurses to provide supportive care for parents with advanced cancer: Evaluation of an educational intervention. *European Journal of Cancer*, 45(10), 1798–1806. doi:10.1016/j.ejca.2009.02.023
- Tyson, P. D., & Pongruengphant, R. (2004). Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand. *International Journal of Nursing Studies*, 41(3), 247-254.
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analysis. *Medicina Clínica*, 135, 507–511.
- Vallvé, C., Artés, M., & Cobo, E. (2005). Non-randomized evaluation studies (TREND). *Medicina Clínica*, 125(Suppl. 1), 38–42.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1664-1674.
- Van der Schoot, E., Oginska, H., Estry-Behar, M., & NexT Study Group (2003). Burnout in the nursing profession in Europe. In H.M. Hasselhorn, P. Tackenberg, & Bernd Hans Müller (Eds.), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe* (pp. 53–57). Stockholm, Sweden: National Institute for Working Life and Authors.

- Van Servellen, G., & Lake, B. (1993). Burnout in Hospital Nurses: A comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. *Journal of Professional Nursing, 9*, 169–177. doi:10.1016/8755-7223(93)90069-O
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & De la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(1), 28-38.
- Vázquez-Ortiz, J., Vázquez-Ramos, M. J., Álvarez-Serrano, M., Reyes-Alcaide, M., Martínez-Domingo, R., Nadal-Delgado, M., & Cruzado, J. A. (2012). Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. *Psicooncología, 9*(1), 161–182.
- Verdon, M., Merlani, P., Perneger, T., & Ricou, B. (2008). Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Medicine, 34*(1), 152-156.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software, 36*, 1–48.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria, 19*(2), 135-150.
- Wilson, J. L. (2002). The impact of shift patterns on healthcare professionals. *Journal of Nursing Management, 10*(4), 211-219.
- World Health Organization. (2002). *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services*. Geneva: World Health Organization.

-
- World Health Organization. (2015). *ICD-10: International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- Worley, J. A., Vassar, M., Wheeler, D. L., & Barnes, L. (2008). Factor structure of scores from the MBI: a review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor analytic studies. *Educational and Psychological Measurement, 68*(5), 797-823. doi:10.1177/0013164408315268
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum, 43*(3), E161-169. doi:10.1188/16.ONF.E161-E169.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing, 59*(3), 662-669.
- Xie, M., Zhou, J., & Wang, Y. (2015). Monitoring of hematogenous occupational exposure in medical staff in infectious disease hospital. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases, 33*(10), 766-768.
- Yang, Y.H., & Kim, J.K. (2012). A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean Journal of Adult Nursing, 24*, 38-51. doi:10.7475/kjan.2012.24.1.38
- Yoon, J. D., Hunt, N. B., Ravella, K. C., Jun, C. S., & Curling, F. A. (2016). Physician burnout and the calling to care for the dying: a national survey. *The American Journal of Hospice and Palliative Care, 27*, In press. pii:10499009116661817

- Yousefy, A. R., & Ghassemi, G. R. (2006). Job burnout in psychiatric and medical nurses in Isfahan, Islamic Republic of Iran. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, *12*, 662-669.
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *57*, 28-38. doi:10.1016/ijnurstu.2016.01.012
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, *30*(4), 445-458.
- Zellars, K. L., Perrewé, P. L., & Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: the role of the five factor of personality. *Journal of Applied Psychology*, *30*(8), 1570-1598. doi:10.1111/j.1559-1816.2000.tb02456.x
- Zellars, K. L., Hochwarter, W. A., & Perrewé, P. L. (2004). Experiencing job burnout: the roles of positive and negative traits and states. *Journal of Applied Psychology*, *34*(5), 887-911. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb02576.x
- Zhang, L.F., You, L., Liu, K., Zheng, J., Fang, J., Lu, M. ... Bu, X. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction and intention to leave. *Nursing Outlook*, *62*(2), 128-197. doi:10.1016/j.outlook.2013.10.010
- Zichi Cohen, M. (1995). The meaning of cancer and oncology nursing: link to effective care. *Seminars in Oncology Nursing*, *11*(1), 59-67.