

TESIS DOCTORAL

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT E
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

PRESENTADA POR

NORA SULEIMAN MARTOS

DIRIGIDA POR

EMILIA INMACULADA DE LA FUENTE SOLANA

LUIS ALBENDÍN GARCÍA



UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

MAYO 2020

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Nora Suleiman Martos
ISBN: 978-84-1306-559-5
URI: <http://hdl.handle.net/10481/63312>

A mis padres y hermanos

A Rubén

AGRADECIMIENTOS

Este duro trabajo no habría sido posible sin la ayuda de todas aquellas personas a las que debo mi agradecimiento.

En primer lugar, gracias a mis directores de tesis, la Dra. Inmaculada de la Fuente Solana y el Dr. Luis Albendín García, quienes me han mostrado el apasionante mundo de la investigación. Agradezco sus consejos, correcciones, aclaraciones, apoyo y total disponibilidad siempre que han ido surgiendo problemas en el camino. Gracias por su trabajo incansable.

Al Dr. Guillermo Cañadas De la Fuente, por su ayuda en todo momento, no solo durante la realización de esta tesis doctoral sino también por sus consejos durante mis años como personal docente e investigador en la Universidad de Granada.

Al Dr. José Luis Gómez Urquiza, gracias por introducirme en el mundo del meta-análisis.

Al resto de los miembros del grupo de investigación CTS-1067: Gustavo Cañadas, Raimundo Aguayo, Elena Ortega, Tania Ariza, Lucía Ramírez, Laura Pradas y Almudena Velando. Por su apoyo y ayuda en todo momento.

Al sindicato de enfermería SATSE por su ayuda en la recogida de datos.

A mis compañeros de Facultad, por sus palabras de ánimo y apoyo continuo.

A mis padres, grandes luchadores, gracias por su apoyo en todo momento, estando siempre cerca cuando los he necesitado. Gracias por haberme transmitido su espíritu de superación.

A mis hermanos, por su apoyo y paciencia; y a mi tía Nuria, por su ayuda logística.

A Rubén, por su gran paciencia y ayuda incondicional a lo largo de todos estos años.

A todos, muchas gracias.

Las investigaciones en las que se enmarca el trabajo desarrollado en esta Tesis Doctoral es el proyecto P11HUM-7771, Proyectos de Excelencia de la Junta de Andalucía, y el Grupo de Investigación CTS-1067 (antiguo HUM-0183) del Plan Andaluz de Investigación Desarrollo e Innovación.

PRESENTACIÓN

La realización de esta tesis doctoral se ha compaginado con la labor desempeñada como personal docente e investigador en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada.

Esta tesis doctoral surge del principio en el que cada unidad asistencial se relaciona con unas actividades propias del área, así como una atención dirigida a diferentes procesos asistenciales, patologías y pacientes; por ello el nivel y desarrollo del síndrome de burnout sobre los profesionales de enfermería puede variar según el área de trabajo. A ello se deben sumar, otros factores como los sociodemográficos, laborales o psicológicos, por lo que su estudio en profundidad resulta necesario.

Concretamente, el interés radica en los profesionales de enfermería y matronas del área de ginecología y obstetricia. Esta área abarca una labor dirigida a la mujer durante todo su ciclo sexual, así como en las etapas de gestación y puerperio. La creación de un vínculo muy cercano con la mujer y con la familia, se relaciona con una elevada carga emocional, además de una gran exigencia física y mental, pues está en juego la vida de la mujer y del recién nacido.

La trayectoria del Grupo de Investigación CTS-1067, junto con el Sindicato de Enfermería SATSE, se ha centrado en el estudio de los efectos nefastos que determinados factores ejercen sobre las enfermeras, influyendo de manera negativa sobre la salud de los profesionales.

Los datos obtenidos surgen de un proyecto destinado a la recogida de información sobre el síndrome de burnout en enfermeras del Servicio

Andaluz de Salud, concretamente esta tesis doctoral forma parte de los datos extraídos del área de ginecología y obstetricia (GyO).

La presente tesis doctoral se estructura en 8 capítulos. El primer capítulo desarrolla el marco teórico, médico-legal y práctico, junto con el desarrollo de las peculiaridades del área de GyO. En el segundo capítulo se desarrollan los objetivos e hipótesis propuestos.

El tercer capítulo incluye una revisión sistemática y meta-análisis sobre la prevalencia, niveles y factores de riesgo del síndrome de burnout en enfermeras del área de GyO a través del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). Este estudio ha sido aceptado y publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health*, incluida en la base de datos Journal Citation Reports (JCR) con un factor de impacto de 2,468 en la posición 38/164 (Q1, T1) de la categoría “Public, environmental & occupational health-SSCI”.

El cuarto capítulo corresponde a una revisión sistemática y meta-análisis similar al anterior, pero en este caso en matronas, medido a través del instrumento MBI. Este artículo se encuentra en proceso de revisión en la revista *Journal of Midwifery & Women's Health*, incluida en la base de datos Journal Citation Reports (JCR) con un factor de impacto de 1,644 en la posición 31/118 (Q2, T1) de la categoría “Nursing -SSCI”.

En el quinto capítulo se desarrolla un estudio centrado en el síndrome de burnout, en matronas, a través de una revisión sistemática y meta-análisis mediante el instrumento de medición Copenhague Burnout Inventory. Este estudio ha sido aceptado y publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health*, revista incluida en la base de datos Journal Citation Reports (JCR) con un factor de impacto de 2,468 en

la posición 38/164 (Q1, T1) de la categoría “Public, environmental & occupational health-SSCI”.

El sexto capítulo, se trata de un estudio meta-analítico sobre el efecto de una intervención basada en el método mindfulness sobre los niveles de burnout en profesionales enfermeros. Este artículo ha sido aceptado y publicado en la revista *Journal of Advanced Nursing*, revista incluida en la base de datos Journal Citation Reports (JCR) con un factor de impacto de 2,376 en la posición 13/120 (Q1, T1) de la categoría “Nursing-SCIE”.

El séptimo capítulo presenta un estudio empírico sobre el burnout en enfermeras y matronas de GyO de 18 centros hospitalarios, donde se analizan los niveles, factores de riesgo sociodemográficos, laborales y de personalidad relacionados con el burnout, así como los niveles de ansiedad y depresión. Este artículo se encuentra en proceso de revisión en la revista *Journal of Clinical Nursing*, revista incluida en la base de datos Journal Citation Reports (JCR) con un factor de impacto de 1,757 en la posición 28/120 (Q1, T1) de la categoría “Nursing -SCIE”.

En el capítulo octavo se incluye la discusión general y conclusiones. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas.

Por último, agradecer al Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad de Granada haberme brindado la oportunidad de realizar esta tesis doctoral, aceptando esta propuesta de investigación y ofreciéndome el marco formativo gracias al cual en este momento se deposita para su próxima defensa pública.

Granada a 12 de Mayo de 2020

La doctoranda

RESUMEN

El síndrome de burnout aparece como respuesta a una serie de estresores crónicos que se asocian con numerosas alteraciones que comprometen la salud física y mental de los trabajadores (Wang et al., 2017). La definición más avalada, es la propuesta por Maslach y Jackson (1981), que contempla el síndrome de forma tridimensional, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Los profesionales sanitarios, y más concretamente el personal de enfermería, se considera como una de las categorías con mayor riesgo y exposición a padecer el síndrome, encontrando en ellos una elevada prevalencia del mismo (Cañadas De la Fuente et al., 2015).

Entre los factores relacionados, cada unidad asistencial se relaciona con unas actividades propias, así como una atención dirigida a diferentes procesos asistenciales, patologías y pacientes; por ello el nivel y desarrollo del síndrome de burnout sobre los profesionales de enfermería puede variar según el área de trabajo. A ello se deben sumar, otros factores como los sociodemográficos, laborales o psicológicos vinculados al síndrome, por lo que su estudio en profundidad resulta necesario. Concretamente las matronas y enfermeras del área de ginecología y obstetricia, desarrollan una labor dirigida a la mujer durante todo su ciclo sexual, así como en las etapas de gestación y puerperio (Cramer & Hunter, 2019). Esta labor crea un vínculo muy cercano con la mujer y con la familia, por lo que la carga emocional suele ser elevada, además de la gran demanda emocional, también existe una gran exigencia física y mental, pues está en juego la vida de la mujer y del recién nacido (Noonan, Jomeen, Galvin & Doody, 2018).

Con el fin de analizar en mayor profundidad los factores de riesgo relacionados con el síndrome de burnout, esta tesis doctoral se centra en tres fases. La primera, consta de la realización de tres revisiones sistemáticas de corte meta-analítico, donde se analiza la prevalencia, niveles y factores de riesgo relacionados con el burnout. En enfermeras la dimensión más afectada fue la realización personal, seguida del cansancio emocional y finalmente la despersonalización, mientras que en matronas la de mayor afectación fue cansancio emocional, seguida de realización personal y despersonalización. Si nos centramos en el ámbito relacionado con el síndrome de burnout, la dimensión más afectada es aquella vinculada al burnout a nivel personal, seguida del burnout a nivel laboral, y por último el burnout relacionado con el paciente. En cuanto a las variables relacionadas, el síndrome de burnout se ve influenciado por una serie de factores de riesgo, como son los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos.

La segunda fase de esta tesis doctoral, se centra en la revisión de documentación que estudia el efecto de programas de intervención basados en el mindfulness, y en la reducción del estrés y el burnout en el colectivo enfermero. Puesto que los estudios de intervención son recientes y los resultados muy heterogéneos, la realización de una estimación meta-analítica con revisión sistemática, permite profundizar en su análisis mostrando resultados positivos a favor del método mindfulness, informando de una reducción en la puntuación total de burnout entre un 12-30%, principalmente en las dimensiones cansancio emocional y realización personal, con un efecto mantenido hasta 12 meses tras la intervención.

Por último, la tercera fase corresponde a un estudio de tipo empírico en el que participaron matronas y enfermeros del servicio de ginecología y obstetricia del Servicio Andaluz de Salud. Este estudio recoge información

acerca de las cuestiones planteadas en la investigación teórica, donde además de analizarse la prevalencia, niveles y factores relacionados con el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de obstetricia y ginecología, se utiliza el modelo de fases del padecimiento del burnout de Golembiewski y Munzerider (1988), profundizando así en su investigación, a través de una clasificación según la fase del trastorno en la que se encuentran dichos profesionales. Un 29,2% de los profesionales se encontraban en las fases más graves de padecimiento, observándose una relación significativa entre las tres dimensiones del burnout en función del género, estado civil y tipo de turno. Además, se encuentra que los niveles más altos de burnout se relacionan con mayores niveles de neuroticismo, ansiedad y depresión, y con menores niveles de extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	VII
PRESENTACIÓN	XI
RESUMEN	XV
ÍNDICE.....	XIX
LISTA DE SIGLAS.....	XXV
LISTA DE TABLAS.....	XXVIII
LISTA DE FIGURAS.....	XXIX
CAPÍTULO 1. EL SÍNDROME DE BURNOUT: MARCO TEÓRICO, MÉDICO-LEGAL Y PRÁCTICO	1
1.1 MARCO TEÓRICO: INTRODUCCIÓN, CONTEXTO HISTÓRICO, DEFINICIÓN, MODELOS EXPLICATIVOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	3
1.1.1 Introducción al síndrome de burnout y contexto histórico	3
1.1.2 Desarrollo del concepto y evolución científica.....	6
1.1.3 Definición del síndrome de burnout.....	10
1.1.4 Etiología y modelos explicativos del síndrome de burnout	16
1.1.5 Instrumentos de medición del síndrome de burnout	25
1.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT	36
1.2.1 Factores sociodemográficos	38
1.2.2 Factores laborales	43
1.2.3 Factores psicológicos	51
1.3 MARCO MÉDICO-LEGAL. EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL	57

1.3.1 El síndrome de burnout como enfermedad	57
1.3.2 Prevalencia y grupos de riesgo	59
1.3.3 Manifestaciones clínicas y consecuencias del síndrome de burnout	62
1.3.4 Prevención y tratamiento	65
1.4 MARCO APLICADO A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	70
1.4.1 Burnout en personal sanitario: personal de enfermería..	70
1.4.2 Áreas de trabajo en enfermería y su relación con el síndrome de burnout	77
1.4.3 Características específicas de la enfermería del área de ginecología y obstetricia y justificación	81
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	89
CAPÍTULO 3. PREVALENCIA, FACTORES RELACIONADOS Y NIVELES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS	95
3.1 RESUMEN	97
3.2 INTRODUCCIÓN	98
3.3 MÉTODO	100
3.4 RESULTADOS	103
3.5 DISCUSIÓN	117
3.6 CONCLUSIONES	121

CAPÍTULO 4. PREVALENCIA, FACTORES RELACIONADOS Y NIVELES DE BURNOUT EN MATRONAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS	123
4.1 RESUMEN.....	125
4.2 INTRODUCCIÓN	126
4.3 MÉTODO	128
4.4 RESULTADOS	132
4.5 DISCUSIÓN	145
4.6 CONCLUSIONES.....	149
CAPÍTULO 5. PREVALENCIA Y PREDICTORES DE BURNOUT EN MATRONAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS	151
5.1 RESUMEN.....	153
5.2 INTRODUCCIÓN	154
5.3 MÉTODO	156
5.4 RESULTADOS	159
5.5 DISCUSIÓN	172
5.6 CONCLUSIONES.....	176
CAPÍTULO 6. EFECTO DEL ENTRENAMIENTO MINDFULNESS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS	177
6.1 RESUMEN.....	179
6.2 INTRODUCCIÓN	180
6.3 MÉTODO	183
6.4 RESULTADOS	186

6.5 DISCUSIÓN	206
6.6 CONCLUSIONES	210
CAPÍTULO 7. FACTORES DE RIESGO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO	211
7.1 RESUMEN	213
7.2 INTRODUCCIÓN	214
7.3 MÉTODO	217
7.4 RESULTADOS	220
7.5 DISCUSIÓN	224
7.6 CONCLUSIONES	229
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES.....	231
8.1. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES	233
8.2 OBJETIVO 1, 2, 3.....	236
8.3 OBJETIVO 4.....	240
8.4 OBJETIVOS 5, 6, 7	242
8.5. CONCLUSIONES FINALES	245
8.6. LIMITACIONES DEL TRABAJO	246
8.7. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	247
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	249

LISTA DE SIGLAS

A: Alto

B: Bajo

B: Parámetro estimado

BL: Burnout laboral

BP: Burnout personal

BRP: Burnout relacionado con el paciente

CBI: Copenhagen Burnout Inventory

CE: Cansancio Emocional

CECAD: Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades

CINAHL: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

CS: Compasión-satisfacción

D: Despersonalización

DASS: Depression, Anxiety and Stress Scale

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,
quinta edición

DT: Desviación Típica

FEWS: Frankfurt Emotional Work Scale

GC: Grupo Control

GI: Grupo Intervención

GR: Grado de recomendación según OCEBM

GyO: Ginecología y Obstetricia

IC: Intervalo de Confianza

IgA: Inmunoglobulina A

JCR: Journal Citation Reports

LILACS: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature

MBCT: Mindfulness basado en entrenamiento de terapia cognitiva

MBI: Maslach Burnout Inventory

MBI-ES: Maslach Burnout Inventory-Educators Survey

MBI-GS: Maslach Burnout Inventory-General Survey

MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey

MBI-SS: Maslach Burnout Inventory-Student Survey

MBSR: Mindfulness basado en la reducción del estrés

MSCR: Mindfulness basado en autocuidado y resiliencia

NE: Nivel de evidencia según OCEBM

NEO-FFI: Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores

OCEBM: Oxford Centre for Evidence Based Medicine

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds ratio

PEMS: Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

ProQOL: Professional Quality of Life

QOLS: Quality of Life

R2: Proporción de la varianza explicada por la variable moderadora

RP: Baja Realización Personal

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SATSE: Sindicato de Enfermería

SD: Sin datos

SciELO: Scientific Electronic Library Online

$t = t$ de Student

TCAE: Técnico en cuidados auxiliares en enfermería

UCI = Unidad de cuidados intensivos

WAS = World Assumptions Scale

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Ocho fases del modelo de Golembiewski	20
Tabla 2. Características de los estudios incluidos (Estudio 1)	105
Tabla 3. Prevalencia para alto CE, alta D y baja RP (Estudio 1)	111
Tabla 4. Características de los estudios incluidos (Estudio 2)	134
Tabla 5. Prevalencia de burnout en las dimensiones del MBI en matronas (Estudio 2)	140
Tabla 6. Características de la muestra (Estudio 3)	164
Tabla 7. Prevalencia de burnout personal, laboral y relacionado con el paciente (Estudio 3)	170
Tabla 8. Características de los estudios incluidos (Estudio 4)	192
Tabla 9. Descripción de las intervenciones Mindfulness (Estudio 4)	201
Tabla 10. Estrategias de afrontamiento realizadas en el entrenamiento mindfulness (Estudio 4)	203
Tabla 11. Datos descriptivos de las variables cualitativas del estudio (Estudio 5)	220
Tabla 12. Datos descriptivos de las variables cuantitativas del estudio (Estudio 5)	221
Tabla 13. Prevalencia de burnout según las fases del modelo de Golembiewski (Estudio 5)	222
Tabla 14. Coeficiente de correlación entre las variables psicológicas y burnout (Estudio 5)	223
Tabla 15. Regresión Lineal Múltiple (Estudio 5)	224

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Análisis de los resultados en el tiempo sobre burnout	7
Figura 2. Análisis de los resultados por tipo de documento	8
Figura 3. Análisis de los resultados por área de publicación	9
Figura 4. Proceso de selección de estudios (Estudio 1)	104
Figura 5. Forest plot para alto cansancio emocional (Estudio 1)	115
Figura 6. Forest plot para alta despersonalización (Estudio 1)	116
Figura 7. Forest plot para baja realización personal (Estudio 1)	116
Figura 8. Diagrama de flujo de estudios incluidos (Estudio 2)	132
Figura 9. Forest plot para elevado cansancio emocional (Estudio 2)	143
Figura 10. Forest plot para elevada despersonalización (Estudio 2)	144
Figura 11. Forest plot para baja realización personal (Estudio 2)	144
Figura 12. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos (Estudio 3)	160
Figura 13. Forest plot para prevalencia de burnout personal (Estudio 3)	171
Figura 14. Forest plot para prevalencia de burnout laboral (Estudio 3)	171
Figura 15. Forest plot para prevalencia de burnout relacionado con el paciente (Estudio 3)	172
Figura 16. Diagrama de flujo de proceso de búsqueda (Estudio 4)	187
Figura 17. Riesgo de sesgo (Estudio 4)	204
Figura 18. Forest plot del efecto del método mindfulness para cada dimensión del burnout (Estudio 4)	205

CAPÍTULO 1.
EL SÍNDROME DE BURNOUT:
MARCO TEÓRICO, MÉDICO-LEGAL Y
PRÁCTICO

1.1 MARCO TEÓRICO: INTRODUCCIÓN, CONTEXTO HISTÓRICO, DEFINICIÓN, MODELOS EXPLICATIVOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

1.1.1 Introducción al síndrome de burnout y contexto histórico

El término desgaste profesional procede del anglicismo “Burnout”, que en español viene a ser como “agotarse, fundirse o quemarse en el trabajo”, es decir, una metáfora para describir una situación de agotamiento tras estar expuesto a situaciones de alta tensión emocional.

Una de las primeras referencias que se encuentran con relación al síndrome de burnout, datan del año 1969, donde H.B. Bradley describe por primera vez este fenómeno. Este autor estadounidense analiza dicho constructo al observar una serie de reajustes conducto-organizacionales en policías, designando el término como “staff burnout” (Bradley, 1969). Sin embargo, siendo más rigurosos, los primeros datos relativos a este constructo datan de años anteriores. En 1953, dos autores (Schwartz & Will, 1953) analizan el caso de una enfermera que presentaba una actitud de cansancio hacia los pacientes, desmotivación e insatisfacción personal, que orienta por primera vez hacia las tres dimensiones del término. Incluso, en 1961 Greene publica su novela denominada “A burnout case”, narrando en su personaje los síntomas más conocidos de este síndrome (Greene, 1961). Aunque la conceptualización del término como constructo psicológico no se contemplaba como tal por aquel entonces, sí que se puede evidenciar la importancia de éste desde hace décadas.

Años más adelante, Freudenberger (1974), considerado como el descubridor del síndrome de burnout, publica su artículo denominado “Staff burn out”. Este psiquiatra, que trabajaba en una clínica de desintoxicación en Nueva York, observó que los voluntarios de aquella institución comenzaban a sufrir una serie de alteraciones de forma que le sumían en un estado de agotamiento progresivo, acompañado de trastornos ansioso-depresivos, desmotivación e incluso agresividad hacia los usuarios. Por este motivo y pasado un tiempo, Freudenberger definió este estado como: “fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de la relación, que no produce el esperado esfuerzo” (Freudenberger, 1974). Este autor estableció una relación entre los síntomas que sufrían derivados del medio y las condiciones en las que trabajan. Incluso se llegó a considerar como contagioso, inundando las organizaciones de un desánimo generalizado de indiferencia, cansancio y cinismo. Se establece, por tanto, por primera vez un estudio en mayor profundidad respecto a la relación entre este síndrome y el trabajo con profesionales que brindan sus servicios a las personas, que debido a la alta carga que soportan, les conduce a un estado de “estar quemado”. Su investigación se centró, por tanto, en la identificación de síntomas y problemas de salud relacionados con una perspectiva clínica (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Casi de forma paralela, la psicóloga Christina Maslach, en 1976, comienza a estudiar este término entrevistando a profesionales sanitarios y a aquellos que brindaban sus servicios al público, observando que existía un alto porcentaje de estados de cansancio emocional, sentimientos negativos hacia pacientes o clientes y situaciones de insatisfacción con la profesión (Maslach, 1976). Vincula estas condiciones al desarrollo de situaciones de estrés laboral, generando consecuencias negativas, así como la adopción de

una actitud de alejamiento con la persona objeto de su trabajo. Con el fin de estudiar el enfoque social, esta autora centra su investigación en el estudio de las relaciones entre profesional y el cliente o paciente (Maslach, 1982).

Esta línea de investigación, supone un gran punto de partida en cuanto al estudio de este término en profundidad. Precisamente por ello, en la década de los 80 se consolidan los primeros trabajos y líneas de investigación sobre el síndrome de burnout debido a su popularidad, atribuyendo este síndrome a “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales” (Edelwich & Brodsky, 1980), o incluso se le relacionaba con “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente” (Pines, Aronson, & Kafry, 1981).

Gracias a las primeras aproximaciones relativas al término, y a raíz del trabajo desarrollado por Maslach y Jackson (1981) que plantean por primera vez la tridimensionalidad del síndrome basado en el trabajo empírico, se inicia la investigación mediante la evaluación con cuestionarios validados a múltiples colectivos profesionales. Ello asienta la base para el desarrollo de diversas teorías y modelos, entre los que se encuentra el modelo de Golembiewski (Golembiewski, 1979; Golembiewski, Munzerider, & Stevenson, 1986) que se introducirá más adelante.

1.1.2 Desarrollo del concepto y evolución científica

Aunque hace más de cuatro décadas que aparece por primera vez este término, su importancia radica en dos puntos clave, el primero derivado de las grandes consecuencias que presenta sobre los profesionales; y el segundo, relacionado con las repercusiones que ocasiona en clientes, pacientes e incluso a la propia organización (Cadiz, Juan, Rivero, Herce, & Achucarro, 1997). Por ello, es trascendental el protagonismo que ha tenido a lo largo de estos años, hasta alcanzar en la actualidad la inclusión y reconocimiento oficial por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) como enfermedad laboral, tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11).

La importancia de este constructo en el tiempo fue tal, que el número de publicaciones científicas fue incrementando de manera exponencial como se observa en la Figura 1. Tal es así, que, durante los años 90, su estudio se extendió hacia diversos colectivos profesionales e incluso otros colectivos como estudiantes. En la actualidad realizando una búsqueda del término “burnout” en Scopus, y analizando su recorrido histórico encontramos 31.245 registros vinculados, observándose un crecimiento exponencial que se ha multiplicado desde el año 2000 hasta la actualidad.

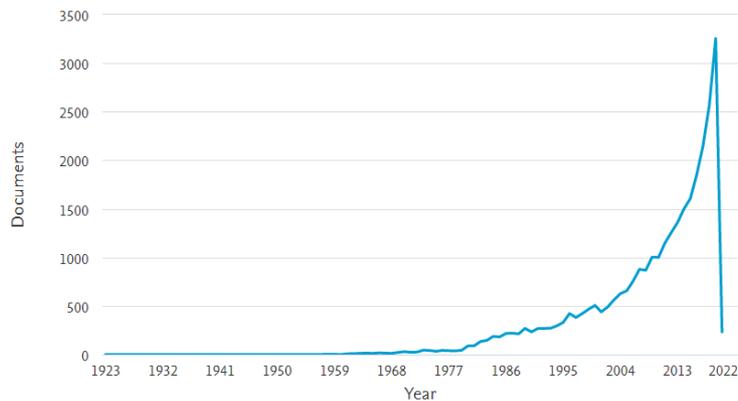


Figura 1. Análisis de los resultados en el tiempo sobre burnout. Recuperado de Scopus.

La mayor parte de la bibliografía se encuentra en inglés y el mayor número de publicaciones corresponde a Estados Unidos. En torno a tres cuartos de la literatura publicada corresponde a trabajos empíricos, predominando dicho tipo, seguidos de revisiones sistemáticas y meta-análisis relacionados con dicho constructo (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018; Gómez-Urquiza, De la Fuente-Solana, et al., 2017; López-López et al., 2019; Molina-Praena et al., 2018; Monsalve-Reyes et al., 2018; Ortega-Campos et al., 2020; Pradas-Hernández et al., 2018; Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández, & De la Fuente, 2014).

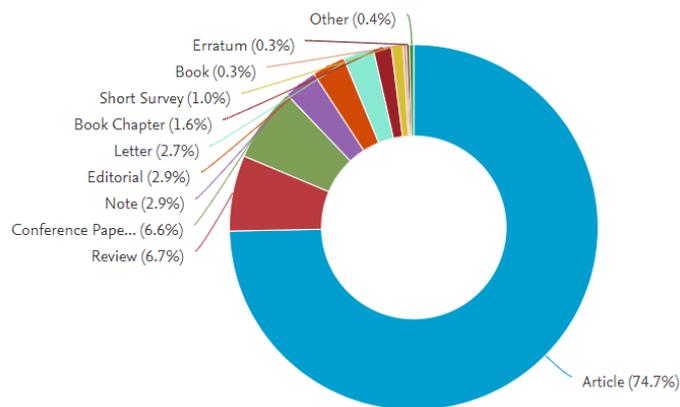


Figura 2. Análisis de los resultados por tipo de documento. Recuperado de Scopus.

Analizando las tesis publicadas al respecto existen actualmente 145 registros sobre el síndrome de burnout en TESEO (consultado el 27 de abril de 2020), con un total de 16 registros vinculados al síndrome de burnout en el colectivo enfermero, algunos de ellos referentes a tesis doctorales de nuestro equipo de investigación (Aguayo, 2014; Albendín, 2016; Cañadas-De la Fuente, 2012; Gómez-Urquiza, 2017; Monsalve-Reyes, 2019; Ramírez-Baena, 2019).

El síndrome de burnout se ha ido caracterizando y definiendo, gracias a las múltiples investigaciones a lo largo del tiempo, pasando de una investigación más descriptiva de tipo cualitativo, al desarrollo de estudios originales y análisis literario, así como una implementación y desarrollo de múltiples escalas e instrumentos de medición. Como se puede ver en la siguiente figura las áreas con mayor producción científica son medicina seguidas por psicología y enfermería.

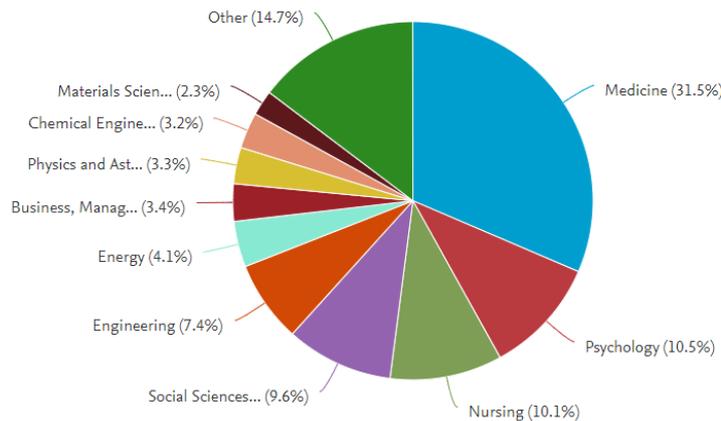


Figura 3. Análisis de los resultados por área de publicación. Recuperado de Scopus.

Con el fin de comprender su naturaleza e incluso prevenir y actuar para evitar su aparición, las investigaciones contemplan desde estudios a nivel de prevención primaria, donde se analiza la situación de partida mediante datos acerca de prevalencia, factores de riesgo y protectores (De Souza França, De Martino, Dos Santos Aniceto, & Silva, 2012; Henriksen & Lukasse, 2016; Molina-Praena et al., 2018; Moradi, Baradaran, Yazdandoost, Atrak, & Kashanian, 2015; Pradas-Hernández et al., 2018; Sallon, Katz-Eisner, Yaffe, Bdolah-Abram, et al., 2017; Soler et al., 2008; Thorsen, Tharp, & Meguid, 2011); la prevención secundaria, cuyo interés reside en un diagnóstico precoz (Duchemin, Steinberg, Marks, Vanover, & Klatt, 2015; Gómez-Alcaina, Montero-Marín, Demarzo, Pereira, & García-Campayo, 2013; Mingote-Adán, Moreno-Jiménez, & Gálvez-Herrer, 2004) e incluso a nivel terciario, desarrollando intervenciones para reducir los niveles de burnout (Braun, Kinser, Carrico, & Dow, 2019; Cocchiara et al., 2019; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné, & Serra, 2014; Song & Lindquist, 2015).

1.1.3 Definición del síndrome de burnout

Aunque el concepto de burnout aparece por primera vez en 1974 a raíz de la investigación desarrollada por Freudenberg, realmente el punto de partida en su conceptualización aparece gracias al desarrollo de un instrumento de medición llamado Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Este instrumento desarrollado por Christina Maslach y su equipo, por primera vez en el año 1976, se basa en la triada caracterizada por: cansancio emocional (CE), que hace referencia a un estado de agotamiento debido a una sensación de sobreesfuerzo físico, que genera una situación de hastío emocional y pérdida de interés; despersonalización (D), que consiste en una actitud de distanciamiento y frialdad, cinismo e indiferencia; y una baja realización personal (RP), que se refiere a la valoración negativa del trabajo, baja autoestima y falta de satisfacción laboral que conlleva a una reducción del interés y rendimiento profesional (Maslach, 1976; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Los datos recogidos propios de la investigación empírica dieron lugar a la definición de síndrome de burnout como situación de “estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con las personas en su trabajo” (Maslach & Jackson, 1986; Maslach et al., 1996).

De forma paralela, en España la primera definición con relación a este término data de 1999 (Mingote-Adán et al., 2004), siendo definido como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas, produciendo un

desequilibrio prolongado en el tiempo entre unas exigencias laborales excesivas y limitados recursos de afrontamiento”.

Años más adelante, el síndrome de burnout o su traducción al español “síndrome de estar quemado”, es definido planteando un enfoque psicosocial, centrado en el agotamiento físico, la humanización de la tarea, sobrecarga y frustración en el trabajo (Maslach et al., 2001). Por ende, quedó definido como “síndrome psicológico que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico”. Maslach planteaba que "el mundo del trabajo es una arena agresiva en la cual el individuo trata de sobrevivir", y, por tanto, el burnout sería la consecuencia ante el fracaso (Maslach, 1976).

Por lo tanto y hasta la fecha, la definición más idónea y completa es la propuesta por Maslach y colaboradores (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013; Schaufeli et al., 2009), por la cual este estado surge en respuesta a una serie de estresores de manera crónica, quedando definido como "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas" (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 2009).

Por tanto, se define el síndrome de burnout como un constructo tridimensional, donde la definición de cada una de las tres principales dimensiones que abarca este síndrome, se detalla en mayor profundidad a continuación:

- **Cansancio emocional (CE):** hace referencia a la pérdida progresiva de energía, recursos, entusiasmo, sobreesfuerzo físico y hastío emocional que deriva de la atención continuada al público o incluso de las relaciones laborales entre compañeros. A nivel afectivo se trata de una sensación de agotamiento y de “no poder dar más de sí mismo”, con relación a la elevada carga emocional que supone el contacto diario con personas en el ámbito laboral. La sintomatología asociada a este estado engloba: cefaleas, alteraciones del ritmo circadiano, sensación de extenuación o dolores musculares (Gallagher & Gormley, 2009; Lee, You, Gillen, & Blanc, 2015; Liu et al., 2018; Schaufeli & Enzmann, 1998; Wang et al., 2017).

Aunque otros autores prefieren denominar este término como “agotamiento emocional” (Schaufeli & Salanova, 2007; Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002), lo cierto es que la palabra “cansancio” define con mayor exactitud dicho estado, puesto que refleja con mayor firmeza el estado de fatiga emocional propio de esta dimensión; mientras que el término “agotamiento” se relaciona con un concepto mucho más genérico. Corroborando esta idea según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2014), se observan igualmente diferencias entre ambos términos, en primer lugar “cansancio” es definido como “1. Falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado, 2. Hastío, tedio, fastidio”; mientras que “agotamiento” queda definido como “Acción y efecto de agotar o agotarse”, por ende, cansancio emocional es la definición que más se ajusta a esta dimensión. Además, la adaptación española del MBI (Seisdedos, 1997) contempla la

traducción del término en inglés “emotional exhaustion”, por su homónimo en español “cansancio emocional”.

- **Despersonalización (D):** manifestada por la adopción de una actitud fría, negativa y distante hacia el público que se atiende o compañeros de trabajo. Queda manifestada esta dimensión por la expresión “no me importa”, con relación a sentimientos negativos, con la adopción de una actitud de deshumanización hacia personas, pacientes o clientes, que en algunos casos puede derivar en negligencias profesionales al considerar a las personas como “objetos”. Incluso esta actitud puede derivar en conflictos entre profesional-cliente o paciente y viceversa (Feeley & Thomson, 2016; Gascon et al., 2013; Liu et al., 2018; Salvagioni et al., 2017; Sarafis et al., 2016). Otros términos que hacen referencia a esta dimensión son “cinismo” o “deshumanización” (Schaufeli & Salanova, 2007). Recurriendo como en el caso anterior, a la Real Academia de la Lengua Española (2014), la acción de “despersonalizar” es definida como “1. Quitar a alguien su carácter o atributos personales, hacerle perder la identidad” o “2. Quitar carácter personal a un hecho, asunto o relación. Trato despersonalizado”. Por lo tanto, este concepto es el término más adecuado para referirse a esta dimensión tal y como lo describe Seisdedos (1997) en la adaptación española.

- **Baja Realización Personal (RP):** las múltiples situaciones desagradables a las que se enfrentan los profesionales se relacionan con la adopción de un pensamiento de autoconcepto negativo, así como una falta de realización personal. La tendencia a evaluarse de

forma negativa produce un efecto de insatisfacción interna, baja autoestima, escepticismo, manifestaciones pseudodepresivas, descenso en la productividad y sentimiento de fracaso (Schaufeli & Salanova, 2007). Esta sensación se manifiesta con la verbalización de “no valgo”, derivada del descontento e insatisfacción de logros profesionales (Gil-Monte, 2002). Este tipo de sentimientos afectan a la calidad en el desempeño de las labores y asistencia al cliente-paciente. La baja RP también se contempla como “reducido logro personal” o “baja eficacia profesional” con relación a una labor incompetente e ineficaz con tendencia a la huida. Igualmente, la Real Academia de la Lengua Española (2014) define esta dimensión como “sentirse satisfecho por haber logrado cumplir aquello a lo que se aspiraba”, siendo avalada como en los casos anteriores por la adaptación al español de Seisdedos (1997).

La definición y conceptualización de cada una de las dimensiones del burnout, se encuentra ampliamente avalada por los autores más representativos, sin embargo, algunos autores dudan de la multidimensionalidad del síndrome y consideran que se trata de un fenómeno unidimensional y equivalente al término de “agotamiento mental, físico y emocional” (Pines et al., 1981). Además, el orden cronológico de aparición de cada una de las dimensiones, o cuál es la dimensión que predispone al desarrollo de burnout, genera controversia, por lo que múltiples y diversos modelos explicativos han ido apareciendo cronológicamente, siendo explicados más adelante.

Otra cuestión ampliamente planteada es la cercanía entre los conceptos “burnout” y “estrés”. A lo largo de los años, muchos autores fueron

partidarios de defender la similitud entre ambos conceptos, señalando la presencia del estrés como punto de partida y desencadenante del síndrome de burnout (Daley, 1979; Moreno, Oliver, & Aragonese, 1991; Nagy & Nagy, 1992; Shinn, Rosario, Mørch, & Chestnut, 1984). Sin embargo, otros autores abordaban ambos términos como conceptos diferentes (Leiter, 1992; Singh, Goolsby, & Rhoads, 1994). Entre sus argumentos se encontraba que el síndrome burnout era un fenómeno únicamente negativo, mientras que el estrés podía tener una doble vertiente positiva o negativa en función de cada individuo (Starrin, Larsson, & Styrborn, 1990).

Por otro lado, la OMS (2019), define “estrés” como “conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción” y si aplicamos esta definición a nivel laboral, este “estrés laboral” surge debido a una alteración entre el profesional, el trabajo que desempeña y la organización donde trabaja. Por tanto, ante la necesidad de afrontar el problema sin recursos suficientes, aparece una situación de estrés y las consecuentes manifestaciones físicas y psicológicas derivadas de dicho estado (Greenglass, Burke, & Ondrack, 1990). Así pues, según esta definición “burnout” y “estrés” serían fenómenos diferentes, aunque parezcan conceptos similares (Peiró, 1993), siendo el síndrome de burnout un posible conductor hacia el estrés y viceversa, aunque la relación no tiene por qué estar implícitamente presente (Leiter, 1992; Singh et al., 1994).

No obstante, en la actualidad sigue habiendo controversia en cuanto a la relación entre ambos, o incluso su relación con otros conceptos igualmente vinculados como son “depresión” y ansiedad” (Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Firth, McKeown, McIntee, & Britton, 1987; Maher,

1983; Masi, Mucci, Favilla, Romano, & Poli, 1999). Esta confusión viene en parte vinculada a la similitud de síntomas entre los múltiples conceptos que hacen muy difícil delimitar cada uno de ellos.

1.1.4 Etiología y modelos explicativos del síndrome de burnout

Aunque el síndrome de burnout comenzó a estudiarse en profesionales sanitarios, años más adelante también fue objeto de múltiples investigaciones en docentes (Aluja, 1997; Nagy & Nagy, 1992), fuerzas de seguridad (Aguayo, Vargas, Cañadas, & De la Fuente, 2017; De la Fuente Solana, Aguayo Extremera, Vargas Pecino, & Cañadas de la Fuente, 2013), deportistas (Arce, De Francsico, Andrade, Arce, & Raedeke, 2010) e incluso empresarios (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013). Y es que, las situaciones que pueden desencadenar este síndrome se relacionan con contextos y condiciones estresantes junto con una predisposición a padecer el síndrome.

Los diferentes modelos se han ido desarrollando a partir de diferentes perspectivas teóricas, aportando cada uno de ellos diferentes elementos con relación al proceso y desarrollo, dada la complejidad del término.

Centrando la atención en la aparición a lo largo del tiempo de las tres dimensiones, se describen varios modelos explicativos del síndrome de burnout. Algunos de los más representativos se presentan a continuación cronológicamente por décadas:

I. Década de los 80:

i. Modelo de Edelwich y Brodsky. Para estos autores el síndrome de burnout es “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, describiendo cuatro fases de aparición sucesiva (Edelwich & Brodsky, 1980):

- Existe una primera fase de idealismo y entusiasmo, donde el individuo contempla metas profesionales inverosímiles y poco realistas.
- La segunda fase, de estancamiento o meseta, cuando al desempeñar su labor, el profesional no ve reconocido su esfuerzo y logros, por parte de los compañeros o los propios clientes. Esta fase podría corresponder a la dimensión RP del modelo de Maslach (1996), por lo tanto, se defiende que esta dimensión es el punto de partida desencadenante.
- Tercera fase o de frustración y apatía, en la que el profesional se plantea cuestiones acerca de su rol laboral y su implicación, sumado a un nefasto entorno laboral. Similar a la dimensión de CE de Maslach (1996).
- Y por último una cuarta fase o distanciamiento, donde el profesional opta por la indiferencia y apatía tanto hacia al público al que atiende

como a sus compañeros. Relacionada con la dimensión de D de Maslach (1996).

ii. Modelo de Cherniss. Aparece de manera paralela al modelo anterior. Describe un modelo caracterizado por tres patrones de respuesta en función de la relación entre el marco laboral, características y actitud del individuo, estableciendo como fuentes potenciales de estrés las siguientes (Cherniss, 1980):

- Desequilibrio entre las demandas y los recursos: el marco laboral puede ejercer como agente de estrés relacionado con el tipo de liderazgo y apoyo en la organización, carga de trabajo, tipo de relación con clientes o usuarios, o autonomía.
- Tensión psicofísica: el carácter propio de la persona, factores que potencian o inhiben el estrés y que, por tanto, predisponen en mayor o menor medida el nivel de estrés en relación a los recursos de los que dispone, orientación profesional y demandas existentes fuera del ámbito laboral.
- Cambios conductuales: la actitud del individuo origina un amplio abanico de respuestas a tomar ante esta situación en función de las metas laborales, responsabilidad con el trabajo, indiferencia emocional, disposición y compromiso o intereses personales.

Este modelo detalla el proceso de estrés en función de tres momentos clave: desequilibrios entre recursos y demandas, respuesta emocional ante dicho desequilibrio (cansancio, miedo,

ansiedad, depresión) y el tipo de afrontamiento (Aguayo, 2014). Con relación a estos tres momentos las fuentes de estrés pueden verse aumentadas o reducidas, desencadenando la aparición del síndrome de burnout. Algunos autores defienden este modelo por considerarlo más completo al de Maslach (1981) (Whitehead, 1987).

- iii. **Modelo de Elliot y Smith.** Vinculan el síndrome de burnout a posibles rasgos en la personalidad. Entendiendo que el proceso del síndrome aparece ante un equilibrio perdido donde la susceptibilidad individual junto con la sobrecarga degenera en la aparición del mismo (Elliot & Smith, 1984).
- iv. **Modelo de Grantham.** Desde un enfoque psiquiátrico, establece la complejidad en la identificación de los factores relacionados con el burnout, destacando que aquellos relacionados con el tipo de personalidad, o situaciones de ansiedad y depresión se identifican con mayor facilidad (Grantham, 1985).
- v. **Modelo de Golembiewski.** Basado en ocho fases que combinan las tres dimensiones del MBI (Maslach & Jackson, 1981), considerando como dimensión principal la D, seguida de la baja RP y por último CE. Dividen las puntuaciones del MBI en altas y bajas por lo que resultan ocho posibles configuraciones o fases del Burnout (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski et al., 1986): Burnout Leve (fases I, II, III), Burnout Medio (fases IV, V), Burnout Elevado, el resto de fases (VI, VII, VIII). En la siguiente tabla se muestran las ocho fases del modelo.

Tabla 1

Ocho fases del modelo de Golembiewski et al. (1986)

Fase	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
CE	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto
D	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
RP	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto

Nota: CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP = realización personal

Dicho modelo dio respuesta a más de 15 años de investigación, de recogida de datos, y replicación de información con el fin de crear una sólida base teórica (Golembiewski, 1979; Golembiewski, Boudreau, Goto, & Murati, 1993; Golembiewski & Kim, 1990; Golembiewski, Munzenrider, & Carter, 1993; Golembiewski et al., 1986).

- vi. Modelo de Leiter.** Expone que la dimensión CE es la primera en alterarse, apareciendo más adelante la D y RP. Mediante dicha secuencia, se plantea la relación entre las diferentes variables que afectan al desarrollo del síndrome de burnout (Leiter, 1988; Leiter & Maslach, 1988). El punto de partida que desencadena el síndrome por lo tanto sería la alteración de la dimensión CE que progresaría ante la exposición a diversos factores negativos (Leiter, 1991), culminando con la alteración de la dimensión RP, provocando las consecuentes manifestaciones (absentismo, desinterés, abandono) (Albendín, 2016). Esta alteración de las dimensiones aparece ante la influencia de diversos factores propios de la organización como sobrecarga de trabajo o conflictos interpersonales, junto con otros como autonomía, competencia, toma de decisiones y cooperación

con el cliente (Meeusen, Van Dam, Brown-Mahoney, Van Zundert, & Knape, 2010; Vargas et al., 2014).

vii. Otros autores influyentes en la década de los 80 fueron:

- **Farber**, que afirma que el síndrome de burnout no se da por igual entre todos los individuos, definiéndolo como "manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas". Plantea una autorregulación por parte del individuo en función de la estrategia de afrontamiento adoptada. Señala una serie de fases: entusiasmo y dedicación, frustración e ira, desequilibrio entre la energía invertida y la recompensa, abandono de obligaciones y vulnerabilidad personal. Señala tres tipos subclínicos: tipo frenético, representado por individuos que tienen como objetivo alcanzar el éxito profesional arriesgando su propia salud y despreocupándose por su vida familiar; el subtipo sin desafíos, adoptado ante una rutina laboral sin motivación ni recompensa; y por último el subtipo desgastado, propio de aquellos que consideran que el esfuerzo y la dedicación es inútil, y donde el éxito no reside en el esfuerzo, por lo que ejercen su labor con menor dedicación e interés (Farber, 1985).

- **Williams**, que propone un modelo donde los niveles elevados de empatía podrían influir en un posterior desarrollo de burnout, influenciando negativamente sus tres dimensiones. Su modelo por tanto, se basa en que aquellos individuos con altos niveles de

empatía son más susceptibles a sufrir CE, D y baja RP (Williams, 1989).

II. Década de los 90:

- i. **Greenglass y colaboradores.** Estos autores basan sus investigaciones en intentar resolver la ambigüedad y diferenciar entre estrés vital y estrés laboral, indicando que el estrés vital hace referencia “al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar o en el trabajo”; mientras que el estrés laboral, “se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo” englobando el síndrome de burnout en este último (Greenglass et al., 1990). En ese mismo año Starrin, Larsson y Styrborn, señalan que el estrés es un término dual, que puede ser negativo o positivo, mientras que el burnout es un fenómeno negativo (Starrin et al., 1990).
- ii. **Modelo de Cordes y Dougherty,** siguiendo el marco conceptual elaborado por Maslach (1981), señalan que la primera dimensión en alterarse es el CE, y posteriormente como respuesta al estrés aparece la D, dando como respuesta final una baja RP. Todo el proceso puede fluctuar en función de las estrategias de afrontamiento del sujeto y el apoyo social (Cordes & Dougherty, 1993).
- iii. **Lee y Ashforth,** trabajan sobre la teoría de que el CE es el desencadenante secuencial de la D y baja RP (Lee & Ashforth, 1993).

III. Algunos modelos desarrollados en España:

- i. **Modelo de Moreno y colaboradores.** Dicho modelo se basa en la creación de perfiles clínicos para determinar subtipos del síndrome de burnout, asemejándose al modelo de Farber (1985) (Moreno, Bustos, Matallana, & Millares, 1997).

- ii. **Modelo de Gil-Monte y Peiró.** Estos autores señalan que el síndrome de burnout aparece como respuesta al estrés laboral cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces. Su modelo se basa en que este síndrome aparece al alterarse en primer lugar las dimensiones CE y RP, apareciendo más adelante la D (Gil-Monte & Peiró, 1999).

Así pues, existen múltiples modelos de investigación que han intentado explicar los diversos aspectos relacionados con el desarrollo y evolución del burnout, y aunque exista controversia acerca del verdadero foco del problema o cuál es el factor desencadenante, todos ellos tienen varios puntos en común (Albendín, 2016):

- a) La importancia del problema, cronicidad y evolución progresiva en el tiempo.

- b) Integración de las tres dimensiones del síndrome propuestas por Maslach y colaboradores (1996).

- c) La influencia que determinados factores externos (ambientales, laborales y personales) ejercen sobre su desarrollo.

Si bien es cierto, existe una falta de consenso en el origen y posterior secuencia temporal desencadenante del síndrome de burnout, lo que supone una gran divergencia de pensamientos entre los autores. Algunos marcan como primera dimensión alterada la RP (Edelwich & Brodsky, 1980), mientras que para otros el punto que desencadena el trastorno es el CE (Lee & Ashforth, 1996; Leiter, 1992; Maslach & Jackson, 1984) o incluso la D (Golembiewski et al., 1986). Por ello, un punto débil en cuanto a la modelización del constructo radica en la discrepancia de opiniones sobre cuál es la dimensión desencadenante y por tanto cuál es la secuencia temporal de aparición del proceso, existiendo por tanto diversos modelos explicativos.

A pesar de ello, el modelo que rozaría la definición más completa de burnout sería el de Golembiewski (1986). Este modelo recoge la estructura tridimensional y aporta las variables que preceden al burnout. Además establece el punto y el origen del problema, sucesión cronológica y posible diagnóstico en función de fases clínicas, así como la medición del mismo gracias a un instrumento de medida (Cañadas-De la Fuente, 2012). Gracias a la inclusión de una secuencia temporal, permite distinguir las diferentes fases, lo que podría resultar útil para analizar la evolución del burnout, así como la implementación de medidas e intervenciones en función del estadio en el que se encuentre el individuo, por ello servirá de base teórica para la realización de esta tesis doctoral.

1.1.5 Instrumentos de medición del síndrome de burnout

Como cualquier otro síndrome, el burnout debe de ser evaluado y diagnosticado, por lo que es necesario el uso de una herramienta o instrumento de medición que permita identificar su presencia. Son múltiples los cuestionarios de medición validados y adaptados a la propia evolución histórica del constructo.

Uno de los instrumentos más utilizados, avalado por muchos autores, es el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1981) que abarca las tres dimensiones del síndrome (CE, D y RP) y del que se realizaron tres ediciones, apareciendo la primera edición en 1981 (Maslach & Jackson, 1981), la segunda edición en 1986 (Maslach & Jackson, 1986) y la tercera y última edición en 1996 (Maslach et al., 1996).

La primera edición (Maslach & Jackson, 1981) se encontraba compuesta por cuatro dimensiones (cansancio emocional, despersonalización, realización personal e implicación en el trabajo) y 47 ítems que incluían valores en función de la frecuencia e intensidad de los síntomas. Aunque tras posteriores modificaciones queda conformado por 25 ítems, valorando la frecuencia e intensidad de los síntomas acorde a un formato de respuesta tipo Likert de hasta siete alternativas de respuesta posibles (de 0 al 6): “nunca”, “pocas veces al año o menos”, “una vez al mes o menos”, “unas pocas veces al mes”, “una vez a la semana”, “pocas veces a la semana”, “todos los días”. Esta primera edición presentaba gran validez interna, siendo de 0,87 para CE, 0,76 para D y 0,73 para RP (Maslach & Jackson, 1981).

Más adelante, en la segunda edición se elimina la dimensión “implicación emocional” y se reduce el número de ítems a 22. Además, se elimina la valoración en función de la intensidad de los síntomas debido a la elevada correlación encontrada entre ambas medidas (Maslach & Jackson, 1986).

Aunque, la finalidad del MBI era el estudio del término en profesionales del sector servicios, a finales de los años 90 se extiende hacia profesionales de otros campos como el de la docencia. Por ello, en la segunda edición aparecen dos versiones, una denominada Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigida a profesionales sanitarios; y otra versión llamada Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES), destinada a profesores y docentes (Maslach & Jackson, 1986).

Por último, se crea la tercera y definitiva edición (Maslach et al., 1996), que contempla tres versiones destinadas a múltiples colectivos, presentando una consistencia interna que oscilaba entre 0,70 y 0,90. Esta última edición, además de abarcar las versiones MBI-HSS y MBI-ES, explicadas anteriormente, añade una tercera versión general, denominada Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). El MBI-GS es aplicable a cualquier otro colectivo, siendo su objeto el estudio de aquellos profesionales no incluidos en las categorías anteriormente citadas, pero que podían presentar altos niveles de burnout, y que, por ende, podrían ser evaluados a través de dicha herramienta (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996).

Además, en el año 2002, se llegó a realizar una versión destinada a estudiantes universitarios, bajo la afirmación de que éstos se encontraban expuestos a altas demandas, que podían ocasionar agotamiento (CE), así

como la adopción de mecanismos de defensa como desinterés e indiferencia frente a la calidad de enseñanza o valor académico (D) y sentimiento de fracaso e incompetencia (RP) (Sandoval, 1993). Esta versión se denominaba Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) (Schaufeli et al., 2002).

Así pues, a modo de resumen, quedan constituidas las cuatro versiones fundadas a lo largo del tiempo:

- **Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES):** destinada a evaluar a docentes (Maslach & Jackson, 1986).

- **Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS):** con un enfoque dirigido hacia el personal asistencial sanitario (Maslach & Jackson, 1986). Esta versión, de interés para el desarrollo de dicha tesis doctoral, consta de 22 ítems entre los cuales: 9 ítems corresponden al CE, 5 a la dimensión D y 8 a baja RP. La medición se analiza mediante escala tipo Likert de 7 puntos (0-6) y presenta una fiabilidad de 0,87 para CE, 0,76 para D y 0,73 para RP (Aguayo, Vargas, De la Fuente, & Lozano, 2011; Maslach & Jackson, 1986).

- **Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS):** diseñado para evaluar diversos colectivos profesionales (Schaufeli et al., 1996).

- **Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS):** dirigido a un contexto académico en estudiantes (Schaufeli et al., 2002).

El MBI ha servido como marco teórico gracias a sus propiedades psicométricas (Cañadas-de la Fuente et al., 2014; Schaufeli & Enzmann, 1998) en el que se han inspirado otros cuestionarios (De la Fuente et al., 2015), además, ha sido adaptado a diferentes idiomas empleándose en múltiples países y colectivos profesionales (De la Fuente Solana et al., 2013).

Como se ha comentado con anterioridad, la medición y diagnóstico del síndrome son necesarios para su identificación, por lo que no es de extrañar que además del MBI, fueran surgiendo múltiples herramientas de medición.

De forma cronológica se enumeran a continuación los diferentes instrumentos existentes para la medición del síndrome de burnout:

- I. Instrumentos de medición que aparecieron durante los años 80:
 - i. **Staff Burnout Scale**, con un total de 30 ítems, evalúa cuatro dimensiones del burnout: cognitivo, afectivo, psico-fisiológico y conductual. También existe una versión del cuestionario denominado “Staff Burnout Scale for Health Professionals”, que relaciona las dimensiones anteriormente citadas con aspectos como consumo de drogas, sintomatología o absentismo (Jones, 1980).
 - ii. **Tedium Measure**, formado por 21 ítems y tres dimensiones: agotamiento físico, emocional y mental. Debido a la escasa validez

en la valoración del síndrome de burnout, se desarrollará años más tarde otra versión del cuestionario denominada “Burnout Measure” (Pines & Aronson, 1988). Aunque se llegó a realizar una adaptación al español su uso se vio relegado al auge del MBI ya que aportaba mayor consistencia y fiabilidad (Pines et al., 1981).

- iii. **Emener-Luck Burnout Scale**, formada por 30 ítems, y seis dimensiones (trabajo, sensaciones laborales, ambiente, respuesta negativa, autoconcepto y alternativa de trabajo) consiste en una adaptación francesa del cuestionario MBI aplicado en docentes y enfermeros (Emener, Luck, & Gohs, 1982).

- iv. **Job Burnout Inventory**, formado por 15 ítems que valoran sentimientos y emociones generados por el desempeño del trabajo. Mide tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional, frustración e indiferencia, excesiva demanda energética y de recursos. Este cuestionario se dirige fundamentalmente a trabajadores de empresas (Ford, Murphy, & Edwards, 1983).

- v. **Meier Burnout Assessment**, se compone de 23 ítems en escala de verdadero/falso. Este autor entiende que la aparición del síndrome viene generada por las bajas expectativas de recompensa laboral, sumado al agotamiento físico y emocional. Su aplicación es limitada pues se centra fundamentalmente en estudiantes (Meier, 1984).

- vi. **Gillespie-Numerof Burnout Inventory**, conformado por siete ítems, abarca sentimientos en relación al ámbito laboral, por lo que

también se denomina “Escala de Indicadores del Burnout”. Diferencia entre burnout activo, relacionado con la conducta asertiva; y pasivo, relacionado con sentimientos de huía y apatía (Gillespie & Numerof, 1984).

- vii. **Teacher Burnout Scale**, destinado al colectivo docente y formado por 21 ítems. Surge de forma paralela a la versión del MBI destinada al ámbito educativo y contempla cuatro dimensiones: las tres que comprendía el MBI más una dimensión añadida relacionada con el apoyo percibido por los cargos de supervisión (Seidman & Zager, 1986).
- viii. **Energy Depletion Index**, formado por siete ítems, analiza el “gasto energético”, que equivale a la dimensión CE del MBI (Garden, 1987).

II. Instrumentos de medición que aparecieron durante los años 90:

- i. **Matthews Burnout Scale for Employees**, bajo el concepto del síndrome de burnout con una única dimensión, consta de 50 ítems, y permite establecer variables asociadas a dicha alteración (Matthews, 1990).
- ii. **Work Related Strain Inventory**, diseñado para su aplicación en el ámbito asistencial, se centra en el estudio de la tensión a nivel laboral más que en el síndrome de burnout (Revicki, May, & Whitley, 1991).

- iii. **Shirom-Melamed Burnout Measure**, siguiendo el modelo de Chernis (1980), esta herramienta estudia de manera global el síndrome de burnout, centrándose en la escala de agotamiento emocional y cognitivo, que conlleva a una primera fase vinculada a una estrategia de afrontamiento activo, y una segunda fase de fracaso y pérdida de autocontrol (Melamed, Kushnir, & Shirom, 1992).
- iv. **Holland Burnout Assesment Survey**, consta de 18 ítems y se encuentra dirigido al ámbito de la docencia (Holland & Michael, 1993).
- v. **Rome Burnout Inventory**, dividido en seis diferentes bloques de variables sociodemográficas (Venturi, Dell’Erba, & Rizzo, 1994).
- vi. **Escala de Burnout de Directores de Colegios**: enfocado a directores de colegios, mide tres dimensiones: agotamiento, reserva y desprecio (Friedman, 1995).

III. Instrumentos de medición desarrollados en los últimos años:

- i. **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**, formado por tres subescalas: burnout-personal (grado de cansancio físico y psicológico que experimenta una persona) con 6 ítems; burnout-laboral (grado de cansancio físico y psicológico en relación con el trabajo), con 7 ítems y burnout-cliente/paciente (grado de cansancio físico y psicológico en el trabajo con el paciente) con 6 ítems. Todos los ítems utilizan una escala de puntuación de hasta cinco puntos

con un rango entre 0 (bajo burnout) a 100 (burnout severo). Una puntuación ente 50-74 corresponde con burnout moderado, de 75-99 burnout elevado, y una puntuación de 100 indica burnout severo (Borritz & Kristensen, 1999; Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). Este cuestionario será la base del trabajo realizado en el capítulo cinco.

- ii. **Oldenburg Burnout Inventory**, formado por 16 ítems, mide el síndrome de agotamiento y la falta de vinculación con el trabajo. También se creó una versión dirigida a estudiantes (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004).
- iii. **Professional Quality of Life (ProQOL)**, además de valorar el burnout, mide la exposición ante situaciones estresantes y posibles efectos adversos a través de las subescalas compasión-satisfacción y estrés postraumático (Stamm, 2010).
- iv. **Cuestionario de Burnout Granada** (De la Fuente et al., 2013), formado por 30 ítems evaluados mediante escala Likert de cinco puntos, se desarrolla utilizando la estructura y marco teórico del MBI con el fin de evaluar el síndrome de burnout en España. Presenta propiedades psicométricas adecuadas y ha sido validado tanto en policías (De la Fuente Solana et al., 2013) como en enfermeros (De la Fuente et al., 2015).

Dentro de la múltiples adaptaciones realizadas, cabe destacar a nivel nacional y en concreto en población española, el cuestionario MBI adaptado por Seisdedos (1997), formado por tres subescalas que miden las tres

dimensiones que forman el constructo, con un total de 22 ítems, 9 para CE, 5 para D y 8 para RP; con una evaluación mediante escala tipo Likert de 0 a 6 puntos (Seisdedos, 1997). Esta adaptación española presenta una elevada consistencia interna (Cronbach α) para CE de 0,90, para la dimensión D de 0,79 y de 0,71 para RP (Albendín, 2016; Cañadas-De la Fuente, 2012).

IV. Otros instrumentos de medición que han ido desarrollándose y adaptándose al español son los siguientes:

- i. **Escala de Efectos Psíquicos del Burnout**, considera el síndrome de burnout unidimensional, en relación a la dimensión CE como elemento básico (García-Izquierdo, 1991).
- ii. **Cuestionario de Burnout del Profesorado**, aplicado al ámbito docente y con un enfoque dirigido a la dimensión D (Moreno & Oliver, 1993).
- iii. **Cuestionario Breve de Burnout**, contempla la valoración de 21 ítems y 7 dimensiones entre las que se encuentran las tres que contempla el MBI, añadiendo el clima laboral, tedio o sensación de malestar y fastidio, características de la labor desempeñada y repercusiones en la vida del individuo (Moreno et al., 1997).
- iv. **Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería**, siguiendo un modelo similar al Cuestionario de Burnout del Profesorado (Moreno & Oliver, 1993) pero dirigido al colectivo enfermero.

Consta de 174 ítems y evalúa los factores de riesgo y las consecuencias del síndrome. Incluye también dos factores mediadores: la resistencia al estrés o “hardiness” y estrategias de afrontamiento (Jiménez, Hernández, & Gutiérrez, 2000).

- v. **Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud**, su versión inicial se encontraba destinada a evaluar el desgaste profesional en el entorno sanitario. Está formado por cuatro dimensiones: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa (Gil-Monte, 2002).

- vi. **Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout**, este instrumento se basa en los subtipos clínicos propuestos por Farber (1985). A cada subtipo se le confieren una serie de dimensiones, el de tipo frenético abarca la implicación, ambición y sobrecarga; el infraestimulado/estimado, contempla la indiferencia, falta de desarrollo y aburrimiento; y por último el subtipo desgastado, engloba la falta de reconocimiento y control. Con un total de 36 ítems en la versión extendida y 12 ítems en su versión corta, se evalúa con una escala Likert del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo) (Montero-Marín, García-Campayo, & Andrés, 2008).

- vii. **Adaptación española de “Athlete Burnout Questionnaire”**, vinculado a su aplicación en deportistas, fundamentalmente futbolistas. Contempla tres componentes del burnout: agotamiento

físico/emocional, reducida sensación de logro y devaluación de la práctica deportiva (Arce et al., 2010).

- viii. Inventario de Burnout en Deportistas Revisado**, siguiendo la línea tridimensional (CE, D y RP) de Maslach y Jackson (1981), pero con una aplicación práctica en el ámbito deportivo (Garcés de Los Fayos, De Francisco, & Arce, 2012).

Como se ve plasmado a lo largo del tiempo, el MBI constituye uno de los instrumentos de medida de referencia, avalado a nivel internacional, siendo el gran protagonista gracias a su validez discriminante (Best, Stapleton, & Downey, 2005; Roelofs, Verbraak, Keijsers, De Bruin, & Schmidt, 2005). Aunque, se destaca su gran fiabilidad, algunos autores cuestionan su validez, ya que difieren en las dimensiones (Burke & Richardsen, 1991; Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005), enfatizan en la escasa profundización en cuanto al estudio de la estructura (Cherniss, 1992), e incluso a nivel nacional, algunos señalan poco rigor estadístico al evaluar una amplia gama de factores (Moreno & Oliver, 1993; Moreno et al., 1991). También existen dudas planteadas en relación a sus dimensiones, ya que introducen conceptos ambiguos como la D y RP (Borritz & Kristensen, 1999; García-Izquierdo, Llor, & Sáez, 1994; García-Izquierdo & Velandrino, 1992; Kristensen et al., 2005).

A pesar de dichas controversias, la mayor parte de los autores abalan esta herramienta gracias a su gran fiabilidad y validez, defendiendo su carácter tridimensional (Gil-Monte, 2002; Golembiewski et al., 1993; Leiter, 1992; Maslach & Jackson, 1986; Schaufeli et al., 1996), sosteniendo la

independencia de sus tres dimensiones (Kokkinos, 2006; Lee & Ashforth, 1996; Oh & Lee, 2009), y afirmando que el CE, es la dimensión más consistente del instrumento, lo que condiciona la importancia relativa de los otros factores (Gómez-Urquiza, De la Fuente-Solana, 2017; Ramírez-Baena, 2019).

Por todo ello, y ante la amplia evidencia acerca del uso del MBI, debido a su fiabilidad, validez y estructura factorial, se propone este cuestionario como base en la elaboración de la presente tesis doctoral.

1.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT

Como se ha explicado en apartados anteriores el desarrollo de diversos modelos teóricos que explican el concepto y desarrollo del síndrome son de suma importancia. Así mismo, existen otros aspectos que pueden estar relacionados con su aparición, siendo los desencadenantes o agravantes del problema. Estos son las denominadas variables o factores de riesgo que se explican a continuación.

El término factor de riesgo se define como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, 2005). Un factor de riesgo implica la condición implícita de aumentar el riesgo de que un determinado hecho tenga una mayor probabilidad de ocurrir, y por tanto su presencia sea una amenaza física o psicológica para los individuos del entorno (Purnanova & Muros, 2010).

En concreto en el ámbito de la salud, un factor de riesgo es la circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Por tanto, predicen una probabilidad y unas consecuencias, al establecer e identificar líneas y situaciones sobre las que actuar y, por tanto, prevenir patologías o sintomatologías (Dumoy, 1999).

La importancia en la identificación de variables predictoras del síndrome de burnout radica en el estudio de perfiles de riesgo de los individuos que pueden ser más susceptibles a padecerlo. Siendo el objetivo establecer, a través de la investigación, perfiles de riesgo para realizar estrategias preventivas (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018; De la Fuente-Solana et al., 2017; López-López et al., 2019; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

Precisamente, la presente tesis doctoral comprende una línea de investigación para comprender la influencia que ciertos factores del ámbito personal, laboral y psicológico, ejercen sobre el síndrome de burnout. Por ello, este trabajo va dirigido a profundizar en el estudio de los factores que se relacionan con el síndrome de burnout, con la intención de identificar factores de riesgo y factores protectores involucrados en el desarrollo del mismo.

Para identificar los posibles factores de riesgo, la clasificación más utilizada es la agrupación en tres diferentes categorías: factores sociodemográficos, laborales y psicológicos (Aguayo, 2014; Albendín, 2016). Esta taxonomía es aplicable a múltiples categorías, abarcando desde profesionales que

prestan sus servicios de cara al público como médicos, enfermeros, policías o docentes; hasta colectivos que han ido surgiendo conforme avanzaba la investigación científica tales como empresarios, militares o deportistas (Maslach et al., 2001). Ya que el interés de esta tesis es el estudio de los factores de riesgo vinculados al colectivo enfermero, a continuación, se enfatizará en aquellos vinculados implícitamente a su labor profesional.

1.2.1 Factores sociodemográficos

El estudio sobre las variables relacionadas con las características sociodemográficas de los profesionales es relativamente reciente, pues las investigaciones centraban sus estudios fundamentalmente en variables relacionadas con el ámbito laboral (Cañadas-De la Fuente, 2012).

Es por ello, que los datos que aporta la investigación son contradictorios, por lo que no se puede saber con claridad si realmente forman parte de un perfil de riesgo o no (Cañadas-De la Fuente, 2012; Vargas et al., 2014).

A continuación, se describe según la literatura científica existente, la relación entre estos posibles factores de riesgo y su relación con el síndrome de burnout:

- i. Edad:** su relación con el síndrome de burnout es variable y contradictoria. Algunos autores no encuentran que esta variable sea factor de riesgo en el desarrollo del mismo (Golembiewski et al., 1986; Whitehead, 1987), aunque por otro lado, otros afirman una posible influencia en la que una mayor edad implica una mayor experiencia o años de antigüedad en el puesto, por lo que sí se

relaciona con el burnout y con sus dimensiones (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015; De Souza França et al., 2012; Ibañez, Vlaregut, & Abio, 2004; Ríos, Martínez, Sabuco, Lozano, & Mateo, 2012).

Centrándonos en el colectivo enfermero, una mayor edad se relaciona con un menor nivel de burnout (Gómez-Urquiza, Vargas, De la Fuente, Fernández-Castillo, & Cañadas-De la Fuente, 2017; Molina-Praena et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018), puesto que la experiencia labrada a lo largo de la trayectoria profesional contribuye a reducir la tensión laboral (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop, & Yilmaz., 2009; Ílhan, Durukan, Taner, Maral, & Bumin, 2008). Con relación al rango de edad, son múltiples las propuestas: algunos autores encuentran que el riesgo aumenta a partir de los 30 años (Losa-Iglesias, Becerro de Bengoa Vallejo, & Salvadores Fuentes, 2010), o entre los 19-40 años (Akhtar, Lee, & Lai, 2003), otros a partir de los 45 años (Kanai-Pak, Aiken, Sloane, & Poghosyan, 2008; Lin, St John, & McVeigh, 2009), e incluso para otros, los profesionales de entre 38-45 años presentan mayor nivel de burnout (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018; Davis, Lind, & Sorensen, 2013). Aunque otros señalan la inexistente relación entre edad y burnout (Wu, Zhu, Wang, Wang, & Lan, 2007).

Además, la edad también ejerce una influencia sobre cada una de las dimensiones del síndrome de burnout en enfermeros. Parece que conforme aumenta la edad se reducen los niveles de burnout en sus tres dimensiones (Akkuş, Karacan, Göker, & Aksu, 2010; Ílhan et

al., 2008). Otras investigaciones recientes, que incluyen meta-análisis, indican que ser joven es un factor protector en la dimensión CE (Gómez-Urquiza, Vargas, et al., 2017).

- ii. **Género:** parece clara la vulnerabilidad que representa el sexo femenino, vinculada a altos niveles en CE (Adebayo, Udegbe, & Sunmola, 2006), y aunque el sexo masculino presente una menor puntuación de burnout, la dimensión que se encuentra más alterada en ellos es la D (Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017). A pesar de ello, algunos estudios al igual que con la edad, no muestran evidencia sobre el hecho de que el género pueda suponer un factor de riesgo (Chrisopoulos, Dollard, Winefield, & Dormann, 2010; Martinussen, Richardsen, & Burke, 2007).

Respecto a la influencia que ejerce este factor sobre los profesionales de enfermería, históricamente se ha atribuido el rol de los cuidados a la mujer por lo que existe una feminización de este colectivo (Albendín, 2016). A pesar de ello aunque algunos autores encuentran relación entre el hecho de ser mujer y un mayor riesgo de sufrir burnout (Adriaenssens et al., 2015; Pisanti, Van der Doef, Maes, Violani, & Lazzari, 2016; Ríos et al., 2012), otros no encuentran diferencias significativas entre ambos sexos (Eagar, 2003; Özçakar, Kartal, Dirik, & Nil Tekin, 2012; Sabbah, Sabbah, Sabbah, Akoum, & Droubi, 2012), mientras que para otros los mayores niveles los presenta el sexo masculino (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018).

Respecto a las dimensiones del burnout en este colectivo, algunos autores no encuentran diferencias significativas en enfermeros en función del género (Özçakar et al., 2012; Sabbah et al., 2012; Sharma, Sharp, Walker, & Monson, 2008). Otros encuentran mayor nivel en CE, D y menor RP en mujeres que en hombres (Gil-Monte & Peiró, 2000; Meeusen et al., 2010; Pisanti et al., 2016; Proost, De Witte, De Witte, & Evers, 2004), mientras que para algunos el CE y la D es mayor en hombres (Bekker, Croon, & Bressers, 2005; Gómez-Urquiza, Vargas, et al., 2017; Kavurmaci, Cantekin, & Tan, 2014; López-López et al., 2019).

- iii. Estado civil:** el hecho de tener o no pareja también puede influir en el síndrome de burnout. Para algunos autores es un punto clave que predispone a su padecimiento (Benetti, Stumm, Izolan, Ramos, & Kirchner, 2009), aunque otros no encuentran relación (Melita, Cruz, & Merino, 2008).

En el colectivo enfermero concretamente, las teorías son diversas, por un lado parece que los solteros tienen tendencia a sufrir mayores niveles de burnout (Cilingir, Gursoy, & Colak, 2012; Pradas-Hernández et al., 2018), mientras que otros autores no encuentran relación entre burnout y estado civil (Gama, Barbosa, & Vieira, 2014; Kiekkas, Spyratos, Lampa, Aretha, & Sakellaropoulos, 2010).

La relación entre el estado civil y las dimensiones del burnout, muestran por una parte, que vivir en pareja aumenta el riesgo alterando las dimensiones de D y RP (Kavurmaci et al., 2014;

Lasebikan & Oyetunde, 2012), mientras que otros encuentran que estar soltero se relaciona con mayores puntuaciones en CE (López-López et al., 2019) o D (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018). La investigación más reciente apunta hacia el hecho de vivir en pareja como factor protector (Cañadas-de la Fuente et al., 2014; Gómez-Urquiza, Vargas, et al., 2017).

- iv. Número de hijos:** en líneas generales parece que el número de hijos puede influir sobre el riesgo de padecer burnout (Ríos et al., 2012). En concreto, en el colectivo enfermero los resultados con variables, algunos autores encuentran relación entre no tener hijos y un mayor riesgo de burnout (Lasebikan & Oyetunde, 2012; Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias, & Pereira, 2013) y otros muestran que el hecho de tener hijos no contribuye a un aumento de los niveles (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

Con relación a las dimensiones del burnout, el CE (Esfahani, Mirzaee, Boroumandfar, & Abedi, 2012) y D (Aytekin, Kuguoglu, & Yilmaz, 2013) se ven reducidos al tener hijos, actuando como factor protector (Lasebikan & Oyetunde, 2012), mientras que para otros esta variable actúa como factor de riesgo a nivel de las tres dimensiones (Ayala & Carnero, 2013; De Souza França et al., 2012; França, Martino, Aniceto, & Silva, 2012; Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013). Las últimas investigaciones muestran la existencia de una relación positiva entre el CE, D y el hecho de no tener hijos (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018).

La relación entre los dos últimos factores, estado civil y número de hijos, aparece cohesionada de tal manera que vivir en pareja o estar casado, junto con tener hijos, aporta una estabilidad y un apoyo afectivo-social (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018; Hu et al., 2015; Solano, Hernández-Vidal, Moreno, & Reig-Ferrer, 2002). Además del apoyo en el ámbito familiar, éste también aparece en el ámbito laboral por un afecto hacia los compañeros y en el ámbito social por los amigos, considerándose así factores protectores (García-Izquierdo & Sáez-Navarro, 2000; Liu et al., 2018; Taylor, Cross-Sudworth, Goodwin, Kenyon, & MacArthur, 2019). También existen autores que afirman que, dentro del apoyo social, prima la importancia de una buena labor de liderazgo y supervisión, así como un buen ambiente laboral y un apoyo por parte del equipo (Mcvicar, 2016; Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2013; Velando-Soriano et al., 2019).

Aunque cada autor da mayor importancia a ciertos factores considerados como protectores, el trabajo de enfermería se basa en la multidisciplinariedad y cohesión, por lo que el soporte percibido por amigos o compañeros, favorece el sentimiento de sentirse arropado, intercambiando experiencias y sentimientos, dando como resultado una mayor fuerza para hacer frente a situaciones de estrés y protegiendo a los profesionales frente al síndrome de burnout (Velando-Soriano et al., 2019). Estas variables laborales se desarrollan a continuación.

1.2.2 Factores laborales

Los elementos dentro del entorno laboral hacen referencia a las características propias del rol y puesto de trabajo, abarcando: el ambiente

de trabajo, las relaciones entre profesionales o compañeros, el grado de satisfacción laboral y el nivel de remuneración. Las variables, aplicables a cualquier colectivo, que se contemplan a nivel laboral son las siguientes (Davis et al., 2013):

- **Experiencia:** referida a la antigüedad en el puesto, así como en la profesión.
- **Turnos laborales:** contemplando la turnicidad, con horarios fijos o rotatorios.
- **Carga de trabajo:** relacionada con la realización de un exceso de trabajo vinculado al puesto desempeñado.
- **Ambiente laboral:** hace referencia a las relaciones entre profesionales, liderazgo y supervisión, así como apoyo social.
- **Remuneración:** relacionada con el salario percibido.
- **Satisfacción laboral:** definida como el grado de conformidad del empleado respecto a su entorno y condiciones de trabajo.
- **Incertidumbre ante el futuro laboral:** vinculada a la temporalidad de los contratos, cambios en las condiciones laborales y precariedad.
- **Logro profesional:** el sistema de ascenso y promoción no siempre es acorde a la trayectoria profesional, experiencia y formación.

Dentro del ámbito sanitario, y más concretamente en profesionales de enfermería, las variables laborales relacionadas dadas las peculiaridades del ámbito de trabajo son las siguientes (Gallagher & Gormley, 2009; Vargas et al., 2014; Velando-Soriano et al., 2019):

- i. Tipo de especialidad:** existen múltiples áreas de especialización como son matrona, especialista en salud mental, en enfermería familiar y comunitaria, especialista en área pediátrica o enfermera del trabajo, así como otras que próximamente esperan implementarse como enfermería quirúrgica, de urgencias o cuidados críticos (Corbelle Álvarez, 2009; Martínez Cuervo, 2017; Morales Gil, 2017; Oltra-Rodríguez, Rich-Ruiz, Orts-Cortés, Sánchez-López, & González-Carrión, 2013). Cada área presenta peculiaridades en cuanto a tipo de pacientes, patología, responsabilidad, reconocimiento, grado de complejidad, entre otros (Queiros et al., 2013; Seguel Palma, Valenzuela Suazo, & Sanhueza Alvarado, 2015). En concreto esta tesis se basa en el área de ginecología y obstetricia (GyO) donde desempeñan su labor enfermeras y matronas.

- ii. Ámbito laboral:** se diferencia entre el ámbito de atención primaria, centrado en la promoción y prevención de enfermedades; y el ámbito a nivel hospitalario, es decir cuidados especializados como pueden ser unidades de pediatría, urgencias, reanimación, ginecología, entre otros (Galindo, Escobar, Corrales, & Palomo, 2002).

- iii. Relaciones laborales y organización:** referida al tipo de relación, comunicación o respeto entre compañeros o cargos superiores como supervisores o directores, liderazgo y organización dentro de la estructura. Este aspecto es esencial, puesto que el entorno laboral, así como una adecuada supervisión o liderazgo son puntos clave para promover un entorno laboral óptimo (Tsai, 2011).

- iv. Relaciones con pacientes y familiares:** la labor de enfermería engloba un contacto directo con el propio paciente y sus familiares, que en ocasiones puede ser negativa, incluso llegando a ocasionar violencia verbal o física (Gascon et al., 2013).

- v. Conciliación familiar y laboral:** el continuo cambio de horario, así como la falta de planificación y conciliación familiar vinculado a él, puede llegar a ocasionar dificultades y suponer un factor de riesgo de burnout (Klein, Frie, Blum, & Von Dem Knesebeck, 2011).

- vi. Lesiones físicas:** la principal tarea de una enfermera se basa en el cuidado del paciente, y en algunas ocasiones conlleva una gran carga de peso. Esto supone alteraciones a nivel físico, llegando incluso a producir lesiones músculo-esqueléticas (Lee et al., 2015; Wang et al., 2017). Además, el síndrome de burnout se relaciona con somatizaciones a nivel crónico como lumbalgias o dolores musculares, lo que provoca un empeoramiento sintomatológico (Gholami, Pahlavian, Akbarzadeh, Motamedzade, & Moghaddam, 2016). Junto a dichas lesiones físicas, los profesionales también se encuentran expuestos a riesgos derivados del uso de objetos

punzantes, puesto que este tipo de material es de uso habitual (Alexandrova-Karamanova et al., 2016).

- vii. Riesgos biológicos o químicos:** además del tipo de material lesivo, múltiples productos o fármacos pueden llegar a ser altamente tóxicos, e incluso las muestras biológicas extraídas destinadas a la detección enfermedades o de tipo diagnóstico, pueden suponer graves consecuencias en la salud de los enfermeros (Senthil et al., 2015).

Además, el personal enfermero es muy vulnerable ante crisis sanitarias de carácter biológico, como la actual pandemia del Covid-19, donde la precariedad de recursos, destacando la escasez de equipos de protección, medios y personal, pone en riesgo su integridad física y psíquica, aumentando la exposición al contagio al encontrarse en primera línea, poniendo en peligro su vida (Lai et al., 2020).

Todas estas variables pueden ser consideradas como factores de riesgo en el desarrollo de burnout, generando consecuencias importantes para la salud de los profesionales. A continuación, se procede a analizar la relación entre estas variables y las dimensiones del burnout:

- En relación a la **experiencia o antigüedad en el puesto de trabajo**, algunos datos muestran que aquellos profesionales con menos de diez años de experiencia, presentan mayor CE, D y RP (Coyle, Edwards, Hannigan, Burnard, & Fothergill, 2000; Gallagher &

Gormley, 2009; Ílhan et al., 2008). Aunque otros estudios indican que a mayor experiencia, mayores son los niveles en la dimensión CE, mientras que la D y RP se verían reducidas (López-López et al., 2019; Meeusen et al., 2010; Vargas et al., 2014).

- En cuanto a los **horarios o turnos de trabajo**, el trabajo por turnos rotatorios aumenta los niveles de burnout (Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017; Ílhan et al., 2008). La explicación parece estar relacionada con una alteración del ritmo del circadiano, imposibilidad de conciliar vida familiar y laboral, trastornos alimentarios o incluso a nivel de salud física y mental (Deschamps-Perdomo, Olivares-Román, Zabala, & Asunsolo del Barco, 2011; Eanes, 2015). Aunque la literatura avala el nefasto impacto que ejerce la turnicidad sobre enfermería, lo cierto es que, se trata de un aspecto intrínseco a la profesión y no puede modificarse (Camerino, Cassitto, Gugiari, & Conway, 2013). La posible solución radica en la reestructuración de turnos en relación a días y horas de trabajo/descanso, o número de horas vinculadas a la jornada laboral como turnos de 8, 12 o 24 horas.
- Respecto a la **carga de trabajo**, en el caso de los profesionales de enfermería entendida como ratio enfermero-paciente, es decir el número de pacientes que llevan a su cargo. La sobrecarga de trabajo puede incidir directamente en la salud de los enfermeros (Cañadas-De La Fuente et al., 2016), adoptando éstos actitudes de despersonalización frente a los pacientes como mecanismo de defensa, lo que afecta a la calidad asistencial (Palmer-Morales, Prince-Vélez, Searcy-Bernal, & Compean-Saucedo, 2007). Además,

el número de horas realizadas por semana también implica un mayor riesgo. Los autores encuentran que precisamente estas variables, mayor carga de trabajo y mayor número de horas semanales, son las que más influyen en el aumento de los niveles de burnout (Ílhan et al., 2008).

- La **satisfacción en el trabajo** en el ámbito de la salud también es influyente en cuanto a las dimensiones del burnout. Se considera factor protector, pues a mayor satisfacción, mayor es la realización personal y laboral (Vargas et al., 2014). Niveles más bajos de satisfacción laboral se relacionan con una mayor puntuación en las dimensiones CE y D, así como una menor puntuación en RP (Melchior et al., 1997; Prins et al., 2007; Vargas et al., 2014; Zangaro & Soeken, 2007). Este aspecto también se relaciona con la participación en la toma de decisiones relacionadas con el paciente, siendo también considerado como un factor protector (dos Santos Alves, da Silva, & de Brito Guirardello, 2017), al igual que ocurre con el sueldo recibido (Tyson & Pongruengphant, 2004). Como se puede observar, esta variable podría mitigarse mediante una buena labor a nivel de gestión por parte de supervisores, coordinadores o jefes de área (Griep, Rotenberg, Landsbergis, & Vasconcellos-Silva, 2011; Lorenz, Benatti, & Sabino, 2010; Velando-Soriano et al., 2019).
- El **apoyo familiar, social y laboral**, hace referencia tanto al soporte emocional (empatía, comprensión o confianza) como a un soporte material. Esta protección puede venir por parte de la familia, amigos

o compañeros de trabajo; o bien en el ámbito laboral, ser proporcionada por parte del equipo que lidera la organización, como directores o supervisores (Velando-Soriano et al., 2019). Ya que el ámbito sanitario implica la toma de decisiones compartidas, una adecuada organización y compañerismo proporciona un ambiente seguro que protege contra el desarrollo del síndrome, mientras que los conflictos internos se relacionan con la aparición del mismo (Dos Santos et al., 2016). Todos los autores informan que un buen ambiente laboral, una buena relación con los compañeros y una buena gestión, protegen contra el riesgo de burnout (Ariapooran, 2014). Ha demostrado ser un factor que reduce los niveles en CE, D y aumenta RP (Chana, Kennedy, & Chessell, 2015; Dickinson & Wright, 2008; Ílhan et al., 2008).

- Por último, el **área o especialidad** puede influir en un mayor o menor nivel de burnout. Algunos autores indican una mayor afección en las áreas quirúrgicas y médicas (Ramírez-Baena et al., 2019; Vargas et al., 2014), así como las de urgencias (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), siendo más bajas en atención primaria (Monsalve-Reyes et al., 2018). Puesto que el área de trabajo influye en gran medida en cada una de las dimensiones del síndrome burnout, y dado que algunas áreas aún no aportan datos suficientes relativos a las dimensiones y prevalencia, esta tesis doctoral irá dirigida al estudio del área de GyO, donde los cuidados hacia la madre y al recién nacido, así como la atención continua a la mujer durante todo el ciclo vital, pueden proporcionar una serie condicionantes protectores o bien de riesgo.

Algunos autores encuentran que el burnout se desencadena principalmente por los factores laborales (Maslach, 1982; Moreno & Oliver, 1993), aunque otros defienden que el tipo de personalidad, que se explicará a continuación, prevalece como precursor (Garden, 1987). Sin embargo, todos suponen un riesgo en el síndrome de burnout, pero parece que las variables laborales resultan más fáciles de modular y modificar, puesto que existe la posibilidad de realizar cambios en el sistema e intervenir sobre ellas, al ser más accesibles. Por ello, una buena gestión influye positivamente en el entorno potenciando todos los factores protectores anteriormente citados.

1.2.3 Factores psicológicos

Una de las vertientes quizás menos estudiadas en el síndrome de burnout es la influencia que ejercen las variables psicológicas en el desarrollo del mismo. Los rasgos de personalidad son variables intrapersonales o psicológicas que determinan el tipo de personalidad del individuo (Martínez & Cassaretto, 2011). Ante diferentes situaciones cada individuo puede adoptar diferentes conductas, en función de su propia personalidad, intentando dar solución a una situación y responder ante ella (Ríos Rísquez, Sánchez Meca, & Godoy Fernández, 2004).

La personalidad es uno de los constructos más complejos en el ámbito de la psicología. Uno de los primeros autores que sintetizó los rasgos de la personalidad fue Catell (1972), dando lugar a la teoría de los 16 factores de personalidad, al agrupar sus rasgos en función de su semejanza (Catell, 1972). Gracias a esta teoría la psicología moderna, se basa actualmente en el modelo de los Cinco Grandes, conocido en inglés como “Big Five”,

donde se afirma que la personalidad se rige por cinco grandes dimensiones que la componen (Costa & McCrae, 1989; Digman, 1990; Goldberg, 1993; McCrae, 2001; McCrae & Costa, 1999; McCrae & Terracciano, 2005). Puesto que esta tesis doctoral se desarrolla bajo este modelo, a continuación, se procede a explicar la relación existente de cada una de sus características con el síndrome burnout.

Estos cinco grandes grupos o dimensiones, engloban varias características de la personalidad como son: amabilidad, apertura a la experiencia, extraversión, neuroticismo, y responsabilidad (Costa & McCrae, 2002), que se definirán a continuación, centradas en las características referidas a los profesionales de enfermería, así como su relación con las dimensiones del síndrome de burnout:

- i. Amabilidad:** referida a aquellas personas honestas, cooperativas, agradables, afables, simpáticas, sensibles y compasivas (Alarcón, Eschleman, & Bowling, 2009). Dado que la vocación es uno de los principales motivos vinculados al rol de enfermería, este tipo de personalidad históricamente ha sido una característica inherente al oficio (Rodríguez & Cañón, 2015).

Con relación al síndrome de burnout, este tipo de personalidad parece aumentar la dimensión CE (Ganjeh, Arjenaki, Nori, & Oreyzi, 2009), y es considerada por la mayor parte de autores como factor de riesgo, influyendo de manera negativa en las tres dimensiones (Ganjeh et al., 2009; Ramírez-Baena et al., 2019; Zellars, Hochwarter, & Perrewé, 2004); aunque otros encuentran que fundamentalmente afecta de manera negativa a la dimensión RP

reduciendo los niveles (Hudek-Knezevic, Kalebic Maglica, & Krapic, 2011).

- ii. **Apertura a la experiencia:** propia de individuos con mente abierta, innovadores, con ganas de aprender y abiertos a nuevas experiencias. Aprenden a través de la experiencia vivida, adaptándose de manera continua al cambio. Son tolerantes y aceptan nuevas ideas, así como diferentes formas de pensar y proceder (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1989).

Con relación a la enfermería, este rasgo es positivo pues aumenta el grado de satisfacción tanto del profesional como de los usuarios, y además el dinamismo y la apertura hacen que el profesional se encuentre en continuo reciclaje mejorando la calidad asistencial (Albendín, 2016; Cachá, Mellado, Hernández, Blanco, & Alonso, 2015). Algunos autores sugieren que este rasgo es un factor protector influyendo fundamentalmente en la dimensión RP (Hudek-Knezevic et al., 2011; Ramírez-Baena, 2019; Zellars et al., 2004), aunque otros no encuentran relación significativa (Ganjeh et al., 2009).

- iii. **Extraversión:** asociada a un tipo de personalidad dinámica, entusiasta, asertiva, abierta al mundo y sociable (Alarcón et al., 2009). En enfermería, este rasgo se relaciona con una implicación y dedicación al cuidado del paciente y una excelente comunicación con el mismo. Además, se involucran y participan en todos los

ámbitos ya sea clínico, docente o de investigación (Ramírez-Baena, 2019; Rodríguez & Cañón, 2015).

Esta variable con relación al burnout ejerce una influencia positiva mejorando las tres dimensiones (Ganjeh et al., 2009; Ramírez-Baena et al., 2019; Zellars et al., 2004), aunque algunos autores no encuentran ninguna relación (Hudek-Knezevic et al., 2011).

- iv. Neuroticismo:** referido al estado emocional negativo e inestabilidad emocional, junto con actitudes de frustración, culpa y hostilidad (Alarcón et al., 2009; Bakker, Van Der Zee, Lewig, & Dollard, 2006; Costa & McCrae, 1989).

En enfermería, este rasgo de personalidad se asocia a conductas intransigentes, donde pequeñas variaciones en su quehacer diario pueden ocasionar fuertes reacciones emocionales que interfieren en su equilibrio. No son moldeables y receptivos a ningún cambio en guías y protocolos clínicos avalados científicamente (Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010). Cualquier modificación en la práctica diaria suscita suspicacia, por lo que este rasgo en ocasiones podría incluso relacionarse con una mala praxis suponiendo un riesgo en la salud del paciente. Por lo tanto, y en relación al burnout, este rasgo supone un factor de riesgo, aumentando la puntuación en CE y D y reduciendo la RP (Albendín, 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ramírez-Baena, 2019).

- v. Responsabilidad:** relacionada con el deber, la organización, el tesón o conciencia en cuanto al desarrollo del trabajo (Alarcón et al.,

2009). En enfermería, la responsabilidad es la base para cumplir los principios éticos y deontológicos en el cuidado mediante un orden, organización y trabajo sistemático (Zellars et al., 2004).

Con relación al burnout, la responsabilidad parece ser un factor protector frente las tres dimensiones del síndrome (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019), aunque ciertos autores solo encuentran relación con la mejora de los niveles en la dimensión CE y RP (Ganjeh et al., 2009; Hudek-Knezevic et al., 2011).

Dentro de las variables psicológicas que anteriormente se han explicado, existen dos conceptos que se relacionan íntimamente con el síndrome de burnout e incluso pueden crear confusión. Estos términos son “ansiedad” y “depresión”, que pueden aparecer antes de que ocurra el síndrome de burnout, en paralelo o bien como consecuencia del mismo.

La ansiedad y depresión suelen coexistir de manera conjunta, pues los trastornos depresivos aumentan los niveles de ansiedad y viceversa (Essau et al., 2000; Masi et al., 1999; Sanz & Vázquez, 1998), y en concreto enfermería se considera un colectivo vulnerable y propenso a sufrir altos niveles en ambas variables por lo que a su vez, pueden predisponer al padecimiento del síndrome de burnout o llegar a aumentar los niveles (Lozano, García-Cueto, & Lozano, 2007). Además, la ansiedad y depresión también se relacionan con las dimensiones del burnout actuando como factores de riesgo, aumentando el CE y D (Ostacoli et al., 2010), y

reduciendo la RP (Borteyrou, Truchot, & Rascle, 2014; Ostacoli et al., 2010).

Como se observa, las características de la personalidad pueden ejercer una gran influencia sobre el síndrome de burnout, ya sea en cuanto a la aparición, desarrollo y cronificación del mismo. No existe un perfil de personalidad delimitado que predisponga en mayor o menor medida al síndrome de burnout, sino que múltiples rasgos de la personalidad influyen en el desarrollo del mismo, ejerciendo como variables de riesgo o bien protectoras (Ang et al., 2016; De la Fuente-Solana et al., 2017). Parece ser que ciertas cualidades como la extraversión, responsabilidad y amabilidad actúan como factores protectores, pues dotan de mayores recursos para afrontar problemas y establecer estrategias (Ang et al., 2016; Cañadas-de la Fuente, Ortega, et al., 2018; Costa & McCrae, 1989; McCrae & Costa, 1999; Ríos Rísquez et al., 2004); mientras que conductas neuroticistas, conflictivas, conformistas o dependientes, pueden suponer un riesgo en el padecimiento de burnout (Emold, Schneider, Meller, & Yagil, 2011; Quattrin et al., 2006; Sallon, Katz-Eisner, Yaffe, Bdolah-Abram, et al., 2017). Además, las características de personalidad positivas como responsabilidad, extraversión y apertura a la experiencia, manifiestan menores niveles en CE y D (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana et al., 2017).

Por lo tanto, conocer qué perfiles son más susceptibles de desarrollar burnout, es fundamental para establecer estrategias de prevención o programas dirigidos por las organizaciones sanitarias (Albendín, 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; López-López et al., 2019; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

1.3 MARCO MÉDICO-LEGAL. EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL

1.3.1 El síndrome de burnout como enfermedad

A pesar de que las diversas líneas de investigación analizaban su influencia negativa sobre los trabajadores y sobre su rol laboral, no es hasta el año 2005, cuando la OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría, comienzan a reconocer la existencia del mismo. En 2010, el síndrome de burnout queda incluido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su última revisión como enfermedad profesional. Esta inclusión surge debido a las evidencias existentes sobre el peligro que ejerce este fenómeno a nivel de productividad laboral, afectando tanto a la economía de cada país, como a las alteraciones a nivel de salud física y mental de la población (OIT, 2010).

En el año 2019, se consigue un hito importante al reconocerse este constructo por parte de la OMS e incluirlo de manera oficial como enfermedad laboral, tras la ratificación en la revisión CIE-11.

Hasta su inclusión en la nueva CIE-11, este síndrome venía recogido en la CIE-10 como Z73.0, haciendo referencia a “problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)” e incluso en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) como “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10)” o relacionado con la “alteración mixta de las emociones o la conducta 309.4 (F43.25)”.

Aunque en sus inicios este constructo se relacionaba con una incredulidad y negación de la existencia de mismo, pues era objeto de revolución y reivindicación de derechos laborales por parte de los trabajadores, lo cierto es que en la actualidad goza de reconocimiento. Además, en los últimos años, debido a la falta de estabilidad profesional, falta de recursos por motivos económicos y degradación de las condiciones laborales, se da un auge del síndrome de burnout, considerado como una epidemia (Pérez, 2013).

Sus consecuencias desatan estados de ansiedad, angustia, cansancio, debilidad, agotamiento, insomnio, desequilibrios fisiológicos, depresión, baja autoestima, evaluación negativa de la vida, estrés, dolores generalizados y un bajo rendimiento laboral (Salvagioni et al., 2017; Wang et al., 2017). Por ello cualquier profesional a lo largo de su carrera puede padecer este síndrome independientemente de la función o rango que ostente. Sin embargo, a día de hoy sigue siendo un concepto poco difundido, debido en gran medida a los intereses de las organizaciones y empresas (Renger, Miché, & Casini, 2020).

Para la OMS, este síndrome es uno de los mayores problemas de los últimos años, además los datos revelan un auge exponencial disparando los niveles, debido en cierta medida a la crisis financiera, que genera inestabilidad en el ámbito laboral, mayor sobrecarga en el trabajo por déficit de personal y peor remuneración (Bacaicoa et al., 2012). Incluso el impacto económico que ejerce sobre las empresas es muy elevado, pues una de las peores repercusiones recae en la productividad laboral, en relación al elevado número de bajas laborales (Gasparino, 2014).

En concreto en el colectivo sanitario, y más concretamente en enfermería, la tendencia actual va encaminada a peores condiciones si la situación política-económica no mejora, pues la falta de plantilla, aumento de carga de trabajo, falta de estabilidad y autonomía, vinculada a una elevada responsabilidad, son variables de riesgo que contribuyen al desarrollo del síndrome (Ksiazek, Stefaniak, Stadnyk, & Ksiazek, 2011).

1.3.2 Prevalencia y grupos de riesgo

Como se ha explicado con anterioridad el síndrome de burnout presenta el estatus de enfermedad laboral, y como tal, profundizar en su estudio, analizando la prevalencia y niveles existentes, así como abordar las consecuencias o bien prevenir su aparición resulta esencial.

Otro de los aspectos asociados al síndrome de burnout, hace referencia al perfil tipo o perfil de riesgo, que da lugar al término “grupo de riesgo”. Un grupo de riesgo es aquel conjunto de personas que presentan determinados factores de riesgo que los hacen más susceptibles de padecer una determinada enfermedad o síndrome (OMS, 2019). Si aplicamos por tanto esta definición al concepto burnout, los grupos de riesgo se entienden como grupos de profesionales con mayor riesgo.

Las primeras definiciones del síndrome de burnout se centraban en aquellas categorías profesionales que trabajaban de cara al público, pues cuanto más intensas son las relaciones interpersonales mayor es el riesgo (Maslach, 1982). Aunque años más adelante, se afirma que también puede darse su

aparición en profesionales cuyo trabajo no conlleve un contacto directo con personas (Maslach et al., 1996).

A medida que la investigación avanza, mayor es el número de ámbitos laborales. Al comienzo, los principales grupos de riesgo estaban formados por profesionales sanitarios (Castañeda Aguilera & García-de Alba, 2010; Deschamps-Perdomo et al., 2011; Melita et al., 2008; Ríos et al., 2012; Serrano-Gisbert, Garcés De los Fayos, & Hidalgo-Montesinos, 2008; Tejada & Gómez, 2009), cuerpos de seguridad del estado (Aguayo et al., 2017; Lozano et al., 2008) o miembros de la enseñanza (Batista, Carlotto, Coutinho, & Augusto, 2010; Correa-Correa, Muñoz-Zambrano, & Chaparro, 2010; Friedman, 1995; Gil-Monte, Carlotto, & Gonçalves-Câmara, 2011; Schaufeli et al., 2009). Aunque años más adelante el interés se extendió a otro tipo de colectivos como estudiantes (Aguayo et al., 2019; Bressó, Salanova, & Schaufeli, 2007; Hederich-Martínez & Caballero-Domínguez, 2016; Schaufeli et al., 2002), militares (Afonso & Gomes, 2009; López-Araujo, Osca-Segovia, & Rodríguez-Muñoz, 2008), bomberos (Argentero & Setti, 2011), deportistas (Arce et al., 2010; Garcés de Los Fayos et al., 2012) o empresarios (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013). Como se observa existe una gran variedad de colectivos afectados por el síndrome de burnout. Por lo que la afección no es exclusiva de aquellos colectivos que trabajan de cara al público, sino que involucra otros dominios profesionales, donde la labor profesional requiere una gran implicación emocional, pudiendo dar lugar a dicho síndrome (Jones, Wells, Gao, Cassidy, & Davie, 2013).

Al tratarse de un problema de crecimiento exponencial a lo largo de los años las investigaciones también se centraron en el análisis de la prevalencia de

burnout en diferentes colectivos. Se encuentran cifras de prevalencia de burnout en docentes del 30,3% al 45,49% (de Brito Mota et al., 2019; García-Arroyo, Osca Segovia, & Peiró, 2019), en policías del 20% (Rosse, Johnson, & Crown, 1991), del 12% en deportistas (Gerber et al., 2018), y del 20% en bomberos (Katsavouni, Bebetsos, Malliou, & Beneka, 2016).

En concreto, la prevalencia del síndrome de burnout en el ámbito sanitario ronda el 43,69%, siendo una de las más elevadas (Caballero, Bermejo, Nieto, & Caballero, 2001). Y en función de cada categoría profesional, puede oscilar, encontrando en médicos prevalencias del 31% al 40% (Sabitova et al., 2020; Yates & Samuel, 2019) o en enfermeros del 20% al 41,6% (Fernández Cantí, 1992; Gil-Monte & Peiró, 1999; Maslach & Jackson, 1981; Profit et al., 2014). Si se realiza una pequeña aproximación acerca de las dimensiones afectadas en este último grupo, la prevalencia para CE oscila entre un 20,5% al 32%, para D de entre el 7,6% al 33,2%, y para baja RP del 17,8% al 39% (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; López-López et al., 2019; Pradas-Hernández et al., 2018; Qiao et al., 2016).

Realizando una comparación entre los tres sectores más estudiados, policías, sanitarios y docentes (Duran, Montalban, & Stangeland, 2006; Golembiewski & Kim, 1990; Lozano et al., 2008), se encuentran diferencias entre las dimensiones del síndrome de burnout. En la dimensión CE, los niveles más elevados se presentan en sanitarios, seguidos de docentes y policías. Para la dimensión D, los niveles más altos se encuentran en policías, seguidos de sanitarios. Por último, para la dimensión RP, los policías se sienten más realizados a nivel laboral, seguido de docentes y encontrando que los sanitarios son los que menor realización presentan

(Duran et al., 2006; García-Arroyo et al., 2019; Golembiewski & Kim, 1990; Lozano et al., 2008).

1.3.3 Manifestaciones clínicas y consecuencias del síndrome de burnout

El síndrome de burnout, aparece ante la exposición continua a una serie de factores de manera crónica, por lo que no es un síndrome que aparezca de forma repentina. Cada individuo manifiesta de manera diferente el proceso debido a su naturaleza idiosincrásica.

Los diferentes aspectos que recopila este síndrome tridimensional se pueden catalogar de manera más pormenorizada en varios grupos sintomáticos (Meeusen et al., 2010; Salvagioni et al., 2017; Velando-Soriano et al., 2019):

- **A nivel emocional:** sentimientos de vacío, agotamiento, desesperanza, depresión, indefensión, apatía, pesimismo, intolerancia, desilusión, irritabilidad, nerviosismo e inquietud.
- **A nivel cognitivo:** sentimientos de fracaso, indiferencia, impotencia, falta de concentración y autoestima, perspectiva crítica generalizada y baja tolerancia a la frustración.
- **A nivel comportamental:** se relaciona con adicciones y conductas violentas, absentismo laboral, comportamiento inadecuado y agresividad y bajo rendimiento.

- **A nivel social:** adopción de una actitud de distanciamiento y aislamiento, cinismo y conflictos interpersonales.

En cuanto a su diagnóstico, como se ha mencionado en apartados anteriores, existen múltiples herramientas de medición del síndrome de burnout, aunque la utilizada con mayor frecuencia es el MBI, por las propiedades que anteriormente se han comentado.

Además, de la evaluación a través de instrumentos validados, puede ayudar en el diagnóstico una serie de premisas experimentadas por el individuo como (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Gómez-Alcaina et al., 2013):

- Sensación de presión y cansancio derivados de una situación de sobreesfuerzo físico y psíquico.
- Manifestaciones a lo largo del tiempo al menos durante 6 meses.
- Sensación de cansancio y agotamiento la mayor parte del tiempo.

Igualmente se describen una serie de aspectos clínicos característicos del síndrome de burnout (Freudenberger, 1974; Golembiewski et al., 1993):

- Inicio progresivo insidioso, es decir progresa en el tiempo paulatinamente hasta niveles incluso severos.
- De difícil previsión en cuanto a aparición, pues fluctúa de manera variable y con distinta intensidad en función del individuo. En

ocasiones puede considerarse como un proceso cíclico o variable a lo largo del tiempo.

- De límites imprecisos, por lo que resulta complicado establecer un diagnóstico preventivo.

La sintomatología que suele manifestarse en el síndrome de burnout contempla: cansancio, fatiga, dolores musculares, óseos y osteoarticulares, alteración del sueño, migrañas y cefaleas, alteraciones gastrointestinales, alteraciones fisiológicas a nivel de tensión arterial, respiración, pulso, entre otros (Salvagioni et al., 2017; Wang et al., 2017).

Además, su enorme problemática no solo abarca el problema desde la perspectiva de enfermedad laboral, sino que puede llegar a ser un problema a nivel de Salud Pública, pues es el desencadenante de signos y síntomas tales como adicciones, trastornos ansioso depresivos (Mingote-Adán et al., 2004; Silva & Menezes, 2008), problemas de concentración, e incluso intento de autolisis (Tomás-Sábado et al., 2010).

Es por ello, que la importancia de este síndrome se vincula a un mayor consumo de fármacos que ayudan a paliar las consecuencias que derivan del mismo (Molina-Siguero, García-Pérez, Alonso-González, & Cecilia-Cermeño, 2003).

El impacto incide también a nivel económico sobre las organizaciones y empresas, pues los niveles en alto CE y D, además de ocasionar baja laboral que repercute directamente en la economía, influyen en la decisión del

trabajador de cambiar de trabajo o abandonar su puesto (Gasparino, 2014; Leiter & Maslach, 2009; Williamson, 1994).

Incluso dentro de la propia institución la calidad del servicio prestado y el rol propio profesional se ve afectado; en el caso de los profesionales sanitarios repercutiendo directamente sobre la calidad de los cuidados al paciente (Van Bogaert et al., 2017). Además, el gasto que supone el tratamiento médico que deriva de dicho síndrome, así como la atención especializada por parte de derivaciones a médicos especialistas y/o pruebas diagnósticas, hacen que esta situación genere un impacto económico importante para la institución y sistema de seguridad social (Kushnir et al., 2014). La Comisión Europea estima que el coste sanitario asociado al estrés laboral en la Unión Europea es de en torno a 20.000 millones de euros, a lo que se debería de añadir el incremento por productividad o contratación de personal, que junto con una menor capacidad de desempeño del trabajo aumentaría de forma considerable dicha cifra (Fernández García, 2011).

Puesto que el síndrome de burnout es considerado motivo de baja laboral tanto para la OMS como en la CIE-11, investigaciones enfocadas sobre los métodos diagnósticos y de prevención precoz, así como el desarrollo de estrategias para paliar los síntomas son imprescindibles.

1.3.4 Prevención y tratamiento

La detección y análisis de la situación se centra fundamentalmente en el enfoque dirigido a evitar la aparición y desarrollo del síndrome de burnout, por ejemplo, mediante la identificación de perfiles de riesgo, o la implantación de estrategias para una detección precoz.

Los enfoques más utilizados en investigación científica engloban muchas propuestas como la gamificación del entorno laboral, destinada al desarrollo metodológico de entornos basados en el juego, con el fin de experimentar las mismas sensaciones que en el entorno laboral (Salanova, Grau, Cifre, & Llorens, 2000). Aunque también existen estrategias con el “engagement,” referido al compromiso e implicación, cuyo interés reside en el trabajo a nivel motivacional con el fin de mejorar el positivismo y aumentar los niveles de energía aplicados al ejercicio de la profesión (Strümpfer, 2003).

Otros enfoques existentes que constituyen actualmente uno de los principales pilares en investigación, son las intervenciones cognitivo-conductuales o métodos de relajación mental o física. Ambos destinados a la enseñanza y aprendizaje de técnicas centradas en el desarrollo personal, pudiendo ser realizadas tanto de forma individual como en grupo, entre las que encontramos principalmente ejercicios de estiramiento, meditación, yoga o mindfulness (Babbar, Renner, & Williams, 2019; Braun et al., 2019; Cocchiara et al., 2019; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Duchemin et al., 2015; Italia, Favara-Scacco, Di Cataldo, & Russo, 2008; Martín-Asuero & García-Banda, 2010; Moody et al., 2013; Reddy & Roy, 2019; Ruotsalainen et al., 2014; Vázquez-Ortiz et al., 2012).

En concreto el capítulo seis de esta tesis doctoral, aborda una de estas intervenciones, centradas en el “entrenamiento mindfulness”, por lo que se procede a continuación a su definición y desarrollo.

El entrenamiento mindfulness o atención plena se define como: “la toma de conciencia que surge al prestar atención a un propósito, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990). Se basa en programas de

intervención con diferentes variantes como: el entrenamiento mindfulness basado en la reducción del estrés (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990), aquel centrado en el entrenamiento de la terapia cognitiva (MBCT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), y un último tipo centrado en el trabajo de estrategias basadas en el autocuidado y resiliencia (MSCR) (Flarity, Gentry, & Mesnikoff, 2013).

El entrenamiento habitual o estándar, consta de una duración de ocho semanas, con dos sesiones y media de trabajo a la semana de treinta minutos de duración (Kabat-Zinn, 2003). Las actividades realizadas durante las sesiones pueden incluir diferentes actividades como orientación y práctica de la respiración consciente, trabajo corporal, meditación, estiramientos, yoga o ejercicios de comunicación de sentimientos escritos u orales (Hunter, 2016; Lebares et al., 2018). El entrenamiento y aplicación práctica se puede realizar tanto a domicilio como en la propia organización o entidad sanitaria.

Actualmente, varias revisiones sistemáticas y meta-análisis informan de que la aplicación de este método en sanitarios reduce los niveles de burnout (Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou, & Hugh-Jones, 2017; Ghawadra, Abdullah, Choo, & Phang, 2019; Ruotsalainen et al., 2014), aunque su efecto sobre las dimensiones CE, D y RP está aún por desarrollar. Incluso algunos autores tras analizar los niveles de cortisol y amilasa al realizar un entrenamiento mindfulness en profesionales sanitarios, observan una reducción de los niveles de burnout (Orellana-Ríos et al., 2017).

Dentro de las intervenciones cognitivo-conductuales, también se pueden realizar otro tipo de intervenciones destinadas a implementar cambios en la organización del trabajo. Este tipo de técnicas pueden prevenir la sensación de estrés o agotamiento, así como la aparición de eventos estresantes, o ajustar la práctica laboral para aprovechar mejor las capacidades de los trabajadores (Van Hecke et al., 2019).

En concreto la aplicación práctica de las estrategias cognitivo-conductuales en el colectivo sanitario, se ha visto que reduce hasta un 13% el estrés de los profesionales (Ruotsalainen et al., 2014). Sin embargo, sus efectos a nivel de las dimensiones del síndrome de burnout han sido aún muy poco estudiados. Y es que, la aplicación de este tipo de intervenciones, entre ellas el método mindfulness en profesionales sanitarios, es aún muy reciente, de hecho las primeras investigaciones datan del año 2010, lo que significa que su aplicación aún es limitada, siendo necesario la realización de un mayor número de estudios (Ruotsalainen et al., 2014).

Además, los estudios existentes aún realizan las intervenciones en muestras de múltiples profesionales sanitarios, sin diferenciar por subgrupos, por lo que el estudio de su efecto puede variar en función del tipo de desempeño profesional. E incluso se debe tener en cuenta la dificultad de integrar estos programas en estructuras cerradas, así como la implicación por parte de los profesionales (Müller, Pfänder, Schmahl, Bohus, & Lyssenko, 2019).

A pesar de la posible valoración y diagnóstico del síndrome de burnout mediante los instrumentos de medición en la entrevista clínica, actualmente las nuevas líneas de investigación se centran en la detección precoz mediante la valoración del síndrome a través de biomarcadores, que son

parámetros biológicos medibles y cuantificables que se usan como índice para la evaluación de la fisiología y de la salud (Duchemin et al., 2015). Sirven como complemento a la valoración psicológica y actualmente los más utilizados son los siguientes: cardiovasculares (tensión arterial y frecuencia cardiaca), salivales (cortisol, IgA salival, α -amilasa salival, lisozima salival, cromogranina A salival) o del sueño (calidad, latencia, fragmentación, horas) (Danhof-Pont, van Veen, & Zitman, 2011; Gómez-Alcaina et al., 2013).

La realización de estudios en el ámbito sanitario que comparen diferentes estrategias, analizando la prevalencia y niveles de burnout, cuenta con múltiples barreras y obstáculos. En primer lugar, debido a la alta carga de trabajo, es difícil la implantación de dichas intervenciones durante el horario laboral, pues supondría aumentar la plantilla o proporcionar un mayor tiempo de descanso durante la jornada de trabajo, repercutiendo directamente sobre los costes de la organización (Kersemaekers et al., 2020). En segundo lugar, requiere de un gran compromiso, dedicación y continuidad por parte de los profesionales, que no siempre es posible debido al gran cansancio físico y mental al que se encuentran expuestos. Así pues, debido a la complejidad que supone realizar estudios científicos que analicen estas estrategias de prevención, la evidencia científica aún es limitada.

1.4 MARCO APLICADO A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

1.4.1 Burnout en personal sanitario: personal de enfermería

Una vez analizado el marco histórico, teórico y legal, se comenzará con el estudio referente al marco práctico, concretamente aplicado a la práctica asistencial en el personal de enfermería, pues es objeto de estudio de la presente tesis doctoral.

La labor que ejercen los profesionales sanitarios se puede realizar a nivel intrahospitalario y extrahospitalario, así como en diferentes ámbitos como son la atención primaria y especializada. Así queda concebida y formada una estructura sanitaria, donde tanto profesionales como instituciones proveen servicios ante la demanda asistencial de forma cohesionada y a nivel multidisciplinar (Galindo et al., 2002).

Este complejo sistema se vincula con una gran implicación a nivel emocional y laboral. Además de ello, la idiosincrasia, características intrínsecas y peculiaridades de cada puesto de trabajo y su relación con todos los factores de riesgo, hacen que el colectivo sanitario sea considerado como un grupo de riesgo (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

En concreto trabajar en el ámbito sanitario implica convivir y lidiar con una serie de aspectos delicados, que les hacen ser el colectivo con mayor afectación (Alameddine, Baumann, Laporte, & Deber, 2012; Bakker et al.,

2004; Kanai-Pak et al., 2008; Ortega & López, 2004; Palese, Vianelli, De Maino, & Bortoluzzi, 2012). Siendo las principales causas las siguientes:

- Relaciones interprofesionales complejas, fomentadas por la competitividad o jerarquía en el puesto.
- Frustración ante una situación de muerte, donde la curación no es factible.
- Sobreimplicación vinculada al rol profesional.
- Tensión emocional al enfrentarse a situaciones de dolor, muerte, complicaciones o secuelas y situaciones irreversibles.
- Escasez de tiempo de dedicación, saturación y masificación, horarios irregulares y falta de reconocimiento.
- Insatisfacción laboral al no poder prestar asistencia de calidad.
- Horario irregular que impide llevar una vida social o familiar deseada.

Además cada profesional sanitario presenta funciones propias adscritas a su categoría o área, lo que condiciona competencias, jerarquización, salario u opciones de promoción dentro de la categoría (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal, & Daudén, 2016).

Con el fin de constituir un marco práctico, y obtener una visión de la relación entre burnout y los diferentes colectivos sanitarios, se procede a continuación a desarrollar un análisis comparativo de las dimensiones del burnout entre varias categorías sanitarias:

- En relación al **CE**, los enfermeros presentan niveles ligeramente más bajos que los médicos (Benetti et al., 2009; Escribá-Agüir, Martín-Baena, & Pérez-Hoyos, 2006), pero superiores a los técnicos en cuidados auxiliares en enfermería (TCAE) (Albendín, 2016; Ríos et al., 2012).
- Respecto a la **D**, los enfermeros presentan niveles ligeramente más bajos que los médicos (Benetti et al., 2009; De Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007), aunque superiores a los TCAE (Ríos et al., 2012); aunque otros autores afirman que estos últimos presentan mayor D (Fernandes, Sousa, Santos, Rodrigues, & Marziale, 2012).
- Para la **RP**, todos los autores encuentran mayores puntuaciones en el colectivo enfermero (Albendín, 2016; Fernandes et al., 2012).

Aunque existen estudios que analizan de manera global la prevalencia de burnout en colectivos multidisciplinares, otros estudios se centran en analizar este síndrome diferenciando por categorías profesionales, pues como se ha comentado anteriormente, cada colectivo desempeña un rol propio de su función y por tanto está condicionado por diferentes factores, existiendo diferencias entre grupos. Los distintos colectivos sanitarios se indican a continuación:

- **Enfermería:** a nivel internacional la investigación respecto a la prevalencia de este síndrome en enfermeros es muy heterogénea, y cada país estima una prevalencia determinada en función de las variables de riesgo, estructura sanitaria, política de gestión o recursos; por ello algunos países pueden presentar niveles más elevados en ciertas dimensiones del burnout. Por ejemplo en Japón y Estados Unidos se encuentran niveles más elevados en CE y D, que en otros países como Alemania, Canadá y Reino Unido, siendo Japón el que menor nivel en RP presenta (Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010).

A nivel de prevalencia, los datos también indican una elevada heterogeneidad, encontrando prevalencias en CE del 39%, en D del 40% y para baja RP del 59% (Ang et al., 2016). El área de trabajo también afecta, tanto al número de profesionales como a los niveles. Por ejemplo, los profesionales del área de urgencias, pediatría y área médica presentan una prevalencia en CE del 31% (Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017; Molina-Praena et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018), seguidos de servicios de oncología con un 30% (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018), siendo inferiores en atención primaria con un 28% (Monsalve-Reyes et al., 2018) y en el área de salud mental con un 25% (López-López et al., 2019).

Respecto a la D, el área de urgencias es donde los enfermeros tienden a despersonalizar más, con una prevalencia del 36% (Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017), seguidos del

área médica con un 24% (Molina-Praena et al., 2018), pediatría con un 21% (Pradas-Hernández et al., 2018), y por último, los servicios con menor D son atención primaria, oncología y salud mental con prevalencias del 15% (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018; López-López et al., 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018). En relación a la RP, el área médica, pediatría y oncología presentan la mayor prevalencia de entre el 35 al 39% (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018; Molina-Praena et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018), siendo menor en atención primaria con un 31% (Monsalve-Reyes et al., 2018), urgencias con un 29% (Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017) y salud mental con un 22% (López-López et al., 2019).

- **Médicos:** los resultados relacionados con niveles y prevalencias son muy diversos. Algunos estudios indican prevalencias de hasta el 67% (Rotenstein et al., 2018; Shanafelt et al., 2015). Al igual que enfermería, dependiendo del tipo de especialidad las cifras son fluctuantes, identificando con mayor vulnerabilidad las siguientes especialidades: urología, medicina física y rehabilitación, medicina familiar, radiología, traumatología y dermatología (Shanafelt et al., 2015). Incluso algunos estudios señalan que en médicos residentes las cifras de prevalencia son elevadas (Msaouel et al., 2010; Thrush et al., 2019). Además en relación a las dimensiones del burnout los niveles presentes en este colectivo son medio-altos para CE con prevalencias de hasta el 29%, alta D de hasta el 26% y baja RP de hasta un 26% (Rotenstein et al., 2018; Soler et al., 2008; Thommasen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz, & Grzybowski, 2001).

- **Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE):** esta categoría profesional ha sido menos estudiada. Los estudios indican una prevalencia del 5,9% hasta el 24% (Verdon, Merlani, Perneger, & Ricou, 2008), con un 23,6% para elevado CE, 21,9% para alta D y 29,9% para baja RP (Ferreira & De Lucca, 2015; Gosseries et al., 2012).

- **Fisioterapeutas:** pocos son los estudios realizados en este colectivo. Se encuentran datos que reflejan niveles medios de burnout (Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler, & Jette, 1993; Sehlen et al., 2009). A nivel nacional la investigación tampoco es muy extensa y los estudios que analizan este grupo profesional estiman una prevalencia de en torno al 4%, siendo la dimensión más afectada la del CE (Serrano-Gisbert et al., 2008; Wandling & Smith, 1997).

Como se observa, dentro del ámbito asistencial sanitario, los profesionales de enfermería son uno de los grupos de mayor riesgo, presentando prevalencias elevadas y superiores a otras categorías profesionales, relacionado en gran medida con el contacto directo y cercano con pacientes y familiares, lo que les hace ser un colectivo especialmente vulnerable (Bernardi, Catania, & Marceca, 2005; Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013).

En concreto la prevalencia encontrada es alta oscilando desde un 25% (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Demerouti, Bakker, Nachreiner, &

Schaufeli, 2000) hasta incluso el 43% (Olivar, González, & Martínez, 1999).

El rol vinculado a su profesión se relaciona con el cuidado, apoyo, evaluación de las necesidades de manera continua, realización de intervenciones para dar solución a los problemas, o educar a la población ya sea de manera individual o bien a la comunidad (Kristoffersen & Friberg, 2017). Sin embargo, las condiciones laborales han ido degradándose con el tiempo, donde la importancia para las organizaciones radica en abaratar costes, aumentando la carga de trabajo, creando inestabilidad laboral, precariedad en los contratos, devaluación de la profesión y una baja remuneración (Esteban-Sepúlveda, Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, & Ruzafa-Martinez, 2019; Kanai-Pak et al., 2008). De igual manera, el detrimento en la calidad asistencial se relaciona con un riesgo para la salud del paciente, aumentando tanto el gasto sanitario como el riesgo de mortalidad (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Timothy, 2007).

Además, enfermería es una profesión de gran dedicación y que supone en cierta medida un abandono de la propia familia, pues la vinculación conlleva una dedicación de 24 horas al día, 365 días al año, lo que sumado además y a una falta de reconocimiento y bajo salario, genera un elevado grado de insatisfacción (Bloxsome, Ireson, Doleman, & Bayes, 2019; Flinkman, Isopahkala-Bouret, & Salanterä, 2013; Soler et al., 2008). Incluso, se ven enfrentados de manera indirecta a quejas y reclamaciones por parte de los pacientes, debido a deterioro del sistema sanitario (Dall'Ora, Griffiths, Ball, Simon, & Aiken, 2015).

Por ello, no es de extrañar que, debido a estas condiciones, hasta un 30,5% de los profesionales terminen abandonando la profesión (Duffin, 2013).

1.4.2 Áreas de trabajo en enfermería y su relación con el síndrome de burnout

Como se ha comentado con anterioridad cada servicio presenta unas características que influyen en los niveles de burnout. Además, hay que sumar, que enfermería es una figura que trabaja en múltiples servicios de manera aleatoria, en función del contrato que se ofrezca, por lo que puede no conocer suficientemente determinadas funciones de un área.

Se procede a describir a continuación las diferentes áreas y su relación con el síndrome de burnout:

- **Área médica:** este tipo de servicio engloba diversas unidades de especialización clínica como alergología, cardiología, digestivo, endocrinología, hematología, infecciosos, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, oncología, oftalmología, toxicología, urología, rehabilitación, reumatología, entre otros.

Los resultados son contradictorios, algunas investigaciones muestran un mayor desgaste en plantas de hospitalización general (Gómez-Sánchez et al., 2009), siendo menores en plantas de especialidades y área quirúrgica (Artiga-Ruiz, 2000; Frade-Mera et al., 2009; Molina & Avalos, 2007); aunque otros indican niveles más altos de burnout en servicios de especialidades (De la Fuente-

Solana et al., 2017; Molina-Praena et al., 2018; Mukherjee, Beresford, Glaser, & Sloper, 2009; Toh, Ang, & Devi, 2012). E incluso algunos no encuentran diferencias entre este servicio y otros como urgencias, críticos o reanimación (Díaz-Muñoz, 2005; Ibañez et al., 2004; Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales, & Del Valle, 2009; Pualto, Antolín, & Moure, 2006). La existencia del síndrome en todos los campos que abarca dicha área se debe principalmente a la falta de especialización del colectivo enfermero, junto con la contratación por necesidades del servicio, que genera una gran incertidumbre vinculada a un cambio constante sin conocimiento previo o experiencia (Casa, Rincón, & Vila, 2012), por ello la dimensión que más prevalece es la baja RP (Molina-Praena et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

- **Área quirúrgica:** abarca cirugía general y digestiva, dermatología, oftalmología, otorrino, traumatología, entre otros.

Parece que en este tipo de servicios la dimensión del burnout que se presenta más alterada es CE (González-Jiménez, Alanis-Niño, & Granados-Gutiérrez, 2004; Thommasen et al., 2001), relacionado con una serie de condiciones negativas que presentan los profesionales que trabajan en una ambiente hermético y cerrado, donde prevalece la sobrecarga de trabajo, variabilidad y sobrecarga horaria, gran estrés debido a la inestabilidad del paciente, movimientos continuos de personal que en determinadas ocasiones no se encuentra cualificado, alteración en la salud de los profesionales debido a la toxicidad de las sustancias que se utilizan en dicha área, como gases anestésicos, vapores, entre otros; así como

bajo salario (Cabana Salazar, García Ceballos, García García, Melis Suárez, & Dávila Ramírez, 2009).

- **Área de urgencias y cuidados críticos:** se encuentran en esta área mayores niveles en las dimensiones CE y D, así como en baja RP (Ahmadi, Azizkhani, & Basravi, 2014; Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, & Rolniak, 2007; Gillespie & Melby, 2003; Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017; Ríos et al., 2012). Estos datos se relacionan con las peculiaridades del servicio donde la atención es compleja e inestable pudiendo provocar situaciones de gran estrés y ansiedad (Albendín, 2016).

- **Salud mental:** la prevalencia ronda la media de otras especialidades encontrando un 66,6% (Martín, 2015), así como niveles altos en CE, D y baja RP (López-López et al., 2019). De entre todas las dimensiones la baja RP es la que más prevalece (Molina & Avalos, 2007), pues aunque el compromiso motivacional sea importante, la gran implicación que requiere la atención a pacientes con alteraciones conductuales, conlleva sufrimiento emocional. Además los profesionales se encuentran expuestos a posibles agresiones físicas relacionadas con la propia patología (López-López et al., 2019).

- **Área de atención primaria:** en esta área la función principal de enfermería es la de promoción y prevención en salud tanto a la persona como a la comunidad (Monsalve-Reyes et al., 2018). Aunque son escasos los estudios relacionados con este ámbito

asistencial, la investigación al respecto parece estar creciendo (Hai-Xia et al., 2015; Vilá-Falgueras et al., 2015), y se encuentran niveles medio-altos en CE, D y baja RP, aunque siendo menos significativos que en áreas anteriormente citadas (Monsalve-Reyes et al., 2018; Tomás-Sábado et al., 2010).

- **Área materno-infantil:** que engloba las dos unidades que se describen a continuación:
 - **Pediatría:** la labor en esta área en relación a las dimensiones del burnout, muestra que los niveles en CE y D son menores que las anteriormente citadas, ya que trabajar con niños puede resultar más placentero (Chen & McMurray, 2001; Pera & Serra-Prat, 2002; Pradas-Hernández et al., 2018), excepto en la dimensión RP, donde se encuentran niveles más bajos, debido en cierta medida a la escasez de personal, recursos y falta de tiempo (Pradas-Hernández et al., 2018).
 - **Ginecología y Obstetricia (GyO):** engloba la labor realizada tanto por enfermeras como por especialistas en GyO o matronas, siendo objeto de estudio este colectivo en el desarrollo de esta tesis doctoral.

La investigación realizada en este colectivo es escasa, y además los estudios engloban múltiples profesionales sanitarios del área materno-infantil de manera conjunta. Los pocos estudios que analizan la prevalencia de este síndrome en enfermeras de GyO y matronas muestran valores que

oscilan entre 20,6% al 49,2% en alto CE, del 10,3% al 27% para D, y en RP del 4,8% al 25% (Favrod et al., 2018; Galindo, de Oliveira Feliciano, dos Santos Lima, & de Souza, 2012). Además, una peculiaridad clave en esta área es el estrecho vínculo creado entre la mujer y el profesional, la excesiva implicación de la familia, falta de personal y recursos, así como escasez de tiempo en el desempeño profesional, que conduce a una despersonalización de los cuidados (Hunter, Magill-Cuerden, & McCourt, 2015; Hunter, Snow, & Warriner, 2018).

1.4.3 Características específicas de la enfermería del área de ginecología y obstetricia y justificación

Una vez analizados los diferentes servicios en relación al síndrome de burnout, se procede a describir de forma detallada las características del área de GyO, en la que se realizan las investigaciones vinculadas a esta tesis doctoral. Así pues, se analiza el rol y las características que predominan en este ámbito y que, por tanto, pueden hacer vulnerables a los profesionales al padecimiento del síndrome de burnout.

La ginecología y obstetricia se basa en “el estudio de la fisiología de la reproducción de la mujer, sus alteraciones patológicas y la clínica, diagnóstico y tratamiento de las mismas” (Cabero, Saldívar, & Cabrillo, 2007). Incluye diversos ámbitos, desde los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana, la gestación, parto y puerperio, la fisiología y patología inherente a los órganos que constituyen el tracto

genital femenino, incluyendo la mama; hasta aspectos preventivos, psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores. Si enfocamos la definición más centrada al ámbito enfermero, en concreto a la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica, queda definida como “la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica” (OMS, 2005).

Por lo tanto, la tarea de los profesionales enfermeros que trabajan en GyO, es fundamentalmente la atención a la mujer durante todo su ciclo vital, así como la asistencia al parto normal, es decir, sin complicaciones (Vilardell Balasch, Hernández Sánchez, Molina Mula, González Trujillo, & Gelabert Binimelis, 2015). En este sentido, existen dos figuras que pueden desempeñar esta labor, por un lado, una enfermera general y por otro, aquella en posesión de la especialidad de GyO, reconocida como matrona.

Igualmente son diversos los ámbitos de atención sanitaria en los que interviene, abarcando desde la atención a nivel hospitalario en plantas de hospitalización, paritorio, quirófanos o consultas; como a nivel de atención primaria; así como en pequeños grupos que trabajan para la comunidad de manera autónoma conocido en inglés como modelo “*caseload*” (Dawson, Newton, Forster, & McLachlan, 2018).

El rol de una enfermera no especialista en dicha área, se centra fundamentalmente en una atención a nivel hospitalario (hospitalización

postquirúrgica o postparto), o bien a nivel de atención primaria, en aquellas acciones que involucren el cuidado de la mujer o el recién nacido a lo largo de su ciclo vital. Por otro lado, la labor de una enfermera especialista o matrona, a nivel hospitalario y de atención primaria, se encuentra más dirigida hacia la propia labor obstétrica, relacionada con la atención a la mujer y recién nacido antes del parto, en el propio parto o postparto (Carrillo García et al., 2014).

También existe una última modalidad de cuidado en auge en la actualidad, fundamentalmente en países nórdicos, donde las matronas se reúnen en grupos de trabajo (*caseload*), con el fin de acompañar a la mujer durante el ciclo de gestación y parto, proporcionando cuidados a domicilio, con una disponibilidad de 24 horas, así como un trato personalizado (Dawson et al., 2018; Westergren, Edin, Walsh, & Christianson, 2019). El interés de este modelo respecto a los modelos tradicionales, radica en la personalización de los cuidados, pues cada madre posee una matrona referente con la que comparte dudas, inseguridades y deseos, a través de un estrecho vínculo madre-matrona; y además gestiona su disponibilidad horaria en función de las necesidades de la mujer lo que le permite una mayor flexibilidad (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016).

Como se observa las funciones de ambas figuras, enfermera general y especialista, se centran en el mismo dominio asistencial. Es por ello, que en esta tesis doctoral se estudiarán ambas categorías analizando tanto los múltiples factores de riesgo, como los niveles en cada dimensión del síndrome de burnout y prevalencia de las mismas.

Ya que el desempeño de la labor en estos servicios es en gran medida vocacional, siendo esta área elegida por el agradable contacto que supone el cuidado de la mujer y recién nacido durante todo su ciclo vital, podría considerarse que este colectivo es menos vulnerable a padecer burnout. Sin embargo, la problemática viene planteada por varias características que hacen que el trabajo en estas unidades pueda resultar complicado, entre las que destacan (Banovcinova & Baskova, 2014; Feeley & Thomson, 2016; Hunter, Fenwick, Sidebotham, & Henley, 2019):

- Continua demanda y presión asistencial por parte de la madre, pareja y familia.
- Sobrecarga de trabajo, que impide un cuidado óptimo y que, por tanto, crea frustración por no cumplir con la labor encomendada.
- Pérdida vital, ya sea del feto, por aborto; o recién nacido, por alguna complicación durante el parto o con posterioridad.
- Complicaciones durante el parto que puedan ocasionar secuelas permanentes en el recién nacido.
- Alta responsabilidad.
- Pocos recursos materiales y humanos.

La sobrecarga de trabajo es uno de los principales problemas a los que se enfrentan, y puede afectar a la calidad asistencial, pues los profesionales ven reducido el tiempo invertido al cuidado del paciente dada la

masificación y el escaso tiempo en consulta. Además, la interacción y continuidad de cuidados puede verse mermada por una masificación o colapso. Incluso, hay que sumar la falta de reconocimiento en su labor desempeñada, además de la falta de independencia o la complejidad de los cuidados (Cabello Alcalá, Ruiz Porras, Mena García, López García, & López Morales, 2017). Por ello, muchos autores proponen el modelo “*caseload*” al proporcionar una mayor calidad para los pacientes, y autonomía a los profesionales, actuando como factor protector frente al síndrome de burnout (Taylor et al., 2019).

Otro de los factores que también se asocian con esta área de características tan delicadas, es el riesgo de agresión física o violencia verbal en el ámbito del trabajo. Son servicios donde el contacto con familiares, es muy frecuente, por lo que ante cualquier contratiempo aumenta la tensión desencadenando una posible agresión hacia este colectivo (Elmir, Pangas, Dahlen, & Schmied, 2017).

Todos estos estresores de manera continua y crónica en este ámbito de trabajo, pueden predisponer al padecimiento de burnout, influyendo en la adopción de estrategias de afrontamiento negativas y técnicas de evasión como medio de defensa, que con el tiempo tienden a cronificarse, degenerando en problemas graves de salud y elevados niveles de burnout (Esteban-Sepúlveda et al., 2019).

Las múltiples variables personales, psicológicas y laborales de cada enfermera, determinan el área en la que quieren trabajar, pero también la forma de adaptarse a dicha unidad, enfrentándose tanto a situaciones

positivas como negativas. Además, se abre una doble vertiente en cuanto al debate acerca del tipo de personalidad, pues, por un lado, el tipo de personalidad puede ejercer una influencia en la elección del área en la que prefieren trabajar en función del perfil del profesional, mientras que por otro, las características propias de la unidad pueden ejercer una influencia, moldeando y condicionando determinadas conductas con el fin de protegerse frente a los eventos adversos a los que se enfrentan (Fereday & Oster, 2010; Noonan, Jomeen, Galvin, & Doody, 2018).

Justificación

Más que una cuestión teórica, la importancia del síndrome de burnout reside fundamentalmente en la problemática social que genera, pues ejerce un impacto en tres niveles fundamentales como son a nivel institucional, y sobre el paciente y el profesional (Maslach & Jackson, 1984).

El área de GyO, dadas las peculiaridades indicadas anteriormente, se encuentra muy vinculada al síndrome de burnout, relacionándose con un aumento del absentismo y abandono del trabajo, lo que supone un importante impacto económico (Bloxsome et al., 2019; Harvie, Sidebotham, & Fenwick, 2019; Henriksen & Lukasse, 2016; Moloney, Boxall, Parsons, & Cheung, 2018). Igualmente la calidad de los cuidados queda comprometida, aumentando el riesgo de errores que pueden poner en peligro la salud y la vida de la madre y recién nacido (Arbour et al., 2019; Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012). Y, por último, las nefastas consecuencias a nivel físico y emocional, sobre el personal de enfermería, representando uno de los mayores grupos de riesgo de síndrome de burnout, debido a la exposición a múltiples estresores durante su práctica asistencial

(Cramer & Hunter, 2019; Hildingsson, Westlund, & Wiklund, 2013; Renfrew et al., 2014).

Así que, el interés de desarrollar esta tesis doctoral radica en establecer un perfil de riesgo, mediante el estudio de las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad que presentan los profesionales de enfermería que trabajan en servicios de GyO en centros hospitalarios públicos del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Solo mediante el estudio de todas las variables, se podrán desarrollar estrategias destinadas a evitar la aparición del síndrome, o si ya estuviera presente, manejar un buen diagnóstico, con evaluación continua e intervenciones dirigidas a paliar las consecuencias (De Souza França et al., 2012; Liu et al., 2018).

Esta tesis doctoral surge de la creencia de que las circunstancias y condiciones intrínsecas de las unidades de GyO, pueden incidir en el desarrollo de burnout en los profesionales de enfermería. Así que, profundizar en la comprensión del fenómeno estudiando las variables protectoras y de riesgo, así como analizar la prevalencia y fase de padecimiento en la que se encuentran dichos profesionales, permitiría la elaboración de perfiles de riesgo y programas de prevención del síndrome de burnout. La investigación en este campo supondría una mejora en la calidad a nivel laboral y a nivel de bienestar y salud de los profesionales, lo que repercute directamente en una mejora en la calidad asistencial.

CAPÍTULO 2.
OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Tras haber analizado el marco teórico, médico-legal y aplicado a la práctica asistencial referente al síndrome de burnout, se proceden a explicar los objetivos e hipótesis de esta tesis doctoral.

Tal y como se ha explicado, enfermería constituye uno de los principales colectivos vulnerables, y el estudio de cada área resulta esencial debido a la ideosincrasia y peculiaridades propias del servicio. Es por ello que, analizar la prevalencia y niveles de burnout en el área de ginecología y obstetricia puede proporcionar datos para conocer el grado de afectación que sufren estos profesionales, e incluso implementar determinadas estrategias efectivas con el fin de reducir su impacto.

Por otro lado, una de las principales cuestiones que se plantean en esta tesis doctoral es que, algunos profesionales sanitarios sufren en mayor medida esta alteración, desarrollando el síndrome con diferentes manifestaciones y secuencias temporales, por ello deben existir otras variables vinculadas como las de tipo personal o psicológico. Así pues, se pretende estudiar la influencia que ejercen las variables de tipo sociodemográfico, laboral y psicológico, sobre el síndrome de burnout en este colectivo.

2.1 OBJETIVOS

El objetivo general es analizar la información sobre la prevalencia, niveles y factores de riesgo teóricos de burnout, comparando la analogía y reproducibilidad de dichos datos en los profesionales de enfermería que trabajan en servicios de ginecología y obstetricia en centros sanitarios del SAS.

El objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1. Describir, mediante revisión sistemática y meta-análisis, la prevalencia de burnout en el personal de enfermería de servicios de GyO.

Objetivo 2. Analizar, mediante una revisión sistemática de la literatura científica, los niveles de burnout en el personal de enfermería de servicios de GyO.

Objetivo 3. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, laborales y de personalidad en el personal de enfermería de servicios de GyO a partir de una revisión sistemática.

Objetivo 4. Conocer, mediante revisión sistemática y meta-análisis, el efecto de un programa de intervención basado en el método mindfulness sobre el síndrome de burnout en el personal de enfermería.

Objetivo 5. Analizar la prevalencia y los niveles de burnout en enfermeros de unidades de GyO en centros sanitarios SAS.

Objetivo 6. Identificar la fase del padecimiento de burnout, según el modelo de Golembiewski, en la que se encuentran las enfermeras de GyO del SAS.

Objetivo 7. Analizar los factores (sociodemográficos, laborales y de personalidad) vinculados al desarrollo de un perfil de riesgo en enfermeros de las unidades de GyO en centros sanitarios SAS.

2.2 HIPÓTESIS

Tras la lectura y análisis de la literatura científica relacionada con la temática de esta tesis doctoral, y con el fin de alcanzar los objetivos propuestos citados anteriormente, se plantean las hipótesis que guían el diseño de cada estudio realizado.

Con relación a los objetivos 1, 2, 3 y 4 citados anteriormente, se plantean cuatro trabajos de revisión sistemática y corte meta-analítico. Establecer una sólida base teórica hace necesario su estudio en profundidad. En estos casos, no se plantean hipótesis asociadas a los objetivos citados.

Con relación a los objetivos 5, 6 y 7, relacionados con el estudio empírico, las hipótesis planteadas son las siguientes:

Hipótesis 1. La prevalencia y los niveles en CE, D y RP en profesionales de enfermería de unidades de GyO en centros sanitarios del SAS son elevados.

Hipótesis 2. La mayor parte de profesionales de enfermería de las unidades de GyO se encuentran en fase alta (fase >6) de burnout.

Hipótesis 3. Los factores sociodemográficos, laborales y de personalidad están relacionados con el burnout, siendo factores a incluir en un perfil de riesgo en los profesionales de enfermería de servicios de GyO en centros hospitalarios del SAS.

***CAPÍTULO 3. PREVALENCIA, FACTORES
RELACIONADOS Y NIVELES DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN
ENFERMERAS DEL ÁREA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:
REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-
ANÁLISIS***



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis

Authored by:

Emilia I. De la Fuente-Solana; Nora Suleiman-Martos; Laura Pradas-Hernández; Jose L. Gomez-Urquiza; Guillermo A. Cañadas-De la Fuente; Luis Albendín-García

Published in:

Int. J. Environ. Res. Public Health **2019**, Volume 16, Issue 14, 2585

Cómo Citar:

De la Fuente-Solana, E.I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas-De la Fuente, G.A, Albendín-García, L. (2019). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), E2585. doi:10.3390/ijerph16142585

3.1 RESUMEN

Introducción: los niveles de burnout y sus factores de riesgo han sido estudiados en múltiples unidades de enfermería, sin embargo, no existen estudios meta-analíticos previos en unidades de ginecología y obstetricia que analicen la heterogeneidad de los resultados y las variables relacionadas. **Objetivo:** determinar la prevalencia, niveles y factores relacionados con el síndrome de burnout en enfermeras del área de ginecología y obstetricia. **Método:** se llevó a cabo una revisión sistemática y meta-análisis, consultando las siguientes fuentes: CINAHL, LILACS, Medline, ProQuest, SciELO y Scopus. **Resultados:** se encontraron 14 estudios, incluyendo para el meta-análisis un total de 464 enfermeras. La prevalencia encontrada para alto cansancio emocional fue del 29% (95% IC: 11–52%), para despersonalización del 19% (95% IC: 6–38%) y del 44% (95% IC: 18–71%) para baja realización personal. Las variables de burnout relacionadas fueron sociodemográficas (edad, estado civil, número de hijos, género), laborales (duración de la jornada laboral, ratio enfermera-paciente, experiencia o número de abortos) y psicológicas (ansiedad, estrés y violencia verbal). **Conclusiones:** la prevalencia de burnout en enfermeras de unidades de ginecología y obstetricia es alta. Al menos un 33% de la muestra presenta dos de las dimensiones alteradas.

Palabras clave: Burnout, Enfermeras, Ginecología, Meta-análisis, Obstetricia, Prevalencia.

3.2 INTRODUCCIÓN

La alta exigencia y responsabilidad requerida en el ámbito laboral se asocia con alteraciones que comprometen la salud física y mental de los trabajadores (Salyers et al., 2017). Los profesionales sanitarios se consideran como una de las categorías más expuestas a sufrir trastornos tales como ansiedad (Mcvicar, 2016), depresión (Ruitenburg, Frings-Dresen, & Sluiter, 2012) o síndrome de burnout (Hämmig, 2018).

El síndrome de burnout aparece ante la exposición a una serie de estresores crónicos, dando como resultado la alteración en alguna de sus dimensiones (Maslach et al., 2001). Entre los métodos de medición más utilizados, se encuentra el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) caracterizado por definir tres dimensiones psicológicas del síndrome: cansancio emocional (CE), estado de agotamiento debido a una sensación de sobreesfuerzo físico, que genera una situación de hastío emocional y pérdida de interés por el paciente; despersonalización (D), consiste en una actitud de distanciamiento y frialdad, cinismo e indiferencia; y baja realización personal (RP), se refiere a la valoración negativa del trabajo, baja autoestima y falta de satisfacción laboral que conlleva a una reducción del interés y rendimiento profesional (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 1996).

Existen múltiples factores que pueden influir en el desarrollo del síndrome de burnout, y que ayudan a identificar posibles perfiles de riesgo, como son los factores sociodemográficos: edad, género, estado civil y número de hijos (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018; Gómez-Urquiza, Vargas, et al., 2017); factores psicológicos: tipo de personalidad, ansiedad, estrés,

depresión (Emold et al., 2011) e incluso factores relacionados con el trabajo: falta de autonomía, ambiente laboral, salario, turnicidad o duración de los turnos (dos Santos Alves et al., 2017; Guo et al., 2019; Lee, Chiang, & Kuo, 2019; Scanlan & Still, 2019). De hecho, entre los factores laborales, las características concretas de cada unidad, también ejercen una importante influencia pues el tipo de paciente, relación con la familia o carga de trabajo de cada unidad, pueden desencadenar en mayor o menor medida este síndrome (Ahmadi et al., 2014).

Las consecuencias negativas de este síndrome, se relacionan con la tendencia por parte de los profesionales de descuidar las necesidades tanto personales como laborales, adoptando actitudes negativas en el trabajo; por ello, la prevalencia, así como los factores de riesgo asociados, han sido analizados en diferentes unidades a través de revisiones sistemáticas y meta-análisis (Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017; Monsalve-Reyes et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019). Sin embargo, pocos estudios se han centrado en el análisis de unidades como las de ginecología y obstetricia (GyO), donde no se conocen estudios meta-analíticos previos que reúnan la evidencia existente sobre el síndrome de burnout.

El servicio de GyO, es considerado como un área especialmente sensible, a cargo de la salud sexual y reproductiva de la mujer, lo que implica una gran vocación y control emocional, pues la enfermera es la responsable de brindar un cuidado óptimo e integral durante el ciclo vital de la mujer. La información y apoyo emocional son esenciales para satisfacer las necesidades de las madres durante el embarazo (Noonan et al., 2018), así

como en etapas de parto y post-parto (Wahlberg, Högberg, & Emmelin, 2019).

Como se ha expuesto anteriormente, la unidad de GyO tiene características concretas diferentes a otras unidades debido entre otros, al gran contacto emocional y elevada vulnerabilidad, por ello, el propósito de este estudio es 1) analizar la prevalencia, los niveles y los factores relacionados con el síndrome de burnout en enfermeras del área de GyO.

3.3 MÉTODO

3.3.1 Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis siguiendo la guía “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Group, 2009).

La búsqueda se realizó en mayo de 2019 mediante la estrategia de búsqueda: “burnout AND nurs* AND (obstetrics OR gynaecology OR gynecology)” a través de los descriptores “Medical Subject Headings” (MeSH). Se consultaron las siguientes fuentes: CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Medline, Proquest Platform (Proquest Health and Medical Complete), SciELO (Scientific Electronic Library Online) y Scopus.

3.3.2 Selección de estudios, revisión crítica y nivel de evidencia

Para la selección de artículos se siguieron los siguientes criterios de inclusión: (a) fuentes originales primarias; (b) área de GyO; (c) muestra exclusiva de enfermeras; (d) idioma inglés, español, portugués o francés; (e) sin restricción por año de publicación; (f) evaluación del nivel de burnout; (g) medidas de resultado evaluadas a través de un instrumento de medición del nivel de burnout (MBI, basado en la triada CE, D y baja RP; y PRoQOL, que evalúa la calidad de vida incluyendo una dimensión para burnout); (h) datos de prevalencia del nivel de burnout. Se excluyeron todos aquellos artículos que mostraban muestras mixtas con otras categorías sanitarias sin datos independientes para enfermeras de GyO, así como aquellos que no incluían información estadística suficiente.

Dos autores seleccionaron los artículos según resumen y título. Tras eliminar artículos duplicados, se consultó el artículo a texto completo. Tras evaluar de manera independiente cada estudio acorde a los criterios de inclusión, los dos mismos autores realizaron una evaluación de la calidad del artículo. Para ello, los investigadores evaluaron los estudios utilizando una lista de verificación para determinar la ausencia de sesgos metodológicos. En caso de discrepancia se consultó con un tercer autor.

Para evaluar la calidad metodológica de cada artículo se utilizó la lista de lectura crítica, propuesta por Ciapponi (2010) verificando la validez interna de los estudios mediante un análisis de los ítems del número 1 al 6 y del 11 al 18.

Para evaluar el nivel de evidencia se siguieron las recomendaciones de la guía “Oxford Center for Evidence-Based Medicine” (OCEBM) (Howick et al., 2011).

3.3.3 Codificación de datos

Las variables de estudio recopiladas fueron las siguientes:

Variables de publicación: (a) autores; (b) año de publicación; (c) país; (d) distribución por género (hombre/mujer); (e) edad; (f) idioma.

Variables metodológicas: (g) muestra total; (h) tipo de estudio; (i) medición de resultado (instrumentos usados y medición); (j) instrumento original o versión adaptada; (k) coeficiente de fiabilidad estimado del instrumento.

Variables de medida de burnout: (l) prevalencia para alto CE, alta D y baja RP (el punto de corte para niveles bajos y altos de cada dimensión fueron establecidos por los autores de cada estudio, dependiendo de la adaptación del MBI); (m) media o porcentaje de cada dimensión; (n) factores relacionados con cada dimensión del burnout.

Los datos se registraron en un manual de codificación de datos, por dos investigadores de forma independiente. El acuerdo entre la codificación de ambos fue analizado mediante el coeficiente Kappa de Cohen, obteniendo un valor medio de 0,99 (mínimo = 0,97; máximo = 1) y el coeficiente de correlación intraclase con un valor medio de 0,98 (mínimo = 0,96; máximo = 1).

3.3.4 Análisis de datos

Los datos recogidos en la revisión sistemática, se examinaron a través de un análisis descriptivo, clasificando la información en tablas de datos y categorizando en función de sus resultados. Aquellos estudios que incluían información estadística suficiente, fueron utilizados para realizar tres meta-análisis de efectos aleatorios para las dimensiones de alto CE, alta D y baja RP. La prevalencia y los intervalos de confianza se analizaron para cada dimensión.

El sesgo de publicación, referido a la mayor probabilidad de que se publiquen estudios con resultados estadísticamente significativos, se evaluó mediante la prueba de regresión lineal de Egger. Para evaluar la heterogeneidad de datos, se utilizó el índice I^2 . El análisis de datos, se realizó mediante un paquete de software estadístico StatsDirect (versión 3, StatsDirect Ltd., Cambridge, Inglaterra).

3.4 RESULTADOS

Se incluyeron un total de catorce artículos en esta revisión sistemática y meta-análisis. La Figura 4 muestra el diagrama de flujo de selección de estudios.

Todos los estudios seleccionados eran transversales. Doce artículos (85,71%) utilizaron como instrumento de medición la escala Maslach Burnout Inventory (MBI). Dos artículos (14,29%) utilizaron el cuestionario Professional Quality of Life (PRoQOL).

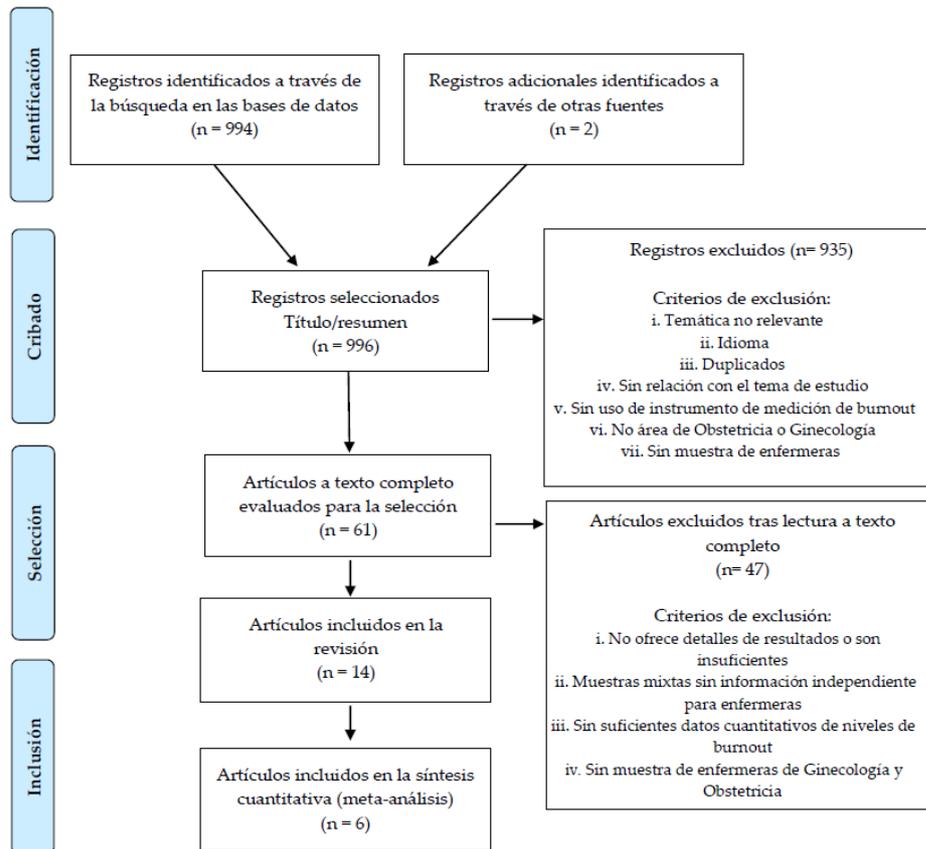


Figura 4. Proceso de selección de estudios.

Nueve de los estudios (64,28%) se realizaron en Asia (China, Japón, Corea, Pakistán, Turquía, Arabia Saudí), tres (21,43%) se realizaron en América (Brasil, México, USA) y el resto en Europa y Sudáfrica. La mayor parte de los artículos (80%) fueron publicados del 2012 al 2018. El coeficiente de fiabilidad del cuestionario burnout solo fue estimado en seis artículos, con un rango de fiabilidad desde 0,60 hasta 0,90 considerándose como valores aceptables. La Tabla 2 muestra los resultados.

Tabla 2

Características de los estudios incluidos

Autor, Año, País	Diseño	N Género Edad media	Instrumento de medida de Burnout (Cronbach's α)	M (DT)/ Porcentaje			Principales resultados
				CE	D	RP	
Beaver et al., (1986) EE.UU.	Transversal	N = 98 96,9% Mujeres Edad 30-39: 55,2%	MBI (CE = 0,82 D = 0,60 RP = 0,80)	Bajo: 58,2% Moderado: 25,5 % Alto: 16,3 %	Baja: 73,5% Moderada: 18,4% Alta: 8,2%	Baja: 67,3% Moderada: 20,4% Alta: 12,2%	CE y D s relaciona negativame con la edad experiencia positivament n° de nacimie y n° de hor semanale
Fontán & Dueñas, (2010) España	Transversal	N = 14 78,57% Mujeres Edad = 46	MBI	12,2 (10,6) Alto: 14,2%	5,0 (5,5) Alta: 21,4%	45,1 (7,1) Baja: 7,1%	Los niveles altos se encuentran profesionales trabajan má 48 horas semanale A mayor ec menor nive burnout

Prevalencia, factores relacionados y niveles de burnout en enfermeras

Autor, Año, País	Diseño	N Género Edad media	Instrumento de medida de Burnout (Cronbach's α)	M (DT)/ Porcentaje			Principales resultados
				CE	D	RP	
Galindo et al., (2012) Brasil	Transversal	N = 64 92,1% Mujeres Edad = 29	MBI (CE = 0,86 D = 0,69 RP = 0,76)	Bajo: 20,6% Moderado: 30,2% Alto: 49,2%	Baja: 14,3% Moderada: 58,7% Alta: 27%	Baja: 4,8% Moderada: 11,1% Alta: 84,1%	Burnout s correlacio negativame con experien edad y sala La organiza en el servic reduce el rie de burnou
Habadi et al., (2018) Arabia Saudí	Transversal	N = 14	MBI	Alto: 50%	Alta: 14,28%	Baja: 28,57%	El servicio GyO present niveles más l de burnou
Higashiguchi et al., (1999) Japón	Transversal	N = 28	MBI (versión japonesa)	3,48 (1,29)	1,67 (0,72)	3,64 (1,10)	Baja prevale de burnout, altos niveles RP en enferme de GyO
Liu et al., (2018) China	Transversal	N = 93	MBI (CE = 0,83 D = 0,83 RP = 0,81)	-	-	-	Correlacio positiva en burnout y tu rotatorio

Autor, Año, País	Diseño	N Género Edad media	Instrumento de medida de Burnout (Cronbach's α)	M (DT)/ Porcentaje			Principales resultados
				CE	D	RP	
Mizuno et al., (2013) Japón	Transversal	N = 169 Edad = 42,4	ProQOL FEWS	Subescala Compasión-satisfacción = 33 (6,9) Burnout = 26,75 (5,4) Compasión-fatiga = 20,75 (5,65)			Elevada carga emocional GyO Relación en burnout y n. abortos
Naz et al., (2016) Pakistán	Transversal	N = 28	MBI	55,8 (6,7)	29,5 (3,4)	21,8 (4,9)	Alta puntuación de burnout enfermeras GyO en relación servicios de medicina, cirugía neurología psiquiatría
Nguyen et al., (2018) Corea	Transversal	N = 122	MBI (versión coreana) (CE = 0,89 D = 0,77 RP = 0,80)	2,98 (1,00)	2,72 (0,88)	3,77 (0,77)	Alto EE en área médicas pediatría Alto D y me RP en servicio de GyO y pediatría

Prevalencia, factores relacionados y niveles de burnout en enfermeras

Autor, Año, País	Diseño	N Género Edad media	Instrumento de medida de Burnout (Cronbach's α)	M (DT)/ Porcentaje			Principales resultados
				CE	D	RP	
Palmer-Morales et al., (2007) México	Transversal	N = 184	MBI	Bajo: 78,8% Moderado: 16,3% Alto: 4,9%	Baja: 91,85% Moderada: 4,35% Alta: 3,8%	Baja: 75% Moderada: 14,7% Alta: 10,3%	No existe relación entre riesgo de burnout y edad civil, nº de hijos, experiencia
Sun et al., (1996) China	Transversal	N = 273	MBI (CE = 0,87 D = 0,81 RP = 0,84)	25,30 (2,99)	12,93 (1,75)	29,90 (2,65)	GyO presente en niveles elevados de burnout. principal factor el estrés y urgencia relacionada con vida de madre y hijo
Teffo et al., (2018) Sudáfrica	Transversal	N = 73	PRoQOL	Subescala Compasión-satisfacción = 41 (5,7) Burnout = 33 (4,1) Estrés postraumático = 24 (7)			Ambiente laboral positivo aumento la motivación satisfacción burnout se relaciona con años de experiencia

Autor, Año, País	Diseño	N Género Edad media	Instrumento de medida de Burnout (Cronbach's α)	M (DT)/ Porcentaje			Principales resultados
				CE	D	RP	
Yao et al., (2018) China	Transversal	N = 95	MBI	12,0 (5,9)	7,0 (4,7)	10,9 (8,9)	Emergencia de salud mental en pediatría, las enfermeras presentan mayor puntuación de burnout, siendo el GyO la de mayor puntuación.
Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, (2015) Turquía	Transversal	N = 90 100% Mujeres Edad = 35,49	MBI (CE = 0,90 D = 0,77 RP = 0,74)	27,59 (7,27) Alto: 52%	10,00 (3,59) Alta: 50%	30,06 (4,41) Baja: 78%	D se correlaciona negativamente con la edad. Edad, ser mujer soltera son los principales factores relacionados con el síndrome de burnout.

Nota: CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; FEWS = Frankfurt Emotional Work Scale; GR = Grado de recomendación; GyO = Ginecología y Obstetricia; MBI = Maslach Burnout Inventory; NE = Nivel de evidencia; PROQ = Professional Quality of Life; RP = Realización personal.

3.4.1 Dimensiones del síndrome de burnout en área de GyO

Se encuentran altos niveles de CE (Naz, Hashmi, & Asif, 2016; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015), con puntuaciones medias que oscilan entre 27,59 y 55,8. Otros autores (Fontán & Dueñas, 2010; Sun, Ling, Chen, & Shan, 1996; Yao et al., 2018), encuentran niveles medios-bajos, con puntuaciones medias que oscilan entre 12 y 25,3. En cuanto a la prevalencia, del 49,2% al 52% de enfermeras, presentaban altos niveles de CE (Galindo et al., 2012; Habadi et al., 2018; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015), el resto de autores encuentran porcentajes más reducidos, que oscilan entre el 4,9% al 16,3% en alto CE (Beaver, Sharp, & Cotsonis, 1986; Fontán & Dueñas, 2010; Palmer-Morales et al., 2007) (Tabla 3).

Respecto a D, se observan altos niveles con puntuaciones medias de entre 10 y 29,5 (Naz et al., 2016; Sun et al., 1996; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015). Otros autores encuentran puntuaciones medias más bajas de 5 y 7 puntos (Fontán & Dueñas, 2010; Yao et al., 2018). Los porcentajes encontrados muestran niveles altos de D, con rangos que oscilan desde un 3,8% al 50% (Beaver et al., 1986; Galindo et al., 2012; Palmer-Morales et al., 2007; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015).

En el análisis de RP, varios autores refieren bajos niveles, con puntuaciones medias de entre 10,9 a 30,06 (Naz et al., 2016; Sun et al., 1996; Yao et al., 2018; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015), y un único autor encuentra altos niveles de RP con puntuación media de 45,1 (Fontán & Dueñas, 2010). La prevalencia para baja RP oscila entre un 4,8% al 78% (Beaver et al., 1986; Galindo et al., 2012; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015).

Con relación a la puntuación total de síndrome de burnout, un estudio encuentra niveles medios (Teffo, Levin, & Rispel, 2018), mientras otros dos encuentran niveles bajos en enfermeras de GyO, con puntuaciones medias totales de 29,9 y 6,19 (Liu et al., 2018; Yao et al., 2018). La prevalencia de burnout total encontrada fue del 0,55% (Habadi et al., 2018), 6,52% (Palmer-Morales et al., 2007), 13,1% (Nguyen, Kitaoka, Sukigara, & Thai, 2018) y 21,4% (Beaver et al., 1986).

Tabla 3

Prevalencia para alto CE, alta D y baja RP

Estudio	N	% alto CE	% alta D	% baja RP
Beaver et al., 1986	98	16,3	8,2	67,3
Fontán & Dueñas, 2010	14	14,2	21,4	7,1
Galindo et al., 2012	64	49,2	27	4,8
Habadi et al., 2018	14	50	14,28	28,57
Palmer-Morales et al., 2007	184	4,9	3,8	75
Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015	90	52	50	78

Nota: CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP = Realización personal.

3.4.2 Factores relacionados con el síndrome de burnout en servicios de GyO

En cuanto a los factores sociodemográficos, la edad se considera factor protector, observando menor nivel en CE y D en enfermeras de mayor edad (Beaver et al., 1986; Fontán & Dueñas, 2010; Galindo et al., 2012; Sun et al., 1996; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015). Respecto al género, las mujeres presentan mayor CE y D, y menor RP que los hombres (Galindo et al., 2012; Sun et al., 1996; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015). El estado civil también influye, vivir solo reduce la puntuación en RP (Beaver et al.,

1986; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015), así como tener hijos se relaciona con mayor CE y menor RP (Beaver et al., 1986). Sin embargo, dos autores no encuentran significación estadística entre estado civil y número de hijos, en relación con el riesgo de burnout (Higashiguchi et al., 1999; Palmer-Morales et al., 2007).

Con relación a los factores laborales, las jornadas laborales superiores a 48 horas semanales aumentan los niveles de CE, D y reducen RP (Beaver et al., 1986; Fontán & Dueñas, 2010), al igual que los turnos rotatorios y nocturnos (Liu et al., 2018; Naz et al., 2016). Se observa un aumento de CE y D cuanto mayor es el número de pacientes por enfermera (Beaver et al., 1986; Nguyen et al., 2018) y cuanto menor es el número de profesionales y menor es la experiencia (Beaver et al., 1986; Fontán & Dueñas, 2010; Galindo et al., 2012; Higashiguchi et al., 1999). Sin embargo, un estudio no encuentra relación significativa entre burnout, experiencia y turnos nocturnos (Palmer-Morales et al., 2007).

La mala organización también influye de forma negativa, aumentando los niveles en CE y D (Beaver et al., 1986; Habadi et al., 2018). Otro estudio, evidencia fundamentalmente una reducción en RP (Higashiguchi et al., 1999), representada por una baja satisfacción laboral (Teffo et al., 2018), siendo una de las unidades con mayor tasa de abandono de la profesión (Liu et al., 2018). Igualmente, un bajo salario incide en niveles más bajos de RP (Beaver et al., 1986).

Otras variables encontradas fueron el trabajo en zonas rurales o urbanas (Beaver et al., 1986), donde combinar el trabajo en ambas áreas reduce la prevalencia de burnout. Además, el ámbito de trabajo dentro del área de

GyO también influye, siendo el área de atención antes del parto la que presentaba menor RP (Beaver et al., 1986).

Algunos autores (Beaver et al., 1986; Naz et al., 2016; Teffo et al., 2018) estudian la relación entre burnout y las características intrínsecas de esta unidad, tales como alta implicación por parte de los padres, la muerte, el duelo perinatal o asistencia a un gran número de partos o abortos, encontrando relación entre un aumento del riesgo de burnout a mayor número de abortos en el primer trimestre, reduciendo la puntuación de RP (Mizuno, Kinefuchi, Kimura, & Tsuda, 2013).

Por último, en cuanto a los factores psicológicos, se encuentran altos niveles de estrés y ansiedad aumentado la puntuación en las tres dimensiones (Beaver et al., 1986; Liu et al., 2018; Teffo et al., 2018), siendo la prevalencia de depresión baja (2,5%) (Nguyen et al., 2018). Un factor negativo es la violencia verbal, que aumenta los niveles en CE relacionado con estados de estrés crónico (Galindo et al., 2012). No obstante, un 66,4% de las enfermeras percibían un buen estado de salud (Nguyen et al., 2018). Se encuentran mayores niveles de estrés postraumático a mayor edad reduciendo la puntuación en RP (Teffo et al., 2018).

3.4.3 Niveles de burnout en relación con enfermeras de otros servicios

Con relación a la dimensión CE, las áreas encontradas con mayor nivel y prevalencia fueron diálisis, medicina interna y general (Higashiguchi et al., 1999), quirúrgicas (Nguyen et al., 2018), emergencias y pediatría (Yao et al., 2018).

Resultados similares se encuentran en relación a D (Higashiguchi et al., 1999). Un estudio encuentra una alta puntuación en enfermeras de área de pediatría y GyO (Nguyen et al., 2018), aunque otros autores mayores puntuaciones en áreas de emergencias, salud mental y áreas medico-quirúrgicas (Yao et al., 2018).

Por último, para la RP, los resultados son contradictorios. Un artículo muestra que las enfermeras que trabajan en GyO son menos vulnerables a la baja RP (Higashiguchi et al., 1999); otros, sin embargo, observan las menores puntuaciones en RP en dichas áreas seguidas de medicina interna y quirúrgicas (Nguyen et al., 2018; Yao et al., 2018).

Con relación a las tres dimensiones del burnout, las áreas de cuidados intensivos, médicas, quirúrgicas y de emergencias presentaban mayores puntuaciones medias (Habadi et al., 2018), aunque un estudio (Sun et al., 1996) presenta la mayor puntuación en el área GyO, seguida de la quirúrgica, pediátrica y médica. Otros estudios señalan mayor prevalencia en áreas de pediatría, cirugía (Liu et al., 2018), así como salud mental (Yao et al., 2018).

3.4.4 Resultados del meta-análisis

El índice I^2 indica un alto nivel de heterogeneidad con valores de 95,7% (95% IC = 93,6%–96,9%) para CE, 94,6% (95% IC = 91,5%–96,2%) para D y 97% (95% IC = 95,8%–97,7%) para RP.

El análisis estadístico de Egger para evaluar el sesgo de publicación fue de 5,52 con $p = 0,07$ para CE, 4,05 con $p = 0,13$ para D y 0,92 con $p = 0,92$ para RP. No se evidencia la existencia de sesgo de publicación.

En total, 464 enfermeras del área de GyO fueron incluidas en el meta-análisis. En esta muestra, la prevalencia para alto CE fue de 29% (95% IC = 11–52%) (Figura 5), para D los valores fueron de 19% (95% IC = 6–38%) (Figura 6), y para baja RP la prevalencia encontrada fue de 44% (95% IC = 18–71%) (Figura 7).

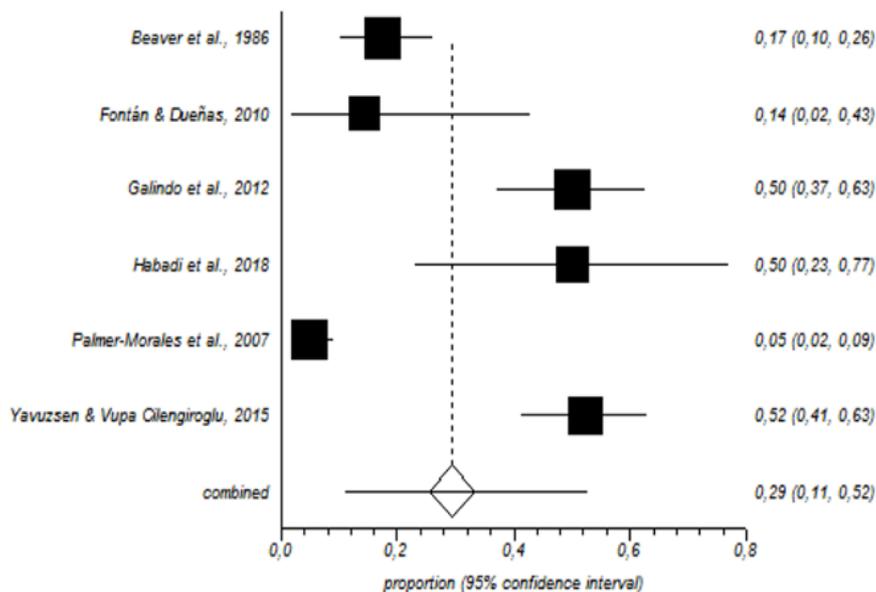


Figura 5. Forest plot para alto cansancio emocional.

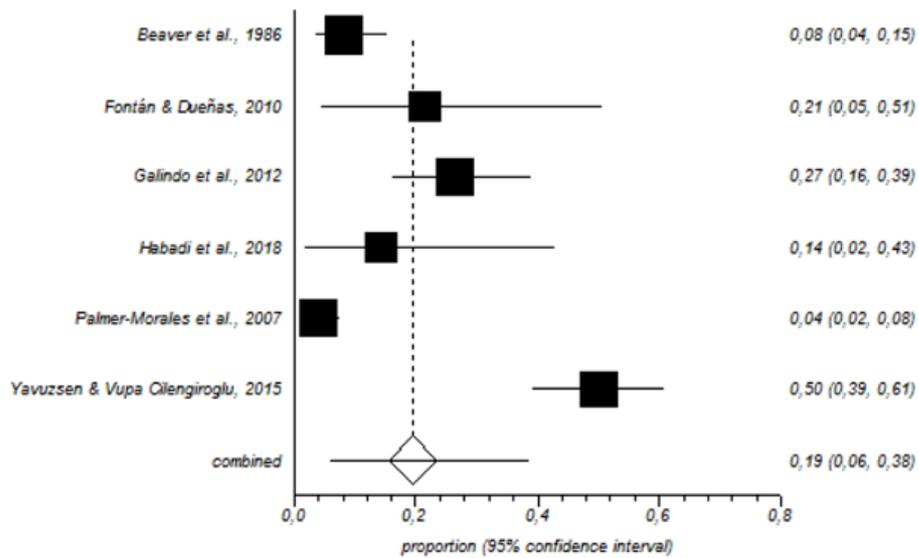


Figura 6. Forest plot para alta despersonalización.

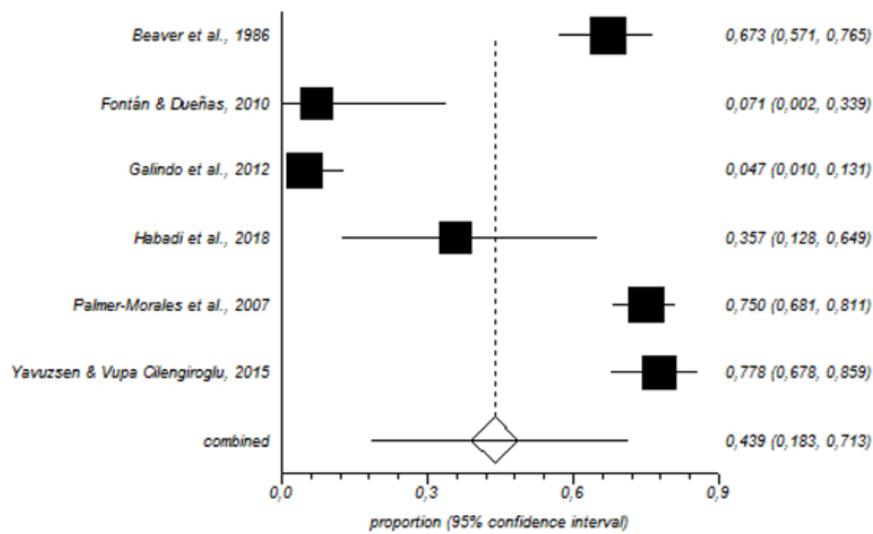


Figura 7. Forest plot para baja realización personal.

3.5 DISCUSIÓN

El propósito de este estudio es analizar la prevalencia, nivel de burnout y los factores relacionados en enfermeras que desarrollan su labor en servicios de GyO, no existiendo desde nuestro conocimiento estudios de meta-análisis previos.

El síndrome de burnout es común en enfermeras de dichas áreas. El análisis muestra una prevalencia para alto CE del 29%, para D del 19% y para baja RP del 44%. Estos resultados son similares en enfermeras de otros servicios como es el área médica, con 31% en CE, 24% en alta D y 38% para baja RP (Molina-Praena et al., 2018), pediatría con prevalencias correspondientes de 31%, 21% y 39% (Pradas-Hernández et al., 2018), atención primaria, con prevalencia de 28%, 15%, 31%, respectivamente (Monsalve-Reyes et al., 2018), y en cuidados críticos y urgencias, con prevalencias del 31%, 36% y 29%, respectivamente (Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017).

Sin embargo, los datos encontrados en otros colectivos del mismo servicio, como ginecólogos, muestran una mayor prevalencia de burnout del 44% al 56,6% (Moradi et al., 2015; Thorsen et al., 2011), siendo del 72% para alto CE, del 43% para alta D, y 74% para baja RP. Otro estudio realizado en residentes de ginecología, describe altos niveles en CE y D en el 50% de la muestra, relacionados con una baja satisfacción profesional e incluso arrepentimiento por la elección de dicha especialidad (Govardhan, Pinelli, & Schnatz, 2012).

Respecto a la relación del síndrome de burnout con las variables sociodemográficas y laborales, al igual que en este estudio, varios autores muestran un alto CE en jóvenes, sin pareja y con menos experiencia (Gabbe, Melville, Mandel, & Walker, 2002) pues presentan menos seguridad y mayor tensión en la toma de decisiones (De la Fuente-Solana, Cañadas, et al., 2019); aunque otros autores encuentran que D se relaciona positivamente con el número de años en la profesión (Thorsen et al., 2011). Otros afirman que ser mujer aumenta el riesgo de burnout (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018; Iorga et al., 2017), aumentando la D por una mayor implicación en los cuidados debido a la doble vertiente madre-enfermera (Kavurmaci et al., 2014). Ser más joven se considera factor de riesgo (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018; Monsalve-Reyes et al., 2018) debido a la incertidumbre y bajas expectativas de progreso laboral (Flinkman et al., 2013). Además, otros estudios afirman que RP se correlaciona negativamente con el número de hijos debido a la sobrecarga en el ámbito laboral y personal (De Souza França et al., 2012; Thorsen et al., 2011), sin embargo, estudios más recientes muestran que tener hijos es un factor protector por tener una vida más plena (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018).

En cuanto a las características organizacionales son factores de riesgo un ambiente laboral negativo (Hildingsson et al., 2013), bajo salario (Rudman, Gustavsson, & Hultell, 2014) y la falta de organización (McAuliffe et al., 2013), que se traduce en una baja satisfacción laboral (Hellyar et al., 2019) y al abandono de la profesión (Heinen et al., 2013; Moloney et al., 2018; Winkel, Robinson, Jones, & Squires, 2019). Además, la reducción del número de profesionales y reorganización de servicios en países desarrollados, debido a la baja tasa de natalidad (Kozhimannil, Hung,

Henning-Smith, Casey, & Prasad, 2018), aumenta el CE y reduce RP (Nowrouzi et al., 2015). Esta falta de recursos en ocasiones no acorde a la demanda asistencial, predispone a una asistencia altamente mecanizada y muy medicalizada donde las competencias de enfermería se reducen (Labrague, McEnroe-Petitte, & Tsaras, 2019), así como la independencia de sus cuidados (Bermúdez-Tamayo et al., 2017). Incluso, los turnos rotatorios y la jornada laboral de 70 horas semanales aumenta el riesgo de burnout reduciendo los niveles de RP (Gabbe et al., 2002), pues aumenta la sobrecarga laboral y por tanto los niveles de estrés (Cañadas-De La Fuente et al., 2016). Algunos autores muestran que la falta de compromiso, motivación o tiempo pueden considerarse un signo de alarma que compromete la calidad asistencial (Campanelli, 2019; Olsen, Bjaalid, & Mikkelsen, 2017).

En cuanto a las variables psicológicas, el estrés y violencia verbal son considerados como principales factores de riesgo (Olsen et al., 2017; Prentice, Gillam, Davis, & Janvier, 2018), relacionados con la alta demanda asistencial, asistencia a gran número de madres y estrecho vínculo creado entre éstas y la enfermera (Elmir et al., 2017). Los síntomas depresivos son comunes en dichos profesionales, encontrando prevalencias del 64% (Gong et al., 2015), lo que puede relacionarse con el alto CE, D y baja RP. Una de las principales características de esta área, es la exposición a situaciones traumáticas donde el 25-35% de las enfermeras que asisten los partos, refiere trastornos de estrés postraumático (Beck, Eaton, & Gable, 2016; Hamama-Raz et al., 2016). Lidar con una posible pérdida y paliar el duelo es un aspecto fundamental en su trabajo diario (Hamama-Raz et al., 2016), por lo que la asistencia a madres que se enfrentan a la muerte perinatal ya

sea de forma natural o mediante la asistencia al aborto, aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de sufrir burnout y posiblemente por ello el área de atención antes del parto presenta menor RP (Blackmore et al., 2011).

Por último, en relación al estado de salud percibido, los niveles elevados de CE se relacionan con una alta prevalencia de alteraciones físicas como lesiones musculoesqueléticas de hasta el 85,5% (Wang et al., 2017). Por ello, muchos autores muestran intervenciones que pueden mejorar la salud física y mental de las enfermeras (Ruotsalainen et al., 2014), reduciendo los niveles de burnout hasta un 30% (Craigie et al., 2016). Estas intervenciones incluyen programas de trabajo en grupos multidisciplinarios, a través del desarrollo de habilidades de comunicación, obteniendo resultados positivos en los niveles de burnout, aumentando la satisfacción laboral y la confianza (Lupo et al., 2013). Con el mismo propósito, los programas de ejercicio físico como yoga, muestran una reducción del nivel de burnout mejorando la calidad del sueño (Cocchiara et al., 2019). También se mostraron beneficios en residentes del área de GyO, reduciendo las cifras de tensión arterial, así como los niveles de burnout al mejorar los hábitos nutricionales (Babbar et al., 2019). Otro tipo de intervenciones son aquellas dirigidas a la mejora de la mejora del compromiso, motivación, aceptación y cambio de comportamiento, como es el entrenamiento mindfulness (Salvarani et al., 2019) con una correlación negativa entre CE, D y positiva con RP. Una breve intervención de ocho semanas, muestra una reducción de hasta el 31% en CE (Montanari, Bowe, Chesak, & Cutshall, 2018), hasta del 17,60% en D (Mealer et al., 2014), e incluso un aumento de los niveles de RP (Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson, 2006).

3.5.1 Limitaciones

Existen pocos artículos con suficientes datos estadísticos para analizar los niveles de burnout en enfermeras de GyO, por lo que el número de estudios incluidos en el meta-análisis es bajo. Además, las muestras de población estudiadas son limitadas y no proporcionan datos sobre el número de enfermeras que han abandonado la profesión. Todos los estudios analizados son de tipo transversal, por ello no se ha podido estudiar el impacto de este colectivo a lo largo del tiempo, sólo se han analizado las asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad. Por último, algunos de los estudios incluidos, presentan una muestra reducida, este hecho se debe tener en cuenta en el análisis de los factores relacionados.

3.6 CONCLUSIONES

Las enfermeras de GyO presentan niveles elevados en CE y D, y bajos en RP, pero debe tenerse en cuenta que, debido a la influencia de las variables laborales de cada país, estos niveles pueden variar.

Algunas variables que pueden tener relación con el desarrollo de burnout en enfermeras de GyO, son ser mujer, joven, inexperta, soltera y tener hijos. Otros factores laborales que influyen de manera negativa son las largas jornadas laborales y la necesidad de atender a un elevado número de pacientes. Un buen liderazgo y una reorganización de los cuidados, dotando de mayor autonomía, así como de un mayor número de profesionales son factores protectores clave ante el desarrollo del burnout.

CAPÍTULO 4.
PREVALENCIA, FACTORES
RELACIONADOS Y NIVELES DE BURNOUT
EN MATRONAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA
Y META-ANÁLISIS

Cómo citar:

Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., Cañadas-De la Fuente, G.A, Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I. (2020). Prevalence, related factors, and levels of burnout among midwives: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Artículo en proceso de revisión.

4.1. RESUMEN

Introducción: el síndrome de burnout en matronas puede repercutir negativamente en su bienestar físico y mental, poniendo en peligro la calidad de los cuidados. Estimar la prevalencia de burnout entre las matronas conlleva importantes implicaciones para la política sanitaria, sin embargo, la prevalencia general es desconocida. **Objetivo:** determinar la prevalencia, niveles y factores relacionados con el burnout en matronas. **Método:** se realizó una revisión sistemática y meta-análisis conforme a las recomendaciones PRISMA. Las bases de datos consultadas fueron: CINAHL, LILACS, Medline, ProQuest, PsycINFO, SciELO y Scopus. **Resultados:** 24 estudios fueron identificados con un total de $n = 4532$ matronas. El meta-análisis con una muestra de $n = 2345$ matronas, indica una prevalencia para alto cansancio emocional del 31%, para alta despersonalización del 16% y para baja realización personal del 26 %. Los principales factores relacionados son la sobrecarga de trabajo, falta de reconocimiento profesional y autonomía. Estar soltero y una menor edad aumentan la vulnerabilidad. Un buen liderazgo y un modelo de continuidad de cuidados son factores protectores. **Conclusiones:** las matronas presentan niveles moderados en cansancio emocional y bajos en realización personal. La mayor parte de los factores encontrados son modificables. Los programas de intervención deben dirigirse hacia la reducción del cansancio emocional y mejora de la realización personal.

Palabras clave: Burnout, Matronas, Meta-análisis, Prevalencia, Revisión Sistemática

4.2 INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios se encuentran continuamente expuestos a factores negativos como gran carga de trabajo, falta de organización, o incluso cambios en los modelos sanitarios (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O'Connor, 2016). Como resultado aparecen alteraciones no solamente a nivel físico, sino también a nivel mental, entre las que destaca el síndrome de burnout (Hunter et al., 2019).

El síndrome de burnout es un trastorno psicológico, que surge en respuesta a la exposición ante una serie de estresores crónicos. Se trata de un concepto tridimensional, caracterizado por cansancio emocional (CE), o agotamiento de recursos emocionales; despersonalización (D), o actitud cínica e indiferente hacia los demás; y baja realización personal (RP), descrita como insatisfacción y baja autoestima (Maslach et al., 2001). Una de las herramientas de medición de burnout más ampliamente utilizadas es el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 2001).

La prevalencia de burnout varía en función de las diferentes unidades asistenciales (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Una de las áreas con mayor demanda asistencial, es GyO, donde realizan su labor las matronas, centrando su actividad en un cuidado continuo durante el embarazo, nacimiento y postparto (Renfrew et al., 2014). Diversos modelos de cuidado se han ido desarrollando, desde los más tradicionales, atendiendo a la mujer exclusivamente en su horario laboral (Cramer & Hunter, 2019), hasta el modelo “*caseload*” centrado en la continuidad de cuidados en pequeños grupos de trabajo, con total disponibilidad horaria en función de las necesidades de la madre (Sandall et al., 2016). Este último modelo, en auge

en la actualidad (Taylor et al., 2019), se basa en la asignación de una matrona durante todo el proceso, creando un vínculo íntimo entre madre y matrona (Fenwick, Sidebotham, Gamble, & Creedy, 2018).

Las características intrínsecas del trabajo de las matronas, las diferencia de otros colectivos sanitarios, tanto por el elevado contacto emocional como por afrontar situaciones muy complejas (Viveiros & Darling, 2019). Además, su vulnerabilidad se relaciona con el descenso de la tasa de natalidad, provocando recortes tanto en plantilla como en competencias, degradando las condiciones laborales (Tuckett, Winters-Chang, Bogossian, & Wood, 2015).

Por ello, no es de extrañar que muchos estudios informen del elevado riesgo de padecer burnout en matronas (Bloxsome et al., 2019), dando lugar a altas tasas de abandono de la profesión, debido a la insatisfacción con la organización de los cuidados, y una baja satisfacción personal y profesional percibida (Harvie et al., 2019; Wright, Matthai, & Budhathoki, 2018). Incluso, se asocia a estados de depresión, falta de concentración, problemas de salud y trastornos de estrés postraumático (Hall et al., 2016; Kerkman et al., 2019). Supone también un riesgo en la calidad asistencial, poniendo en peligro la salud de madre e hijo (Elmir et al., 2017).

Algunos estudios realizados en unidades de GyO incluyen los factores de riesgo y niveles sólo en enfermeras (De la Fuente-Solana, Suleiman-Martos, et al., 2019) o en muestras mixtas (Katsantoni, Zartaloudi, Papageorgiou, Drakopoulou, & Misouridou, 2019; Uchmanowicz et al., 2019), sin incluir a las matronas ni proporcionar datos específicos sobre

dicho grupo. Otros examinan la relación entre burnout y otras variables como depresión o estrés postraumático, pero sin el uso de un instrumento de medición de burnout (Ben-Ezra, Palgi, Walker, Many, & Hamam-Raz, 2014). Incluso algunos estudios centran su interés en el uso de otros instrumentos de medición menos frecuentes (Stoll & Gallagher, 2018; Suleiman-Martos et al., 2020).

Ante la gran heterogeneidad de datos, se realiza este meta-análisis, con el fin de determinar el efecto de cada variable y los niveles de burnout, mediante una escala validada de medición, en este caso el MBI.

Ya que, desde nuestro conocimiento, no existen meta-análisis previos realizados en matronas, el objetivo de este estudio es (a) describir la prevalencia de burnout en matronas, (b) determinar los niveles de burnout, (c) identificar los factores relacionados que pueden influir en el desarrollo del síndrome de burnout en matronas.

4.3 MÉTODO

4.3.1 Estrategia de búsqueda

Se consultaron las siguientes bases de datos: CINAHL, LILACS, Medline, ProQuest, PsycINFO, SciELO y Scopus. Mediante los descriptores MeSH se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda: “burnout AND (midwife OR midwives OR midwifery OR nurse midwife OR nurse midwives)”.

La búsqueda se realizó en febrero de 2020, utilizando la estrategia PICO, donde la población eran matronas y el resultado los niveles, prevalencia o factores asociados al síndrome de burnout.

4.3.2 Criterios de inclusión y selección de estudios

Los estudios debían tener los siguientes criterios de inclusión: (1) estudios cuantitativos primarios, (2) muestra de matronas, (3) uso del MBI como instrumento de medición de burnout, (4) sin restricción por fecha de publicación, (5) idioma español, inglés, francés o portugués.

Se excluyeron los estudios que no estaban relacionados, con muestra de estudiantes, así como aquellos con muestras mixtas que no incluían datos para la categoría de matrona.

Se seleccionaron únicamente aquellos estudios de medición del síndrome de burnout mediante MBI, debido a que es el instrumento de validación más aceptado a nivel internacional y porque la inclusión de estudios con otros instrumentos de medición no permitiría una integración de resultados debido a diferentes puntuaciones.

Para el proceso de selección de artículos, primero dos autores revisaron de forma independiente título y resumen. En segundo lugar, se revisaron los artículos a texto completo. Se consultó a un tercer autor en caso de desacuerdo. La revisión sistemática y meta-análisis se realizó siguiendo las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al., 2015).

4.3.3 Extracción de datos

Las variables fueron registradas por dos autores de forma independiente utilizando un manual de codificación de datos. La siguiente información de cada estudio fue recogida: (1) primer autor, (2) año de publicación, (3) país, (4) tipo de estudio, (5) coeficiente de fiabilidad estimado (MBI), (6) tamaño muestral, (7) tipo de muestreo (conveniencia/ aleatorio), (8) niveles de burnout (media, desviación estándar), (9) porcentaje de burnout, (10) factores relacionados sociodemográficos, laborales o psicológicos (Tabla 4 y 5).

En el caso del instrumento MBI se indicó (si la información se encontraba disponible) la versión usada: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigida a profesionales sanitarios; o Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), dirigida a cualquier tipo de profesional, ambas presentan la misma estructura con la misma puntuación de corte (Maslach et al., 2001).

La fiabilidad en la codificación se calculó por el coeficiente de correlación intraclase con un valor medio de 0,96 (mínimo = 0,92; máximo = 1), y el coeficiente de Kappa de Cohen con un valor medio de 0,93 (mínimo = 0,92; máximo = 1).

4.3.4 Evaluación de la calidad y riesgo de sesgo

El riesgo de sesgo se evaluó con las directrices de “Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology” (STROBE) (Sanderson, Tatt, & Higgins, 2007). Siendo los ítems evaluados el sesgo a

nivel de métodos de selección, medición de variables de estudio, sesgo específico de diseño, control de variables de confusión y sesgo de método estadístico.

Además, se utilizó una segunda herramienta de evaluación de calidad, en este caso concreto para analizar el nivel de evidencia siguiendo las recomendaciones de Oxford Center for Evidence-Based Medicine (Howick et al., 2011) (Tabla 4).

El riesgo de sesgo y la evaluación de la calidad de cada estudio se llevó a cabo por dos de los autores, incluyendo en una tabla los datos característicos y siendo verificado por otros dos autores.

4.3.5 Síntesis de datos y análisis estadístico

Se realizaron tres meta-análisis usando un modelo de efectos aleatorios para las 3 dimensiones del burnout (alto CE, alta D y baja RP), analizando la prevalencia, así como los intervalos de confianza para cada dimensión. Se utilizó el programa estadístico StatsDirect (versión 3, StatsDirect Ltd., Cambridge, Inglaterra).

Para el análisis de la heterogeneidad, los datos se agruparon utilizando el I^2 (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003), siendo los valores de I^2 de baja (25%), moderada (50%) o alta (75%) heterogeneidad. La posibilidad de sesgo de publicación se evaluó estadísticamente mediante la prueba de Egger.

4.4 RESULTADOS

Se encontraron un total de 2394 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 24 artículos fueron seleccionados. El proceso de selección de estudios se representa en la Figura 8.

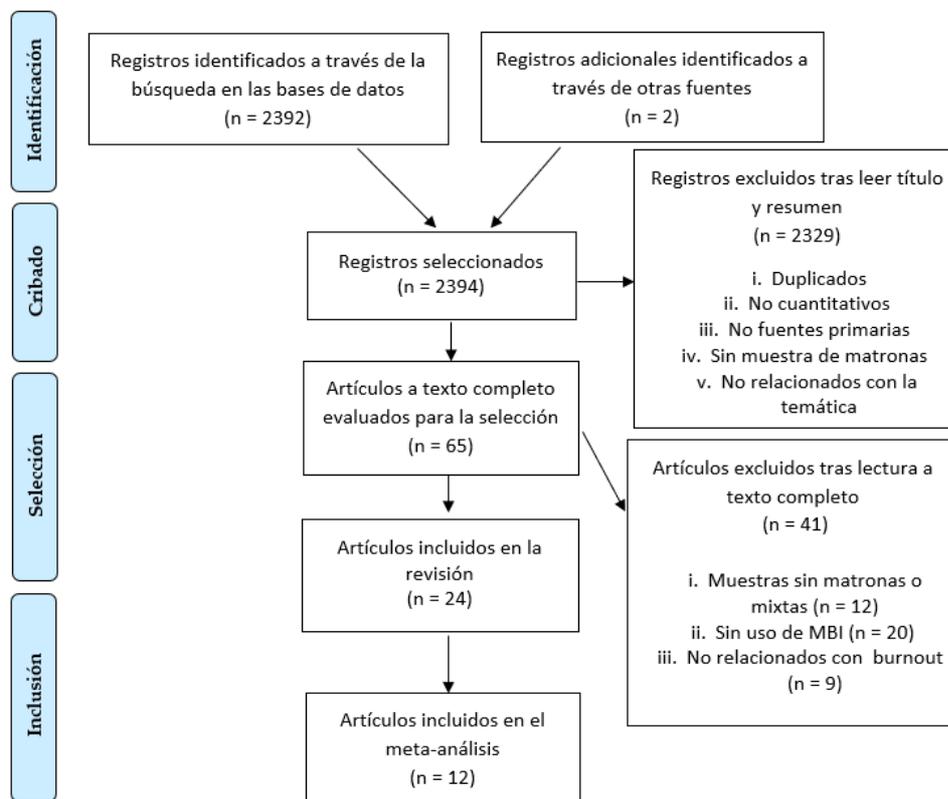


Figura 8. Diagrama de flujo de los estudios incluidos.

4.4.1. Características de los estudios

La muestra total fue de $n = 4532$ matronas. El estudio más antiguo data de 1996 (Bakker et al., 1996) y el más reciente de 2019 (O’Riordan, O’Donoghue, & McNamara, 2019; Sheehy, Smith, Gray, & Homer, 2019).

Todos los artículos fueron transversales, salvo dos longitudinales (Rouleau, Fournier, Philibert, Mbengue, & Dumont, 2012; Sheehy et al., 2019) y uno de cohortes (O’Riordan et al., 2019). La mayoría de estudios se realizaron en Reino Unido (Sandall, 1998; Sheen, Spiby, & Slade, 2015; Slade, Sheen, Collinge, Butters, & Spiby, 2018; Yoshida & Sandall, 2013), seguidos de Japón (Akizuki & Fujimura, 2007; Kawauchi, Inoue, & Ohashi, 2017; Oe, Ishida, Favrod, Martin-Soelch, & Horsch, 2018), Turquía (Alparslan & Doganer, 2009; Cagan & Gunay, 2015; Oncel, Ozer, & Efe, 2007) y España (Blas Robledo, 2013; Cabello Alcalá et al., 2017; Fontán & Dueñas, 2010). La mayor parte de los artículos (n = 21) utilizaron un muestreo por conveniencia siendo el resto aleatorizado (n = 3). La fiabilidad de medida de los cuestionarios (Cronbach α) fue estimada en 14 artículos, con un rango de entre 0,60-0,92 para MBI, siendo valores aceptables (Tabla 4). Ningún artículo presentaba sesgo metodológico.

Tabla 4

Características de los estudios incluidos

Autor, Año, País	Diseño, método de muestreo, muestra	Instrumento (Cronbach's α)	M (DT)	Principales
Akizuki & Fujimura, 2007 Japón	Transversal Muestra por conveniencia N = 708	MBI	CE = 15,67 (4,50) D = 11,89 (4,32) RP = 20,61 (4,30)	CE y D están relacionados con las horas de trabajo
Alparslan & Doganer, 2009 Turquía	Transversal Muestra por conveniencia N = 147	MBI (CE = 0,83 D = 0,72 RP = 0,67)	CE = 17,40 (0,49) D = 5,04 (0,26) RP = 20,82 (0,32)	La edad está relacionada con los turnos nocturnos
Bakker et al., 1996 Alemania	Transversal Muestra por conveniencia N = 200	MBI (CE = 0,88 D = 0,74 RP = 0,74)	CE = 19,9 (8,2) D = 6,4 (3,7) RP = 33,4 (4,1)	<u>Carga de trabajo</u> Horas de trabajo CE: $\beta =$ D: $\beta =$ RP: $\beta =$ Partos CE: $\beta =$ D: $\beta =$ RP: $\beta =$ <u>Capacidad de afrontamiento</u> Experiencia CE: $\beta =$ D: $\beta =$ RP: $\beta =$ Soportar CE: $\beta =$ D: $\beta =$ RP: $\beta =$

Autor, Año, País	Diseño, método de muestreo, muestra	Instrumento (Cronbach's α)	M (DT)	Principales
				Estilo de afrontamiento CE: β D: β RP: β
Banovicinova & Baskova, 2014 Eslovaquia	Transversal Muestra por conveniencia N = 100	MBI	CE = 24,25 (9,78) D = 19,64 (5,37) RP = 14,78 (7,57)	Sobrecarga de trabajo CE (r) = 0,32 RP (r) = 0,28 Conflictos con la familia CE (r) = 0,25 Problemas con los pacientes CE (r) = 0,22 RP (r) = 0,18 Demandas de los pacientes CE (r) = 0,21
Blas Robledo, 2013 España	Transversal Muestra por conveniencia N = 43	MBI	CE = 17,20 (10,3) D = 6,32 (4,70) RP = 38,65 (6,68)	Trabajos excesivos D: mayor puntuación RP: menor puntuación
Cabello Alcalá et al., 2017 España	Transversal Muestra por conveniencia N = 68	MBI-HSS	CE = 15,38 (9,51) D = 3,26 (3,74) RP = 39,28 (8,33)	Trabajo por turnos CE: menor en turnos nocturnos relación a turnos Distancia entre turnos CE: mayor puntuación en turnos Empleo mixto (part-time) D: mayores niveles de estrés
Cagan & Gunay, 2015 Turquía	Transversal Muestra por conveniencia N = 126	MBI	CE = 23,50 D = 24 RP = 23	No existe correlación entre el género con los niveles de estrés

Prevalencia, factores relacionados y niveles de burnout en matronas

Autor, Año, País	Diseño, método de muestreo, muestra	Instrumento (Cronbach's α)	M (DT)	Principales
Esfahani et al., 2012 Irán	Transversal Muestra por conveniencia N = 193	MBI	CE = 15,3 (9,9) D = 5,4 (4,8) RP = 39,7 (6,3)	CE y D: may ($r = -0,06$, $r = -0,1$) RP: menor en j
Favrod et al., 2018 Suiza	Transversal Muestra por conveniencia N = 120	MBI (CE = 0,87 D = 0,64 RP = 0,68)	CE = 20,7 (8,7) D = 4,8 (3,8) RP = 32,9 (4,1)	Factores de riesgo rela trabajo, autocuidado do
Fontán & Dueñas, 2010 España	Transversal Muestra por conveniencia N = 11	MBI	CE = 22,6 (12,2) D = 7,0 (7,1) RP = 39,7 (8,7)	Correlación negativa Un mayor nº de h relacionado con un n
Geuens et al., 2015 Bélgica	Transversal Muestra por conveniencia N = 192	MBI-HSS (CE = 0,83 D = 0,68 RP = 0,75)	–	Relación entre perso niveles e
Kalicińska et al., 2012 Polonia	Transversal Muestra por conveniencia N = 59	MBI (CE = 0,85 D = 0,60 RP = 0,76)	CE = 23,59 (11,03) D = 7,10 (5,74) RP = 21,15 (11,10)	El liderazgo y el ap compañeros de trabajo C
Kawauchi et al., 2017 Japón	Transversal Muestra por conveniencia N = 96	MBI-GS Versión japonesa (CE = 0,85 D = 0,81 RP = 0,87)	CE = 3,01 (1,21) D = 1,69 (1,12) RP = 2,52 (1,14)	<u>Sobrecarga</u> D (OR, 2,01; 95 Eficacia profesional 1,12- Un buen liderazgo e eficiencia y
Lipienné et al., 2014 Hungría	Transversal Muestra por conveniencia N = 223	MBI	–	Ninguna de las dimen D y RP) se relac

Autor, Año, País	Diseño, método de muestreo, muestra	Instrumento (Cronbach's α)	M (DT)	Principales
Mollart et al., 2013 Australia	Transversal Muestra por conveniencia N = 56	MBI-HSS (CE = 0,92 D = 0,74 RP = 0,67)	CE = 20,23 (11,19) D = 4,98 (4,82) RP = 34,50 (7,52)	Correlación positiva El turno nocturno fij baj
O'Riordan et al., 2019 Irlanda	Cohortes Muestra por conveniencia N = 69	MBI (CE = 0,90 D = 0,76 RP = 0,76)	CE = 26,05 (9,79) D = 5,52 (4,86) RP = 37,27 (5,82)	Altos niveles de burn
Oe et al., 2018 Japón y Suiza ^a	Transversal Muestra por conveniencia n1 Japón = 51 n2 Suiza = 119	MBI (n1/n2 CE = 0,85/0,85 D = 0,76/0,67 RP = 0,83/0,66)	CE n1 = 20,1 (9,9) n2 = 20,7 (8,7) D n1 = 3,2 (3,7) n2 = 4,8 (3,8) RP n1 = 29,7 (9,5) n2 = 32,9 (4,8)	RP se relacion Correlación negativa estrés pos
Oncel et al., 2007 Turquía	Transversal Muestra por conveniencia N = 325	MBI (CE = 0,85 D = 0,78 RP = 0,74)	CE = 13,9 (6,9) D = 3,4 (4,0) RP = 20,0 (3,9)	La experiencia se corr con C
Rouleau et al., 2012 Senegal	Longitudinal Muestra por conveniencia N = 185	MBI (CE = 0,90 D = 0,79 RP = 0,71)	CE = 35,4 (9,6) D = 11,4 (6,1) RP = 39,7 (4,8)	Remune CE (r Carga de CE (r Adminis CE (r
Sandall, 1998 Reino Unido	Transversal Muestra aleatoria N = 716	MBI (CE = 0,80 D = 0,69 RP = 0,74)	CE = 21 (9,37) D = 4 (4,04) RP = 37 (6,71)	La autonomía y la sa factores protectores d

Prevalencia, factores relacionados y niveles de burnout en matronas

Autor, Año, País	Diseño, método de muestreo, muestra	Instrumento (Cronbach's α)	M (DT)	Principales
Sheehy et al., 2019 Australia	Longitudinal Muestra por conveniencia N = 59	MBI-HSS	CE = 18,4 (10,5) D = 4,05 (5,5) RP = 40,3 (8,6)	Un modelo de co autonomía reduc
Sheen et al., 2015 Reino Unido	Transversal Muestra aleatoria N = 385	MBI-HSS (CE = 0,9 D = 0,69 RP = 0,73)	CE = 23,81 (11,49) D = 3,84 (4,05) RP = 38,94 (5,86)	<u>Síntomas de estr</u> CE: alta asociac D: baja asociac RP: sin asociac <u>Autoestrin</u> CE: β D: β RP: β
Slade et al., 2018 Reino Unido	Transversal Muestra por conveniencia N = 153	MBI-HSS	CE = 23,20 (11,70) D = 4,60 (4,38) RP = 35,65 (8,04)	En total, el 89% de la un evento traumá
Yoshida & Sandall, 2013 Reino Unido	Transversal Muestra por conveniencia N = 128	MBI (CE = 0,80 D = 0,69 RP = 0,74)	CE = 32,9 (9,70) D = 9,1 (4,35) RP = 45,8 (5,97)	El burnout se correlac el nº de hor La autonomía y un factores p

Nota: CE = Cansancio emocional; D = Despersonalización; MBI = Maslach Burnout Inventory; MBI-GS = Maslach Burnout Inventory-General Survey; MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey; OCEBM = Nivel de evidencia de Oxford Centre for Evidence Based Medicine; RP = Realización personal; WAS = World Assumptions Scale.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

^a Dos muestras presentes

4.4.2 Prevalencia y niveles medios de burnout

Existe una gran variabilidad en las puntuaciones medias del MBI y prevalencia de bajo, medio y alto nivel de burnout en las tres dimensiones (Tablas 4 y 5).

Para CE, destacan niveles moderados con prevalencias del 16,2% (Cabello Alcalá et al., 2017) al 54,6% (Favrod et al., 2018), seguido de niveles bajos en CE del 24% (Lipienné, Dió, & Mészáros, 2014) al 63,2% (Cabello Alcalá et al., 2017). Dos autores reflejan niveles altos en CE (Rouleau et al., 2012; Yoshida & Sandall, 2013) con prevalencias de entre el 9,3% (Esfahani et al., 2012) al 80% (Rouleau et al., 2012).

Respecto a D, los resultados son dispares. La mayor parte de estudios presentan niveles bajos del 45% (Lipienné et al., 2014) al 74,6% (Sheen et al., 2015). Otros autores muestran niveles moderados del 14,5% (Sheen et al., 2015) al 35,3% (Favrod et al., 2018). Los niveles altos se relacionan con prevalencias del 6,5% (Slade et al., 2018) al 57,8% (Rouleau et al., 2012).

Para baja RP, predominan niveles bajos, con prevalencias de entre el 5% (Geuens, Leemans, Bogaerts, Van Bogaert, & Franck, 2015; Sandall, 1998) al 56,3% (Favrod et al., 2018), sin embargo, algunos autores muestran niveles elevados del 6,7% (Favrod et al., 2018) al 58% (Esfahani et al., 2012). Respecto a los niveles medios, las prevalencias se sitúan entre el 23,3% (Esfahani et al., 2012) al 37% (Favrod et al., 2018).

Tabla 5

Prevalencia de burnout en las dimensiones del MBI en matronas

Estudio	n	CE%			D%			RP%		
		A	M	B	A	M	B	A	M	B
Blas Robledo, 2013	43	18,60	-	-	20,93	-	-	-	-	18,60
Cabello Alcalá et al., 2017	68	20,6	16,2	63,2	10,3	-	-	-	-	25
Esfahani et al., 2012	193	9,3	32,6	58	14,5	19,7	65,8	58	23,3	18,7
Favrod et al., 2018	120	10,1	54,6	35,3	1,7	35,3	63	6,7	37	56,3
Fontán & Dueñas, 2010	11	36,3	-	-	18,1	-	-	-	-	27,2
Geuens et al., 2015	192	30	-	-	14	-	-	-	-	5
Lipienné et al., 2014	223	36	40	24	23	32	45	33	26	48
Mollart et al., 2013	56	60,7	-	-	30,3	-	-	-	-	30,3
Rouleau et al., 2012	185	80	-	-	57,8	-	-	-	-	12,4
Sandall, 1998	716	26	-	-	-	-	-	-	-	5
Sheen et al., 2015	385	39,9	28,1	32	3,8	14,5	74,6	10,2	30,2	52,7
Slade et al., 2018	153	38,6	26,8	34,6	6,5	23,5	69,9	43,8	28,8	27,5

Nota: A = Alto; B = Bajo; CE = Cansancio emocional; D = Despersonalización; M = Medio; RP = Realización personal.

4.4.3 Factores relacionados con el burnout

Como factores sociodemográficos, las matronas más jóvenes presentaban mayor nivel de burnout (Bakker et al., 1996; Esfahani et al., 2012; Fontán & Dueñas, 2010; Mollart et al., 2013) y vivir en pareja juega un papel protector (Akizuki & Fujimura, 2007; Oe et al., 2018). Además no se encuentra relación entre tener hijos y la presencia de burnout (Alparslan & Doganer, 2009; Blas Robledo, 2013; Esfahani et al., 2012).

Entre los factores laborales, el burnout se asocia a la falta de recursos y plantilla (Banovcinova & Baskova, 2014; Cabello Alcalá et al., 2017), bajo salario y falta de reconocimiento laboral (Cabello Alcalá et al., 2017; Cagan & Gunay, 2015; Rouleau et al., 2012), mala percepción de liderazgo (Blas Robledo, 2013; Kawauchi et al., 2017), mal ambiente laboral (Banovcinova & Baskova, 2014; Cabello Alcalá et al., 2017; Kalicińska, Chylińska, & Wilczek-Rózycka, 2012; Rouleau et al., 2012), y alta presión laboral y familiar (Cabello Alcalá et al., 2017; Kawauchi et al., 2017). Varios autores afirman que estos factores se relacionan con la alta tasa de abandono de la profesión, encontrando porcentajes que oscilan entre el 20% al 58,9% (Oncel et al., 2007; Rouleau et al., 2012).

Respecto a la jornada laboral, un mayor número de horas aumenta los niveles de burnout, reduciendo RP (Akizuki & Fujimura, 2007; Bakker et al., 1996; Fontán & Dueñas, 2010; Yoshida & Sandall, 2013). Sin embargo, otros observan que los turnos de 24 horas se asocian con menor riesgo de burnout que los de 12 horas (Sandall, 1998). Los turnos fijos de noche y

rotatorios aumentan los niveles de burnout (Akizuki & Fujimura, 2007; Alparslan & Doganer, 2009; Mollart et al., 2013).

La autonomía se considera como principal factor protector (Banovcinova & Baskova, 2014; Cabello Alcalá et al., 2017; Oncel et al., 2007; Sandall, 1998; Sheehy et al., 2019; Yoshida & Sandall, 2013), aunque también se destaca la importancia del trabajo en equipo (Favrod et al., 2018). Una adecuada organización (Favrod et al., 2018; Yoshida & Sandall, 2013) y mayor experiencia (Akizuki & Fujimura, 2007; Oncel et al., 2007; Sandall, 1998) reducen el riesgo de burnout.

Trabajar en el modelo “*caseload*”, se asocia con menor riesgo de burnout (Bakker et al., 1996; Blas Robledo, 2013), debido a la libertad e independencia de los cuidados, toma de decisiones y buen ambiente laboral (Sandall, 1998; Yoshida & Sandall, 2013).

Entre los factores psicológicos, la satisfacción en el trabajo se considera un factor protector (Rouleau et al., 2012; Sandall, 1998; Yoshida & Sandall, 2013). Otros factores son los niveles elevados de ansiedad y estrés postraumático que afecta a entre un 5%-89% de matronas (Favrod et al., 2018; Sheen et al., 2015; Slade et al., 2018) vinculado a situaciones como muerte y el duelo perinatal (Favrod et al., 2018; Yoshida & Sandall, 2013).

Con relación al tipo de personalidad, un perfil empático aumenta la vulnerabilidad (Sheen et al., 2015), aunque otros autores muestran que el perfil dominante se asocia con mayores niveles (Geuens et al., 2015).

4.4.4 Resultados del meta-análisis

En total n = 2345 matronas fueron incluidas en este meta-análisis. La regresión lineal de Egger fue no significativa en las tres dimensiones (p>0,05), lo que indica ausencia de sesgo de publicación. En cuanto al análisis de la heterogeneidad de los estudios, el índice I² fue para alto CE de 96,9% (95% IC = 96-97,4%), para alta D de 96,7% (95% IC = 95,8-97,4%) y para baja RP de 98% (95% IC = 97,6-98,3%).

La prevalencia obtenida tras el meta-análisis para alto CE fue del 31% (95% IC = 20-43%), para alta D del 16% (95% IC = 7-27%), y para baja RP del 26% (95% IC = 14-40%). Los forest plots se muestran en las Figuras 9, 10 y 11.

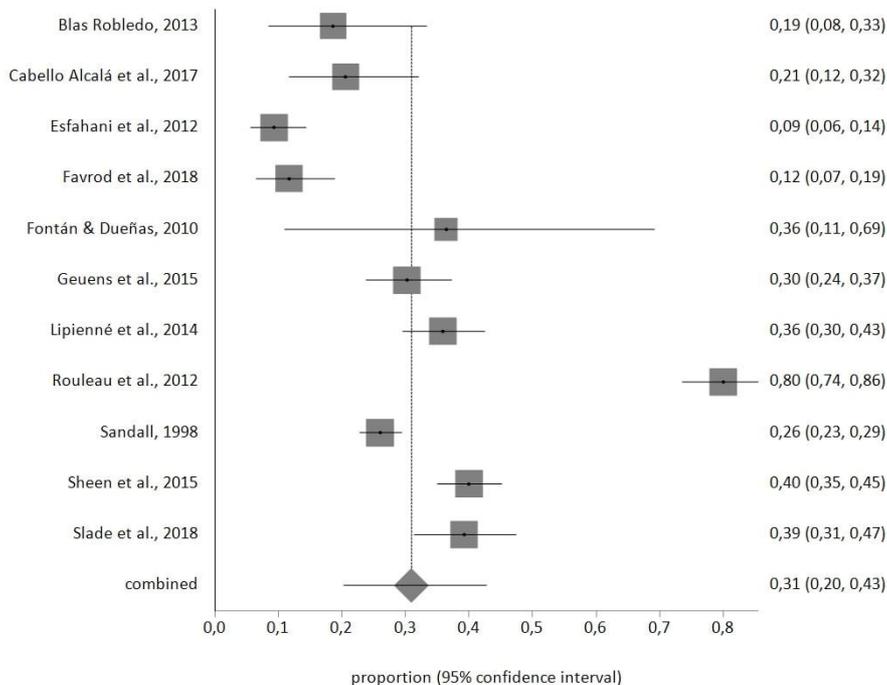


Figura 9. Forest plot para elevado cansancio emocional.

Prevalencia, factores relacionados y niveles de burnout en matronas

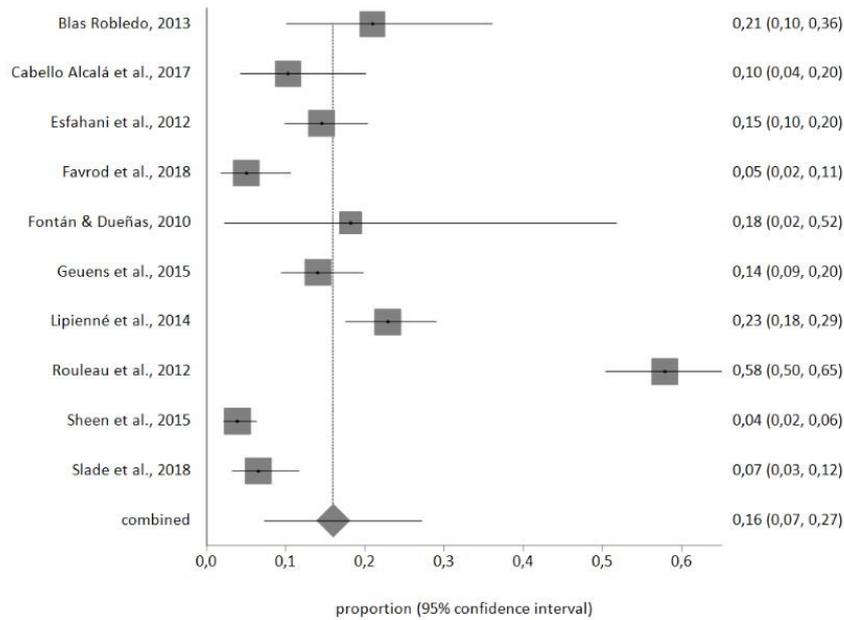


Figura 10. Forest plot para elevada despersonalización.

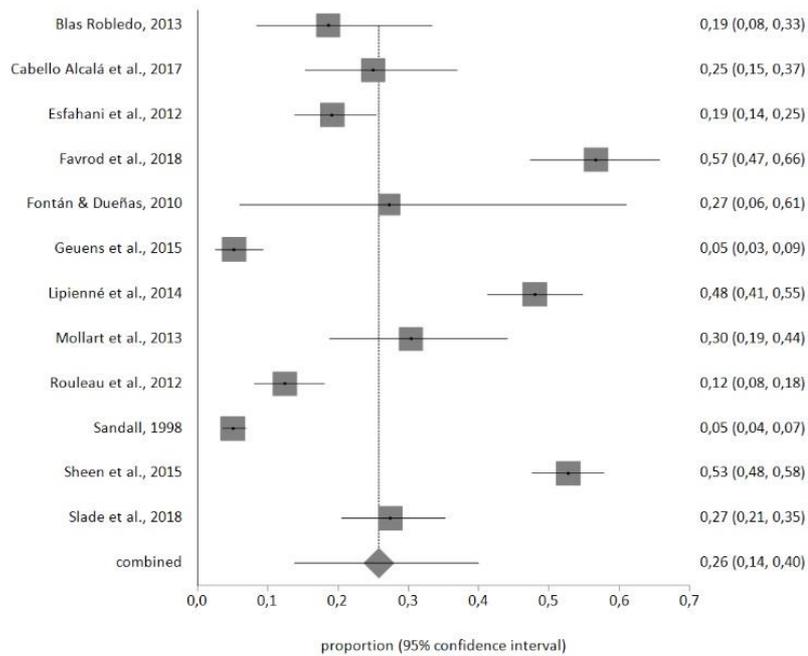


Figura 11. Forest plot para baja realización personal.

4.5 DISCUSIÓN

El propósito de esta revisión sistemática y meta-análisis fue analizar los niveles y la prevalencia de burnout en matronas que desarrollan su labor en cualquier ámbito asistencial, así como los factores relacionados que pueden influir en el desarrollo del síndrome. Se encuentra que un alto porcentaje de matronas presenta al menos dos de las dimensiones alteradas (CE y RP). El meta-análisis revela una prevalencia del 31% para alto CE, del 16% para alta D, y para baja RP del 26%.

Estos resultados son similares a estudios realizados en enfermeras de unidades de GyO, aunque la baja RP resultó ser más elevada (De La Fuente-Solana, Suleiman-Martos et al., 2019). Sin embargo, en matronas residentes, la prevalencia de burnout es superior, de hasta un 50% (Beaumont, Durkin, Hollins Martin, & Carson, 2016). Esto puede deberse a que la experiencia constituye un factor protector, dotando de mayores estrategias de afrontamiento y reduciendo los niveles de estrés (Cull, Hunter, Henley, Fenwick, & Sidebotham, 2020).

Los niveles moderados en CE se relacionan con una elevada demanda asistencial (Viveiros & Darling, 2019). Varios autores encuentran una organización caótica y una masificación en las salas de partos que conlleva cortas estancias hospitalarias dificultando el seguimiento y control de posibles complicaciones (Hunter et al., 2019). Además, el trabajo por turnos aumenta el riesgo, posiblemente debido a la incompatibilidad personal y laboral (Stoll & Gallagher, 2018) o alteraciones del ciclo circadiano (Arbour et al., 2019).

Existen bajos niveles en D que pueden estar relacionados con una alta motivación (Jarosova et al., 2017). Sin embargo, la presencia crónica de factores negativos, como falta de tiempo, puede aumentar los niveles en D, y reducir el apoyo emocional hacia la madre en el trabajo de parto y cuidados postparto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017). Por ello, el modelo “*caseload*” apuesta por la continuidad de cuidados. Trabajar bajo este modelo se asocia con un menor riesgo de burnout al desarrollar su labor fuera de un entorno hermético (Fenwick, Sidebotham, et al., 2018). A pesar de que un mayor número de horas se relaciona con mayores niveles de burnout, lo cierto es que las matronas bajo el modelo “*caseload*” están disponibles 24 horas, presentando niveles más bajos, posiblemente gracias a la flexibilidad horaria, mayor independencia y satisfacción laboral (Newton, McLachlan, Forster, & Willis, 2016).

La baja RP se relaciona con la alta tasa de abandono de la profesión. Más de un tercio de las matronas dejaría su trabajo debido a la falta de recursos y plantilla, escaso reconocimiento profesional y económico, mal ambiente laboral y exposición a eventos traumáticos (Cramer & Hunter, 2019; Hildingsson & Fenwick, 2015; Thumm & Flynn, 2018). Aunque otros autores encuentran que el impacto del trabajo sobre la vida familiar era la principal causa, seguido de la preocupación por sufrir problemas mentales (Stoll & Gallagher, 2018). A pesar de ello, varios estudios muestran una adecuada satisfacción laboral de entre un 41% al 60% (Fenwick, Sidebotham, et al., 2018; Newton et al., 2016) aunque un 53,2% cree sentirse vulnerable al burnout (Favrod et al., 2018).

La autonomía es un factor protector clave, ya que el 75% de las matronas exponen que la calidad de vida aumenta conforme aumenta su

independencia (Hildingsson & Fenwick, 2015). Aunque la labor de las matronas es la asistencia al parto sin complicaciones, se considera que la medicalización del parto puede restringir su autonomía, reduciendo los niveles en RP (Van Hecke et al., 2019).

Los factores sociodemográficos muestran que una menor edad, estar soltero y ser hombre, se consideran como perfil de riesgo (Hunter et al., 2019). Una menor edad aumenta los niveles en D, debido quizás a una mayor implicación en el desarrollo de habilidades prácticas descuidando el contacto emocional con la mujer (Henriksen & Lukasse, 2016; Hildingsson & Fenwick, 2015). La familia ejerce un papel protector (Schluter, Turner, Huntington, Bain, & McClure, 2011). Por otro lado, algunos autores afirman que tener hijos aumenta el riesgo de burnout y reduce calidad de vida (Hildingsson & Fenwick, 2015).

Otro aspecto a considerar es el tipo de personalidad. Algunos autores destacan la importancia de la empatía y autoeficacia como factor protector (Hildingsson & Fenwick, 2015). Pero, aunque el 67,4% de las matronas consideran tener buenas habilidades y destrezas en el trabajo, un 75% afirma que se enfrentan a altos niveles de ansiedad (Knezevic et al., 2011), y hasta un 58% presentan niveles severos de estrés (Pezaro, Clyne, Turner, Fulton, & Gerada, 2016), muy superiores a los encontrados en esta revisión (26,9%) (Favrod et al., 2018). Los niveles de estrés postraumático y depresión, son similares a otros estudios y se relacionan con la exposición a eventos traumáticos como la muerte neonatal (Leinweber & Rowe, 2010).

Un buen liderazgo y dotar de mayor autonomía son dos estrategias clave de prevención para reducir el impacto de burnout (Van Hecke et al., 2019). Además, existen múltiples intervenciones para prevenir o reducir los niveles de burnout a través de técnicas de reaprendizaje cognitivo y relajación que parecen ser eficaces (Ruotsalainen et al., 2014; Suleiman-Martos et al., 2020; Wright, Matthai, & Warren, 2017).

4.5.1 Limitaciones

Desde nuestro conocimiento no existen estudios meta-analíticos que comparen la prevalencia, niveles y factores relacionados con el burnout en matronas, analizando los diferentes modelos de cuidados existentes. En esta revisión, la prevalencia de las tres dimensiones del burnout (CE, D y RP) es heterogénea. Esto puede ser debido a que las muestras corresponden a diferentes países, donde existen diferentes características en la cultura de los cuidados, así como en la organización de los sistemas públicos (Munabi-Babigumira, Glenton, Lewin, Fretheim, & Nabudere, 2017). Además, la adaptación del MBI a los diferentes países e idiomas estudiados puede influir en la relación entre los niveles y factores relacionados con el síndrome de burnout (Vargas et al., 2014).

Al ser los estudios de tipo transversal, es difícil establecer una relación causa-efecto. Igualmente, un muestreo por conveniencia puede aumentar el riesgo de sesgo de selección, que se traduce en una muestra menos representativa de la población de estudio (Higgins et al., 2003).

4.6 CONCLUSIONES

Las matronas son vulnerables al síndrome de burnout. El elevado CE y baja RP son las dos dimensiones más afectadas. Una menor edad y estar soltero se relaciona con mayores niveles de burnout. Varios factores como la elevada demanda asistencial, poco reconocimiento profesional y turnos rotatorios, se relacionan con una mayor predisposición a desarrollar este síndrome. Promover la independencia y autonomía en los cuidados, así como modelos centrados en la continuidad de los cuidados, son factores protectores. Desarrollar estrategias de liderazgo y reorganización de los modelos de asistencia sanitaria, incrementa la satisfacción laboral reduciendo el burnout, lo que genera un impacto positivo sobre mujeres y matronas.

CAPÍTULO 5.

**PREVALENCIA Y PREDICTORES DE
BURNOUT EN MATRONAS: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS**



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



Certificate of publication for the article titled:

Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis

Authored by:

Nora Suleiman-Martos; Luis Albendín-García; José L. Gómez-Urquiza; Keyla Vargas-Román; Lucía Ramírez-Baena; Elena Ortega-Campos;
Emilia I. De La Fuente-Solana

Published in:

Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, Volume 17, Issue 2, 641

Cómo citar:

Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J.L., Vargas-Román, K., Ramírez-Baena, L., Ortega-Campos, E., De la Fuente-Solana, E.I. (2019). Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), E641. doi:10.3390/ijerph17020641

5.1 RESUMEN

Introducción: la prevalencia de burnout en matronas ha sido escasamente estudiada. En vista de su impacto negativo sobre la salud física y mental, así como la calidad de los cuidados, cifras de absentismo laboral y baja por enfermedad, es necesario identificar los factores relacionados. **Objetivo:** determinar la prevalencia, niveles y factores relacionados con el burnout en matronas, mediante medición con el Copenhagen Burnout Inventory. **Método:** se llevó a cabo una revisión sistemática y meta-análisis en CINAHL, LILACS, ProQuest, PsycINFO, PubMed, SciELO y Scopus, con la siguiente ecuación de búsqueda “burnout AND (midwife OR midwives OR nurses midwives)”. **Resultados:** se encontraron 14 artículos con un total de 8959 matronas. La prevalencia obtenida fue del 50% para burnout personal, 40% para burnout laboral, y 10% para burnout relacionado con el paciente. La edad, poca experiencia y vivir solo, constituyen los principales factores relacionados, así como la escasez de recursos, ambiente de trabajo y modelo de cuidados. **Conclusiones:** un elevado número de matronas presentan las dimensiones de burnout personal y laboral alteradas. Los factores personales son aspectos a tener en cuenta en el perfil de riesgo.

Palabras clave: Burnout, Matronas, Meta-análisis, Predictores, Revisión Sistemática

5.2 INTRODUCCIÓN

El bienestar laboral en trabajadores sanitarios se relaciona con los niveles de satisfacción laboral y motivación (Cramer & Hunter, 2019). Su deterioro puede ocasionar diversas alteraciones siendo el síndrome de burnout una de las más frecuentes. El burnout es un trastorno psicológico caracterizado por cansancio físico, emocional y mental, que aparece como resultado ante la exposición a una serie de estresores de manera crónica (Maslach & Jackson, 1981).

Existen herramientas validadas para la medición del síndrome de burnout como el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 2001), el Professional Quality of Life (ProQOL) (Stamm, 2010), o el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen et al., 2005).

Aunque el MBI es una de las escalas de medición más dominante en la literatura, formada por tres dimensiones (CE, D y baja RP), algunos autores encuentran controversia entre sus dimensiones (Kristensen et al., 2005). Por ello, varios autores desarrollan el CBI con el fin de reflejar de manera más precisa el agotamiento físico, mental y laboral (Borritz & Kristensen, 1999). Este instrumento proporciona información acerca del origen y causa del problema, sin introducir conceptos ambiguos como la despersonalización y realización personal.

El CBI está formado por tres subescalas: burnout personal (BP) (grado de cansancio físico y psicológico que experimenta una persona), con seis ítems; burnout laboral (BL) (grado de cansancio físico y psicológico en relación con el trabajo), con siete ítems; y burnout relacionado con el

paciente (BRP) (grado de cansancio físico y psicológico en el trabajo con el paciente), con seis ítems (Borritz & Kristensen, 1999). Todos los ítems utilizan una escala sobre cinco puntos, con un rango entre 0 (bajo burnout) a 100 (burnout severo). Una puntuación entre 50–74 representa un nivel moderado de burnout, entre 75–99 representa un alto nivel, mientras que una puntuación de 100 muestra burnout severo (Kristensen et al., 2005).

Las matronas se encuentran expuestas continuamente a situaciones de estrés que inducen al absentismo laboral, y a una elevada tasa de abandono de la profesión debido al bajo nivel percibido de satisfacción personal y profesional (Harvie et al., 2019; Lamont et al., 2017). El cierre de unidades y reorganización de servicios ha reducido su autonomía, medicalizando la asistencia (Goldstein et al., 2018; Offerhaus et al., 2015). Esto supone un impacto negativo relacionado con la capacidad de concentración y habilidades de comunicación que pone en riesgo la calidad de los cuidados (Hunter et al., 2015).

Con el fin de mejorar la relación madre-matrona, aparecen nuevos modelos de cuidado como el modelo “*caseload*” (Sandall, Hatem, Devane, Soltani, & Gates, 2009). Este modelo se centra en la continuidad con una disponibilidad de 24 horas en función de las necesidades, junto con un fuerte vínculo emocional entre madre y matrona (Sandall et al., 2016). Además, ofrece autonomía e independencia en los cuidados, siendo considerados dos factores clave contra el burnout (Newton et al., 2016; Young, Smythe, & Couper, 2015).

Muchos autores han estudiado la prevalencia y niveles de burnout en profesionales sanitarios, e incluso algunas revisiones sistemáticas y meta-análisis han analizado su relación con posibles factores de riesgo (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018).

Aunque puede que los múltiples factores relacionados con el síndrome de burnout en otros colectivos sean aplicables a matronas, son pocos los estudios que analizan su impacto mediante una escala validada. Por ello, la importancia de este trabajo centra su interés en la medición con el CBI, siendo un instrumento validado en matronas con gran fiabilidad (Borritz et al., 2006).

Es importante clarificar cuáles pueden ser las variables relacionadas con el burnout para contribuir a la reorientación de los servicios y modelos de cuidados e identificar la prevalencia en matronas. Sin embargo, no se conocen meta-análisis que analicen este contexto. Por ello, el objetivo de este trabajo es: 1) calcular una estimación meta-analítica sobre la prevalencia del síndrome de burnout en matronas, 2) describir los niveles en las tres subescalas del CBI (personal, laboral y relacionado con el cliente), 3) analizar los factores relacionados con el síndrome.

5.3 MÉTODO

5.3.1 Diseño

Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis siguiendo las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) (Moher et al., 2009).

5.3.2 Fuentes de datos y estrategia de búsqueda

Se consultaron de manera simultánea las siguientes fuentes: CINAHL, LILACS, ProQuest, PsycINFO, PubMed, SciELO y Scopus. La búsqueda se realizó en diciembre 2019, utilizando los términos MeSH “burnout AND (midwife OR midwives OR nurses midwives)” como estrategia de búsqueda.

5.3.3 Proceso de selección de estudios

Primero dos autores, tras eliminar estudios duplicados, revisaron de forma independiente el título y resumen de los artículos encontrados, consultando a un tercer autor en caso de desacuerdo. Posteriormente se revisaron los artículos a texto completo evaluando según criterios de inclusión.

5.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron: (1) estudios cuantitativos primarios, (2) muestra de matronas, (3) uso del CBI como instrumento de medición, (4) medición de los niveles de burnout en porcentajes o medias, (5) idioma inglés, español o francés. No hubo restricciones por fecha de publicación. Fueron eliminados los artículos que no cumplieran con los siguientes criterios: (1) muestras mixtas sin datos independientes para matronas, (2) sin suficiente información estadística para calcular el tamaño del efecto, (3) otras herramientas de medición diferentes al CBI, (4) matronas en formación.

5.3.5 Extracción de datos

Dos autores extrajeron los datos de todos los estudios incluidos mediante un formulario de codificación de datos. Un tercer autor verificó los datos en caso de desacuerdo. Las siguientes variables fueron obtenidas para cada uno de los artículos: (1) información sobre el estudio (autores, año de publicación, país), (2) diseño del estudio, (3) selección de la muestra, (4) coeficiente de fiabilidad del instrumento, (5) tamaño muestral, (6) niveles de burnout (media, desviación estándar), (7) porcentajes para cada subescala del CBI- BP, BL y BRP, (8) factores relacionados con el síndrome de burnout.

Para evaluar la fiabilidad en la codificación de datos por los investigadores, se calculó el coeficiente de correlación intraclase siendo de 0,97 (mínimo = 0,96; máximo = 1). El coeficiente de Kappa de Cohen utilizado para las variables categóricas fue de 0,96 (mínimo = 0,97; máximo = 1).

5.3.6 Evaluación de riesgo de sesgo y calidad

Se utilizó la guía STROBE para evaluar la calidad (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) (Sanderson et al., 2007).

También se utilizó una herramienta de evaluación de calidad (nivel de evidencia/grado de recomendación) siguiendo las recomendaciones OCEBM (Howick et al., 2011).

5.3.7 Síntesis de datos

Se realizaron tres meta-análisis de efectos aleatorios para calcular la prevalencia del síndrome de burnout y el correspondiente intervalo de confianza, uno para cada subescala del CBI. El programa utilizado fue StatsDirect (StatsDirect Ltd, Cambridge, Inglaterra).

El análisis de la heterogeneidad se realizó midiendo I^2 . Se presentaba heterogeneidad significativa si los valores de I^2 eran superiores al 50% (Higgins et al., 2003). El sesgo de publicación fue evaluado mediante la prueba de regresión lineal de Egger.

5.4 RESULTADOS

5.4.1 Resultados de búsqueda de literatura

La búsqueda inicial dio un total de 1756 artículos. Tras lectura de título y resumen, 873 artículos fueron eliminados. Tras la lectura a texto completo, finalmente se seleccionaron un total de 14 artículos. El proceso de selección de estudios se refleja en la Figura 12.

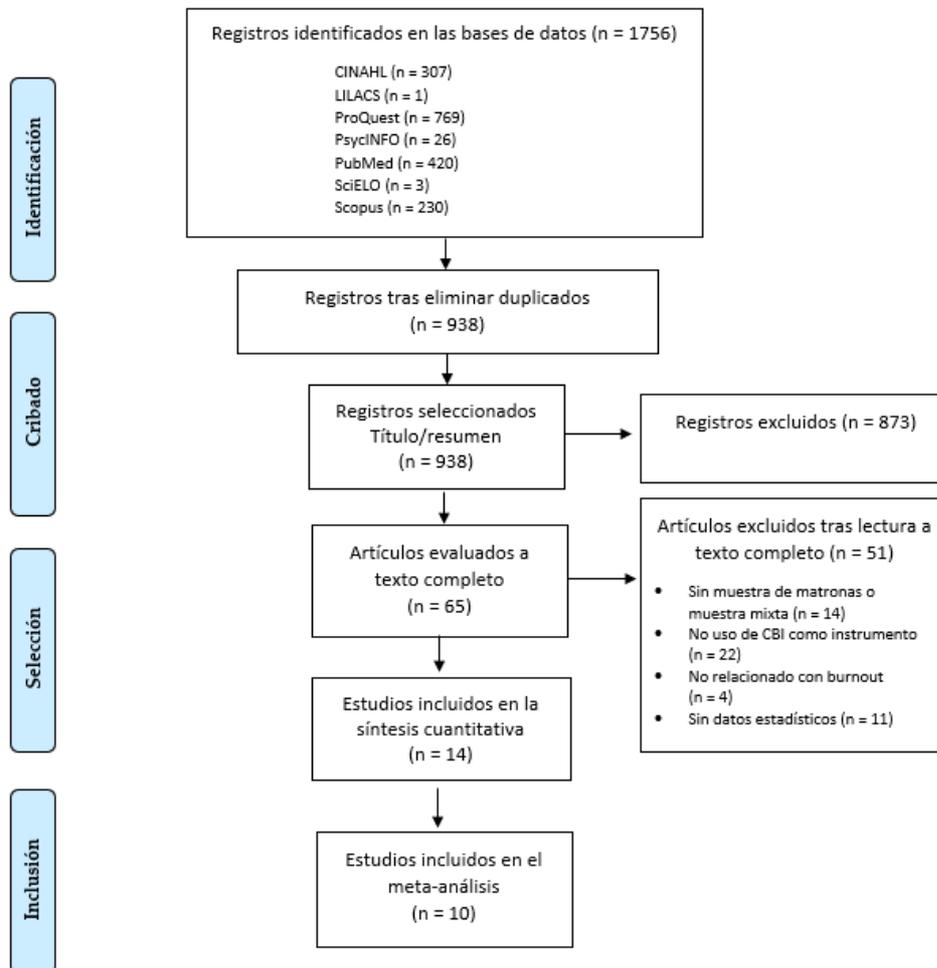


Figura 12. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

5.4.2 Descripción de los estudios seleccionados

Todos los estudios eran transversales (n = 14). La mitad de los estudios, se llevaron a cabo en Australia (Creedy, Sidebotham, Gamble, Pallant, & Fenwick, 2017; Dawson et al., 2018; Fenwick, Lubomski, Creedy, & Sidebotham, 2018; Fenwick, Sidebotham et al., 2018; Jordan, Fenwick, Slavin, Sidebotham, & Gamble, 2013; Newton, McLachlan, Willis, & Forster, 2014; Sidebotham, Gamble, Creedy, Kinnear, & Fenwick, 2015),

dos en Dinamarca (Jepsen, Juul, Foureur, Sørensen, & Nøhr, 2017; Kristensen et al., 2005), y el resto en Canadá (Stoll & Gallagher, 2018), Nueva Zelanda (Dixon et al., 2017), Noruega (Henriksen & Lukasse, 2016), Suecia (Hildingsson et al., 2013) y Reino Unido (Hunter et al., 2019). El total de matronas estudiadas fue de 8958. Todos los estudios excepto uno (Kristensen et al., 2005), se realizaron a partir del 2013. Todos los artículos utilizaron un muestreo por conveniencia excepto en dos artículos donde fue aleatorizado (Henriksen & Lukasse, 2016; Jepsen et al., 2017). La fiabilidad del cuestionario CBI estimada en nueve artículos fue aceptable, con Cronbach α mínimo de 0,76 y máximo de 0,93. Respecto a la calidad metodológica, todos los estudios presentaban un adecuado nivel de calidad (Tabla 6).

5.4.3 Puntuaciones medias para burnout personal, laboral y relacionado con el paciente

Se muestran niveles moderados en BP con puntuaciones medias desde 50 puntos hasta 65,4 (Creedy et al., 2017; Dixon et al., 2017; Fenwick, Sidebotham, et al., 2018; Hunter et al., 2019; Jordan et al., 2013; Sidebotham et al., 2015; Stoll & Gallagher, 2018) aunque otros autores encontraron niveles bajos en BP (Dawson et al., 2018; Hildingsson et al., 2013; Jepsen et al., 2017; Kristensen et al., 2005; Newton et al., 2014).

En cuanto a la dimensión BL, dos autores encuentran niveles moderados (Hunter et al., 2019; Jordan et al., 2013), mientras que el resto de autores encuentran puntuaciones bajas de entre 33,85 a 48,44 (Hildingsson et al., 2013; Sidebotham et al., 2015).

Por último, todos los autores encuentran puntuaciones medias bajas de BRP, que oscilan entre mínimo de 8,3 hasta un máximo de 38,4 (Fenwick, Sidebotham, et al., 2018; Kristensen et al., 2005).

5.4.4 Factores modificables y no modificables

Entre las variables personales, una menor edad y estar soltero se relaciona con mayor puntuación (Fenwick, Lubomski, et al., 2018; Henriksen & Lukasse, 2016; Hildingsson et al., 2013; Hunter et al., 2019; Jordan et al., 2013; Stoll & Gallagher, 2018). La familia ejerce un papel protector (Henriksen & Lukasse, 2016), aunque tener hijos genera controversia, para ciertos autores contribuye a reducir el BP y BL (Fenwick, Lubomski, et al., 2018), otros solo encuentran relación con la dimensión BRP (Hildingsson et al., 2013; Hunter et al., 2019), y para algunos tener hijos aumenta los niveles (Stoll & Gallagher, 2018), o incluso no encuentran relación (Jordan et al., 2013).

En relación al área geográfica, los estudios realizados en el norte de Europa, refieren niveles más bajos de burnout (Henriksen & Lukasse, 2016; Jepsen et al., 2017; Kristensen et al., 2005). El área postnatal y realizar funciones de educación y gestión aumentan el burnout (Fenwick, Lubomski, et al., 2018; Jordan et al., 2013), así como trabajar zonas rurales reduce la puntuación (Fenwick, Lubomski, et al., 2018) .

Entre las variables laborales, la autonomía y una mayor experiencia son factores protectores (Fenwick, Lubomski, et al., 2018; Henriksen & Lukasse, 2016; Hildingsson et al., 2013; Hunter et al., 2019; Jordan et al., 2013; Newton et al., 2014). La falta de plantilla y recursos (Dixon et al.,

2017; Hildingsson et al., 2013), escaso salario (Jordan et al., 2013), falta de reconocimiento profesional, organización, y un ambiente negativo (Dixon et al., 2017; Hildingsson et al., 2013; Stoll & Gallagher, 2018), son considerados factores relacionados con el burnout. Esto se relaciona con elevadas tasas de abandono de la profesión de hasta un 58,9% (Hildingsson et al., 2013).

También se encuentran otras variables psicológicas asociadas, como niveles medio-altos de ansiedad (20-38%), depresión (17,3-33%) y estrés (22,1-36,7%) (Creedy et al., 2017; Hildingsson et al., 2013; Hunter et al., 2019).

5.5.5 Niveles de burnout en los diferentes modelos de cuidado

El modelo “*caseload*” presenta niveles más bajos de burnout que los modelos tradicionales (Dawson et al., 2018; Dixon et al., 2017; Fenwick, Lubomski, et al., 2018; Jepsen et al., 2017; Newton et al., 2014). La autonomía, continuidad de cuidados, flexibilidad horaria y organización del trabajo son los principales aspectos identificados por las matronas “*caseload*” (Dixon et al., 2017; Newton et al., 2014).

A pesar de presentar una disponibilidad de 24 horas, los niveles de satisfacción son elevados, por ello, trabajar un mayor número de horas, no se relaciona con un mayor riesgo de burnout (Henriksen & Lukasse, 2016; Hildingsson et al., 2013).

Tabla 6

Características de la muestra

Estudio	Diseño y muestra	Instrumento (Cronbach α)	M (SD)			Principales resultados
			BP	BL	BRP	
Creedy et al., 2017 Australia	Transversal Muestra por conveniencia N = 990	CBI (BP = 0,90 BL = 0,88 BRP = 0,89) DASS	55,9 (18,06)	44,69 (19,23)	19,32 (19,22)	Depresión BP (r = 0,62*) BL (r = 0,63*) BRP (r = 0,39*) Ansiedad BP (r = 0,51*) BL (r = 0,53*) BRP (r = 0,31) Estrés BP (r = 0,59*) BL (r = 0,63*) BRP (r = 0,39*)
Dawson et al., 2018 Australia	Transversal Muestra por conveniencia N1 = 99 "caseload" N2 = 402 cuidados estándar	CBI	N1 = 39,84 (18,8) N2 = 45,7 (19,6)	N1 = 36,6 (19,9) N2 = 46,3 (20,2)	N1 = 17,9 (18,7) N2 = 18,3 (16,8)	N1 vs N2 BP: p = 0,007; 95%I (1,59 – 10,17) BL: p < 0,001; 95%I (5,29 – 14,12) BRP: p = 0,82; 95%I (-3,34 – 4,23)

Estudio	Diseño y muestra	Instrumento (Cronbach α)	M (SD)			Principales resultados
			BP	BL	BRP	
Dixon et al., 2017 Nueva Zelanda	Transversal Muestra por conveniencia N1 = 473 "caseload" N2 = 452 asalariadas N3 = 148 ambas	CBI (BP = 0,90 BL = 0,87 BRP = 0,88)	N1 = 52,49 (16,71)	N1 = 39,67 (18,21)	N1 = 23,85 (20,30)	Edad N1 (r = -0,15 ^{***}) N2 (r = -0,21 ^{***}) N3 (r = -0,14)
			N2 = 53,93 (18,42)	N2 = 42,81 (19,82)	N2 = 22,93 (19,87)	Años en la profesión N1 (r = -0,16 ^{***}) N2 (r = -0,21 ^{***}) N3 (r = -0,17)
			N3 = 49,17 (16,63)	N3 = 37,69 (16,49)	N3 = 20,0 (15,72)	Horas por semana N1 (r = 0,06) N2 (r = 0,14 ^{***}) N3 (r = 0,22 ^{***})
					Recursos inadecuados N1 (r = -0,36) N2 (r = -0,46) N3 (r = -0,34)	
					Relación médico/matrona ^{***} N1 (r = -0,28) N2 (r = -0,25) N3 (r = -0,18)	
					Apoyo de la institución N1 (r = -0,36) N2 (r = -0,43)	

Prevalencia y predictores de burnout en matronas

Estudio	Diseño y muestra	Instrumento (Cronbach α)	M (SD)			Principales resultados
			BP	BL	BRP	
						N3(r = -0,24) Autonomía y empoderamiento N1 (r = -0,18 ^{***}) N2 (r = -0,25 ^{***}) N3 (r = -0,08)
Fenwick, Lubomski, et al., 2018 Australia	Transversal Muestra por conveniencia N = 990	CBI	-	-	-	<u>Continuidad de cuidados (95% IC):</u> BP: OR = -0,92 (0,21-0,76) BL: OR = -0,86 (0,22-0,84) ^{**} <u>Tener hijos (95% CI):</u> BP: OR = -0,26 (0,49-1,23) BL: OR = -0,61 (0,34-0,85)
Fenwick, Sidebotham, et al., 2018 Australia	Transversal Muestra por conveniencia N1 = 214 "caseload" N2 = 648 cuidados estándar	CBI DASS PEMS	N1 = 50 N2 = 58,3	N1 = 35,7 N2 = 46,4	N1 = 8,3 N2 = 16,7	Modelo "Caseload" BP, BL, BRP: menor nivel

Estudio	Diseño y muestra	Instrumento (Cronbach α)	M (SD)			Principales resultados
			BP	BL	BRP	
Henriksen & Lukasse, 2016 Noruega	Transversal Muestra aleatoria N = 598	CBI (BP = 0,89 BL = 0,89 BRP = 0,90)	-	-	-	<u>Casado/pareja (95% IC):</u> BP: OR = 0,6 (0,3 – 1,1) BL: OR = 0,5 (0,2 – 0,9) <u>No tener hijos (95% IC):</u> BP: OR = 1,2 (0,5 – 3,0) BL: OR = 1,3 (0,6 – 3,0) <u>Experiencia (<1 año) (95% IC):</u> BP: OR = 1,1 (0,7 – 2,0) BL: OR = 0,7 (0,3 – 1,5)
Hildingsson et al., 2013 Suecia	Transversal Muestra por conveniencia N = 475	CBI (BP = 0,87 BL = 0,93 BRP = 0,81)	42,99 (18,10)	33,85 (14,12)	30,42 (16,13)	<u>Conflictos con compañeros/supervisores (95% IC):</u> BP:OR = 2,6 (1,4 – 5,1) BRP:OR = 2,7 (1,2 – 5,9) <u>Falta de plantilla/ recursos (95%IC):</u> BP:OR = 2,1 (1,2 – 3,7) BL:OR = 3,9 (2,0 – 7,4) BRP:OR = 3,0 (1,6 – 5,5)
Hunter et al., 2019 Inglaterra	Transversal Muestra por conveniencia N = 1997	CBI (BP = 0,92 BL = 0,88 BRP = 0,92)	65,4	56,15	25,36	Menos de 10 años de experiencia y edad menor a 40 años se asocia con mayor nivel de burnout

Prevalencia y predictores de burnout en matronas

Estudio	Diseño y muestra	Instrumento (Cronbach α)	M (SD)			Principales resultados
			BP	BL	BRP	
Jepsen et al., 2017 Dinamarca	Transversal Muestra aleatoria N = 50	CBI	37,6 (16,2)	35,0 (15,7)	26,5 (16,4)	El modelo "caseload" reduce los niveles de burnout en las tres dimensiones
Jordan et al., 2013 Australia	Transversal Muestra por conveniencia N = 58	CBI (BP = 0,90 BL = 0,76 BRP = 0,92)	52,1 (17,60)	50,9 (14,66)	23,9 (17,63)	BP y BL se correlacionan con la edad y estar solteras
Kristensen et al., 2005 Dinamarca	Transversal Muestra por conveniencia N = 41	CBI (BP = 0,87 BL = 0,87 BRP = 0,85)	44,7	43,5	38,4	Las matronas tienen la mayor puntuación en BL y BPR
Newton et al., 2014 ^{a,b} Australia	Transversal Muestra por conveniencia N1 = 21 "caseload" N2 = 130 cuidados estándar	CBI (BP = 0,87 BL = 0,87 BRP = 0,85)	N1 = 44,2 (21,2) N2 = 50,1 (17,5)	N1 = 41,1 (21,6) N2 = 45,1 (18,5)	N1 = 12,3 (9,6) N2 = 22,4 (18,0)	El modelo "caseload" asocia con mayores niveles de satisfacción laboral Aspectos positivos: continuidad de cuidados, relación cercana con madre, flexibilidad y autonomía
Sidebotham et al., 2015 Australia	Transversal Muestra por conveniencia N = 1037	CBI DASS	55,9 (18,05)	48,44 (17,40)	25,59 (18,33)	Un tercio de las matronas presentan niveles moderados-altos de ansiedad y estrés

Estudio	Diseño y muestra	Instrumento (Cronbach α)	M (SD)			Principales resultados
			BP	BL	BRP	
Stoll & Gallagher, 2018 Canadá	Transversal Muestra por conveniencia N = 136	CBI (BP = 0,90 BL = 0,89 BRP = 0,91) DASS QOLS PEMS	60,4	46,8	28,5	Estresores encontrados: sobrecarga de trabajo (64,6%), falta de tiempo (64,6%), conflictos con los compañeros (42,4%), falta de cuidados (39,9%), dificultades en la labor (35,4%), parto espontáneo (35,4%)

Nota: BP = Burnout personal; BL = Burnout laboral; BRP = Burnout relacionado con el paciente; CBI = Copenhagen Inventory; CS = Compasión-satisfacción; DASS = Depression, Anxiety and Stress Scale; GR = Grado de recomendación de evidencia; PEMS = Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale; QOLS = Quality of Life.

*p < 0,001; **p < 0,01; ***p < 0,05

^{a,b} presencia de dos muestras

5.4.6 Estimación meta-analítica de la prevalencia

En total $n = 5946$ matronas fueron incluidas en este meta-análisis. La regresión lineal de Egger muestra una ausencia de sesgo de publicación, siendo para BP de $p = 0,30$, para BL de $p = 0,44$, y para BRP de $p = 0,88$.

En cuanto al análisis de la heterogeneidad de los estudios, el índice I^2 fue de 98,5% para BP, de 97,3% para BL, y de 90% BRP, con un alto nivel de heterogeneidad en las tres subescalas del burnout.

Realizando el meta-análisis de efectos aleatorios, la prevalencia de burnout para BP fue del 50% (95% IC = 38 % – 63%), para BL fue del 40% (95% IC = 32% – 49%), y para BRP del 10% (95% IC = 7% – 13%). La estimación meta-analítica se muestra en las Figuras 13, 14 y 15.

Tabla 7

Prevalencia de burnout personal, laboral y relacionado con el paciente (puntuación CBI > 50 puntos)

Autor, año	n	BP %	BL%	BRP%
Creedy et al., 2017	990	64,9	43,5	10,4
Dawson et al., 2018	501	41	39	5
Fenwick, Sidebotham et al., 2018	990	64,3	43,8	10,4
Henriksen & Lukasse, 2016	598	20,1	19,1	4,2
Hildingsson et al., 2013	475	39,5	40	15
Hunter et al., 2019	1997	82,8	67,4	15,5
Jepsen et al., 2017	50	22	20	10
Jordan et al., 2013	58	57	57	9
Newton et al., 2014	N1=21 N2=130	N1=35 N2=59	N1=35 N2=46	N1=0 N2=8
Stoll & Gallagher, 2018	136	74,9	45,2	20,3

Nota: BP = Burnout personal; BL = Burnout laboral; BRP = Burnout relacionado con el paciente.

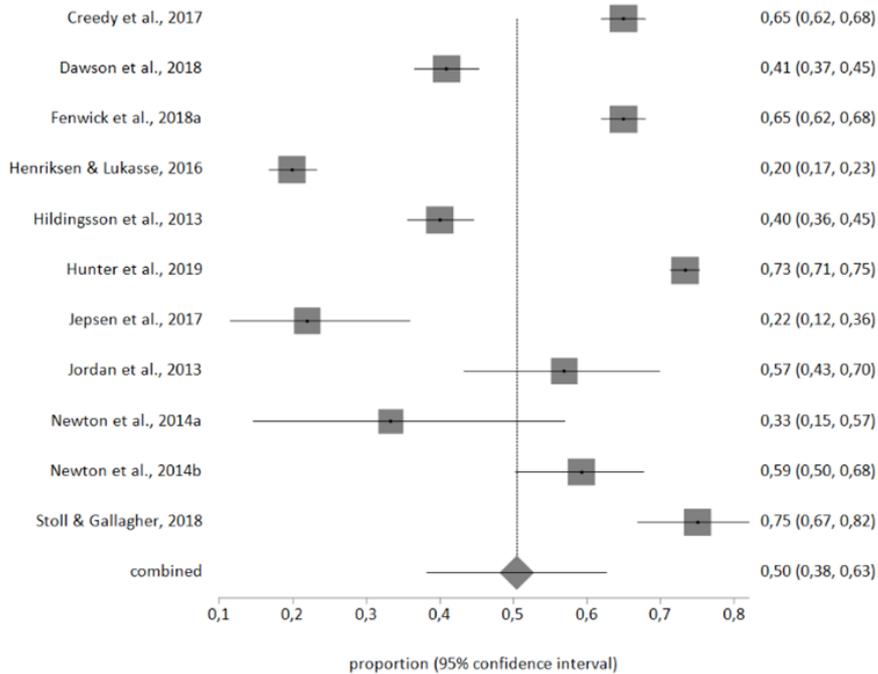


Figura 13. Forest plot para prevalencia de burnout personal.

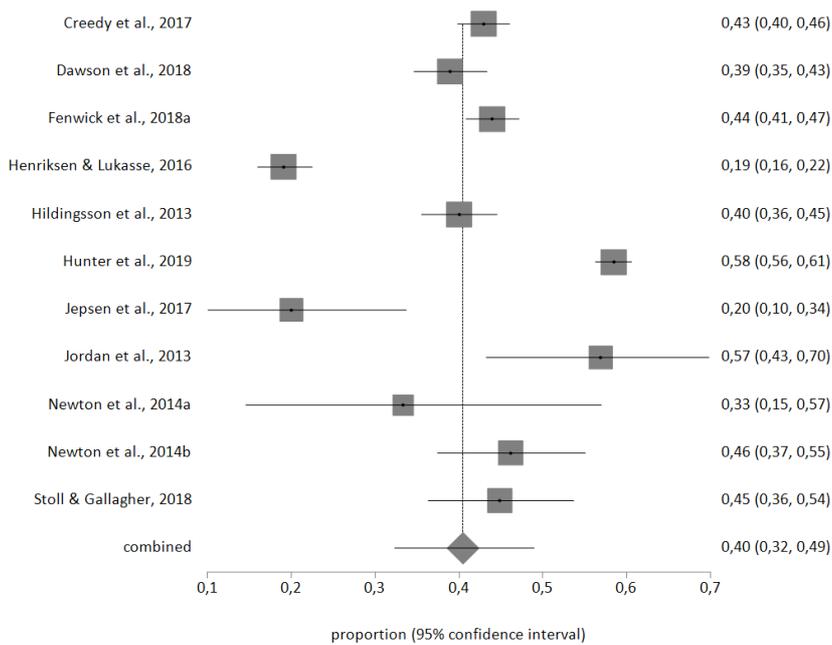


Figura 14. Forest plot para prevalencia de burnout laboral.

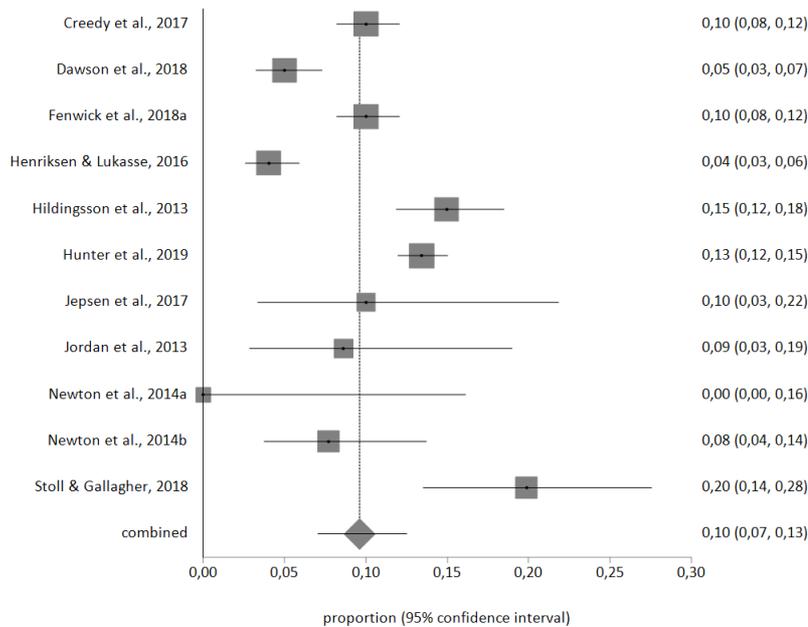


Figura 15. Forest plot para prevalencia de burnout relacionado con el paciente.

5.5 DISCUSIÓN

El propósito de esta revisión sistemática y meta-análisis es analizar el nivel de burnout y la prevalencia en matronas que desarrollan su labor en cualquier ámbito asistencial, así como los factores relacionados que influyen en el desarrollo del síndrome.

Se encuentran niveles elevados en BP y BL, y bajos en BRP, sin embargo, otros autores encuentran niveles elevados solo en las dimensiones BL y BRP (Borritz et al., 2006). Los resultados muestran una prevalencia para BP del 50%, para BL del 40%, y para BRP del 10%, similar a otros estudios (Thrush et al., 2019).

La elevada prevalencia en BP, se relaciona con un bajo salario y escaso reconocimiento profesional, que puede reducir el compromiso en el trabajo (Cagan & Gunay, 2015; Geraghty, Speelman, & Bayes, 2019; Harvie et al., 2019; Paterson, Dorrian, Pincombe, Grech, & Dawson, 2010; Pezaro et al., 2016).

La alta prevalencia encontrada en BL es consecuencia de variables laborales como escasez de medios, conflictos laborales y falta de organización (Hildingsson & Fenwick, 2015), que da lugar a un abandono de la profesión de hasta el 50% (Harvie et al., 2019; Hildingsson et al., 2013). La insatisfacción también se relaciona con la exposición ante situaciones constantes de estrés y ansiedad (Leinweber, Creedy, Rowe, & Gamble, 2017). Incluso la apresurada e inadecuada información de cuidados tras el alta, poniendo en riesgo la salud de la madre y el recién nacido, se puede relacionar con mayores niveles de burnout en el área postnatal (Esteban-Sepúlveda et al., 2019). Se encuentra una menor puntuación en áreas rurales, aunque varios estudios informan que en estas zonas existe un déficit de recursos y altos niveles de estrés que predisponen su aparición (Crowther, Smythe, & Spence, 2018; Yates, Usher, & Kelly, 2011). Además, otros autores encuentran que las funciones de dirección y administración se asocian con mayores niveles de burnout (Wong & Spence Laschinger, 2015).

Aunque encontramos niveles bajos de BRP, otros autores informan de altos niveles debido a constantes demandas y exigencias familiares (Borritz et al., 2006).

En las tres subescalas, las matronas jóvenes, con menos experiencia y solteras presentan mayores niveles de burnout (Mollart et al., 2013; Schluter et al., 2011), seguramente relacionado con la escasa destreza en habilidades prácticas y falta de apoyo emocional (Kitson-Reynolds, 2016). La familia y tener hijos se consideran factores protectores, aunque la relación de este último no está clara (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018; Hildingsson & Fenwick, 2015).

En las matronas que trabajan bajo el modelo “*caseload*” un mayor número de horas en su jornada laboral parece no aumentar los niveles de burnout, aunque en otros profesionales sanitarios sí que se encuentra relación (Yoshida & Sandall, 2013).

Son claros los beneficios del modelo “*caseload*”. El hecho de que este modelo reduzca los niveles se relaciona con una continuidad de cuidados y autonomía (Cramer & Hunter, 2019; Westergren et al., 2019; Young et al., 2015). Por ello, las matronas de los países del norte de Europa donde actualmente se desarrolla, y Australia, que ya lo ha adoptado, presentan menores niveles de burnout (Newton et al., 2016). Además, se encuentra una mayor satisfacción laboral, ya que, a pesar de estar disponibles en cualquier momento del día, pueden organizar vida laboral y familiar gracias a la flexibilidad horaria (Menke, Fenwick, Gamble, Brittain, & Creedy, 2014), aunque otros autores encuentran dificultades relacionadas con la alta responsabilidad en los cuidados (Fereday & Oster, 2010).

El síndrome de burnout es un término complejo, subjetivo y multifactorial, por lo que resulta complicado atribuir su desarrollo a una causa concreta. Sin embargo, la medición mediante el CBI, gracias a la tridimensionalidad

de sus escalas, es de gran utilidad, siendo una herramienta eficaz al abarcar de forma real, los niveles de agotamiento físico y mental, en los diferentes aspectos de la vida de una matrona, que pueden influir en el desarrollo del burnout (Borritz et al., 2006; Javanshir, Dianat, & Asghari-Jafarabadi, 2019). Además de distinguir entre los factores de riesgo laborales y personales, es interesante en profesionales sanitarios puesto que contempla la relación con el paciente (Milfont, Denny, Ameratunga, Robinson, & Merry, 2008).

Se considera que la clave para una prevención precoz es la identificación de los factores de riesgo y la reorganización de cuidados (Lu et al., 2019). Aumentar la motivación laboral y desarrollar técnicas para hacer frente a la gran carga física y mental son herramientas esenciales (Hunter, 2016).

5.5.1 Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones. Primero, al ser estudios transversales, dificulta establecer una relación causal a lo largo del tiempo. Segundo, la mayor parte de estudios utilizan un muestreo de conveniencia que aumenta el riesgo de sesgo de selección (Higgins et al., 2003). Además, la heterogeneidad de los datos obtenidos, se debe a las diferentes localizaciones geográficas, donde los sistemas de asistencia sanitaria, estructuras y recursos varían en función del nivel económico (Joseph, da Silva, Fink, Barros, & Victora, 2018).

5.6 CONCLUSIÓN

Las matronas son vulnerables a sufrir burnout. Se encuentran niveles moderados en burnout personal y alta prevalencia en burnout personal y laboral. La edad, una menor experiencia y vivir solo son factores relacionados con el síndrome de burnout. Además, algunos factores laborales son protectores como la autonomía y continuidad de los cuidados.

La herramienta de medición Copenhagen Burnout Inventory, permite identificar los diferentes contextos relacionados con el burnout, tanto a nivel personal como laboral, estableciendo con mayor exactitud el origen de la causa.

Adoptar nuevos modelos y reorganizar el sistema dotándolo de continuidad de cuidados, son aspectos a desarrollar por las instituciones sanitarias contra el burnout. Las futuras investigaciones deberían desarrollar estrategias de intervención en matronas dirigidas a reducir el burnout personal y relacionado con el trabajo.

CAPÍTULO 6.
EFECTO DEL ENTRENAMIENTO
MINDFULNESS SOBRE EL SÍNDROME
DE BURNOUT EN ENFERMERÍA:
REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-
ANÁLISIS



Received: 18 August 2019 | Revised: 4 December 2019 | Accepted: 29 January 2020
DOI: 10.1111/jan.14318



REVIEW PAPER



The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis

Nora Suleiman-Martos RN¹ | Jose L. Gomez-Urquiza RN, PhD¹ |
Raimundo Aguayo-Estremera PhD² | Guillermo A. Cañadas-De La Fuente MD, PhD¹ |
Emilia I. De La Fuente-Solana PhD³ | Luis Albendín-García RN, PhD¹

Cómo citar:

Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J.L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De la Fuente, G.A., De La Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1124–1140. doi: 10.1111/jan.14318

6.1 RESUMEN

Introducción: el síndrome de burnout es un problema laboral muy frecuente en el colectivo enfermero. Con el fin de buscar intervenciones y estrategias para proteger y prevenir esta situación, aparece el método de entrenamiento mindfulness. **Objetivo:** analizar el efecto del entrenamiento basado en el método mindfulness sobre el nivel de burnout en el personal de enfermería. **Método:** se realizó una revisión sistemática y meta-análisis a través de las bases de datos CINAHL, LILACS, Medline, ProQuest, PsycINFO, Scielo y Scopus, mediante la ecuación de búsqueda “Nurs* AND burnout AND mindfulness”. No hubo restricción en el año de publicación. La selección de artículos se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA. El meta-análisis se realizó mediante el programa Review Manager 5.3. **Resultados:** la muestra fue de 17 artículos incluyendo 632 enfermeras. El entrenamiento mindfulness reduce la puntuación en cansancio emocional y despersonalización, y aumenta la realización personal. La diferencia de medias encontradas fue de 1,32 (95% IC: -9,41 – 6,78), 1,91 (95% IC: -4,50 – 0,68) y 2,12 (95% IC: -9,91 – 14,14) respectivamente entre grupo intervención y control. **Conclusiones:** la práctica del entrenamiento mindfulness es una estrategia efectiva para reducir la carga emocional en enfermeros, reduciendo niveles de burnout. Sin embargo, se requiere un mayor número de ensayos clínicos aleatorizados para confirmar estos hallazgos.

Palabras clave: Burnout, Enfermeras, Intervención, Mindfulness, Revisión sistemática.

6.2 INTRODUCCIÓN

El medio asistencial puede ejercer un impacto negativo sobre los profesionales debido a la exposición a múltiples factores como turnos, estrés, carga asistencial, relaciones entre compañeros, nivel de exigencia, así como un alto nivel de demanda emocional que predispone a situaciones como ansiedad, frustración, estrés, depresión y burnout (Johnson et al., 2017; Lee et al., 2019; Maslach et al., 2001; Salvarani et al., 2019). Esta situación representa un conflicto importante para los profesionales sanitarios y más concretamente para las enfermeras (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) que presentan una elevada prevalencia del síndrome de burnout (Monsalve-Reyes et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018).

El síndrome de burnout aparece como respuesta a la exposición a factores estresantes de manera crónica, y se caracteriza por tres dimensiones, cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y baja realización personal (RP) (Maslach & Jackson, 1981). Este síndrome afecta negativamente a la salud física y mental de los profesionales (Bagheri Hosseinabadi et al., 2019; Mcvicar, 2016; Salvagioni et al., 2017), disminuye la productividad y la calidad asistencial (Daigle, Talbot, & French, 2018; Dall’Ora et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2017; Hall et al., 2016; Ramírez-Baena et al., 2019) y, además, aumenta el gasto debido al absentismo (Letvak, Ruhm, & Lane, 2011; Sarafis et al., 2016).

Dada la importancia del problema, en la última década, se han desarrollado múltiples estrategias para disminuir y prevenir la aparición del síndrome. Las investigaciones muestran que el desarrollo de diferentes habilidades cognitivas y conductuales, como la meditación, técnicas de relajación

progresiva, ejercicios musculares y de respiración, mejoran los problemas físicos y mentales (Ruotsalainen et al., 2014; Smith, 2014; Veiga et al., 2019).

Una de estas intervenciones es el entrenamiento basado en el método mindfulness (Kabat-Zinn, 2003; Segal et al., 2002). El entrenamiento mindfulness se define como la capacidad humana de actuación plena e intencionada de la conciencia sobre un acto, mediante un control de nuestras reacciones en el ambiente que nos rodea (Braun et al., 2019; Zeller & Levin, 2013), para responder de forma positiva ante eventos estresantes mediante el ejercicio de habilidades individuales, interpersonales y de autorregulación psicológica (Burton et al., 2017; Garland et al., 2010; Marthiensen, Sedgwick, & Crowder, 2019).

Actualmente existen varias líneas de intervención, aquellas basadas en la reducción del estrés (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990), aquellas basadas en la terapia cognitiva (MBCT) (Segal et al., 2002), y por último nuevas líneas de intervención basadas en el autocuidado y resiliencia (MSCR) (Flarity et al., 2013).

La versión estándar del MBSR se basa en un entrenamiento de ocho semanas de duración, trabajando la reducción del estrés a través del método mindfulness mediante ocho sesiones presenciales de 2,5 horas más un día de retiro (Kabat-Zinn, 1990). Cada sesión incluye diferentes formas de meditación como yoga, ejercicios respiratorios, exposición a factores estresantes o soporte social.

Por otro lado, las versiones MBCT y MSCR, se basan en el método MBSR, pero incorporan elementos cognitivos relacionando las emociones con los pensamientos negativos y la acción, trabajando la resiliencia respectivamente (Flarity et al., 2013; Segal et al., 2002).

El método mindfulness describe efectos positivos sobre la reducción del burnout en los profesionales sanitarios (Eby et al., 2019; Eriksson, Germundsjö, Åström, & Rönnlund, 2018; Hamilton-West, Pellatt-Higgins, & Pillai, 2018; Lu et al., 2019) e incluso estudiantes de enfermería (Song & Lindquist, 2015). Su efecto positivo también ha sido demostrado en estudios con enfermeras, pero no todos los estudios usan la misma intervención o informan del mismo tamaño del efecto (Dos Santos et al., 2016; Slatyer, Craigie, Heritage, Davis, & Rees, 2018).

Por ello, es importante llevar a cabo una revisión sistemática de los estudios realizados, para conocer las diferentes intervenciones y sus efectos y, en el caso de que los datos lo permitan, meta-analizar el tamaño del efecto encontrado donde sea posible. Aunque existen otros meta-análisis sobre intervenciones para el estrés laboral y el bienestar en profesionales de la salud (Lomas, Medina, Ivtzan, Rupperecht, & Eiroa-Orosa, 2019; Ruotsalainen et al., 2014; Slemp, Jach, Chia, Loton, & Kern, 2019) ninguno se centra en analizar el síndrome de burnout exclusivamente en profesionales de enfermería.

Implementar intervenciones enfocadas en las habilidades de afrontamiento es necesario, sin embargo, pocos estudios desarrollan intervenciones entre las enfermeras para prevenir el burnout (Ruotsalainen et al., 2014). Muchos estudios se centran en el estudio de trastornos específicos como la ansiedad

o la depresión, sin embargo, pocos muestran los efectos de un entrenamiento mindfulness en el síndrome de burnout, como concepto multidimensional que incluye la salud mental y física, el rendimiento cognitivo y las relaciones sociales (Foureur, Besley, Burton, Yu, & Crisp, 2013; Pipe et al., 2009).

Dada la elevada prevalencia de burnout en enfermeras, el objetivo de esta revisión sistemática y meta-análisis es analizar el impacto del entrenamiento mindfulness en enfermeras y determinar la relación que ejercen dichas intervenciones sobre los niveles de burnout experimentados. Además, se comparan los diferentes métodos de intervención, midiendo el efecto en cuanto a las dimensiones de burnout. Esta revisión pretende responder a la siguiente pregunta: (1) ¿qué efecto tiene una intervención mindfulness basada en la reducción del estrés sobre el síndrome de burnout en enfermeras?

6.3 MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis.

6.3.1 Estrategia de búsqueda

Se consultaron las siguientes bases de datos: CINAHL, LILACS, Medline, ProQuest, PsycINFO, Scielo y Scopus siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (Moher et al., 2015). La ecuación de búsqueda fue “Nurs* AND burnout AND mindfulness”. La búsqueda se llevó a cabo en junio de 2019.

Los criterios de inclusión de los estudios encontrados fueron los siguientes: (a) ensayos clínicos y estudios cuasi-experimentales, (b) análisis del impacto de las intervenciones basadas en entrenamiento mindfulness sobre burnout, (c) muestra de enfermeras, (d) artículos publicados en inglés, español, francés o portugués, (e) sin restricción del año de publicación. Se excluyeron aquellos artículos con muestra mixta en los que la muestra no ofreciera datos de enfermeras de forma independiente.

6.3.2 Resultados de búsqueda

La primera fase tras la búsqueda de artículos en las bases de datos fue descartar estudios duplicados. A continuación, se realizó una lectura de título y resumen, eliminando aquellos que no cumplían los criterios de inclusión. Finalmente se realizó la lectura del texto completo. El cribado de los resultados fue realizado por dos investigadores de forma independiente, consultando a un tercer investigador en caso de desacuerdo.

6.3.3 Evaluación de la calidad

Los estudios fueron clasificados según el nivel de evidencia de acuerdo a las recomendaciones OCEBM (Howick et al., 2011). El riesgo de sesgo fue analizado por dos revisores de manera independiente utilizando la herramienta “Cochrane Collaboration Risk of Bias” (Higgins & Green, 2011). Todos los estudios alcanzaron un nivel de calidad adecuado acorde a las herramientas de evaluación de calidad.

6.3.4 Codificación de datos

Los datos se registraron utilizando un manual de codificación de datos de forma independiente por parte de dos investigadores. El acuerdo entre la codificación de ambos fue analizado mediante el coeficiente Kappa de Cohen y el coeficiente de correlación intraclase.

Se recogieron las siguientes variables de estudio:

Variables de publicación: a) primer autor, b) año de publicación, c) país donde se realizó la investigación, d) idioma, e) género (porcentaje de mujeres), f) edad media de la muestra.

Variables metodológicas: a) tamaño de la muestra, b) diseño de investigación (experimental/cuasi-experimental), c) instrumento de medida de burnout, d) tipo de programa mindfulness.

Los principales resultados tras intervención fueron determinados en función de las siguientes medidas: a) prevalencia de cada dimensión del burnout (CE, D y RP) antes y después de la intervención, b) media o desviación típica de cada dimensión del burnout antes y después de la intervención.

6.3.5 Análisis de datos

Para la revisión sistemática se llevó a cabo un análisis descriptivo, mediante su clasificación en una tabla de datos y la categorización de los resultados. Con aquellos estudios que incluían datos estadísticos suficientes se

realizaron tres meta-análisis de efectos aleatorios, uno para cada dimensión del síndrome de burnout. La heterogeneidad de la muestra se analizó mediante el índice I^2 . Para los análisis se utilizó el programa Review Manager 5.3 para MacOS.

6.4 RESULTADOS

6.4.1 Características de los estudios incluidos

Se encontró un total de 673 artículos. Tras la lectura de título y resumen se excluyeron 631 por no cumplir los criterios de inclusión o por estar duplicados. Tras leer el texto completo y al realizar una búsqueda inversa, la muestra total fue de $n = 17$ artículos (Figura 16).

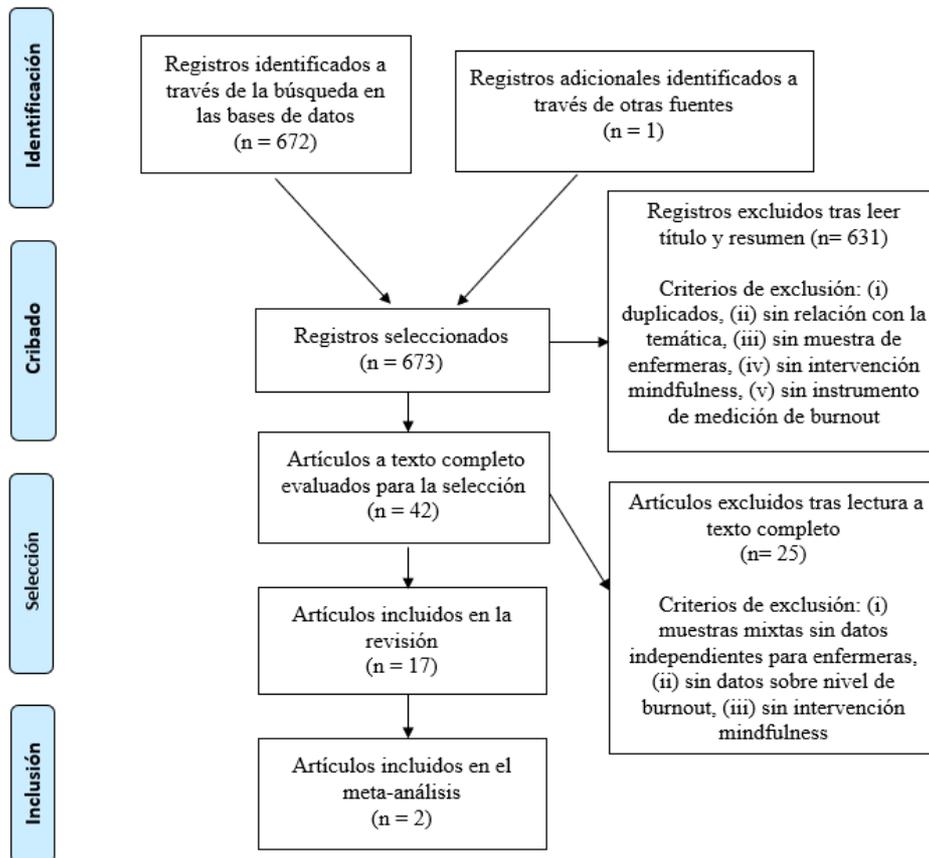


Figura 16. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda.

De los 17 artículos incluidos en la muestra final, ocho fueron ensayos clínicos controlados y nueve estudios cuasi-experimentales. Nueve artículos compararon un programa de entrenamiento mindfulness con un grupo control y ocho estudios analizaron los efectos de un programa de entrenamiento mindfulness en el tiempo con un seguimiento de entre un mes (Craigie et al., 2016; Gauthier, Meyer, Grefe, & Gold, 2015) hasta trece meses (Watanabe et al., 2019). Las características más relevantes de los estudios incluidos se muestran en la Tabla 8.

La mayor parte de enfermeras en los estudios incluidos eran mujeres con porcentajes entre el 87% (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016) y el 100% (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzer, 2013; Cohen-Katz et al., 2005; Hevezi, 2016; Mackenzie et al., 2006; Watanabe et al., 2019). El rango de edad fue de 29 años (Montanari et al., 2018) a 52 años (Bazarko et al., 2013). Todas las enfermeras trabajaban a nivel hospitalario, principalmente en áreas médicas o quirúrgicas (n=16) o con funciones de supervisión (n=1).

Quince artículos fueron publicados después del 2012. Ocho estudios se realizaron en USA, el resto en Australia, Brasil, Canadá, Irán, Irlanda, Japón y Portugal. Nueve estudios utilizaron el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para la medición del nivel de burnout en el personal enfermero, y siete utilizaron el cuestionario Professional Quality of Life Scale Questionnaire (ProQOL-5). Un estudio utilizó (Bazarko et al., 2013) para la medición únicamente el cuestionario Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Bazarko et al., 2013) y, por último, el estudio de Ceravolo & Raines (2018) usó ambos (CBI, ProQOL-5). En total 14 estudios usaron la versión de entrenamiento mindfulness MBSR, y el resto la versión MSCR. La muestra total fue de 632 enfermeras.

6.4.2 Efectividad del mindfulness en la reducción de burnout

Todos los autores muestran una disminución de los niveles en CE tras la intervención mindfulness. Antes de la intervención la muestra estudiada presentaba niveles medio-altos en CE con porcentajes que oscilan entre el 42% al 69% (Mealer et al., 2014; Montanari et al., 2018). Otros dos estudios (Mackenzie et al., 2006; Norouzinia, Ramezani, Khalili, Dehghani, & Sharifis, 2017) encuentran niveles medio-altos con puntuaciones medias de

26,38 y 29,27. Tras intervención se muestran reducciones entre un 14,32% al 31%, situándose CE en niveles medios-bajos (Mackenzie et al., 2006; Mealer et al., 2014; Montanari et al., 2018; Norouzinia et al., 2017; Poulin, Mackenzie, Soloway, & Karayolas, 2008).

Con relación a D, varios autores encuentran niveles medio-altos que disminuyen tras intervención entre un 7% hasta un 17,60% (Gauthier et al., 2015; Mealer et al., 2014; Norouzinia et al., 2017). Sin embargo, otros autores observan niveles de puntuación media-baja sin cambios significativos en D tras intervención (Cohen-Katz et al., 2005; Mackenzie et al., 2006; Montanari et al., 2018; Poulin et al., 2008; Watanabe et al., 2019).

En cuanto a RP, antes de la intervención, Mealer et al., (2014) encuentran niveles bajos con porcentajes del 77%, sin embargo, otros autores muestran niveles medios (Mackenzie et al., 2006; Norouzinia et al., 2017; Poulin et al., 2008). Tras la intervención aumenta la puntuación media entre un 4,22% y un 8% (Mackenzie et al., 2006; Mealer et al., 2014; Poulin et al., 2008). Por otro lado, otros autores evidencian niveles medios en RP en su muestra sin cambios tras entrenamiento mindfulness (Montanari et al., 2018; Norouzinia et al., 2017; Watanabe et al., 2019).

Otros estudios que analizan la puntuación total de burnout indican que ésta se redujo entre un 12% a un 30% tras intervención mindfulness (Craigie et al., 2016; Delaney, 2018; Dos Santos et al., 2016).

Cuatro estudios analizaron la influencia del MBSR en unidades específicas. Dos estudios se realizaron en el servicio de oncología donde existe un alto nivel de burnout (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Hevezi, 2016), reduciéndose tras intervención a niveles medios, obteniendo los mismos resultados que en las unidades de cuidados intensivos (Gauthier et al., 2015; Mealer et al., 2014).

El entrenamiento mindfulness redujo los niveles de burnout, aumentando los niveles de satisfacción y reaprendizaje cognitivo positivo (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016).

6.4.3 Duración y seguimiento de las intervenciones de entrenamiento mindfulness

Seis investigaciones (Bazarko et al., 2013; Ceravolo & Raines, 2018; Cohen-Katz et al., 2005; Delaney, 2018; Norouzinia et al., 2017; Poulin et al., 2008) utilizan el método tradicional de MBSR con una duración total de ocho semanas. El resto utilizan versiones más breves de seis semanas (Dos Santos et al., 2016; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Montanari et al., 2018) y cuatro semanas (Craigie et al., 2016; Gauthier et al., 2015; Hevezi, 2016; Mackenzie et al., 2006). Por otro lado, varios autores utilizan entrenamientos de 10 y 12 semanas (Horner, Piercy, Eure, & Woodard, 2014; Mealer et al., 2014), mientras que Slatyer et al. (2018) utiliza un tiempo más corto de medición de tres semanas. Las intervenciones breves de duración inferior a ocho semanas resultan ser igual de eficaces reduciendo la puntuación media del MBI. Las características de cada uno de los programas de mindfulness se pueden ver en las Tablas 9 y 10.

Varios autores (Craigie et al., 2016; Dos Santos et al., 2016; Slatyer et al., 2018) muestran que una breve intervención es eficaz, reduciendo los niveles de burnout y manteniendo una baja puntuación hasta seis meses después de la intervención. A los tres meses tras MBSR, Cohen-Katz et al., (2005) encuentran cambios mantenidos en el tiempo sólo en una de las dimensiones del MBI (CE), y Ceravolo & Raines (2018) encontraron un aumento de puntuación en los tres meses posteriores. Gauthier et al. (2015) encuentran una relación negativa entre MBSR y CE tras intervención y seguimiento (un mes), negativa en D sólo tras la intervención y positiva en RP; mientras que Bazarko et al. (2013) señala una puntuación media estable mantenida tras dos y cuatro meses.

Con relación a la adhesión al programa por parte de enfermería, se observan tasas de seguimiento a corto plazo que oscilan entre el 60% y el 100% (Craigie et al., 2016; Horner et al., 2014), mientras que aquellos estudios que realizan un seguimiento largo en el tiempo, dicha tasa se reduce hasta el 12,8% (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016).

Efecto del entrenamiento mindfulness

Tabla 8

Características de los estudios incluidos

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
Bazarko et al., 2013 EEUU	Cuasi-experimental	n = 36 enfermeras 100% mujeres 52,2 años	MBSR/ CBI	BP: 44,56 (19,74) BL: 49,50 (19,43) BRP: 19,49 (18,05)	BP: Tras 2 meses: 26,27 (17,48) Tras 4 meses: 24,88 (17,66) BL: Tras 2 meses: 37,55 (15,83) Tras 4 meses: 32,24 (14,45) BRP: Tras 2 meses: 14,22 (16,12) Tras 4 meses: 13,48 (15,56)	Reducción de nivel de burnout mantenidos en el tiempo en enfermeras que siguieron la rutina diaria de entrenamiento MBSR reduce el estrés y burnout Mejora el bienestar físico, mental, social y la atención al paciente
Ceravolo & Raines 2018 EEUU	Cuasi-experimental	n = 13 enfermeras supervisoras	MBSR/ ProQOL CBI	Riesgo de burnout: 3,4 (0,61) BP: 4,2 (0,36) BL: 4,0 (0,51) BRP: 2,1 (0,40)	Riesgo de burnout: 2,8 (0,51) Post-intervención: BP: 3,8 (0,44) BL: 3,5 (0,54) BRP: 2,0 (0,48) Tras 3 meses:	MBSR reduce el riesgo de burnout en la dimensión BP BRP A los 3 meses la puntuación volvió a los niveles iniciales

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
					BP: 4,0 (0,34) BL: 3,6 (0,34) BRP: 2,2 (0,16)	
Cohen-Katz et al., 2005 EEUU	Ensayo clínico controlado	n = 25 enfermeras GI n=12 GC n=13 100% mujeres 46 años	MBSR/ MBI	-	CE: 8 semanas tras intervención (p=0,001), 3 meses post-intervención (p=0,01) D: 8 semanas tras intervención (p=0,08), 3 meses post-intervención (p=0,09) RP: 8 semanas tras intervención (p=0,076), 3 meses post-intervención (p=0,31)	Reducción en C tras intervención y a lo 3 meses No hay cambios significativos en los niveles de R aumentaron tras intervención, pero los 3 meses la puntuación no mantuvo
Craigie et al., 2016 Australia	Cuasi-experimental	n = 20 enfermeras 95,2% mujeres 48,6 años	MSCR/ ProQOL	Burnout: 23,8 (4,81) ProQoL (burnout %) Bajo: 20	Burnout: 20,0 (4,06) Tras 1 mes: 20,5 (4,12) ProQOL (burnout %) Bajo: 45 Medio: 40	Altos niveles de burnout antes de intervención Tras intervención 30% de reducción con cambios

Efecto del entrenamiento mindfulness

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
				Medio: 35 Alto: 45	Alto: 15 Tras 1 mes: Bajo: 35 Medio: 50 Alto: 15	mantenidos tras mes de seguimier Correlación negat entre MSCR co burnout
Delaney 2018	Cuasi- experimental	n = 13 enfermeras 100% mujeres 44 años	MSCR/ ProQOL	Burnout: 29,07 (4,34)	Burnout: 23,07 (3,35)	Correlación negat entre mindfunes burnout Reducción del 21 tras intervenció
Dos Santos et al., 2016	Cuasi- experimental	n = 13 enfermeras 92,3% mujeres 47,38 años	MBSR/ MBI	MBI: 50,23 (5,59)	MBI: 38,23 (5,25) Tras 6 semanas: 37,85 (5,20)	MBSR reduce niveles de burno estrés y depresió Cambios manteni hasta 6 semanas t intervención
Duarte & Pinto- Gouveia 2016	Ensayo clínico controlado	n = 48 enfermeras oncología GI n=29 GC n=19 87,15% mujeres 40,50 años	MBSR/ ProQOL	Burnout GI: 26,57 (6,09) GC: 24,74 (4,64)	Burnout GI: 24,29 (5,09) GC: 23,89 (4,82)	MBSR reduce est burnout y aument satisfacción 75% informan de cambio en el est de vida persistien los efectos a med largo plazo

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
Gauthier et al., 2015 EEUU	Cuasi-experimental	n = 38 enfermeras UCI pediátrica 93,3% mujeres 40 años	MBSR/ MBI	CE: 31,49 (9,85) D: 13,33 (5,84) RP: 42,29 (7,43)	-	Correlación negativa entre CE y mindfulness con cambios mantenidos en el tiempo Correlación negativa entre D y MBSR, cambios mantenidos en el tiempo Correlación positiva entre RP con mindfulness, sin cambios mantenidos en el tiempo
Hevezi 2016 EEUU	Cuasi-experimental	n = 15 enfermeras oncología 100% mujeres	MBSR/ ProQOL	Burnout: 26,4	Burnout: 22,2 diferencia media=4,13, (95%IC: 1,66–6,60)	Reducción de burnout tras 4 semanas de entrenamiento Correlación positiva entre MBSR y seguridad del paciente y negativa con nº bajas laborales

Efecto del entrenamiento mindfulness

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
Horner et al., 2014 EEUU	Cuasi-experimental	n = 43 enfermeras	MBSR/ ProQOL	Burnout: GI: 46,20 GC: 46,05	Burnout: GI: 45,71 GC: 45,00	Comunicación m efectiva con pacie tras MBSR, pero cambio en niveles burnout
Mackenzie et al., 2006 Canadá	Ensayo clínico controlado	n = 30 enfermeras geriatria GI n=16 94% mujeres 48,62 años GC n=14 100% mujeres 44,78 años	MBSR/ MBI	CE: GI: 26,38 (10,42) GC: 16,15 (8,76) D: GI: 4,75 (4,49) GC: 3,42 (5,12) RP: GI: 37,38 (5,86) GC: 33,42 (7,74)	CE: GI: 20,67 (10,39) GC: 17,23 (10,62) D: GI: 4,80 (4,43) GC: 5,00 (5,89) RP: GI: 41,60 (3,25) GC: 33,33 (6,77)	Reducción en CE grupo intervencio sin mejoras en I Correlación posit entre mindfulness RP
Mealer et al., 2014 EEUU	Ensayo clínico controlado	n = 27 enfermeras UCI GI n=13 GC n=14	MBSR/ MBI	<i>M (25-75 cuartiles)</i> CE: GI: 9 (5-16) GC: 10 (7-15) D:	<i>M (25-75 cuartiles)</i> CE: GI: 13 (8-28) GC: 25 (13-28) D: GI: 9 (5-16)	El grupo intervención prese una reducción significativa en D aumento de RF

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
		89% mujeres		GI: 12 (7-13) GC: 12 (7-13) RP: GI: 11 (10-13) GC: 12(11-13)	GC: 10 (7-15) RP: GI: 37 (30-42) GC: 32 (28-40)	Correlación positiva entre MBSR con reaprendizaje cognitivo positivo
Montanari et al., 2018	Cuasi- experimental	n = 50 enfermeras 92,31% mujeres 29,9 años	MBSR/ MBI	CE: 0-16: 26% 17-26: 42% >26: 32% Total:23,38 (8,71) D: 0-6: 48% 7-12: 28% >13: 24% Total: 8,02 (6,36) RP: 0-31:14% 32-38: 38% >39: 48% Total: 37,10(5,67)	CE: 0-16: 40,63% 17-26: 34,38% >26: 25% Total: 20,03 (9,10) D: 0-6: 46,88% 7-12: 43,75% >13: 9,38% Total: 7,28 (5,24) RP: 0-31:15,63% 32-38: 40,63% >39: 43,75% Total: 37,19 (6,11)	MBSR reduce CI ligeramente D. I RP permanece s cambios El 75% de las enfermeras consideran beneficioso el entrenamiento MBSR

Efecto del entrenamiento mindfulness

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
Norouzinia et al., 2017 Irán	Ensayo clínico controlado	n = 60 enfermeras GI n=30 GC n=30 <30 años: 26,65% 31-40 años: 56,65% 41-50 años: 16,65%	MBSR/ MBI	CE: GI: 29,27 (9,5) GC: 29,77 (7,6) D: GI: 11,53 (5,9) GC: 11,67 (4,7) RP: GI: 36,47 (8,40) GC: 37,90 (5,50)	CE: GI: 25,47 (9,40) GC: 30,37 (7,90) D: GI: 9,50 (5,60) GC: 12,43 (4,80) RP: GI: 34,33 (8,30) GC: 38,33 (6,0)	CE y D se reducen tras intervención RP se mantiene estable
Poulin et al., 2008 Canadá	Ensayo clínico controlado	n = 30 enfermeras geriátrica GI n=16 93,8% mujeres 48,6 años GC n=14, 100% mujeres 44,8 años	MBSR/ MBI	CE: GI: 26,4 (10,4) GC: 16,8 (8,7) D: GI: 4,8 (4,5) GC: 3,3 (4,9) RP: GI: 38,2 (5,9) GC: 34,3 (8,1)	CE: GI: 20,70 (10,4) GC: 18,3 (10,9) D: GI: 4,8 (4,3) GC: 4,8 (5,7) RP: GI: 41,6 (3,2) GC: 34,2 (7,2)	Reducción significativa en C leve en RP tras intervención

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención <i>M (SD)</i>		Principales resultados
				Antes	Después	
Slatyer et al., 2018 Australia	Ensayo clínico controlado	n = 91 enfermeras GI n=65 GC n= 26 45,71 años	MSCR / ProQOL	Burnout: GI: 23,75 (5,84) GC: 23,35 (5,97)	Burnout: GI: 21,65 (5,12) GI a los 6 meses: 21,49 (5,89) GC: 23,38 (5,57)	MSCR reduce niveles de burnout con cambios mantenidos a los meses
Watanabe et al., 2019 Japón	Ensayo clínico controlado	n = 80 enfermeras GI n=40 GC n=40 100% mujeres	MBSR/ MBI	CE: GI: 22,6 (10,9) GC: 20,5 (11,4) D: GI: 7,3 (4,6) GC: 6,8 (5,2) RP: GI: 23,7 (8) GC: 19,8 (8,3)	Tras 13, 26 y 52 semanas: <u>CE</u> GI vs GC: 1,60 (95% IC: -2,56–5,76) p=0,45 / -2,02 (95% IC: -6,2–2,15) p=0,34 / -0,32 (95% IC: -4,88–4,51) p=0,88 <u>D</u> GI vs GC: 2,36 (95% IC: -0,08–4,78) p=0,05 / 1,38 (95% IC: -1,06–3,82) p=0,27/ 1,23 (95% IC: -1,22–3,67) p=0,32	No hay diferencias significativas entre grupos

Efecto del entrenamiento mindfulness

Autor	Diseño	n género edad media	Programa/ Medición	Intervención		Principales resultados
				Antes	Después	
					RP GI vs GC: 2,16 (95%IC: -1,02– 5,34) p=0,18 / 0,71 (95%IC: -2,49–3,90) p=0,66 / 2,45 (95%IC: -1,76–5,65) p=0,13	

Nota: BL= Burnout Laboral; BP = Burnout Personal; BRP = Burnout Relacionado con el paciente; CBI = Copenhagen Inventory; CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; GC = Grupo Control; GI = Grupo Intervención; GR = Recomendación; MBI = Maslach Burnout Inventory; MBSR = Mindfulness-basado en la reducción del estrés; MSCR = basado en autocuidado y resiliencia; NE = Nivel de Evidencia; ProQOL= Professional Quality of Life Scale; RP Personal; UCI = Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 9

Descripción de las intervenciones Mindfulness

Autor	Periodo	Duración intervención	Tasa de abandono	Seguimiento
Bazarko et al. (2013)	8 semanas	Día de retiro + 9 horas con instructor + 25-30 minutos (práctica en casa)	12,2%	2-4 meses
Ceravolo & Raines (2018)	8 semanas	60 minutos semanales (en grupo)	7,69%	3 meses
Cohen-Katz et al. (2005)	8 semanas	2,5 horas/semana + 6 horas de retiro + 6 días/semana (práctica en casa)	8%	3 meses
Craigie et al. (2016)	4 semanas	1 día taller educativo + 12 horas (práctica en casa)	0%	1 mes
Delaney (2018)	8 semanas	2,5 horas/semana + 1 día de retiro + 1 sesión de meditación/semana	27,7%	-
Dos Santos et al. (2016)	6 semanas	24 sesiones, 60 min/sesión	0%	6 semanas
Duarte & Pinto-Gouveia (2016)	6 semanas	2 horas/semana (grupo) + 15 min/día (práctica en casa)	Base: 4,16% Seguimiento 3 meses: 87,5%	-
Gauthier et al. (2015)	4 semanas	30 min/día (grupo) + 10 min/día (práctica en casa)	16%	1 mes
Hevezi (2016)	4 semanas	1 día de taller + 5 sesiones/semana (práctica en casa)	6,6%	-
Horner et al. (2014)	10 semanas	30 min/día	40%	-
Mackenzie et al. (2006)	4 semanas	30 min/día (grupo) + 10 min/día 5 días/semana (práctica en casa)	-	-
Mealer et al. (2014)	12 semanas	2 días de taller educativo + 15 min/día 3 días/semana (práctica	34%	-

Efecto del entrenamiento mindfulness

Autor	Periodo	Duración intervención	Tasa de abandono	Seguimiento
		en casa) + ejercicio aeróbico 30-45 min/día 3 días/semana + 1 sesión en UCI		
Montanari et al. (2018)	6 semanas	9-20 min/día	36%	-
Norouzinia et al. (2017)	8 semanas	-	-	-
Poulin et al. (2008)	8 semanas	30 min/día + 15-20 min/día (práctica en casa)	-	-
Slatyer et al. (2018)	3 semanas	11,50 horas + 1 taller educativo	35,38%	6 meses
Watanabe et al. (2019)	3 semanas	7 horas taller educativo + 4 sesiones/semana con instructor (30 min/sesión)	0%	52 semanas

Nota: UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Tabla 10

Estrategias de afrontamiento realizadas en el entrenamiento mindfulness

Autor (año)	Entrenamiento cognitivo	Meditación/ Mindfulness	Reconocimiento corporal	Estiramiento/ Ejercicio/ Yoga	Respiración
Bazarko et al. (2013)		x		x	x
Ceravolo & Raines (2018)		x	x		x
Cohen-Katz et al. (2005)	x	x	x		
Dos Santos et al. (2016)		x	x		x
Duarte & Pinto-Gouveia (2016)		x		x	x
Gauthier et al. (2015)	x	x	x		x
Hevezi (2016)		x			x
Horner et al. (2014)		x			x
Mackenzie et al. (2006)	x	x	x	x	x
Mealer et al. (2014)	x	x	x	x	
Montanari et al. (2018)		x			x
Norouzinia et al. (2017)		x	x	x	x
Poulin et al. (2008)		x	x	x	x
Watanabe et al. (2019)	x	x	x		x

6.4.4 Meta-análisis sobre el tamaño del efecto de una intervención mindfulness en la reducción de burnout

Dos de los estudios incluidos aportaban los datos estadísticos necesarios para el análisis (Mackenzie et al., 2006; Norouzinia et al., 2017). La figura 17 resume el riesgo de sesgo de estos estudios. La muestra total de enfermeras fue de n = 46 para el grupo intervención y n = 44 para el grupo control. Respecto a la heterogeneidad el I² fue del 71% para CE, 26% para D y del 95% para RP.

En el caso del CE la diferencia de medias fue de 1,32 (95% IC: -9,41 – 6,78), siendo menor la media en el grupo de intervención. Para D, la diferencia de medias fue de 1,91 (95% IC: -4,50 – 0,68) a favor del grupo de intervención. Por último, la diferencia de medias en RP fue de 2,12 (95% IC: -9.91 –14.14), siendo mayor la RP en el grupo de intervención. La Figura 18 muestra el forest plot para cada dimensión.

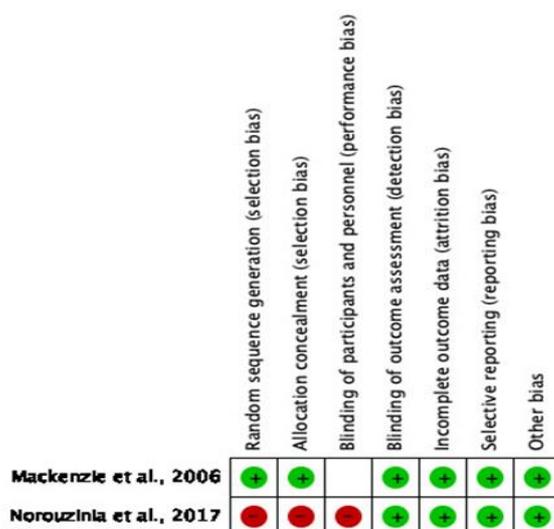


Figura 17. Riesgo de sesgo.

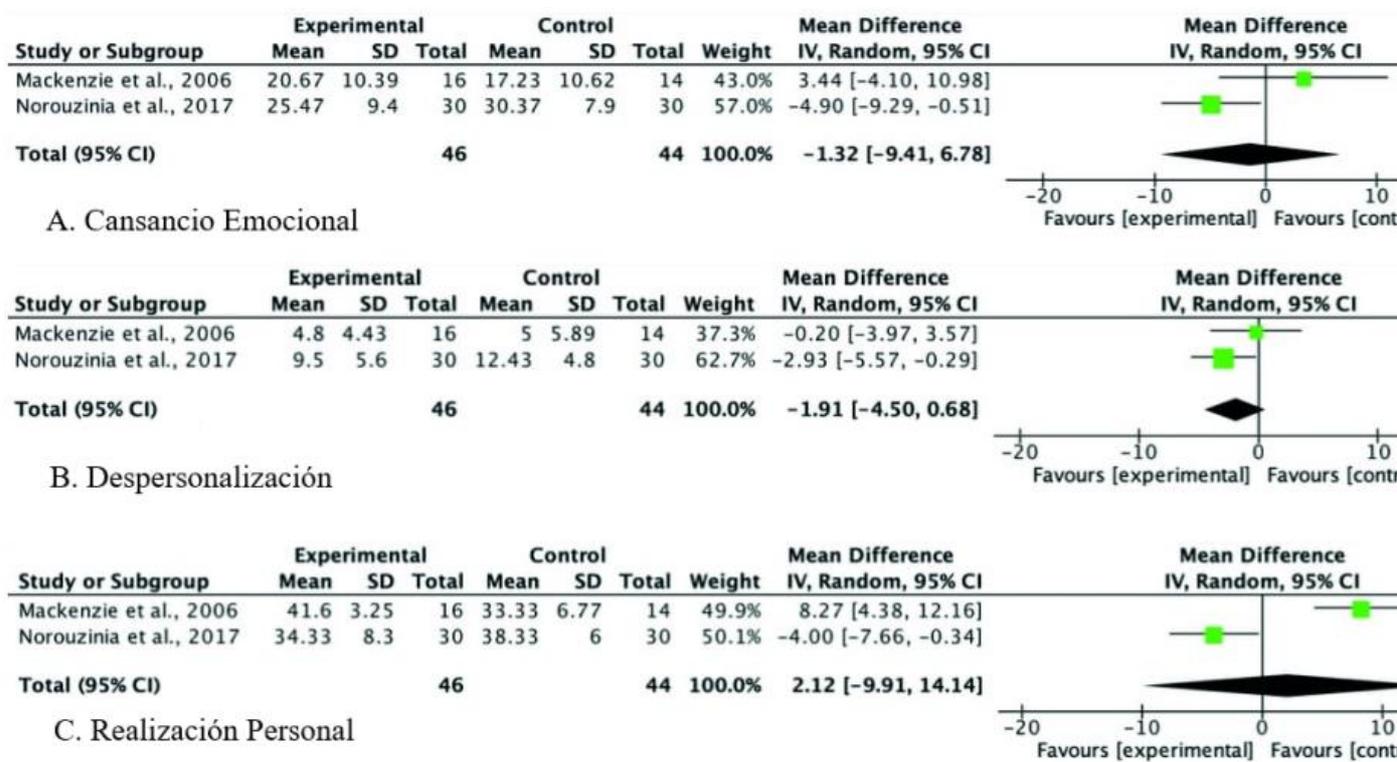


Figura 18. Forest plot del efecto del método mindfulness para cada dimensión burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

6.5 DISCUSIÓN

El propósito de esta revisión sistemática y meta-análisis fue analizar el efecto del entrenamiento mindfulness para reducir el nivel de burnout en enfermeros.

Los enfermeros presentaban niveles elevados de burnout antes de la intervención. Tras entrenamiento mindfulness se muestra una reducción de los niveles de burnout, similar a lo obtenido en estudios similares en médicos y otros profesionales sanitarios (Braun et al., 2019; Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska, & David, 2013). Posiblemente este tipo de intervenciones guiadas aumentan la autoconciencia y promueven la aceptación y motivación hacia un cambio de comportamiento (Reddy & Roy, 2019; Westphal et al., 2015).

En cuanto a las dimensiones del burnout, la puntuación se redujo en CE y aumentó en RP tras intervención (Duchemin et al., 2015; Steinberg, Klatt, & Duchemin, 2017). Sin embargo, los cambios no fueron significativos en D, donde la puntuación se mantiene estable (Sallon et al., 2017; Verweij, van Ravesteijn, van Hooff, Lagro-Janssen, & Speckens, 2018).

Respecto a la duración en el tiempo de dichos beneficios, algunos autores no observan cambios significativos o incluso describen aumentos en puntuación de burnout. Esto puede deberse a una baja adhesión por parte de enfermería, pues un programa de entrenamiento regular puede mantener niveles bajos de burnout, sin embargo, se evidencia una alta tasa de abandono (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Wong, Teng, Chee,

Doshi, & Lim, 2018) que se repite en estudios realizados en otros profesionales sanitarios (De Vibe et al., 2018; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). No obstante, al igual que ciertos resultados en esta revisión, algunos autores encuentran cambios mantenidos en el tiempo, hasta 12 meses tras intervención, con una reducción del nivel de burnout del 8,2% (Askey-Jones, 2018; Fortney et al., 2013; Lebares et al., 2018; Martín-Asuero & García-Banda, 2010; Steinberg et al., 2017). Realizar una intervención mindfulness en enfermería requiere un compromiso de dedicación exclusiva durante ocho semanas lo que dificulta su realización, por ello algunos de los artículos encontrados utilizan una versión corta, demostrando que las intervenciones breves resultan igual de eficaces (Brady, O'Connor, Burgermeister, & Hanson, 2012; Lebares et al., 2018).

En servicios especialmente vulnerables como unidades de cuidados intensivos y oncología, donde se observa un alto nivel de burnout, se considera una herramienta eficaz (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Podgurski, Greco, Croom, Arnold, & Claxton, 2019). Sin embargo, algunos resultados no muestran cambios en los niveles de burnout o sólo muestran reducciones en CE sin cambios evidentes en D y RP, debido posiblemente a la alta puntuación inicial (Moody et al., 2013). Igualmente se encuentra una correlación negativa entre satisfacción laboral y mindfulness, en servicios de UCI pediátrica, que pueden ser debidos al conflicto del rol enfermero dentro de la organización en relación a una atención centrada totalmente en el cuidado (Gauthier et al., 2015).

La regulación del nivel de burnout se relaciona con una buena adhesión y constancia, resultando una estrategia complementaria (Sallon et al., 2017). De hecho, algunos estudios señalan un efecto beneficioso mantenido en el tiempo en individuos que sufren patologías como fibromialgia (Andrés-Rodríguez et al., 2019), cáncer (Zhang, Zhao, & Zheng, 2019), trastornos mentales (Hedman-Lagerlöf, Hedman-Lagerlöf, & Öst, 2018; Rupp, Jürgens, Doeblner, Andor, & Buhlmann, 2019), estrés (Gawrysiak et al., 2018) e insomnio (Wang et al., 2018).

El entrenamiento mindfulness en enfermería además, mejora el reaprendizaje cognitivo positivo (Luberto et al., 2015), así se corrobora con estudios de imágenes cerebrales donde se observa a través de este método, un aumento de actividad cerebral asociada a estados de ánimo positivos y regulación de emociones (Guillaumie, Boiral, & Champagne, 2017). Otros estudios señalan una mejora en el tratamiento de situaciones postraumáticas (Meyer et al., 2018; O'Mahony, Gerhart, Grosse, Abrams, & Levy, 2016) e incluso efectos positivos sobre los biomarcadores de estrés, como la reducción de los niveles de cortisol salival (Veiga et al., 2019).

Aunque una intervención mindfulness demuestra ser efectiva en la reducción de los niveles de burnout en enfermeras, todavía existen limitaciones sobre en qué aspecto resulta ser más eficaz, como, por ejemplo, en la mejora de los cuidados del paciente, desarrollo de un mayor compromiso con el trabajo, mayor sensación de bienestar y placer en el desempeño del rol, modificaciones a nivel de la personalidad o incluso mayor curiosidad o búsqueda de nuevas herramientas de trabajo (Hemanth & Fisher, 2015; Hunter, 2016; Irving et al., 2014). Además,

sería aconsejable tener en cuenta otras variables externas relacionadas con el ámbito laboral, como falta de organización, recursos y personal, gran carga de trabajo o turnicidad, que puede dañar el bienestar físico y mental de las enfermeras y que están directamente relacionadas con la política de gestión de la organización (Basar & Basim, 2016; Weigl et al., 2016). Por lo tanto, sería importante implementar el método mindfulness en cada área de trabajo, teniendo en cuenta estos factores para evaluar la efectividad de esta intervención bajo las mismas condiciones con el fin de poder explicar estas cuestiones.

6.5.1 Limitaciones

Existen varias limitaciones encontradas en este estudio. En primer lugar, existen pocos ensayos clínicos controlados y aleatorios, que comparen la efectividad del método mindfulness y que aporten los datos necesarios para el meta-análisis. Por ello, los resultados del meta-análisis deben ser interpretados con cautela. Serían necesarias futuras investigaciones centradas en ensayos clínicos que aporten datos antes y después de la intervención.

Muchos estudios pese a utilizar el método mindfulness, implementaron variaciones como reducción del tiempo de sesión o combinación de varias terapias, por lo que, aunque su objetivo es analizar su influencia sobre el síndrome de burnout, puede influir en la heterogeneidad de los resultados entre los estudios.

Por otro lado, la corta duración de la intervención y seguimiento pueden ser factores limitantes, así como la muestra, mayormente constituida por

mujeres. Por ello es necesario realizar estudios a largo plazo con grupo control y muestras más amplias, con el fin de poder comprender el efecto del entrenamiento mindfulness en enfermeros.

6.6 CONCLUSIÓN

La mayor parte de estudios informan que el método mindfulness es efectivo para la reducción del burnout en los profesionales de enfermería. El meta-análisis realizado muestra resultados positivos a favor del método mindfulness. La mayor parte de estudios fueron cuasi-experimentales y sin aleatorización, por lo que es necesario aumentar la calidad de la evidencia en futuras investigaciones.

CAPÍTULO 7.
FACTORES DE RIESGO Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN ENFERMERAS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: UN
ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Cómo citar:

De la Fuente-Solana, E.I., Suleiman-Martos, N., Velando-Soriano, A., Cañadas-De la Fuente, G.R., Herrera-Cabrerizo, B., Albendín-García, L. (2020). Risk factors and burnout syndrome in gynecology and obstetrics nurses: a multicentre study. *Journal of Clinical Nursing*. Artículo en proceso de revisión.

7.1 RESUMEN

Introducción: el síndrome de burnout en enfermeras y matronas ocasiona efectos negativos sobre su salud física y mental, reduciendo la calidad de los cuidados. **Objetivo:** analizar la prevalencia, nivel y fase de desarrollo del síndrome de burnout en matronas y enfermeras del área de ginecología y obstetricia, y evaluar su relación con los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos. **Método:** se realizó un estudio multicéntrico transversal con 150 matronas y enfermeras de ginecología y obstetricia. Fueron incluidos 18 hospitales. El nivel de burnout fue evaluado con el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Para las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad se utilizaron el Inventario de personalidad Neo Reducido de Cinco Factores y el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión. **Resultados:** se encuentra un 17% de alto cansancio emocional, un 16,6% de alta despersonalización y un 55,1% de baja realización personal. Las variables sociodemográficas y laborales relacionadas con el burnout fueron género, estado civil y tipo de turno. El modelo de regresión lineal muestra que la depresión, neuroticismo, amabilidad y apertura predicen las dimensiones del síndrome. **Conclusiones:** un tercio de matronas y enfermeras de ginecología y obstetricia presentan altos niveles de burnout, siendo la baja realización personal la dimensión más alterada. Los factores de personalidad juegan un papel importante en el desarrollo del síndrome de burnout.

Palabras clave: Burnout, Enfermeras, Matronas, Personalidad, Predictores, Salud laboral.

7.2 INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios se encuentran a menudo expuestos a estrés ocupacional o laboral (Sallon et al., 2017; Salyers et al., 2017) relacionado con un desequilibrio entre las habilidades y demandas, fallos en la organización, largas jornadas laborales o falta de soporte (Dall’Ora et al., 2015; Scanlan & Still, 2019). Esta situación prolongada en el tiempo puede ocasionar enfermedades físicas y mentales, como es el síndrome de burnout (Jones et al., 2013).

El burnout se define como un estado crónico y negativo relacionado con el trabajo (Schaufeli et al., 2009) formado por tres dimensiones, alto cansancio emocional (CE), alta despersonalización (D) o cinismo en el trato al paciente, y baja realización personal (RP) (Leiter & Maslach, 1988). Aparece como resultado a la exposición a estresores negativos en el trabajo, ocasionando un deterioro en la calidad de vida de los profesionales, que se acompaña de diversos síntomas como dolores, insomnio o falta de concentración (Lamont et al., 2017; Lee et al., 2015; Wang et al., 2017). Además, tiene consecuencias para la institución pues aumenta el absentismo y abandono laboral, reduciendo la productividad (Hämmig, 2018). Esto se asocia con una menor calidad de los servicios, aumentando los errores y reduciendo la seguridad del paciente (Hall et al., 2016).

El estudio del burnout en profesionales sanitarios, identifica a enfermería como uno de los principales grupos de riesgo (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Si bien es cierto, la prevalencia de burnout puede variar según los servicios analizados, destacando algunos como urgencias (Cañadas-de la Fuente, Albendín-García, et al., 2018; Sallon et al., 2017), pediatría (Pradas-

Hernández et al., 2018), oncología (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018) y obstetricia (Suleiman-Martos et al., 2020).

En concreto el área de ginecología y obstetricia (GyO), donde realizan su labor tanto matronas como enfermeras entre otros profesionales presenta características diferentes a otras unidades. Se contemplan actividades dirigidas a la salud sexual y reproductiva de la mujer, lo que implica una gran vocación, responsabilidad y control emocional (Noonan et al., 2018). Además, en estas unidades es frecuente encontrar una elevada prevalencia de ansiedad y trastornos de estrés postraumático del 25-35% (Beck, Logiudice, & Gable, 2015; Hamama-Raz et al., 2016), con relación a las complicaciones que ponen en peligro la vida de madre e hijo y que ocasionan altos niveles de estrés, lo que implica un elevado contacto emocional (Wallbank & Robertson, 2013). Incluso, las malas condiciones laborales se relacionan con una baja satisfacción laboral y personal, que se refleja en una elevada tasa de abandono de la profesión (Harvie et al., 2019).

Las investigaciones sobre las características de enfermeras de GyO y su relación con el burnout son recientes, encontrando niveles moderados-altos en cada una de las dimensiones del burnout (Habadi et al., 2018; Mizuno et al., 2013; Yao et al., 2018) al igual que en matronas (Mollart et al., 2013; Oe et al., 2018; Sheehy et al., 2019). Dichas investigaciones se centran en factores de riesgo sociodemográficos como edad, género o estado civil (Hunter et al., 2019), laborales como experiencia profesional, turnicidad, soporte laboral o tipo de modelo de cuidado (Henriksen & Lukasse, 2016; Yoshida & Sandall, 2013) y psicológicos como reconocimiento e independencia (Dixon et al., 2017).

Sin embargo, es necesario avanzar en el estudio del burnout. La estimación de la prevalencia de cada una de las dimensiones del burnout en matronas y enfermeras de GyO debe profundizarse mediante el estudio del nivel de gravedad o fase de burnout en la que se encuentran los profesionales. En este estudio se combinan las tres dimensiones del MBI (CE, D y RP) y se realiza una clasificación de los profesionales en ocho fases: burnout leve (fases 1-3), burnout moderado (fases 4-5) y burnout elevado (fase 6-8) (Golembiewski & Munzenrider, 1988).

Este modelo, así como el estudio de las relaciones entre algunas variables de riesgo y el síndrome de burnout se ha utilizado en enfermeras de otros servicios (De la Fuente-Solana et al., 2017; Ramírez-Baena et al., 2019) encontrando por ejemplo, que el tipo de personalidad influye sobre los niveles del síndrome (Ang et al., 2016; De la Fuente et al., 2015). Sin embargo, no existen estudios que se centren exclusivamente en matronas y enfermeras del área de GyO, y que además analicen el perfil de riesgo de burnout mediante el estudio de las características de la personalidad y otros factores relacionados.

Por tanto, los objetivos de este estudio son: 1) determinar la prevalencia y niveles de burnout en matronas y enfermeras de GyO (bajo, medio, alto en CE, D y RP), 2) describir en qué fase de burnout se encuentran según el modelo de Golembiewski (fase 1-8), 3) analizar la relación entre burnout y los factores de riesgo sociodemográficos, laborales y de personalidad.

7.3 MÉTODO

7.3.1 Diseño y recogida de datos

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y multicéntrico. Se distribuyeron un total de 200 cuestionarios en papel y en un sobre cerrado a los profesionales, siendo posteriormente recogidos 173 sobres. Finalmente, n=150 completaron el cuestionario en su totalidad.

La participación en el estudio fue voluntaria, individual y anónima, mediante la firma del consentimiento informado. El tiempo estimado para completar el cuestionario fue de 45 minutos. Los datos fueron recogidos en el último trimestre de 2019.

7.3.2 Muestra

La muestra fue de 150 matronas y enfermeras del área de GyO del Servicio Andaluz de Salud (SAS, Andalucía, España). Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia en 18 hospitales. Se excluyeron estudiantes de enfermería.

7.3.3 Medidas de resultado

En el cuestionario en papel se recogieron los siguientes datos:

1. Datos demográficos. Las variables sociodemográficas incluidas fueron: edad (años), género (hombre/mujer), estado civil (soltero, casado, separado, divorciado o viudo) y número de hijos. Las

variables laborales fueron: categoría profesional (enfermera/matrona), turno de trabajo (rotatorio/fijo), realización de guardias (si/no), antigüedad en el puesto y en la profesión (meses).

2. Maslach Burnout Inventory (MBI). Su adaptación al español (Seisdedos, 1997) consta de 22 ítems con una escala Likert de 0-7 puntos. Mide tres dimensiones del burnout: cansancio emocional (CE) con 9 ítems, despersonalización (D) con 5 ítems, y realización personal (RP) con 8 ítems (Maslach & Jackson, 1981). Los puntos de corte para establecer niveles altos para cada dimensión fueron para CE >24 , para D >9 , para RP <33 . El coeficiente de fiabilidad para cada dimensión es para CE ($\alpha=0,89$), para D ($\alpha=0,68$) y para RP ($\alpha=0,83$).
3. Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores (NEO-FFI). Mide los factores de personalidad basado en el modelo de los Cinco Grandes: Neuroticismo, Extraversión, Responsabilidad, Amabilidad, Apertura (McCrae & Costa, 1999). Su adaptación reducida en población española (Costa & McCrae, 2002) consta de 60 ítems, 12 ítems para cada dimensión con una escala Likert de 5 puntos. El coeficiente de fiabilidad para cada dimensión fue: Neuroticismo ($\alpha=0,76$), Extraversión ($\alpha=0,79$), Responsabilidad ($\alpha=0,82$), Amabilidad ($\alpha=0,73$) y Apertura ($\alpha=0,70$).
4. Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano et al., 2007), para la medición de síntomas de ansiedad y depresión siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Consta de 45 ítems con una escala

Likert de 5 puntos, con 20 ítems para ansiedad y 29 para la depresión. El coeficiente de fiabilidad es para Ansiedad ($\alpha=0,88$) y Depresión ($\alpha=0,92$).

El nivel de burnout global se evaluó utilizando las fases del modelo de Golembiewski y Munzenrider (1988). Éste clasifica la puntuación de cada dimensión de burnout en niveles bajos o altos, mediante 8 fases que se muestran en la Tabla 13.

7.3.4 Análisis estadístico

Los estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, valores máximos y mínimos) se obtuvieron para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se obtuvieron porcentajes y frecuencias.

Para realizar la comparación de variables cuantitativas (CE, D y RP) según diferentes categorías de variables cualitativas se utilizó el test T-Student. Los coeficientes de correlación de Pearson se utilizaron para estudiar la relación lineal entre las variables cuantitativas. Por último, se realizó una regresión lineal múltiple para cada dimensión del MBI. Todos los análisis se realizaron en el paquete estadístico SPSS 25.0 (IBM, Armonk, NY, USA).

7.3.5 Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Granada y el Comité de Ética de Investigación Provincial de Granada del

SAS, cumpliendo en todo momento las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000).

7.4 RESULTADOS

7.4.1 Perfil demográfico

La muestra total fue de n=150 matronas y enfermeras de GyO. La tasa de respuesta fue del 75%. La edad promedio fue de 44,85 años (SD = 11,56). El 78,7% eran mujeres, un 80,4% trabajaba con turnos rotatorios, el 58% estaban casados y el 70,7% tenían hijos. Todos tenían estudios de nivel superior (grado o diplomatura) en enfermería y 70 además eran especialistas o matronas residentes (Tabla 11).

Tabla 11

Datos descriptivos de las variables cualitativas del estudio

Variable	%(n)	Variable	%(n)
Género		Estado Civil	
Hombre	21,3 (32)	Soltero	30 (45)
Mujer	78,7 (118)	Casado	58 (87)
Turno de trabajo		Separado	4 (6)
Fijo de mañanas	18,9 (27)	Divorciado	7,3 (11)
Fijo de tardes	0	Viudo	0,7 (1)
Fijo de noches	0,7 (1)	Hijos	
Rotatorio	80,4 (115)	Ninguno	29,3 (44)
Guardias		Uno	14,7 (22)
Sí	42,6 (60)	Dos	39,3 (59)
No	57,4 (81)	Tres o más	16,7 (25)

La variable cuantitativa sociodemográfica analizada fue la edad, las variables laborales fueron la antigüedad en el puesto actual y en la profesión, y las variables psicológicas fueron las tres dimensiones del

burnout (CE, D y RP), las cinco dimensiones de la personalidad (neuroticismo, extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura), así como la ansiedad y depresión (Tabla 12).

Tabla 12

Datos descriptivos de las variables cuantitativas del estudio

Variable	Media (DT)	Mínimo – Máximo
Edad (años) (n=150)	44,85 (11,563)	22 – 64
Antigüedad Puesto (meses) (n=146)	152,57 (140,789)	0 – 480
Antigüedad Profesión (meses) (n=147)	254,97 (140,376)	12 – 516
MBI		
CE (n=147)	14,68 (10,354)	0 – 44
D (n=145)	4,64 (4,946)	0 – 25
RP (n=147)	39 (7,376)	20 – 48
NEO-FFI		
Neuroticismo (n=150)	27,03 (6,705)	13 – 48
Extraversión (n=147)	43,79 (6,629)	26 – 58
Responsabilidad (n=148)	48,47 (6,006)	32 – 60
Amabilidad (n=146)	47,72 (5,747)	28 – 60
Apertura (n=147)	40,53 (6,045)	25 – 57
CECAD		
Ansiedad (n=131)	33,50 (9,480)	19 – 69
Depresión (n=147)	46,08 (12,408)	26 – 95

Nota: CE = Cansancio Emocional; CECAD = Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión; D = Depersonalización; DT = desviación típica; MBI = Maslach Burnout Inventory; NEO-FFI = Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores; RP = Realización Personal.

7.4.2 Niveles de burnout y prevalencia estimada

Para los niveles de burnout, la puntuación en cada dimensión del burnout se categorizó en valores bajos, medios, altos, obteniendo los siguientes resultados de frecuencias: para CE el 56,5% de los sujetos presentaba un bajo nivel, el 26,5% un nivel medio y el 17% un alto nivel. Para D, un 57,2%

presenta un bajo nivel, el 26,2% un nivel medio y el 16,6% un alto nivel. Por último, para RP un 55,1% muestra un bajo nivel, un 23,1% un nivel medio, y un 21,8% un nivel alto.

7.4.3 Fase del síndrome de burnout

Se utilizó el modelo de Golembiewski (Golembiewski & Munzenrider, 1988) para clasificar a los participantes del estudio en las distintas fases según el nivel de burnout experimentado. Las fases I, II y III presentan bajos niveles de burnout, la IV y V niveles medios y las VI, VII y VIII niveles altos de burnout. En este estudio, según este modelo, el 29,2% (n = 42) presentan elevados niveles de burnout (Tabla 13).

Tabla 13

Prevalencia de burnout según las fases del modelo de Golembiewski

Fase	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
CE	B	B	B	B	A	A	A	A
D	B	A	B	A	B	A	B	A
RP	B	B	A	A	B	B	A	A
<i>n</i>	44	14	20	9	15	8	11	23
(%)	(30,6)	(9,6)	(13,9)	(6,3)	(10,4)	(5,6)	(7,6)	(16)

Nota: A = Alto; B = Bajo; CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP = Realización Personal.

7.4.4 Factores asociados a cada dimensión del burnout y modelos explicativos

Se realizó una correlación lineal entre las dimensiones del MBI, las subescalas de NEO-FFI y las puntuaciones de Ansiedad y Depresión de la escala CECAD. Las dimensiones CE y D presentaron correlaciones estadísticamente significativas con los ítems ansiedad y depresión de la

escala CECAD y con todas las dimensiones del NEO-FFI a excepción de la dimensión apertura. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre RP y todos los ítems de CECAD y NEO-FFI (Tabla 14).

Tabla 14

Coficiente de correlación entre las variables psicológicas y burnout

	CE	D	RP
NEO-FFI			
Neuroticismo	0,565**	0,432**	- 0,270**
Extraversión	- 0,304**	- 0,199*	0,419**
Responsabilidad	- 0,290**	- 0,309**	0,371**
Amabilidad	- 0,323**	- 0,377**	0,332**
Apertura	-	-	0,407**
CECAD			
Ansiedad	0,658**	0,373**	- 0,316**
Depresión	0,670**	0,362**	- 0,395**

Nota: CE = Cansancio Emocional; CECAD = Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión; D = Despersonalización; NEO-FFI = Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores; RP = Realización Personal.

* $p < 0,001$; ** $p < 0,005$.

Se compararon las medias de cada una de las dimensiones del MBI en función del género, estado civil, número de hijos, turno de trabajo y guardias. En D, se obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres $D_{(143)}$ ($t = 2,578$, $p = 0,011$, $d = 0,47$), presentando los hombres mayor D. En el caso del turno, existen diferencias significativas en $D_{(139)}$ ($t = -3,234$, $p = 0,002$, $d = -0,60$), con mayores niveles en profesionales que trabajan en turno fijo. También se obtuvieron diferencias significativas entre casados y no casados en RP (122) ($t=2,104$, $p = 0,037$, $d = 0,35$) presentando los solteros valores más bajos.

Para cada dimensión del burnout se obtuvo un modelo de regresión lineal múltiple. En el caso de CE, el modelo explica un 46,8% de la variabilidad

($r^2=0,468$) siendo la Depresión y el Neuroticismo predictores estadísticamente significativos. En el caso de D, la bondad de ajuste presentó un valor de $r^2=0,211$. Las variables que resultaron ser predictores estadísticamente significativos fueron: Neuroticismo y Amabilidad. Finalmente, para RP el 33,8% de la variabilidad es explicada por el modelo ($r^2=0,338$) siendo las variables Depresión, Amabilidad y Apertura predictores estadísticamente significativos (Tabla 15).

Tabla 15

Regresión lineal múltiple

	B	Desv. Error	Beta	t	p
CE					
Depresión	0,422	0,067	0,504	6,261	0,000
Neuroticismo	0,397	0,126	0,250	3,142	0,002
D					
Neuroticismo	0,235	0,061	0,324	3,868	0,000
Amabilidad	-0,209	0,073	-0,242	-2,883	0,005
RP					
Depresión	-0,181	0,044	-0,306	-4,104	0,000
Amabilidad	0,272	0,101	0,205	2,699	0,008
Apertura	0,393	0,090	0,324	4,383	0,000

Nota: B = Parámetro Estimado; CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP = Realización Personal; $t = t$ de Student.

7.5 DISCUSIÓN

Los resultados sobre los niveles de burnout en matronas y enfermeras de GyO de varios hospitales de Andalucía, indican un 17% para alto CE, un 16,6% para alta D y un 55,1% para baja RP. En otros estudios realizados en el mismo colectivo la prevalencia encontrada para alto CE es superior a la nuestra (Lipienné et al., 2014; Slade et al., 2018) aunque para alta D los resultados fueron similares (De La Fuente-Solana, Suleiman-Martos, et al., 2019; Lipienné et al., 2014). Para muchos autores la dimensión más

afectada es RP (Favrod et al., 2018) con prevalencias para baja RP similares a las encontradas en este estudio (Favrod et al., 2018; Lipienné et al., 2014; Sheen et al., 2015) aunque otros encuentran prevalencias inferiores (Esfahani et al., 2012; Habadi et al., 2018). Estas diferencias pueden deberse a las múltiples características del sistema sanitario de cada país, así como las diferentes competencias y tipo de organización o recursos (Pisanti et al., 2016).

Con relación a la prevalencia de burnout en enfermeras de otras unidades, para alta D se encuentran resultados similares en área de oncología, salud mental y atención primaria (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018; López-López et al., 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018) aunque para CE el área de GyO presenta una menor afectación comparado con enfermeros del área médica, oncología, pediatría o urgencias (De la Fuente-Solana et al., 2017; Gómez-Urquiza, de la Fuente-Solana, et al., 2017; Molina-Praena et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018). Sin embargo, el área de GyO presenta mayores niveles de baja RP en comparación con las anteriormente mencionadas.

Un 29,2% de los profesionales se encuentran en una fase de burnout alto, lo que pone de manifiesto la importancia de implementar de forma precoz estrategias de intervención y prevención contra el burnout (Cocchiara et al., 2019; Ruotsalainen et al., 2014; Suleiman-Martos et al., 2020).

La baja RP y el hecho de que un tercio de este colectivo presente niveles elevados de burnout, puede relacionarse con la presencia de una gran carga emocional, contacto muy cercano con la mujer y familiares, posible pérdida

prenatal o aborto (Mizuno et al., 2013; Naz et al., 2016) que sumado al poco reconocimiento personal y profesional lleva hacia una actitud de indiferencia e incluso al abandono de la profesión (Harvie et al., 2019; Liu et al., 2018). Otros encuentran que la baja RP se asocia a una falta de independencia y autonomía en los cuidados (Van Hecke et al., 2019) e incluso baja remuneración (Galindo et al., 2012).

Este estudio no encuentra relación entre las variables sociodemográficas edad y número de hijos con las dimensiones del burnout, coincidiendo con otros autores (Cagan & Gunay, 2015), aunque otros encuentran una relación positiva entre burnout y edad (Esfahani et al., 2012; Mollart et al., 2013) y otros negativa (Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015), lo que reforzaría la hipótesis de las diferencias según el país (Pisanti et al., 2016). Mientras que D y RP se relacionan con género y estado civil, al igual que en otros estudios, encontrando mayores niveles de D en hombres (Galindo et al., 2012) y menor RP en profesionales solteros (Hunter et al., 2019), que podría estar vinculado a una falta de apoyo social o estrategias de afrontamiento (Cañadas-De la Fuente, Ortega, et al., 2018).

Para las variables laborales, solo se encuentra relación con el tipo de turno, con mayor D en turno fijo, quizás por una mayor continuidad en los cuidados y un mayor contacto con los pacientes (Cramer & Hunter, 2019). No se encuentra relación entre burnout y experiencia, antigüedad en el puesto y en la profesión, coincidiendo con otros estudios (Henriksen & Lukasse, 2016; Palmer-Morales et al., 2007).

El perfil de riesgo en GyO, debe tener en cuenta las variables psicológicas. La relación entre CE y los factores de personalidad, muestran que el

neuroticismo aumenta conforme aumenta CE coincidiendo con otros estudios (Ang et al., 2016). Esto puede deberse a la sobrecarga de trabajo que reduce el tiempo de cuidado, poniendo en peligro la salud de madre e hijo (Creedy et al., 2017; Hildingsson et al., 2013; Hunter et al., 2019). Por otro lado, al igual que indican otros autores, el CE se relaciona negativamente con extraversión, responsabilidad y amabilidad (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2017; Ganjeh et al., 2009; Toh et al., 2012) y es que, la empatía y comunicación en el contexto de la salud sexual y reproductiva de la mujer, se vincula con un efecto protector reduciendo los niveles en CE (Hildingsson & Fenwick, 2015). El elevado CE también se relaciona con mayor nivel de ansiedad y depresión, como corroboran otros estudios (Favrod et al., 2018) relacionado con la alta responsabilidad (Fereday & Oster, 2010) y la exposición a eventos traumáticos como es una pérdida prenatal (Leinweber & Rowe, 2010).

La relación entre los factores de personalidad y D es similar. Es positiva con neuroticismo y negativa con extraversión, responsabilidad y amabilidad (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Toh et al., 2012). La falta de personal y la sobrecarga de trabajo pueden predisponer hacia la D (Hunter et al., 2019), aunque algunos autores indican que una mayor experiencia se relaciona con mayores habilidades de afrontamiento que reducen los niveles en D (Emold et al., 2011). Además, D se relaciona positivamente con ansiedad y depresión (De la Fuente-Solana et al., 2017) lo que subraya el riesgo en el que se encuentra la salud mental de este colectivo y además repercute en la calidad asistencial poniendo en riesgo la seguridad del paciente (You et al., 2013).

Por último, se encuentra una relación negativa entre RP y neuroticismo, ansiedad y depresión; y positiva con extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura (Geuens et al., 2015). La insatisfacción laboral vinculada a una ausencia en el reconocimiento de su labor reduce la RP (Favrod et al., 2018; Hunter et al., 2019).

El modelo de regresión lineal muestra que las variables depresión, neuroticismo, amabilidad y apertura son predictores estadísticos significativos de las dimensiones del síndrome (Galindo et al., 2002; Geuens et al., 2015). Puede que hacer frente a altos niveles de estrés y ansiedad provoque inestabilidad emocional y depresión (Pezaro et al., 2016) mientras que la capacidad de empatía, apertura a la comunicación y autoeficacia actúen como factores protectores contra el síndrome de burnout (Hildingsson & Fenwick, 2015).

7.5.1 Aplicaciones para la práctica clínica

Dado que un tercio de matronas y enfermeras presentan niveles elevados de burnout, y que un elevado porcentaje se encuentra en riesgo, resulta esencial promover estrategias y seleccionar a los profesionales teniendo en cuenta las variables protectoras vinculadas a un perfil de riesgo (Lu et al., 2019).

Al no existir mucha literatura que analice el burnout en relación con los factores de riesgo en matronas y enfermeras del área de GyO es necesario profundizar en su estudio, así como potenciar la realización de estudios longitudinales que analicen la relación causa-efecto con dichos factores. De esta manera las políticas sanitarias podrían ir dirigidas al manejo y prevención del síndrome de burnout.

7.5.2 Limitaciones

En primer lugar, la muestra es relativamente pequeña, aunque al abarcar hospitales de diversas provincias aumenta la representatividad de la misma. En segundo lugar, cabe destacar la naturaleza transversal de este estudio, que dificulta establecer una relación causa-efecto. Por último, aunque se han considerado las variables de personalidad propuestas por el modelo de los cinco factores de personalidad, otras variables como pueden ser la resiliencia, tipo de afrontamiento, o estrés postraumático, deberían de analizarse en futuros trabajos. Igualmente, aunque el modelo de fases de Golembiewski es útil como herramienta diagnóstica, la investigación y desarrollo de métodos diagnósticos basados en la medición de parámetros fisiológicos es esencial para poder analizar con mayor precisión el síndrome de burnout.

7.6 CONCLUSIONES

Los resultados muestran que uno de cada tres profesionales presenta niveles elevados de burnout, siendo la baja realización personal la dimensión más alterada. Las variables sociodemográficas y laborales que influyen en la aparición de burnout son género, estado civil y tipo de turno. Entre las variables psicológicas, la depresión y neuroticismo parecen predisponer al desarrollo del síndrome en sus tres dimensiones, mientras que la amabilidad y apertura parecen proteger frente al burnout.

CAPÍTULO 8.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8.1 DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

El desarrollo de este trabajo se ha realizado a través de la recogida de información sobre prevalencia, niveles y factores de riesgo de burnout, en enfermeras y matronas que ejercen su labor en unidades de ginecología y obstetricia, así como, se ha analizado la eficacia de una intervención con el fin de reducir el nivel de burnout.

Esta tarea se ha llevado a cabo en tres fases. La primera fase, corresponde a tres revisiones sistemáticas de corte meta-analítico, donde se analiza la prevalencia, niveles y factores de riesgo relacionados con el burnout, sirviendo de prólogo para el trabajo empírico; la segunda fase, corresponde a un estudio de revisión sistemática y meta-análisis sobre la eficacia de una intervención mindfulness sobre el síndrome de burnout; y por último, la tercera fase corresponde al estudio empírico en el que han participado enfermeros y matronas de GyO del SAS.

La consolidación de una base teórica, a través del análisis mediante una metodología meta-analítica y de revisión sistemática de los estudios más recientes, permite establecer una aproximación teórica a la hora de abordar las cuestiones prácticas.

Como se ha comentado anteriormente, los tres primeros estudios se realizan con el fin de analizar los niveles, la prevalencia, y los factores relacionados con el burnout en personal de enfermería de GyO, ya que, debido a la heterogeneidad y controversia de los resultados publicados, se plantea un análisis en mayor profundidad.

El primer estudio analiza la importancia del constructo a través de la medición del síndrome de burnout mediante el MBI, centrado en enfermeras de GyO, mientras que el segundo se centra en la medición mediante el MBI en matronas, y el tercero en la medición a través del CBI en matronas.

Los profesionales enfermeros y matronas, presentan en líneas generales una alta prevalencia del trastorno. En enfermeras con relación al MBI, la dimensión más afectada es RP, seguida de CE y finalmente la D; en matronas la de mayor afectación es CE, seguida de RP y D; mientras que el CBI, muestra que la dimensión más afectada es aquella vinculada al burnout personal, seguida del burnout laboral y por último la dimensión del burnout relacionado con el paciente.

En los tres estudios, la literatura muestra que el desarrollo de burnout en estos profesionales se ve influenciado por una serie de factores de riesgo, como son los factores sociodemográficos (edad, vivir solo), laborales (experiencia, carga de trabajo, ratio paciente/enfermera, recursos materiales y personales, autonomía y tipo de modelo de cuidado) y psicológicos (ansiedad, estrés, depresión y violencia verbal).

El cuarto estudio, se centra en el análisis del efecto de un programa de intervención, en este caso el método mindfulness basado en la reducción del estrés, sobre el burnout en el colectivo enfermero. Puesto que los estudios de intervención son recientes y los resultados muy heterogéneos, la realización de una estimación meta-analítica con revisión sistemática, profundiza en su análisis mostrando resultados positivos a favor de este tipo de iniciativas en la intervención.

El último estudio, de tipo empírico, recoge información acerca de las cuestiones planteadas previamente, donde además de analizarse la prevalencia, niveles y factores relacionados con el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de GyO, se utiliza el modelo de fases del padecimiento del burnout de Golembiewski y Munzerider (1988), profundizando así en su investigación, a través de una clasificación según la fase del trastorno en la que se encuentran dichos profesionales.

A continuación, se enumeran los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo dos y se presentan las conclusiones finales que se derivan de los datos y resultados obtenidos.

8.2 OBJETIVOS 1, 2 y 3

Objetivo 1. Describir, mediante revisión sistemática y meta-análisis, la prevalencia de burnout en el personal de enfermería de servicios de GyO.

Objetivo 2. Analizar, mediante una revisión sistemática de la literatura científica, los niveles de burnout en el personal de enfermería de servicios de GyO.

Objetivo 3. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, laborales y de personalidad en el personal de enfermería de servicios de GyO a partir de una revisión sistemática.

A pesar de la posible percepción de que los profesionales de enfermería de GyO pueden verse menos afectados por el burnout, pues su labor se relaciona con una mayor motivación, junto con el desempeño de una tarea placentera vinculada al cuidado de la mujer e hijo, lo cierto es que una parte importante de profesionales presentan este trastorno (Galindo et al., 2002; Habadi et al., 2018; Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015).

En enfermeras de GyO, el meta-análisis de prevalencia con el MBI, muestra un 29% para alto CE, 19% para alta D y 44% para baja RP observándose que la dimensión más alterada es la RP, seguida de CE y por último la menos prevalente la D, pero debe tenerse en cuenta que, debido a la influencia de las variables laborales en cada país, estos niveles pueden variar (Pisanti et al., 2016). La importante afectación en RP y CE, es esperable en este colectivo dada la gran sobrecarga de trabajo, que reduce el tiempo de cuidado, poniendo en peligro la salud de los pacientes (Fontán

& Dueñas, 2010; Habadi et al., 2018; Higashiguchi et al., 1999; Nguyen et al., 2018; Teffo et al., 2018). Con relación a la D encontramos que el personal enfermero de GyO despersonaliza menos que en otros servicios, lo que era esperable, ya que la alta motivación junto con el vínculo tan cercano que se crea con la mujer, madre o recién nacido, potencia la calidad de los cuidados y fomenta una relación empática, considerada como factor protector (Mizuno et al., 2013; Naz et al., 2016).

Además, los estudios encontrados que analizaban los niveles en función de las puntuaciones medias, muestran niveles medio-altos en CE, medio-altos en D y niveles bajos en RP. La importante afectación en estas tres dimensiones se relaciona además de con las pésimas condiciones laborales, con una baja satisfacción personal vinculada a un escaso reconocimiento profesional y económico, a pesar de la alta responsabilidad y elevada exigencia emocional que conlleva el cuidado de pacientes y familiares (Hildingsson et al., 2013; Naz et al., 2016; Rudman et al., 2014).

Las variables relacionadas en el síndrome de burnout en enfermeras de GyO, fueron a nivel sociodemográfico ser mujer, joven, soltera y tener hijos; a nivel laboral, la inexperiencia, amplia duración de la jornada laboral, alto ratio paciente /enfermera; y como laborales la ansiedad, estrés y violencia verbal.

En matronas, la prevalencia estimada a través del estudio meta-analítico con MBI, muestra para alto CE un 31%, para D un 16% y para baja RP un 26%; siendo la dimensión más afectada CE, seguida de RP y por último D. La alteración de las dimensiones CE y RP se vincula principalmente a una falta de reconocimiento profesional y autonomía, que expresa este colectivo a

pesar de la alta responsabilidad que abarca su labor (Harvie et al., 2019; Hildingsson & Fenwick, 2015; Liu et al., 2018; Renfrew et al., 2014; Stoll & Gallagher, 2018; Thumm & Flynn, 2018; Wright et al., 2018). Y, al igual que las enfermeras, la baja D se debe al estrecho vínculo creado entre la mujer y el profesional (Hildingsson & Fenwick, 2015).

Respecto a los niveles medios de burnout, la mayor parte de los estudios muestran niveles moderados para CE, moderados-bajos para D y bajos para RP; y es que estos profesionales se ven expuestos a un sobrecarga de trabajo, sin recursos materiales ni personales, que consideran que puede reducir la calidad asistencial (Hunter et al., 2019). Encontrar bajos niveles de D, se debe a la alta motivación en el desempeño del rol (Jarosova et al., 2017) aunque si se mantienen en el tiempo los factores negativos, estos niveles podrían verse alterados, por ello las matronas defienden un modelo de asistencia centrado en la continuidad, flexibilidad y autonomía de los cuidados (Dawson et al., 2018; Edmondson & Walker, 2014; Taylor et al., 2019).

Entre los factores sociodemográficos relacionados con el burnout en este colectivo, destacan, una menor edad y ser soltera; como laborales, la ausencia de reconocimiento profesional, alta demanda asistencial tanto por parte de pacientes y familiares, como por parte de la organización así como modelos de asistencia poco flexibles (Cramer & Hunter, 2019). Entre los factores psicológicos, se encuentran la ansiedad y estrés postraumático relacionado con la exposición a situaciones de alta carga emocional, como abortos o pérdida perinatal, que puede predisponer hacia el trastorno (Newton et al., 2016).

Por último, el análisis de la prevalencia, niveles y factores de riesgo con el CBI en matronas, muestra una prevalencia del 50% para burnout personal (BP) moderado-severo, del 40% para burnout laboral (BL) moderado-severo, y del 10% para burnout relacionado con el paciente (BRP) moderado-severo. Por lo que las dimensiones más alteradas son las dos primeras, lo que indica un alto riesgo de desarrollo de burnout (Harvie et al., 2019; Hildingsson et al., 2013).

En la mayor parte de las matronas se encuentran niveles moderados para BP, moderados-bajos para BL y bajos para BRP. El primero se vincula a la insatisfacción por falta de reconocimiento profesional, junto a un bajo salario; el segundo, se relaciona con las condiciones laborales negativas como falta de material, ambiente negativo y mala organización (Dixon et al., 2017; Henriksen & Lukasse, 2016; Hildingsson et al., 2013). Los niveles bajos en el BRP, se deben a la gran satisfacción laboral que perciben cuando realizan su labor basada en el cuidado de madre e hijo fundamentalmente si la atención es continuada (Menke et al., 2014).

Entre los factores sociodemográficos relacionados con el burnout, se encuentran una menor edad y estar soltero; entre los laborales, menor experiencia, falta de recursos, bajo salario, ambiente negativo y poco reconocimiento personal (Dixon et al., 2017; Hunter et al., 2019; Jordan et al., 2013; Stoll & Gallagher, 2018). Además el tipo de modelo de cuidado, ejerce una influencia sobre los niveles de burnout, donde la autonomía, continuidad, horario flexible, buen liderazgo y organización de los cuidados se consideran factores protectores (Dixon et al., 2017; Newton et al., 2014). Los factores psicológicos de riesgo fueron ansiedad, depresión y estrés, pues aunque existe una gran satisfacción en el desempeño del rol, la

exposición a eventos de alta carga emocional pueden ejercer como factor negativos (Leinweber et al., 2017).

Todo lo anterior indica que las matronas y enfermeras de GyO, son un grupo de riesgo de padecimiento de burnout debido a las características inherentes al área, entre las que destacan una elevada presión por parte de paciente y familia, falta de autonomía e independencia de los cuidados vinculados a una mala gestión y tiempo insuficiente para realizar una atención basada en un modelo de continuidad. A ello se suman otras características inherentes a la profesión como es la sobrecarga de trabajo, falta de medios y poco reconocimiento social y económico.

Por lo tanto, la información recabada en estos tres capítulos, ayuda a establecer un perfil teórico de riesgo, con el fin de crear programas de prevención e intervención dirigidos precisamente a los profesionales más vulnerables en estos servicios. A partir de aquí se ha desarrollado un estudio empírico con el fin de aportar una mayor evidencia científica al conocimiento sobre el síndrome de burnout.

8.3 OBJETIVO 4

Objetivo 4. Conocer, mediante revisión sistemática y meta-análisis, el efecto de un programa de intervención basado en el método mindfulness sobre el síndrome de burnout en el personal de enfermería.

La implantación de programas dirigidos a reducir las principales dimensiones alteradas, como es el caso de RP y CE en los profesionales de los servicios de GyO resulta esencial. Existen pocas iniciativas en este

sentido y todas ellas son muy recientes, pero resulta de gran interés empezar a abordar el estudio de su efectividad. En este estudio se revisa la efectividad de una intervención basada en el método mindfulness.

En el meta-análisis, las diferencias de medias entre grupos intervención/control fueron significativas para CE, D y RP. En profesionales enfermeros la intervención obtuvo una mayor efectividad en RP, que es a su vez, la que se presenta con mayor frecuencia alterada (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, et al., 2018; Molina-Praena et al., 2018; Monsalve-Reyes, 2019; Pradas-Hernández et al., 2018).

La puntuación total en burnout se ve reducida entre el 12 al 30% tras la intervención. Para CE, los niveles encontrados antes de la intervención fueron medio-altos, y tras la intervención se consiguió una reducción hacia puntuaciones medias-bajas. Sin embargo, para D se encuentran niveles medio-altos, que no se reducen de manera significativa tras la intervención. Para RP, los niveles encontrados fueron moderados-bajos aumentando la puntuación tras intervención. Esta intervención mejora la motivación y dota de estrategias para afrontar situaciones negativas, sin embargo, que enfermería despersonalice igual antes y después del entrenamiento mindfulness puede derivar de una excesiva implicación (Sallon et al., 2017; Verweij et al., 2018).

Además la investigación al respecto solo se ha llevado a cabo en dos tipos de unidades específicas, oncología y cuidados intensivos, ambas de alta vulnerabilidad e impacto emocional, encontrando en ambas una reducción en los niveles de burnout (Gauthier et al., 2015; Mealer et al., 2014).

8.4 OBJETIVO 5, 6 y 7

Objetivo 5. Analizar la prevalencia y los niveles de burnout en enfermeros de unidades de GyO en centros sanitarios SAS.

Objetivo 6. Identificar la fase del padecimiento de burnout, según el modelo de Golembiewski, en la que se encuentran las enfermeras de GyO del SAS.

Objetivo 7. Analizar los factores (sociodemográficos, laborales y de personalidad) vinculados al desarrollo de un perfil de riesgo en enfermeros de las unidades de GyO en centros sanitarios SAS.

Asociados a estos objetivos, se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. La prevalencia y los niveles en CE, D y RP en profesionales de enfermería de unidades de GyO en centros sanitarios del SAS son elevados.

La prevalencia de niveles bajos en CE fue del 56,5%, del 26,5% para niveles medios y del 17% para niveles altos. Para D, el 57,2% presenta niveles bajos, el 26,2% niveles medios y el 16,6% niveles altos. Por último, la dimensión más afectada es la RP donde un 55,1% muestra niveles bajos, un 23,1% niveles medios y un 21,8% niveles altos.

Hipótesis 2. La mayor parte de profesionales de enfermería de las unidades de GyO se encuentran en fase alta (fase > 6) de burnout.

Utilizando el modelo de Golembiewski para clasificar a los participantes del estudio en las distintas fases según el nivel de burnout experimentado, el 29,2% se encuentra en las fases 6, 7 y 8 correspondientes a las fases más graves de padecimiento, lo que pone de manifiesto la importancia de implementar de forma precoz estrategias de intervención y prevención contra el burnout (Cocchiara et al., 2019; Ruotsalainen et al., 2014).

Hipótesis 3. Los factores sociodemográficos, laborales y de personalidad están relacionados con el burnout, siendo factores a incluir en un perfil de riesgo en los profesionales de enfermería de servicios de GyO en centros hospitalarios del SAS.

Al estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y el burnout en estos profesionales, se encuentran en D, diferencias significativas en función del género, presentando los hombres mayor D. También se obtuvieron diferencias significativas respecto al estado civil con relación a RP, presentando los solteros valores más bajos. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre CE, D y RP, y edad o número de hijos, coincidiendo con otros autores (Alparslan & Doganer, 2009; Cagan & Gunay, 2015; Esfahani et al., 2012); aunque otros encuentran una relación positiva entre burnout y edad (Esfahani et al., 2012; Fontán & Dueñas, 2010; Mollart et al., 2013) y otros negativa (Yavuzşen & Vupa Çilengiroğlu, 2015), lo que reforzaría la hipótesis de las diferencias según el país (Pisanti et al, 2016).

La relación entre burnout y las variables laborales, muestra diferencias significativas en D, relacionadas con el tipo de turno, presentando mayores niveles aquellos profesionales que trabajan en turno fijo. No existieron

diferencias significativas entre los valores de CE, D y RP, y la antigüedad en la profesión, en el puesto y realización de guardias coincidiendo con otros estudios (Henriksen & Lukasse, 2016; Palmer-Morales et al., 2007).

En el estudio de la relación entre CE, D y RP con las variables psicológicas (cinco factores de personalidad, ansiedad y depresión) se encuentran correlaciones estadísticamente significativas. El CE y D presentan una correlación positiva con neuroticismo, ansiedad y depresión; y negativa con extraversión, responsabilidad y amabilidad. Respecto a RP, se encuentra una relación significativa negativa con neuroticismo, ansiedad y depresión; y positiva con extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura. Aunque la influencia de los factores de personalidad ha sido estudiada en otras áreas (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2017; Ganjeh et al., 2009; Toh et al., 2012) lo cierto es que en unidades de GyO las publicaciones son muy escasas.

Los predictores para valor un posible perfil de riesgo son la depresión, y neuroticismo, y las variables protectoras la amabilidad y la apertura. La influencia de los factores de personalidad también han sido estudiados en otros colectivo demostrando que es necesario la valoración de estas variables para establecer perfiles de riesgo (Ang et al., 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2017; Geuens et al., 2015).

Por lo tanto, el perfil de riesgo de burnout entre las matronas y enfermeras de GyO se vincula con el género (hombre), estado civil (soltero), turno de trabajo (turno fijo), junto con una conducta depresiva y neuroticista.

8.5 CONCLUSIONES FINALES

A partir de las revisiones sistemáticas y meta-análisis se puede inferir que estos profesionales son un grupo de riesgo de padecimiento de burnout, donde un alto porcentaje presenta las dimensiones CE y RP alteradas, siendo la dimensión menos afectada la D.

Los estudios revisados muestran factores asociados al burnout en profesionales jóvenes y sin pareja, con poca experiencia y expuestos a una sobrecarga de trabajo. Siendo considerados como factores protectores, un buen liderazgo y una reorganización de la asistencia sanitaria, dotando de mayor autonomía e independencia los cuidados.

Respecto al estudio acerca del efecto de una intervención basada en el entrenamiento mindfulness en enfermeros, se muestra una reducción en la puntuación total de burnout de entre un 12-30%, principalmente en CE y RP, con un efecto mantenido hasta 12 meses tras la intervención.

A lo anteriormente expuesto y con base en los resultados obtenidos para matronas y enfermeras de GyO, hay que añadir las siguientes conclusiones finales:

- Los profesionales de enfermería de GyO, presentan una prevalencia para niveles medio-altos en CE del 43,5%, en D del 42,8%, siendo la dimensión más afectada la RP, con un 78,2%, mostrando que padecen el trastorno o se encuentra en alto riesgo de desarrollarlo.

- Un 29,2% de matronas y enfermeras de GyO se encuentran, siguiendo el modelo de padecimiento de burnout de Golembiewski, en las fases más graves del trastorno (fases 6, 7 y 8).
- Ser hombre, soltero y trabajar en turno fijo, se consideran factores de riesgo.
- Los niveles más altos de burnout se relacionan con mayores niveles de neuroticismo, ansiedad y depresión, y con menores niveles de extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura.
- Son predictores psicológicos de burnout la depresión, neuroticismo, amabilidad y apertura.

8.6 LIMITACIONES DEL TRABAJO

Las principales limitaciones vienen relacionadas con las características de los estudios encontrados. En el caso de los tres primeros estudios de revisión sistemática y meta-análisis, primero, la mayor parte de estudios fueron trasversales, lo que dificulta establecer una relación causal a lo largo del tiempo. Además, al considerar únicamente los datos del colectivo enfermero, el tamaño muestral queda reducido, pues mezclar múltiples categorías daría lugar a un sesgo importante. Segundo, con relación a la estimación meta-analítica existen pocos artículos con suficientes datos estadísticos para analizar los niveles de burnout en este colectivo, por lo que el número de estudios incluidos en el meta-análisis es bajo. Además, la heterogeneidad de los datos obtenidos se debe a las diferentes localizaciones

geográficas, donde los sistemas de asistencia sanitaria, estructuras y recursos varían en función del nivel económico.

Otra limitación, encontrada en el cuarto artículo, se relaciona con el bajo número de artículos encontrados en el meta-análisis, ya que actualmente el número de ensayos clínicos controlados y aleatorios, centrados únicamente en profesionales de enfermería, que comparen la efectividad del método mindfulness, es muy reducido.

Con relación al estudio empírico, las limitaciones radican en el tamaño muestral y limitación geográfica, pues haber abarcado otros servicios sanitarios españoles podría haber aumentado el tamaño muestral y por tanto establecer conclusiones más fiables.

8.7 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Tras la realización de esta tesis doctoral, con cuatro estudios de revisión sistemática y meta-análisis, y uno empírico, se abren nuevos campos de investigación con el fin de seguir profundizando en su estudio.

En primer lugar, es necesario realizar más investigaciones acerca del tamaño del efecto entre las diferentes dimensiones del burnout y los factores de riesgo, con el fin de reducir la controversia existente entre algunas de ellas.

Con relación a los factores de riesgo, la mayor parte de la investigación se centra en los de tipo sociodemográfico y laboral, quizás por la tendencia a ser considerados como prioritarios, y principalmente a nivel laboral por la

facilidad de poder intervenir sobre ellos. Sin embargo, el análisis de la influencia que ejercen los factores de personalidad es muy escaso, siendo necesario profundizar en su estudio y elaborar perfiles de riesgo que aborden también estas variables. Incluso sería necesario evaluar otras variables como resiliencia, estrés postraumático, estilo de afrontamiento, satisfacción laboral o las habilidades interpersonales y de comunicación.

Por último, dada la dificultad en la recogida de datos, sería recomendable realizar estudios con un mayor tamaño muestral, ya sea a nivel nacional o internacional, con el fin de establecer conclusiones más sólidas.

Otra línea de investigación de gran interés, es el desarrollo de métodos de diagnóstico de detección precoz, así como el desarrollo e implementación de estrategias de intervención temprana, pues, aunque se ha visto que el método mindfulness aporta beneficios, se necesita mayor investigación al respecto para abordar preguntas como qué duración debe tener cada sesión, qué programa puede ser el más indicado, o en qué fase de padecimiento puede resultar más efectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adebayo, D. O., Udegbe, I. B., & Sunmola, A. M. (2006). Gender, Internet use, and sexual behavior orientation among young Nigerians. *Cyberpsychology & Behavior*, 9(6), 742–752.
- 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
- Afonso, J. M. P., & Gomes, A. R. (2009). Stress Ocupacional em Profissionais de Segurança Pública: Um Estudo com Militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 22(2), 294–303. doi: 10.1590/S0102-79722009000200017
- Aguayo, R. (2014). *Modelo clásico para la revisión sistemática de la literatura científica y su aplicación al estudio de Burnout* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Aguayo, R., Cañadas, G. R., Assbaa-Kaddouri, L., Cañadas-De la Fuente, G. A., Ramírez-Baena, L., & Ortega-Campos, E. (2019). A Risk Profile of Sociodemographic Factors in the Onset of Academic Burnout Syndrome in a Sample of University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 707. doi: 10.3390/ijerph16050707
- Aguayo, R., Vargas, C., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2017). ¿Están los factores sociodemográficos asociados al síndrome de burnout en policías? Un meta-análisis correlacional. *Anales de Psicología*, 33(2), 383–392. doi: 10.6018/analesps.33.2.260391
- 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.

- Ahmadi, O., Azizkhani, R., & Basravi, M. (2014). Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Advanced Biomedical Research*, 3(1), 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* (Tesis Doctoral). Universidad de Hong Kong, Hong Kong, China.
- Akizuki, Y., & Fujimura, K. (2007). Burnout of Japanese midwives working in hospitals. *Japan Academy of Midwifery*, 21, 30–39. doi: 10.3418/jjam.21.1_30
- Akkuş, Y., Karacan, Y., Göker, H., & Aksu, S. (2010). Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 12(4), 444–449. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00557.x
- 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: 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(1), 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. doi: 10.1080/02678370903282600
- Albendín, L. (2016). *Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias* (Tesis Doctoral).

- Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España.
- 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
- Alparslan, O., & Doganer, G. (2009). Relationship between levels of burnout of midwives who work in Sivas, Turkey province center and identified socio-demographic characteristics. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 1(2), 19–28.
- Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47–61.
- Andrés-Rodríguez, L., Borràs, X., Feliu-Soler, A., Pérez-Aranda, A., Rozadilla-Sacanell, A., Montero-Marin, J., ... Luciano, J. V. (2019). Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 80, 109–119. doi: 10.1016/j.bbi.2019.02.030
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., ... Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *BioMed Research International*, 2016(1), 1-12. doi: 10.1155/2016/6960184
- Arbour, M., Tanner, T., Hensley, J., Beardsley, J., Wika, J., & Garvan, C. (2019). Factors That Contribute to Excessive Sleepiness in Midwives

Referencias bibliográficas

- Practicing in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(2), 179–185. doi: 10.1111/jmwh.12945
- Arce, C., De Francisco, 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.
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(1), 67–75.
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(3), 279.
- Artiga-Ruiz, A. (2000). La enfermería ante el Síndrome Burnout. Estudio comparativo entre atención primaria y atención especializada. *Enfermería Científica*, 220(1), 11–16.
- Askey-Jones, R. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy: An efficacy study for mental health care staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), 380–389. doi: 10.1111/jpm.12472
- 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
- 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.
- Babbar, S., Renner, K., & Williams, K. (2019). Addressing Obstetrics and Gynecology Trainee Burnout Using a Yoga-Based Wellness Initiative During Dedicated Education Time. *Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 994–1001. doi: 10.1097/AOG.0000000000003229
- Bacaicoa, P., Díaz, V., Gea, M., Linares, J., Araya, 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.
- Bagheri Hosseinabadi, M., Ebrahimi, M. H., Khanjani, N., Biganeh, J., Mohammadi, S., & Abdolahfard, M. (2019). The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1868–1878. doi: 10.1111/jocn.14778
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83–104.
- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and Burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31–50. doi: 10.3200/SOCP.146.1.31-50
- Bakker, R. H., Groenewegen, P. P., Jabaaij, L., Meijer, W., Sixma, H., & de Veer, A. (1996). “Burnout” among Dutch midwives. *Midwifery*, 12(4), 174–181. doi: 10.1016/S0266-6138(96)80004-0
- Banovcinova, L., & Baskova, M. (2014). Sources of Work-related Stress and their Effect on Burnout in Midwifery. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 248–254. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.04.306
- Basar, U., & Basim, N. (2016). A cross-sectional survey on consequences of nurses’ burnout: moderating role of organizational politics. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1838–1850. doi: 10.1111/jan.12958
- Batista, J. B., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. (2010).

Referencias bibliográficas

- Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1), 502–512.
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107–133. doi: 10.1080/15555240.2013.779518
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239–244. doi: 10.1016/j.midw.2015.11.002
- Beaver, R. C., Sharp, E. S., & Cotsonis, G. A. (1986). Burnout experienced by nurse midwives. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31(1), 3–15.
- Beck, C. T., Eaton, C. M., & Gable, R. K. (2016). Vicarious Posttraumatic Growth in Labor and Delivery Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(6), 801–812. doi: 10.1016/j.jogn.2016.07.008
- Beck, C. T., Logiudice, J., & Gable, R. K. (2015). A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 16–23. doi: 10.1111/jmwh.12221
- 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
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Walker, R., Many, A., & Hamam-Raz, Y. (2014).

- The impact of perinatal death on obstetrics nurses: A longitudinal and cross-sectional examination. *Journal of Perinatal Medicine*, 42(1), 75–81. doi: 10.1515/jpm-2013-0071
- Benetti, E. R., Stumm, E. M., Izolan, F., Ramos, L. P., & Kirchner, R. M. (2009). Variáveis de burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare de Enfermagem*, 14(2), 269–277.
- Bermúdez-Tamayo, C., Fernández Ruiz, E., Pastor Moreno, G., Maroto-Navarro, G., García-Mochon, L., Pérez-Ramos, F. J., ... Velez, M. D. P. (2017). Barriers and enablers in the implementation of a program to reduce cesarean deliveries. *Reproductive Health*, 14(1), 1–13. doi: 10.1186/s12978-017-0369-3
- Bernardi, M., Catania, G., & Marceca, F. (2005). The world of nursing burnout. A literature review. *Professioni Infermieristiche*, 58(2), 75–79.
- Best, R. G., Stapleton, L. M., & Downey, R. G. (2005). Core self-evaluations and job burnout: the test of alternative models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 441.
- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373–378. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083105
- Blas Robledo, M. (2013). Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional Percibida en matronas de Vizcaya. *Evidentia*, 10(43).
- Bloxsome, D., Ireson, D., Doleman, G., & Bayes, S. (2019). Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 386–399. doi: 10.1111/jocn.14651

Referencias bibliográficas

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Borritz, M., & Kristensen, T. (1999). *Copenhagen Burnout Inventory*. Copenhagen: National Institute of Occupational Health.
- Borritz, M., Rugulies, R., Villadsen, E., Mikkelsen, O. A., Kristensen, T. S., & Bjorner, J. B. J. (2006). Burnout among employees in human service work: Design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 49–58. doi: 10.1080/14034940510032275
- 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(3), 359–370.
- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2012). The Impact of Mindfulness Meditation in Promoting a Culture of Safety on an Acute Psychiatric Unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(3), 129–137. doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00315.x
- Braun, S. E., Kinser, P., Carrico, C. K., & Dow, A. (2019). Being Mindful: A Long-term Investigation of an Interdisciplinary Course in Mindfulness. *Global Advances in Health and Medicine*, 8, 216495611882006. doi: 10.1177/2164956118820064
- Bressó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout”(III): Instrumento de medición. *Nota Técnica de Prevención*, 732, 21.

- Browning, L., Ryan, C. S., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 148–154.
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care, 15*(3), 129–140. doi: 10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x
- Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Science & Medicine, 33*(10), 1179–1187.
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress and Health, 33*(1), 3–13. doi: 10.1002/smi.2673
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R., & Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria, 27*, 313–324.
- Cabana Salazar, J. A., García Ceballos, E., García García, G., Melis Suárez, A., & Dávila Ramírez, R. (2009). El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Revista Médica Electrónica, 31*(3).
- Cabello Alcalá, P., Ruiz Porras, D., Mena García, M., López García, D., & López Morales, M. A. (2017). Burnout syndrome prevalence amongst delivery suite midwives. *Nure Investigación, 14*(91), 1–10.
- Cabero, L., Saldívar, D., & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Cachá, A. A., Mellado, M. H., Hernández, T. B., Blanco, C. M. C., &

Referencias bibliográficas

- Alonso, A. G. (2015). Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (IV). *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 12(77), 7.
- Cadiz, B. T. G., Juan, C. S., Rivero, A. M., Herce, C., & Achucarro, C. (1997). “Burnout” profesional ¿Un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 13(1), 23–50.
- Cagan, O., & Gunay, O. (2015). The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), 543–547. doi: 10.12669/pjms.313.6795
- Camerino, D., Cassitto, M. G., Gugiari, M. C., & Conway, P. M. (2013). Burnout: survey of the literature. *La Medicina Del Lavoro*, 104(6), 1–4.
- Campanelli, S. (2019). The Ties That Bind—Nurses, Mothers, and Antepartum Care. *Nursing for Women’s Health*, 23(2), 181–182. doi: 10.1016/j.nwh.2019.01.002
- 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). Universidad de Granada, Granada, España.
- Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Cañadas, G. R., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E., & de la Fuente-Solana, E. I. (2018). Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias*, 30(5), 328–331.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Gómez-Urquiza, J. L., Ortega-Campos, E. M., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., & De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-

- analytic study. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1426–1433. doi: 10.1002/pon.4632
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramírez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), E2102. doi: 10.3390/ijerph15102102
- 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., Albendín-García, L., De La Fuente, E., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J., & Cañadas, G. (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(14), e1–e9.
- Cañadas-de la Fuente, G., San Luis, C., Lozano, L., Vargas, C., García, I., & De la Fuente, E. (2014). Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and Burnout levels among health workers. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44–52.
- Carrillo García, C., Ríos Rísquez, M., Castaño Molina, M., Nicolás Viguera, M., Arnau Sánchez, J., & Martínez Roche, M. (2014). Estudio exploratorio de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas (matrona). *Cultura de Los Cuidados*, 18(39), 105–114. doi: 10.7184/cuid.2014.39.12
- Casa, P. P., Rincón, Y. Z., & Vila, R. (2012). Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral*, 100(1), 19–24.

Referencias bibliográficas

- Castañeda Aguilera, E., & García-de Alba, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67–84.
- Catell, R. B. (1972). *16 PF, form A: Personality questionnaire*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Ceravolo, D., & Raines, D. A. (2018). The Impact of a Mindfulness Intervention for Nurse Managers. *Journal of Holistic Nursing*, 37(1), 47–55. doi: 10.1177/0898010118781620
- Chana, N., Kennedy, P., & Chessell, Z. J. (2015). Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1), 2835–2848. doi: 10.1111/jocn.12891
- Chen, S. M., & McMurray, A. (2001). “Burnout” in intensive care nurses. *Journal of Nursing Research*, 9(1), 152–164.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, California, EEUU: Sage.
- Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 13(1), 1–11.
- Chrisopoulos, S., Dollard, M. F., Winefield, A. H., & Dormann, C. (2010). Increasing the probability of finding an interaction in work stress research: A two-wave longitudinal test of the triple-match principle. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 17–37. doi: 10.1348/096317909X474173
- Ciapponi, A. (2010). Critical appraisal guide of observational studies in epidemiology. *Evidencia. Actualización En La Práctica Ambulatoria*, 13(4), 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., Aiken, L., Sloane, D., & Wu, E. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 486–490. doi: 10.1016/j.ajic.20
- Cocchiara, R., Peruzzo, M., Mannocci, A., Ottolenghi, L., Villari, P., Polimeni, A., ... La Torre, G. (2019). The Use of Yoga to Manage Stress and Burnout in Healthcare Workers: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), E284. doi: 10.3390/jcm8030284
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout: A Qualitative and Quantitative Study, Part III. *Holistic Nursing Practice*, 19(2), 78–86. doi: 10.1097/00004650-200503000-00009
- Corbelle Álvarez, J. M. (2009). La Enfermería del Trabajo, una Especialidad reciente, una Profesión de siempre. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 55(215), 10–11.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656. doi: 10.5465/amr.1993.9402210153
- Correa-Correa, Z., Muñoz-Zambrano, I., & Chaparro, A. F. (2010). Síndrome de Burnout en docentes de dos universidades de Popayán. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 589–598.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). *The neoPI/Neo-FFI manual supplement*. Odessa, Florida, EEUU: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2002). *Inventario de Personalidad NEO*

Referencias bibliográficas

- Revisado. Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI).* Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- Coyle, D., Edwards, D., Hannigan, B., Burnard, P., & Fothergill, A. (2000). An explanation of the coping strategies used by Community Psychiatric Nurses in Wales. *Nursing and Health Sciences*, 2(1), 59–67. doi: 10.1046/j.1442-2018.2000.00040.x
- Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D., Osseiran-Moisson, R., Gentry, E., Davis, S., ... Rees, C. (2016). A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses. *Mindfulness*, 7(3), 764–774. doi: 10.1007/s12671-016-0516-x
- Cramer, E., & Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, 32(6), 521–532. doi: 10.1016/j.wombi.2018.11.010
- Creedy, D., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J., & Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: A cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 13. doi: 10.1186/s12884-016-1212-5
- Crowther, S., Smythe, L., & Spence, D. (2018). Unsettling moods in rural midwifery practice. *Women and Birth*, 31(1), e59–e66. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.019
- Cull, J., Hunter, B., Henley, J., Fenwick, J., & Sidebotham, M. (2020). “Overwhelmed and out of my depth”: Responses from early career midwives in the United Kingdom to the Work, Health and Emotional Lives of Midwives study. *Women and Birth*. Prepublicación online. doi: 10.1016/j.wombi.2020.01.003
- Daigle, S., Talbot, F., & French, D. J. (2018). Mindfulness-based stress reduction training yields improvements in well-being and rates of perceived nursing errors among hospital nurses. *Journal of Advanced*

-
- Nursing*, 74(10), 2427–2430. doi: 10.1111/jan.13729
- Daley, M. R. (1979). "Burnout": smoldering problem in protective services. *Social Work*, 24(5), 375–379.
- 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. *BMJ Open*, 5(9), e008331. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008331
- Danhof-Pont, M. B., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(6), 505–524. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.10.012
- 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(4), E303-E311. doi: 10.1188/13.ONF.E303-E311
- Dawson, K., Newton, M., Forster, D., & McLachlan, H. (2018). Comparing caseload and non-caseload midwives’ burnout levels and professional attitudes: A national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. *Midwifery*, 63, 60–67. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.026
- de Brito Mota, A. F., Giannini, S. P. P., de Oliveira, I. B., Paparelli, R., Dornelas, R., & Ferreira, L. P. (2019). Voice Disorder and Burnout Syndrome in Teachers. *Journal of Voice*, 33(4), 581. doi: 10.1016/j.jvoice.2018.01.022
- De la Fuente-Solana, E., Cañadas, G. R., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J., Ariza, T., & Cañadas-De la Fuente, G. (2019). An explanatory model of potential changes in burnout diagnosis according

Referencias bibliográficas

- to personality factors in oncology nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), E312. doi: 10.3390/ijerph16030312
- De la Fuente-Solana, E. I., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 91–96. doi: 10.1016/j.ejon.2017.08.004
- De La Fuente-Solana, E., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gómez-Urquiza, J., Cañadas-De la Fuente, G., & Albendín-García, L. (2019). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), e2585. doi: 10.3390/ijerph16142585
- De la Fuente, E. I., García, J., Cañadas, G., San Luis, C., Cañadas, G., 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 la Fuente, E. I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., San Luis, C., 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 Solana, E. I., Aguayo Extremera, R., Vargas Pecino, C., & Cañadas de la Fuente, G. R. (2013). Prevalencia y factores de riesgo del síndrome de burnout en policías Españoles. *Psicothema*, 25(4),

- 488–493. doi: 10.7334/psicothema2013.81
- De Quirós-Aragón, M., & Labrador-Encinas, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(7), 323–335.
- De Souza França, S. P., De Martino, M. M. F., Dos Santos Aniceto, E. V., & Silva, L. L. (2012). Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25(1), 68–73. doi: 10.1590/S0103-21002012000100012
- De Vibe, M., Solhaug, I., Rosenvinge, J. H., Tyssen, R., Hanley, A., & Garland, E. (2018). Six-year positive effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, coping and well-being in medical and psychology students; Results from a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 13(4), 1–17. doi: 10.1371/journal.pone.0196053
- Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS ONE*, 13(11), 1–20. doi: 10.1371/journal.pone.0207261
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of Burnout and life satisfaction amongst nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454–464. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x
- Deschamps-Perdomo, A., Olivares-Román, S. B., Zabala, K. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57(224), 224–241.

Referencias bibliográficas

- Díaz-Muñoz, M. J. (2005). Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *Revista NURE Investigación*, 18(1), 1–8.
- Dickinson, T., & Wright, K. M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literatura review. *Bristish Journal of Nursing*, 17(2), 82–87.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417–440.
- Dixon, L., Guilliland, K., Pallant, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., McAracouper, J., & Gilkison, A. (2017). The emotional wellbeing of New Zealand midwives: Comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. *New Zealand College of Midwives Journal*, 53(53), 5–14. doi: 10.12784/nzcomjnl53.2017.1.5-14
- Donohoe, E., Nawawi, A., Wilker, L., Schindler, T., & Jette, D. U. (1993). Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Physical Therapy*, 73(11), 750–756.
- dos Santos Alves, D. F., da Silva, D., & de Brito Guirardello, E. (2017). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 46–55. doi: 10.1111/jonm.12427
- Dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(2), 90–99. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.005
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion

- fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98–107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002
- Duchemin, A. M., Steinberg, B. A., Marks, D. R., Vanover, K., & Klatt, M. (2015). A small randomized pilot study of a workplace mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel: Effects on salivary α -amylase levels. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(4), 393–399. doi: 10.1097/JOM.0000000000000371
- Duffin, C. (2013). Quarter of emergency nurses may leave specialty by 2015. *Emergency Nurse: The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(10), 6–7. doi: 10.7748/en2013.03.20.10.6.p10731
- Dumoy, J. S. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 15(4).
- Duran, M. A., Montalban, F. M., & Stangeland, P. (2006). Burnout in police work: Incidence profile and influence of socio-demographic factors. *Revista de Psicología Social*, 21(1), 95–107.
- Eagar, S. C. (2003). *Emergency nurses stress support and Burnout* (Tesis Doctoral). Universidad del Oeste de Sydney, Sidney, Australia.
- Eanes, L. (2015). CE: The Potential Effects of Sleep Loss on a Nurse's Health. *American Journal of Nursing*, 115(4), 34–40. doi: 10.1097/01.NAJ.0000463025.42388.10
- Eby, L. T., Allen, T. D., Conley, K. M., Williamson, R. L., Henderson, T. G., & Mancini, V. S. (2019). Mindfulness-based training interventions for employees: A qualitative review of the literature. *Human Resource Management Review*, 29(2), 156–178. doi: 10.1016/j.hrmmr.2017.03.004

- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press.
- Edmondson, M. C., & Walker, S. B. (2014). Working in caseload midwifery care: The experience of midwives working in a birth centre in North Queensland. *Women and Birth*, 27(1), 31–36. doi: 10.1016/j.wombi.2013.09.003
- Elliot, J. L., & Smith, N. M. (1984). *Burnout: A look at coping with stress*. Winter: School Library Media Quarterly.
- Elmir, R., Pangas, J., Dahlen, H., & Schmied, V. (2017). A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses' experiences of adverse labour and birth events. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4184–4200. doi: 10.1111/jocn.13965
- Emener, W. G., Luck, R. S., & Gohs, F. X. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6(4), 188–196.
- 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
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E., & Rönnlund, M. (2018). Mindful self-compassion training reduces stress and burnout symptoms among practicing psychologists: A randomized controlled trial of a brief web-based intervention. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–10. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02340
- Escribá-Agüir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and Burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(2), 127–133.

-
- Esfahani, M., Mirzaee, M., Boroumandfar, K., & Abedi, M. (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.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research, 15*(1), 70–481.
- Esteban-Sepúlveda, S., Moreno-Casbas, M. T., Fuentelsaz-Gallego, C., & Ruzafa-Martinez, M. (2019). The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014. *Journal of Nursing Management, 1*–10. doi: 10.1111/jonm.12811
- Farber, B. A. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist, 1*, 10–13.
- Favrod, C., Jan du Chêne, L., Martin Soelch, C., Garthus-Niegel, S., Tolsa, J. F., Legault, F., ... Horsch, A. (2018). Mental health symptoms and work-related stressors in hospital midwives and NICU nurses: A mixed methods study. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 365. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00364
- Feeley, C., & Thomson, G. (2016). Tensions and conflicts in 'choice': Women's experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery, 41*, 16–21. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.014
- Fenwick, J., Lubomski, A., Creedy, D., & Sidebotham, M. (2018). Personal, professional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives. *Journal of Advanced Nursing, 74*(4), 852–863. doi: 10.1111/jan.13491
- Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., & Creedy, D. K. D. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A

Referencias bibliográficas

- comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and Birth*, 31(1), 38–43. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.013
- Fereday, J., & Oster, C. (2010). Managing a work-life balance: The experiences of midwives working in a group practice setting. *Midwifery*, 26(3), 311–318. doi: 10.1016/j.midw.2008.06.004
- Fernandes, M. A., Sousa, F. K., Santos, J. S., Rodrigues, J., & Marziale, M. H. P. (2012). Burnout Syndrome in nursing professionals of emergency medical care service. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(4), 3125–3135.
- Fernández Cantí, G. (1992). *Satisfacción laboral y malestar psíquico entre trabajadores de un hospital general*. Zaragoza: Ed. Privada.
- Fernández García, R. (2011). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Ferreira, 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
- Firth, H., McKeown, P., McIntee, J., & Britton, P. (1987). Professional depression, "burnout" and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24(3), 227–237. doi: 10.1016/0020-7489(87)90005-8
- Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 247–258. doi: 10.1097/TME.0b013e31829b726f
- Flinkman, M., Isopahkala-Bouret, U., & Salanterä, S. (2013). Young

-
- Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *ISRN Nursing*, 2013, 1–12. doi: 10.1155/2013/916061
- Fontán, I. M., & Dueñas, J. L. (2010). Burnout syndrome in an obstetrics and gynaecology management unit. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(5), 260–267. doi: 10.1016/j.cali.2010.05.001
- Ford, D. L., Murphy, C. J., & Edwards, K. L. (1983). Exploratory development and validation of a perceptual job burnout inventory: Comparison of corporate sector and human services professionals. *Psychological Reports*, 52(3), 995–1006.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & David, R. (2013). Primary Care for Primary Care Clinicians : A Pilot Study of an Abbreviated Mindfulness Intervention on Measures of Job Satisfaction, Quality of Life , and Compassion. *Annals of Family Medicine*, 11(5), 412–420. doi: 10.1370/afm.1511.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114–125. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114
- Frade-Mera, M., Vinagre-Gaspar, R., Zaragoza-García, I., Viñas-Sánchez, S., Antúnez-Melero, E., Álvarez-González, S., & Martín, P. M. (2009). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(4), 131–140.
- França, S. P., Martino, M. F., Aniceto, E. V., & Silva, L. L. (2012). Preditores da síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 68–73.

Referencias bibliográficas

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Friedman, I. A. (1995). Student behavior patterns contributing to teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, 88(5), 281–289.
- Gabbe, S. G., Melville, J., Mandel, L., & Walker, E. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(4), 601–612. doi: 10.1067/mob.2002.122391
- Galindo, A., Escobar, M. A., Corrales, D., & Palomo, L. (2002). Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enfermería Clínica*, 12(4), 157–165. doi: 10.1016/s1130-8621(02)73746-7
- Galindo, R. H., de Oliveira Feliciano, K. V., dos Santos Lima, R. A., & de Souza, A. I. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 46(2), 420–427. doi: 10.1590/S0080-62342012000200021
- 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
- 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, E. J., De Francisco, C., & Arce, C. (2012). Inventario de Burnout en Deportistas Revisado (IBD-R). *Revista de Psicología*

-
- Del Deporte*, 21(2), 271–278.
- García-Arroyo, J. A., Oisca Segovia, A., & Peiró, J. M. (2019). Meta-analytical review of teacher burnout across 36 societies: the role of national learning assessments and gender egalitarianism. *Psychology and Health*, 34(6), 733–753. doi: 10.1080/08870446.2019.1568013
- García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Burnout syndrome and demotivation among health care personnel. Managing stressful situations: the importance of teamwork. *Actas Dermosifiliográficas*, 107(5), 400–406. doi: 10.1016/j.ad.2015.09.016
- García-Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 7(18), 3–12.
- García-Izquierdo, M., Llor, B., & Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 5(10), 180–184.
- 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., & Velandrino, A. P. (1992). EPB: una escala para la evaluación del burnout profesionales de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1–2), 131–138.
- Garden, A. M. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40(9), 545–559.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build

- theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849–864. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.002
- Gascon, S., Leiter, M. P., Andres, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., ... Martinez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), 3120–3129.
- Gasparino, R. C. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare de Enfermagem*, 19(2), 210–216.
- Gauthier, T., Meyer, R. M. L., Grefe, D., & Gold, J. I. (2015). An On-the-Job Mindfulness-based Intervention For Pediatric ICU Nurses: A Pilot. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(2), 402–409. doi: 10.1016/j.pedn.2014.10.005
- Gawrysiak, M. J., Grasseti, S. N., Greeson, J. M., Shorey, R. C., Pohlig, R., & Baime, M. J. (2018). The many facets of mindfulness and the prediction of change following mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 523–535. doi: 10.1002/jclp.22521
- Geraghty, S., Speelman, C., & Bayes, S. (2019). Fighting a losing battle: Midwives experiences of workplace stress. *Women and Birth*, 32(3), e297–e306. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.012
- Gerber, M., Best, S., Meerstetter, F., Walter, M., Ludyga, S., Brand, S., ... Gustafsson, H. (2018). Effects of stress and mental toughness on burnout and depressive symptoms: A prospective study with young elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21(12), 1200–1205. doi: 10.1016/j.jsams.2018.05.018
- Geuens, N., Leemans, A., Bogaerts, A., Van Bogaert, P., & Franck, E. (2015). Interpersonal behaviour in relation to burnout. *Nursing*

- Management (Harrow)*, 22(8), 28–32. doi: 10.7748/nm.22.8.26.s27
- Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019). Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21–22), 3747–3758. doi: 10.1111/jocn.14987
- 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 factors on the intensity of musculoskeletal disorders: a structural equation modeling approach. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22(2), 283–290.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1), 33–40.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., & Gonçalves-Câmara, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *The European Journal of Psychiatry*, 25(4), 205–212.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679–689.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 16(135–149).
- Gillespie, D., & Numerof, R. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. San Luis, Misuri, EEUU: Washington

University.

- Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing, 12*(6), 842–851. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00802.x
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist, 48*(1), 26.
- Goldstein, J. T., Hartman, S. G., Meunier, M. R., Panchal, B., Pecci, C. C., Zink, N. M., & Shields, S. G. (2018). Supporting Family Physician Maternity Care Providers. *Family Medicine, 50*(9), 662–671. doi: 10.22454/FamMed.2018.325322
- Golembiewski, R. T. (1979). *Approaches to Planned Change: Pt. 2; Macro-Level Interventions and Change-Agent Strategies*. New York, EEUU: M. Dekker.
- Golembiewski, R. T., Boudreau, R., Goto, K., & Murati, T. (1993). Transnational perspectives on job burnout: Replication of phase model results among Japanese respondents. *The International Journal of Organizational Analysis, 1*(1), 7–27.
- Golembiewski, R. T., & Kim, B. S. (1990). Burnout in police work: Stressors, strain, and the phase model. *Police Studies: The International Review of Police Development, 13*(1), 74–80.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport, Conética, EEUU: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1993). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science, 19*(4), 461–481.

- Golembiewski, R. T., Munzerider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations, toward a phase model of burnout*. Nueva York, EEUU: Praeger.
- Gómez-Alcaina, B., Montero-Marín, J., Demarzo, M. M., Pereira, J. P., & García-Campayo, J. (2013). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 245–253.
- Gómez-Sánchez, M., Álamo-Santos, M., Amador-Bohórquez, M. Ceacero-Molina, F., Mayor-Pascual, A., Muñoz-González, A., & Izquierdo-Atienza, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 55(215), 52–62.
- Gómez-Urquiza, J. (2017). *Prevalencia e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout en profesionales de enfermería en servicios de oncología* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1–e9. doi: 10.4037/ccn2017508
- Gómez-Urquiza, J., Vargas, C., De la Fuente, E., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. (2017). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing and Health*, 40(2), 99–110. doi: 10.1002/nur.21774
- Gong, Y., Han, T., Yin, X., Yang, G., Zhuang, R., Chen, Y., & Lu, Z. (2015). Prevalence of depressive symptoms and work-related risk

Referencias bibliográficas

- factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 4, 1–5. doi: 10.1038/srep07109
- González-Jiménez, R. E., Alanis-Niño, G., & Granados-Gutiérrez, M. G. (2004). Síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado. *Revista Mexicana de Nutrición y Salud Pública*, 12(1), 1.
- 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
- Govardhan, L. M., Pinelli, V., & Schnatz, P. F. (2012). Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Connecticut Medicine*, 76, 389–395.
- Grantham, H. (1985). Differential diagnosis and treatment of the professional burnout syndrome. *Annales Medico-Psychologiques*, 8(143), 776–781.
- Greene, G. (1961). *A Burnt-Out Case*. New York, EEUU: The Viking Press.
- Greenglass, E., Burke, R., & Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39(1), 5–27.
- Griep, R. H., Rotenberg, L., Landsbergis, P., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2011). Uso combinado de modelos de estrés en el trabajo y la salud auto referida en la enfermería. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 145–152.
- Guillaumie, L., Boiral, O., & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1017–1034. doi: 10.1111/jan.13176
- Guo, Y., Plummer, V., Lam, L., Wang, Y., Cross, W., & Zhang, J. (2019).

- The effects of resilience and turnover intention on nurses' burnout: Findings from a comparative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 499–508. doi: 10.1111/jocn.14637
- Habadi, A. I., Alfaer, S. S., Shilli, R. H., Habadi, M. I., Suliman, S. M., Jaber Al Aslany, S., & Ibrahim Habadi, M. (2018). The Prevalence of Burnout Syndrome among Nursing Staff Working at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2017. *Diversity & Equality in Health and Care*, 15(3), 122–126. doi: 10.21767/2049-5471.1000165
- Hai-Xia, H., Li-Ting, L., Feng-Jun, Z., Yao-Yao, Y., Yu-Xia, G., & Gui-Ru, W. (2015). Factors related to job burnout among community nurses in Changchun, China. *Journal of Nursing Research*, 23(1), 172–179. doi: 10.1097/jnr.0000000000000072
- 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(7), e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015
- Hamama-Raz, Y., Walker, R., Palgi, Y., Mashiach, R., Lee-Ovadia, K., Manny, A., & Ben-Ezra, M. (2016). Comorbidity of post-traumatic stress symptoms and depressive symptoms among obstetric nurses with perinatal death exposure. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53(2), 58–63.
- Hamilton-West, K., Pellatt-Higgins, T., & Pillai, N. (2018). Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Primary Health Care Research and Development*, 19(6), 591–597. doi: 10.1017/S1463423618000129

- Hämmig, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - A cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 785. doi: 10.1186/s12913-018-3556-1
- Harvie, K., Sidebotham, M., & Fenwick, J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*, *32*(6), e584–e593. doi: 10.1016/j.wombi.2019.01.001
- Hederich-Martínez, C., & Caballero-Domínguez, C. C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *CES Psicología*, *9*(1), 1–15.
- Hedman-Lagerlöf, M., Hedman-Lagerlöf, E., & Öst, L. G. (2018). The empirical support for mindfulness-based interventions for common psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *48*(13), 2116–2129. doi: 10.1017/S0033291718000259
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 174–184. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019
- Hellyar, M., Madani, C., Yeaman, S., O'Connor, K., Kerr, K. M., & Davidson, J. E. (2019). Case study investigation decreases burnout while improving interprofessional teamwork, nurse satisfaction, and patient safety. *Critical Care Nursing Quarterly*, *42*(1), 96–105. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000243
- Hemanth, P., & Fisher, F. (2015). Clinical psychology trainees' experiences of mindfulness: an interpretive phenomenological analysis. *Mindfulness*, *6*, 1143–1152. doi: 10.1007/s12671-014-0365-4

- Henriksen, L., & Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 9, 42–47. doi: 10.1016/j.srhc.2016.08.001
- Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 34(4), 343–350. doi: 10.1177/0898010115615981
- Higashiguchi, K., Morikawa, Y., Miura, K., Nishijo, M., Tabata, M., Ishizaki, M., & Nakagawa, H. (1999). Burnout and related factors among hospital nurses. *Journal of Occupational Health*, 41(4), 215–224. doi: 10.1539/joh.41.215
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Recuperado de www.cochrane-handbook.org.
- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327, 557–560. doi: 10.1136/bmj.327.7414.557
- Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2015). Swedish midwives' perception of their practice environment - A cross sectional study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(3), 174–181. doi: 10.1016/j.srhc.2015.02.001
- Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4(3), 87–91. doi: 10.1016/j.srhc.2013.07.001
- Holland, P. J., & Michael, W. B. (1993). The concurrent validity of the Holland Burnout assessment survey for a sample of middle school

Referencias bibliográficas

- teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 53(4), 1067–1077.
- Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, 27(3), 198–201. doi: 10.1016/j.apnr.2014.01.003
- Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, P., Greenhalg, T., Heneghan, C., Liberati, A., ... Thornton, H. (2011). The Oxford 2011 Levels of Evidence. Recuperado de <https://www.cebm.net/2016/05/ocebml-levels-of-evidence>
- Hu, H. X., Liu, L. T., Zhao, F. J., Yao, Y. Y., Gao, Y. X., & Wang, G. R. (2015). Factors Related to Job Burnout Among Community Nurses in Changchun, China. *Journal of Nursing Research*, 23(3), 172–180. doi: 10.1097/jnr.0000000000000072
- 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. *Croatian Medical Journal*, 52(4), 538–549. doi: 10.3325/cmj.2011.52.538
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M., & Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom : Levels of burnout , depression , anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79, 102526. doi: 10.1016/j.midw.2019.08.008
- Hunter, L. (2016). Making time and space: The impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 918–929. doi: 10.1111/jocn.13164
- Hunter, L., Magill-Cuerden, J., & McCourt, C. (2015). “Oh no, no, no, we haven’t got time to be doing that”: Challenges encountered introducing

-
- a breast-feeding support intervention on a postnatal ward. *Midwifery*, 31, 798–804. doi: 10.1016/j.midw.2015.03.006
- Hunter, L., Snow, S., & Warriner, S. (2018). Being there and reconnecting: Midwives' perceptions of the impact of Mindfulness training on their practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1227–1238. doi: 10.1111/jocn.14169
- Ibañez, N., Vlaregut, A., & Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142–151.
- Ílhan, 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04476.x
- Iorga, M., Socolov, V., Muraru, D., Dirtu, C., Soponaru, C., Ilea, C., & Socolov, D. G. (2017). Factors influencing burnout syndrome in obstetrics and gynecology physicians. *BioMed Research International*, ID9318534, 1–10. doi: 10.1155/2017/9318534
- Irving, J., Park-Saltzman, J., Fitzpatrick, M., Dobkin, P., Chen, A., & Hutchinson, T. (2014). Experiences of health care professionals enrolled in mindfulness based medical practice: a grounded theory model. *Mindfulness*, 5, 60–71. doi: 10.1007/s12671-012-0147-9
- 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, 676–680. doi: 10.1002/pon.1293
- Jarosova, D., Gurkova, E., Ziakova, K., Nedvedova, D., Palese, A., Godeas, G., ... Frás, M. (2017). Job Satisfaction and Subjective Well-Being

Referencias bibliográficas

- Among Midwives: Analysis of a Multinational Cross-Sectional Survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(2), 180–189. doi: 10.1111/jmwh.12516
- Javanshir, E., Dianat, I., & Asghari-Jafarabadi, M. (2019). Psychometric properties of the Iranian version of the Copenhagen Burnout Inventory. *Health Promotion Perspectives*, 9(2), 137–142. doi: 10.15171/hpp.2019.19
- Jepsen, I., Juul, S., Foureur, M., Sørensen, E. E., & Nøhr, E. A. (2017). Is caseload midwifery a healthy work-form? – A survey of burnout among midwives in Denmark. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 11, 102–106. doi: 10.1016/j.srhc.2016.12.001
- Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & Gutiérrez, J. L. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 16(2), 151–171.
- Johnson, J., Louch, G., Dunning, A., Johnson, O., Grange, A., Reynolds, C., ... O'Hara, J. (2017). Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: a cross-sectional study in hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1667–1680. doi: 10.1111/jan.13251
- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois, EEUU: London House.
- Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology*, 22(1), 46–53. doi: 10.1002/pon.2055
- Jordan, K., Fenwick, J., Slavin, V., Sidebotham, M., & Gamble, J. (2013). Level of burnout in a small population of Australian midwives. *Women and Birth*, 26(2), 125–132. doi: 10.1016/j.wombi.2013.01.002

- Joseph, G., da Silva, I. C. M., Fink, G., Barros, A. J. D., & Victora, C. G. (2018). Absolute income is a better predictor of coverage by skilled birth attendance than relative wealth quintiles in a multicountry analysis: Comparison of 100 low- and middle-income countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), 1–11. doi: 10.1186/s12884-018-1734-0
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144–156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kalicińska, M., Chylińska, J., & Wilczek-Rózczyka, E. (2012). Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland. *International Journal of Nursing Practice*, *18*(6), 595–603. doi: 10.1111/ijn.12003
- Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(24), 3324–3329. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x
- 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.
- Katsantoni, K., Zartaloudi, A., Papageorgiou, D., Drakopoulou, M., & Misouridou, E. (2019). Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care

Referencias bibliográficas

- Providers in Greece. *Materia Socio Medica*, 31(3), 172. doi: 10.5455/msm.2019.31.172-176
- Katsavouni, F., Bebetos, E., Malliou, P., & Beneka, A. (2016). The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries in firefighters. *Occupational Medicine*, 66(1), 32–37. doi: 10.1093/occmed/kqv144
- Kavurmaci, M., Cantekin, I., & Tan, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal Failure*, 36(7), 1038–1042. doi: 10.3109/0886022X.2014.917559
- Kawauchi, E., Inoue, R., & Ohashi, K. (2017). Relationship of High Work Engagement among Staff Midwives with Their Immediate Superiors' Burnout on Maternity and Labor Wards in Japan. *Open Journal of Nursing*, 7, 39–49. doi: 10.4236/ojn.2017.71004
- Kerkman, T., Dijkstra, L. M., Baas, M. A. M., Evers, R., Pampus, M. G., & Stramrood, C. A. I. (2019). Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(4), 435–442. doi: 10.1111/jmwh.12946
- Kersemaekers, W. M., Vreeling, K., Verweij, H., van der Drift, M., Cillessen, L., van Dierendonck, D., & Speckens, A. E. M. (2020). Effectiveness and feasibility of a mindful leadership course for medical specialists: a pilot study. *BMC Medical Education*, 20(1), 34. doi: 10.1186/s12909-020-1948-5
- 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
- Kiekkas, P., Spyrtos, 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.
- Kitson-Reynolds, E. (2016). Greater support and debriefing may help student midwives to process traumatic birth experiences. *Evidence-Based Nursing*, 19(1), 6. doi: 10.1136/eb-2015-102194
- Klein, J., Frie, K. G., Blum, K., & Von Dem Knesebeck, O. (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research*, 11, 109. doi: 10.1186/1472-6963-11-109
- Knezevic, B., Milosevic, M., Golubic, R., Belosevic, L., Russo, A., & Mustajbegovic, J. (2011). Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*, 27(2), 146–153. doi: 10.1016/j.midw.2009.04.002
- Kokkinos, C. M. (2006). Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Educators Survey among elementary and secondary school teachers in Cyprus. *Stress and Health*, 22, 25–33.
- Kozhimannil, K. B., Hung, P., Henning-Smith, C., Casey, M. M., & Prasad, S. (2018). Association between loss of hospital-based obstetric services and birth outcomes in rural counties in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 319(12), 1239–1247. doi: 10.1001/jama.2018.1830
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 192–207. doi: 10.1080/02678370500297720
- Kristoffersen, M., & Friberg, F. (2017). Relationship-based nursing care

Referencias bibliográficas

- and destructive demands. *Nursing Ethics*, 24(6), 663–674. doi: 10.1177/0969733015623097
- 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
- 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? *BMC Family Practice*, 31(1), 44–50. doi: 10.1093/fampra/cmt060
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., & Tsaras, K. (2019). Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), 1–8. doi: 10.1111/ijn.12711
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Lamont, S., Brunero, S., Perry, L., Duffield, C., Sibbritt, D., Gallagher, R., & Nicholls, R. (2017). ‘Mental health day’ sickness absence amongst nurses and midwives: workplace, workforce, psychosocial and health characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1172–1181. doi: 10.1111/jan.13212
- Lasebikan, V. O., & Oyetunde, M. O. (2012). Burnout among nurses in a Nigerian general hospital: prevalence and associated factors. *International Scholarly Research Network*, 2012(1), 402157. doi: 10.5402/2012/402157
- Lebares, C. C., Hershberger, A. O., Guvva, E. V., Desai, A., Mitchell, J.,

-
- Shen, W., ... Harris, H. W. (2018). Feasibility of Formal Mindfulness-Based Stress-Resilience Training among Surgery Interns: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, *153*(10), 1–8. doi: 10.1001/jamasurg.2018.2734
- Lee, H. F., Chiang, H. Y., & Kuo, H. T. (2019). Relationship between authentic leadership and nurses' intent to leave: The mediating role of work environment and burnout. *Journal of Nursing Management*, *27*(1), 52–65. doi: 10.1111/jonm.12648
- Lee, R., & Ashforth, B. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, *14*, 3–20.
- 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*(1), 123–133.
- Lee, S., You, D., Gillen, M., & Blanc, P. (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. doi: 10.1007/s00420-015-1038-x
- Leinweber, J., Creedy, D. K., Rowe, H., & Gamble, J. (2017). A socioecological model of posttraumatic stress among Australian midwives. *Midwifery*, *45*, 7–13. doi: 10.1016/j.midw.2016.12.001
- Leinweber, J., & Rowe, H. J. (2010). The costs of “being with the woman”: secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, *26*(1), 76–87. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.003
- Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, *12*(2), 123–144.
-

- Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331–339. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x
- Leiter, M. P. (1988). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(1), 117–234.
- Leiter, M. P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work & Stress*, 6(2), 107–116.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308.
- Letvak, S., Ruhm, C., & Lane, S. (2011). The impact of nurses' health on productivity and quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 41(4), 162–167. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182118516
- Lin, F., St John, W., & McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 294–301. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00914.x
- Lipienné, I. K., Dió, M., & Mészáros, J. (2014). Burn-out research among midwives. *New Medicine*, 4, 146–150.
- Liu, W., Zhao, S., Shi, L., Zhang, Z., Liu, X., Li, L., ... Ni, X. (2018). Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(6). doi: 10.1136/bmjopen-2017-019525
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivztan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Mindfulness-Based Interventions on the Well-Being of Healthcare Professionals. *Mindfulness*, 10(7), 1193–1216. doi: 10.1007/s12671-

018-1062-5

- López-Araujo, B., Osa-Segovia, A., & Rodríguez-Muñoz, M. (2008). Role stress, job involvement and burnout in Spanish professional soldiers. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *40*(2), 293–304.
- López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(5), 1032–1041. doi: 10.1111/inm.12606
- Lorenz, V. R., Benatti, M. C. C., & Sabino, M. O. (2010). Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *18*(6), 1084–1091.
- 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/ijnurstu.2009.06.014
- Lozano, L., García-Cueto, E., & Lozano, L. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Lozano, L. M., Cañadas, G., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suárez, J., ... de la Fuente, E. I. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, *36*(1–2), 79–88.
- Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., ... Li, M. (2019). Moderating effect of mindfulness on the relationships between perceived stress and mental health outcomes among Chinese intensive care nurses. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 260. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00260

Referencias bibliográficas

- Luberto, C. M., Wasson, R. S., Kraemer, K. M., Sears, R. W., Hueber, C., & Cotton, S. (2015). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Effectiveness of a 4-week Mindfulness-Based Cognitive Therapy Protocol for Hospital Employees. *Mindfulness (N Y)*, *344*(6188), 1173–1178. doi: 10.1126/science.1249098.Sleep
- Lupo, F. N., Arnaboldi, P., Santoro, L., D'Anna, E., Beltrami, C., Mazzoleni, E. M., ... Didier, F. (2013). The effects of a multimodal training program on burnout syndrome in gynecologic oncology nurses and on the multidisciplinary psychosocial care of gynecologic cancer patients: An Italian experience. *Palliative and Supportive Care*, *11*(3), 199–203. doi: 10.1017/S1478951512000247
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, *19*(2), 105–109. doi: 10.1016/j.apnr.2005.08.002
- Maher, E. L. (1983). Burnout and commitment: A theoretical alternative. *The Personnel and Guidance Journal*, *61*(7), 390–393.
- Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J. (2013). Nuevas perspectivas: Hacia una integración del concepto de burnout y sus modelos explicativos. *Anales de Psicología*, *29*(3), 800–809.
- Manzini, J. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, *6*, 321–334.
- Marthinsen, R., Sedgwick, M., & Crowder, R. (2019). Effects of a Brief Mindfulness Intervention on After-Degree Nursing Student Stress. *The Journal of Nursing Education*, *58*(3), 165–168.
- Martín-Asuero, A., & García-Banda, G. (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological

- distress in healthcare professionals. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 897–905. doi: 10.1017/S1138741600002547
- Martín, R. A. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41(1), 9–14.
- Martínez Cuervo, F. (2017). Una mirada a la especialidad de enfermería geriátrica. *Revista Rol de Enfermería*, 40(5), 343–345.
- Martínez, M., Centeno, C., Sanz-Rubiales, A. Á., & Del Valle, M. L. (2009). Estudio sobre el síndrome de Burnout en profesionales sanitarios de cuidados paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina*, 53(1), 3–8.
- Martínez, P., & Cassaretto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63–74.
- Martinussen, M., Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35(3), 239–249. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2007.03.001
- Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), 210–215.
- Maslach, C. (1976). 'Burned-out.' *Human Behavior*, 5(9), 16–22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational setting.

Referencias bibliográficas

- Applied Social Psychology Annual*, 5, 133–154.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (2ª Ed.). (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). En C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (3rd Ed.), *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review Of Psychology*, 52, 397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Matthews, D. B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *Career Development Quarterly*, 38(3), 230–239.
- McAuliffe, E., Daly, M., Kamwendo, F., Masanja, H., Sidat, M., & de Pinho, H. (2013). The Critical Role of Supervision in Retaining Staff in Obstetric Services: A Three Country Study. *PLoS ONE*, 8(3). doi: 10.1371/journal.pone.0058415
- McCrae, R. R. (2001). Trait psychology and culture: Exploring intercultural comparisons. *Journal of Personality*, 69(6), 819–846.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). The Five-factor theory of personality. En O. P. John, R. W. Robins & L.A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality. Theory and Research* (139-153). New York, EEUU: Guildford Press.
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547.
- Mcvicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000-2013) using the job demands-resources model of stress. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E112–E136.

doi: 10.1111/jonm.12326

- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 97–106. doi: 10.4037/ajcc2014747
- Meeusen, V., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A., & Knape, H. (2010). Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: A survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(5), 616–621. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02213.x
- Meier, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57(3), 211–219.
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factor for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2), 53–60.
- Melchior, M. E., Van den Berg, A. A., Halfens, R., Abu-Saad, H. H., Philipsen, P., & Gassman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 158–164.
- Melita, A., Cruz, M., & Merino, J. M. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75–85.
- Menke, J., Fenwick, J., Gamble, J., Brittain, H., & Creedy, D. K. (2014). Midwives' perceptions of organisational structures and processes influencing their ability to provide caseload care to socially disadvantaged and vulnerable women. *Midwifery*, 30(10), 1096–1103. doi: 10.1016/j.midw.2013.12.015
- Meyer, E. C., Frankfurt, S. B., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S.

Referencias bibliográficas

- B., & Morrisette, S. B. (2018). The influence of mindfulness, self-compassion, psychological flexibility, and posttraumatic stress disorder on disability and quality of life over time in war veterans. *Journal of Clinical Psychology, 74*(7), 1272–1280. doi: 10.1002/jclp.22596
- Milfont, T. L., Denny, S., Ameratunga, S., Robinson, E., & Merry, S. (2008). Burnout and wellbeing: Testing the Copenhagen burnout inventory in New Zealand teachers. *Social Indicators Research, 89*(1), 169–177. doi: 10.1007/s11205-007-9229-9
- Mingote-Adán, J., Moreno-Jiménez, B., & Gálvez-Herrer, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica, 123*(7), 265–270.
- Mizuno, M., Kinefuchi, E., Kimura, R., & Tsuda, A. (2013). Professional quality of life of Japanese nurses/midwives providing abortion/childbirth care. *Nursing Ethics, 20*(5), 539–550. doi: 10.1177/0969733012463723
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., & Group, T. P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Plos Medicine, 6*(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Stewart, L. (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
- Molina-Praena, J., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public*

- Health*, 15(12), E2800. doi: 10.3390/ijerph15122800
- Molina-Siguero, 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.
- Molina, J. M., & Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional de personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1).
- Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., & Foureur, M. (2013). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*, 26(1), 26–32. doi: 10.1016/j.wombi.2011.08.002
- Moloney, W., Boxall, P., Parsons, M., & Cheung, G. (2018). Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 864–875. doi: 10.1111/jan.13497
- Monsalve-Reyes, C. S. (2019). *Niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de atención primaria* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional De Educación A Distancia (UNED), Madrid, España.
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1), 1–7. doi: 10.1186/s12875-018-0748-z
- Montanari, K. M., Bowe, C. L., Chesak, S. S., & Cutshall, S. M. (2018). Mindfulness: Assessing the Feasibility of a Pilot Intervention to Reduce Stress and Burnout. *Journal of Holistic Nursing*, 37(2), 175–188. doi: 10.1177/0898010118793465

Referencias bibliográficas

- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., & Andrés, E. (2008). Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de burnout. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 88(1), 41.
- 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
- Moradi, Y., Baradaran, H. R., Yazdandoost, M., Atrak, S., & Kashanian, M. (2015). Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(1), 597–602.
- Morales Gil, I. M. (2017). La especialidad de enfermería pediátrica. *Revista Rol de Enfermería*, 40(5), 346–348.
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A., & Millares, T. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 1(1), 185–207.
- Moreno, B., & Oliver, C. (1993). El M.B.I. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En: M. Porns & M. T. Anguera (Eds.), *Aportaciones a la evaluación psicológica* (161-174). Barcelona, España: P.P.U.
- Moreno, B., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1991). El " burnout", una forma específica de estrés laboral. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, 1(1), 271–280.
- Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., ... Lionis, C. (2010). Burnout and training satisfaction of

-
- medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? *Human Resources for Health*, 8(1), 16. doi: 10.1186/1478-4491-8-16
- 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
- Müller, G., Pfinder, M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lyssenko, L. (2019). Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: Economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC Public Health*, 19(1). doi: 10.1186/s12889-019-7585-4
- Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Lewin, S., Fretheim, A., & Nabudere, H. (2017). Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD011558. doi: 10.1002/14651858.CD011558.pub2
- Nagy, S., & Nagy, M. C. (1992). Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71(2), 523–531.
- Naz, S., Hashmi, A. M., & Asif, A. (2016). Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(5), 532–536.
- Newton, M., McLachlan, H., Forster, D., & Willis, K. (2016). Understanding the “work” of caseload midwives: A mixed-methods exploration of two caseload midwifery models in Victoria, Australia. *Women and Birth*, 29(3), 223–233. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.011

Referencias bibliográficas

- Newton, M., McLachlan, H., Willis, K., & Forster, D. (2014). Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: Findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 1–16. doi: 10.1186/s12884-014-0426-7
- Nguyen, H. T. T., Kitaoka, K., Sukigara, M., & Thai, A. L. (2018). Burnout Study of Clinical Nurses in Vietnam: Development of Job Burnout Model Based on Leiter and Maslach's Theory. *Asian Nursing Research*, *12*(1), 42–49. doi: 10.1016/j.anr.2018.01.003
- Noonan, M., Jomeen, J., Galvin, R., & Doody, O. (2018). Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women and Birth*, *31*(6), e358–e366. doi: 10.1016/j.wombi.2018.02.002
- Norouzinia, R., Ramezani, Z., Khalili, A., Dehghani, M., & Sharifis, A. (2017). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Stress and Burnout of Nurses. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*, *4*(5), 1296–1302. doi: 10.5281/zenodo.802200
- Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Carter, L., Larivière, M., Rukholm, E., Schinke, R., & Belanger-Gardner, D. (2015). The relationship between quality of work life and location of cross-training among obstetric nurses in urban northeastern Ontario, Canada: A population-based cross sectional study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *28*(3), 571–586. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00443
- O'Mahony, S., Gerhart, J. I., Grosse, J., Abrams, I., & Levy, M. M. (2016). Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training: Prevalence and vulnerability. *Palliative*

-
- Medicine*, 30(2), 189–192. doi: 10.1177/0269216315596459
- O’Riordan, S., O’Donoghue, K., & McNamara, K. (2019). Interventions to improve wellbeing among obstetricians and midwives at Cork University Maternity Hospital. *Irish Journal of Medical Science*. doi: 10.1007/s11845-019-02098-1
- Oe, M., Ishida, T., Favrod, C., Martin-Soelch, C., & Horsch, A. (2018). Burnout, psychological symptoms, and secondary traumatic stress among midwives working on perinatal wards: A cross-cultural study between Japan and Switzerland. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 387. doi: 10.3389/fpsy.2018.00387
- Offerhaus, P. M., de Jonge, A., van der Pal-de Bruin, K. M., Hukkelhoven, C. W. P. M., Scheepers, P. L. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2015). Change in primary midwife-led care in the Netherlands in 2000-2008: A descriptive study of caesarean sections and other interventions among 807,437 low risk births. *Midwifery*, 31(6), 648–654. doi: 10.1016/j.midw.2015.01.013
- Oh, S. H., & Lee, M. (2009). Examining the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory with a sample of child protective service workers in Korea. *Children and Youth Services Review*, 31, 206–210.
- Olivar, C., González, S., & Martínez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 24(1), 352–359.
- Olsen, E., Bjaalid, G., & Mikkelsen, A. (2017). Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2709–2719. doi: 10.1111/jan.13337
- Oltra-Rodríguez, E., Rich-Ruiz, M., Orts-Cortés, M. I., Sánchez-López, D.,

Referencias bibliográficas

- & González-Carrión, P. (2013). Competencias de investigación en las especialidades de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 23(5), 225–230. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.07.006
- Oncel, S., Ozer, Z. C., & Efe, E. (2007). Work-related stress, burnout and job satisfaction in Turkish midwives. *Social Behavior and Personality*, 35(3), 317–328. doi: 10.2224/sbp.2007.35.3.317
- Orellana-Ríos, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., & Schmidt, S. (2017). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: A mixed-method evaluation of an “on the job” program. *BMC Palliative Care*, 17(1). doi: 10.1186/s12904-017-0219-7
- Organización Internacional del Trabajo (2010). Orígenes e historia. Recuperado de: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang-es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). World Health Statistics 2005. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2005en.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2019). La organización del trabajo y el estrés. Ginebra, Suiza. Recuperado de https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
- Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G., Albendín-García, L., & Gómez-Urquiza, J. (2020). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sustainability*, 12, 72. doi: 10.3390/su12010072
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en

- los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137–160.
- Ostacoli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., & Furlan, P. M. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliative & Supportive Care*, 8(4), 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.
- Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., Searcy-Bernal, R., & Compean-Saucedo, B. (2007). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enfermería Clínica*, 17(5), 256–260. doi: 10.1016/S1130-8621(07)71810-7
- Paterson, J. L., Dorrian, J., Pincombe, J., Grech, C., & Dawson, D. (2010). Mood change and perception of workload in Australian midwives. *Industrial Health*, 48(4), 381–389. doi: 10.2486/indhealth.MSSW-01
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Eudema.
- Pera, G., & Serra-Prat, M. (2002). Burnout syndrome: prevalence and associated factors among workers in a district hospital. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480–486.

Referencias bibliográficas

- Pérez, J. P. (2013). Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445–455.
- Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fulton, E. A., & Gerada, C. (2016). “Midwives Overboard!” Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth*, 29(3), e59–e66. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.006
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: causes and cures*. New York, EEUU: Free Press.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130–137. doi: 10.1097/NNA.0b013e31819894a0
- 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(1), 36–46.
- Podgurski, L., Greco, C., Croom, A., Arnold, R., & Claxton, R. (2019). A Brief Mindfulness-Based Self-Care Curriculum for an Interprofessional Group of Palliative Care Providers. *Journal of Palliative Medicine*, 22(5), 561–565. doi: 10.1089/jpm.2018.0550
- 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. doi: 10.1002/nur.20383
- Poulin, P. A., Mackenzie, C. S., Soloway, G., & Karayolas, E. (2008).

- Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting well-being among human services professionals. *International Journal of Health Promotion and Education*, 46(2), 72–80. doi: 10.1080/14635240.2008.10708132
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(4), 25–37. doi: 10.1371/journal.pone.0195039
- Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G., & Janvier, A. (2018). Always a burden? Healthcare providers' perspectives on moral distress. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 103(5), F441–F445. doi: 10.1136/archdischild-2017-313539
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van Der Heijden, F. M., Van De Wiel, H., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical Education*, 41(8), 788–800.
- 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 and Safety*, 23(10), 806–813. doi: 10.1136/bmjqs-2014-002831
- 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(4), 269. doi: 10.5334/pb-44-4-269
- Puialto, M. J., Antolín, R., & Moure, L. (2006). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería*

Global, 5(1), 1–18.

- 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, X., 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(1). 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
- Queiros, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330–335. doi: 10.7334/psicothema2012.246
- Ramírez-Baena, L. (2019). *Prevalencia de burnout e identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería del Servicio Andaluz de Salud* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Ramírez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J., Cañadas-De la Fuente, G. A., De la Fuente-Solana, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. (2019). A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurses. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), E92. doi: 10.3390/jcm8010092
- Reddy, J. S. K., & Roy, S. (2019). The Role of One's Motive in Meditation Practices and Prosociality. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 1–6. doi: 10.3389/fnhum.2019.00048
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care:

- Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Renger, D., Miché, M., & Casini, A. (2020). The Protective Role of Esteem, Respect, and Care for Burnout Among Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(3), 202–209. doi: 10.1097/JOM.0000000000001782
- Revicki, D. A., May, H. J., & Whitley, T. W. (1991). Reliability and validity of the Work-Related Strain Inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*, 17(3), 111–120.
- Ríos, M. I., Martínez, F., Sabuco, E., Lozano, E., & Mateo, G. (2012). Enfermería de urgencias: “quiero cambiar de servicio... ¿estoy quemado?” *Revista ROL de Enfermería*, 35(5), 376–381.
- Ríos Rísquez, I. M., Sánchez Meca, J., & Godoy Fernández, C. (2004). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600–605.
- Rodríguez, A. L., & Cañón, W. (2015). Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 879–881.
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G. P., De Bruin, M. B., & Schmidt, A. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health*, 21(1), 17–25.
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *Journal of the American Medical Association*,

Referencias bibliográficas

- 320(11), 1131–1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777
- Rouleau, D., Fournier, P., Philibert, A., Mbengue, B., & Dumont, A. (2012). The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal. *Human Resources for Health, 10*, 1–14. doi: 10.1186/1478-4491-10-9
- Rudman, A., Gustavsson, P., & Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies, 51*(4), 612–624. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012
- Ruitenburg, M. M., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 12*(1), 1. doi: 10.1186/1472-6963-12-292
- Ruotsalainen, J., Verbeek, J., Mariné, A., & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (12)*, CD002892. doi: 10.1590/1516-3180.20161341T1
- Rupp, C., Jürgens, C., Doebler, P., Andor, F., & Buhlmann, U. (2019). A randomized waitlist-controlled trial comparing detached mindfulness and cognitive restructuring in obsessive-compulsive disorder. *PLoS ONE, 14*(3), 1–19. doi: 10.1371/journal.pone.0213895
- 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.
- Sabitova, A., McGranahan, R., Altamore, F., Jovanovic, N., Windle, E., & Priebe, S. (2020). Indicators Associated With Job Morale Among

-
- Physicians and Dentists in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(1), e1913202. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.13202
- Salanova, M., Grau, R. M., Cifre, E., & Llorens, S. (2000). Computer training, frequency of usage and burnout: the moderating role of computer self-efficacy. *Computers in Human Behavior*, 16(6), 575–590.
- Sallon, S., Katz-Eisner, D., Yaffe, H., Bdolah-Abram, T., Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., ... Roy, S. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 37(2), e1–e9. doi: 10.1177/0898010115615981
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), 1–29. doi: 10.1371/journal.pone.0185781
- Salvarani, V., Rampoldi, G., Ardenghi, S., Bani, M., Blasi, P., Ausili, D., ... Strepparava, M. G. (2019). Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 765–774. doi: 10.1111/jonm.12771
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., & Rollins, A. L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475–482. doi: 10.1007/s11606-016-3886-9
- Sandall, J. (1998). Occupational burnout in midwives: new ways of working
-

- and the relationship between organizational factors and psychological health and wellbeing. *Risk Decision and Policy*, 3(3), 213–232. doi: 10.1080/135753098348167
- Sandall, J., Hatem, M., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2009). Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. *Midwifery*, 25(1), 8–13. doi: 10.1016/j.midw.2008.12.002
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Sanderson, S., Tatt, I. D., & Higgins, J. P. T. (2007). Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: A systematic review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology*, 36(3), 666–676. doi: 10.1093/ije/dym018
- Sandoval, J. (1993). Personality and burnout school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(4), 321–326.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 1–1.
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15(1), 1–9. doi: 10.1186/s12912-016-0178-y
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11. doi: 10.1186/s12913-018-3841-z

-
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, *14*(1), 204–220. doi: 10.1108/13620430910966406
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson & M. P. Leiter (3rd. Ed), *The Maslach Burnout Inventory* (19–26). Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress and Coping*, *20*(2), 177–196.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, *3*(1), 71–92.
- Schluter, P. J., Turner, C., Huntington, A. D., Bain, C. J., & McClure, R. J. (2011). Work/life balance and health: The Nurses and Midwives e-cohort study. *International Nursing Review*, *58*(1), 28–36. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00849.x
- Schwartz, M., & Will, G. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, *16*(4), 337–353.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Seguel Palma, F., Valenzuela Suazo, S., & Sanhueza Alvarado, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería: Revisión de la literatura. *Ciencia y Enfermería*, *21*(2), 11–20. doi: 10.4067/S0717-95532015000200002

- Sehlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., Pigorsch, S., ... Geinitz, H. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: A multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology*, 4. doi: 10.1186/1748-717X-4-6
- Seidman, S. A., & Zager, J. (1986). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11(1), 26–33.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- 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. doi: 10.1179/2049396714Y.0000000096
- Serrano-Gisbert, M. F., Garcés De los Fayos, E. J., & Hidalgo-Montesinos, M. D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361–369.
- 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. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176. doi: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., & Monson, J. R. T. (2008). Stress

- and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Disease*, 10(4), 397–406. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01338.x
- Sheehy, A., Smith, R. M., Gray, J. E., & Homer, C. S. E. (2019). Midwifery pre-registration education and mid-career workforce participation and experiences. *Women and Birth*, 32(2), e182–e188. doi: 10.1016/j.wombi.2018.06.014
- Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 578–587. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006
- Shinn, M., Rosario, M., Mørch, H., & Chestnut, D. E. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 864.
- Sidebotham, M., Gamble, J., Creedy, D., Kinnear, A., & Fenwick, J. (2015). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress among Australian midwives. *Women Birth*, 28, S27. doi: 10.3109/01612840.2014.996838
- 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.
- Singh, J., Goolsby, J. R., & Rhoads, G. K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31(4), 558–569.
- Slade, P., Sheen, K., Collinge, S., Butters, J., & Spiby, H. (2018). A programme for the prevention of post-traumatic stress disorder in

Referencias bibliográficas

- midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1518069. doi: 10.1080/20008198.2018.1518069
- Slatyer, S., Craigie, M., Heritage, B., Davis, S., & Rees, C. (2018). Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses: a Controlled Trial. *Mindfulness*, 9(2), 534–546. doi: 10.1007/s12671-017-0795-x
- Slemp, G. R., Jach, H. K., Chia, A., Loton, D. J., & Kern, M. L. (2019). Contemplative interventions and employee distress: A meta-analysis. *Stress and Health*, 35(3), 227–255. doi: 10.1002/smi.2857
- Smith, S. A. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2), 119–130. doi: 10.1111/2047-3095.12025
- 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., Katić, M., ... Urgan, M. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. doi: 10.1093/fampra/cmn038
- Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86–90. doi: 10.1016/j.nedt.2014.06.010
- Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual. Recuperado de <https://proqol.org/uploads/%0AProQOLManual.pdf>
- Starrin, B., Larsson, G., & Styrborn, S. (1990). A Review and Critique of

-
- Psychological Approaches to the Burn-out Phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83–91.
- Steinberg, B., Klatt, M., & Duchemin, A. (2017). Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 10–18. doi: 10.4037/ajcc2017444
- Stoll, K., & Gallagher, J. (2018). A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women and Birth*, 32(4), e441–e449. doi: 10.1016/j.wombi.2018.10.002
- Strümpfer, D. J. (2003). Resilience and burnout: A stitch that could save nine. *South African Journal of Psychology*, 33(2), 69–79.
- Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Ramírez-Baena, L., Ortega-Campos, E., & De La Fuente-Solana, E. I. (2020). Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), E641. doi: 10.3390/ijerph17020641
- Sun, W. Y., Ling, G. P., Chen, P., & Shan, L. (1996). Burnout among nurses in the People's Republic of China. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2(4), 274–279. doi: 10.1179/oeh.1996.2.4.274
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19(3), 238–255.
- Taylor, B., Cross-Sudworth, F., Goodwin, L., Kenyon, S., & MacArthur, C. (2019). Midwives' perspectives of continuity based working in the

Referencias bibliográficas

- UK: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 75, 127–137. doi: 10.1016/j.midw.2019.05.005
- Teffo, M. E., Levin, J., & Rispel, L. C. (2018). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress among termination of pregnancy providers in two South African provinces. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(7), 1202–1210. doi: 10.1111/jog.13665
- Tejada, P. A., & Gómez, V. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 1–1.
- 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(1), 737–744.
- Thorsen, V. C., Tharp, A. L. T., & Meguid, T. (2011). High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 10(1), 9. doi: 10.1186/1472-6955-10-9
- Thrush, C. R., Guise, J. B., Gathright, M. M., Messias, E., Flynn, V., Belknap, T., ... Clardy, J. A. (2019). A One-Year Institutional View of Resident Physician Burnout. *Academic Psychiatry*, 43(4), 361–368. doi: 10.1007/s40596-019-01043-9
- Thumm, E. B., & Flynn, L. (2018). The Five Attributes of a Supportive Midwifery Practice Climate: A Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(1), 90–103. doi: 10.1111/jmwh.12707
- 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(1), 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(1), 173–178.
- Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11, 98. doi: 10.1186/1472-6963-11-98
- Tuckett, A., Winters-Chang, P., Bogossian, F., & Wood, M. (2015). ‘Why nurses are leaving the profession ... lack of support from managers’: What nurses from an e-cohort study said. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 359–366. doi: 10.1111/ijn.12245
- 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.
- Uchmanowicz, I., Manulik, S., Lomper, K., Rozensztrauch, A., Zborowska, A., Kolasińska, J., & Rosińczuk, J. (2019). Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(1), e024296. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024296
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: A mixed method study. *BMC Nursing*, 16(1), 1–14. doi: 10.1186/s12912-016-0200-4
- Van Hecke, A., Goemaes, R., Verhaeghe, S., Beyers, W., Decoene, E., &

Referencias bibliográficas

- Beeckman, D. (2019). Leadership in nursing and midwifery: Activities and associated competencies of advanced practice nurses and midwives. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1261–1274. doi: 10.1111/jonm.12808
- 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. doi: 10.1016/S1697-2600(14)70034-1
- 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, 161–182.
- Veiga, G., Dias Rodrigues, A., Lamy, E., Guiose, M., Pereira, C., & Marmeleira, J. (2019). The effects of a relaxation intervention on nurses' psychological and physiological stress indicators: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 265–271. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.03.008
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: a systematic review. *Japan Journal of Nursing Sciences*, 17(1), e12269. doi: 10.1111/jjns.12269
- Venturi, P., Dell'Erba, G., & Rizzo, F. (1994). Mental distress, psychoactive drug use and psychosomatic disorders in two groups of subjects at high risk for the burnout syndrome. *Minerva Psichiatrica*, 35(3), 155–167.

- Verdon, M., Merlani, P., Perneger, T., & Ricou, B. (2008). Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Medicine*, *34*(1), 152–156.
- Verweij, H., van Ravesteijn, H., van Hooff, M. L. M., Lagro-Janssen, A. L. M., & Speckens, A. E. M. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, *33*(4), 429–436. doi: 10.1007/s11606-017-4249-x
- Vilá-Falgueras, M., Cruzate-Muñoz, C., Orfila-Pernas, F., Creixel-Sureda, J., González-López, M. P., & Davins-Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, *47*(1), 25–31.
- Vilardell Balasch, M., Hernández Sánchez, D., Molina Mula, J., González Trujillo, A., & Gelabert Binimelis, A. (2015). La atención sanitaria relacionada con el consumo de drogas en un contexto de crisis económica. *Index de Enfermería*, *24*(1–2), 54–58. doi: 10.4321/s1132-12962015000100012
- Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2019). Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery*, *70*, 106–118. doi: 10.1016/j.midw.2018.11.011
- Wahlberg, Å., Högberg, U., & Emmelin, M. (2019). The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, *89*, 53–61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016
- Wallbank, S., & Robertson, N. (2013). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(8), 1090–1097. doi:

Referencias bibliográficas

10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022

- Wandling, B. J., & Smith, B. S. (1997). Burnout in orthopaedic physical therapists. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 26(3), 124–130.
- Wang, J., Cui, Y., He, L., Xu, X., Yuan, Z., Jin, X., & Li, Z. (2017). Work-related musculoskeletal disorders and risk factors among Chinese medical staff of obstetrics and gynecology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), E562. doi: 10.3390/ijerph14060562
- Wang, Y.-Y., Wang, F., Zheng, W., Zhang, L., Ng, C. H., Ungvari, G. S., & Xiang, Y.-T. (2018). Mindfulness-Based Interventions for Insomnia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behavioral Sleep Medicine*, 18(1), 1–9. doi: 10.1080/15402002.2018.1518228
- Watanabe, N., Horikoshi, M., Shinmei, I., Oe, Y., Narisawa, T., Kumachi, M., ... Furukawa, T. A. (2019). Brief mindfulness-based stress management program for a better mental state in working populations - Happy Nurse Project: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 251, 186–194. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.067
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1774–1788. doi: 10.1111/jan.12948
- Westergren, A., Edin, K., Walsh, D., & Christianson, M. (2019). Autonomous and dependent—The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. *Midwifery*, 68, 56–64. doi: 10.1016/j.midw.2018.10.008
- Westphal, M., Bingisser, M. B., Feng, T., Wall, M., Blakley, E., Bingisser,

- R., & Kleim, B. (2015). Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 79–85. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.038
- Whitehead, J. T. (1987). Probation officer job burnout: A test of two theories. *Journal of Criminal Justice*, *15*(1), 1–16.
- Williams, C. A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health*, *12*(3), 169–178. doi: 10.1002/nur.4770120307
- Williamson, A. (1994). Managing stress in the workplace: Part-2. The scientific basis (knowledge-base) for the guide. *International Journal of Industrial Ergonomics*, *14*(1–2), 171–196.
- Winkel, A. F., Robinson, A., Jones, A. A., & Squires, A. P. (2019). Physician resilience: a grounded theory study of obstetrics and gynaecology residents. *Medical Education*, *53*(2), 184–194. doi: 10.1111/medu.13737
- Wong, C., & Spence Laschinger, H. (2015). The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(12), 1824–1833. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.006
- Wong, K., Teng, J., Chee, M., Doshi, K., & Lim, J. (2018). Positive effects of mindfulness-based training on energy maintenance and the EEG correlates of sustained attention in a cohort of nurses. *Frontiers in Human Neuroscience*, *12*, 1–12. doi: 10.3389/fnhum.2018.00080
- Wright, E. M., Matthai, M. T., & Budhathoki, C. (2018). Midwifery Professional Stress and Its Sources: A Mixed-Methods Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *63*(6), 660–667. doi: 10.1111/jmwh.12869

Referencias bibliográficas

- Wright, E. M., Matthai, M. T., & Warren, N. (2017). Methods for Alleviating Stress and Increasing Resilience in the Midwifery Community: A Scoping Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), 737–745. doi: 10.1111/jmwh.12651
- 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), 233–239. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04301.x
- Yao, Y., Zhao, S., Gao, X., An, Z., Wang, S., Li, H., ... Dong, Z. (2018). General self-efficacy modifies the effect of stress on burnout in nurses with different personality types. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. doi: 10.1186/s12913-018-3478-y
- Yates, K., Usher, K., & Kelly, J. (2011). The dual roles of rural midwives: The potential for role conflict and impact on retention. *Collegian*, 18(3), 107–113. doi: 10.1016/j.colegn.2011.04.002
- Yates, M., & Samuel, V. (2019). Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), e13094. doi: 10.1111/ecc.13094
- Yavuzşen, H. T., & Vupa Çilengiroğlu, Ö. (2015). Burnout in physicians and nurses working in obstetrics/gynecology clinics in Turkey. *Turkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 25(3), 160–167. doi: 10.5336/gynobstet.2015-43848
- Yoshida, Y., & Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*, 29(8), 921–926. doi: 10.1016/j.midw.2012.11.002
- You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., ... 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
- Young, C. M., Smythe, L., & Couper, J. M. (2015). Burnout: Lessons From the Lived Experience of Case Loading Midwives. *International Journal of Childbirth*, 5(3), 154–165. doi: 10.1891/2156-5287.5.3.154
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445–458. doi: 10.1002/nur.20202
- 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
- Zeller, J. M., & Levin, P. F. (2013). Mindfulness Interventions to Reduce Stress among Nursing Personnel. *Workplace Health & Safety*, 61(2), 85–89. doi: 10.1177/216507991306100207
- Zhang, Q., Zhao, H., & Zheng, Y. (2019). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients-a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 771–781. doi: 10.1007/s00520-018-4570-x