

TESIS DOCTORAL

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE BURNOUT EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL SERVICIO
ANDALUZ DE SALUD**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

2023



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Presentada por

ALMUDENA VELANDO SORIANO

Dirigida por

EMILIA INMACULADA DE LA FUENTE SOLANA

GUILLERMO ARTURO CAÑADAS DE LA FUENTE

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Almudena Velando Soriano
ISBN: 978-84-1195-280-4
URI: <https://hdl.handle.net/10481/91082>

A mis padres

Agradecimientos

Estos cuatro años en los que he desarrollado la tesis me han parecido una vida entera. Ha sido tanto lo vivido, que la lista de agradecimientos es larga.

Al empezar, tenía la sonrisa orgullosa de mi padre a mi lado. Al terminar, sé que la sigo teniendo desde donde esté. Todos mis logros son para él. Porque me demostró que por aquellos que uno quiere, se puede conseguir lo imposible, incluso robarle tiempo a la muerte. Gracias papá. No hay día que no estés conmigo.

Mi madre, la primera doctora en la familia, ha sido ejemplo y guía de luz en estos años, lo más duros para ella. Me ha aportado confianza en mí misma, ganas de superación. Ojalá parecerme a ella, cada día. Gracias mamá, no hubiera podido sin ti.

Gracias a mis hermanos, por caminar a mi lado, por acabar convirtiendo el dolor en alegría. Por crear una familia aún más grande con personas maravillosas, por traer a Marina al mundo para llenarnos de felicidad.

Gracias Luis, mi compañero de vida. Por aparecer en el momento indicado. Por aguantar tanta lágrima, ser apoyo incondicional y nunca dudar de mí. Porque sé que, en poco tiempo, antes de que esta tesis sea defendida, te habrás convertido en el mejor padre del mundo. No hay mejor persona con la que embarcarme en esta aventura, la de formar una familia. Te quiero con todo mi corazón.

Julia, te agradezco tanto y aún no has nacido. Te espero al otro lado de la piel. No sabía que se podía querer tantísimo sin conocer. Gracias.

A mi familia. Abuelos, tíos, primos. No hay nada más importante.

A mis amigas, gracias. Las cuento con los dedos de una mano, pero no necesito ninguna más. Por estar en las buenas y, sobre todo, en las malas. Por curarme cada herida que la vida me ha hecho. Por ser abrazo y refugio. Por demostrar que la distancia son sólo números, y la amistad algo mucho más grande. Por quererme como soy.

Al Dr. Guillermo Cañadas. Gracias por haber visto en mí el potencial necesario para conseguirlo, por tu disponibilidad, por cuidarme. Por enseñarme tantísimo. Gracias por haber sido la persona más valiente y fuerte y haber seguido a mi lado, después de todo. Gracias se queda corto, por mucho que lo repita. Eres un ejemplo para mí.

A la Dra. Inmaculada De la Fuente. Gracias por tener siempre una respuesta. Dedicarme tiempo, enseñarme. Sorprenderme con tu trabajo inagotable, por mirar siempre por el bien de todos. Gracias por estos cuatro años, mi admiración será siempre infinita.

A los doctores José Luis Urquiza, Luis Albendín, Begoña Martos, Nora Suleiman, María José Membrive, Gustavo Cañadas, José Luis Romero, Laura Pradas... A todo el grupo de investigación al que pertenezco. Por mostrarnos siempre dispuestos a ayudarme, a enseñarme. Con vosotros nada parece imposible.

Gracias a todos los que tanto apoyo nos brindaron durante la pandemia a las enfermeras. Todavía duelen esos turnos infinitos, el sufrimiento de la gente.

A todos, gracias infinitas.

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

Presentación

La presente Tesis doctoral la inicié hace casi cuatro años, durante el curso 2019/2020, con la firme idea de formar parte del mundo de la investigación que durante tantos años se ha negado a la enfermería. En aquel momento no me imaginaba la cantidad de trabajo y de vaivenes que la vida traería en los siguientes años.

Todos estos años he compaginado la realización de la tesis con mi trabajo como enfermera en los distintos servicios donde he sido ubicada según las necesidades de los hospitales y centros del SAS, desde atención primaria, quirófano o la unidad de hospitalización de cirugía vascular hasta la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico San Cecilio durante la pandemia de COVID-19 que sufrimos durante varios años y que tanto ha supuesto para la sociedad. A su vez, durante tres años he trabajado en el Centro de Internamiento de Menores Infractores de Granada.

La experiencia adquirida en los diferentes servicios ha reafirmado mi convicción de que cada servicio donde se desarrolla la profesión enfermera tiene unas características propias, unos requisitos distintos y una carga emocional diferente. Todo ello contribuye a que la aparición del burnout y su desarrollo no sea homogéneo. También resulta interesante el saber qué factores pueden influir en las personas, como las variables psicológicas, además de la sociodemográficas y laborales, al comprobar que coexisten diferentes niveles de burnout en un mismo servicio.

El grupo de investigación al que pertenezco, HUM-0183, desarrolla su trabajo en el ámbito profesional de la enfermería, en general, y estudia cómo se desarrolla el síndrome de burnout (prevalencia, factores de riesgo, niveles, etc.) en los distintos servicios que conforman la asistencia sanitaria del servicio andaluz de salud. Los datos utilizados en la presente tesis forman parte de un proyecto conjunto entre el grupo de investigación y el sindicato de enfermería SATSE para conocer la influencia del trabajo de las enfermeras en su salud y, por consiguiente, la calidad de servicios prestados al usuario. Con este fin se recogieron datos en distintos hospitales de las ocho provincias que conforman Andalucía. En este caso el interés

se ha fijado en aquellos profesionales de enfermería que trabajan en el área quirúrgica, área muy específica, conformada por las unidades quirúrgicas y los servicios de reanimación posanestésica, pues apenas existen estudios y bibliografía al respecto.

La Tesis Doctoral se estructura en siete capítulos y un apartado de referencias bibliográficas. El primer capítulo introduce, de forma breve, el marco teórico de la temática de estudio, el burnout, y se contextualiza en la profesión enfermera, específicamente en el área quirúrgica. El segundo capítulo justifica la realización de la Tesis y se desarrollan los objetivos e hipótesis propuestos para su desarrollo.

El tercer capítulo incluye una revisión bibliográfica sobre el apoyo emocional y su relación con el burnout. Ha sido aceptado y publicado en la revista *Japan Journal of Nursing Science* (JPN J NURS SCI) con un factor de impacto de 1.7, en la posición 79/125 (Q3) de la categoría “Nursing” del Science Citation Index Expanded (SCIE).

El cuarto capítulo es una revisión bibliográfica y metaanálisis sobre la relación y el efecto de la resiliencia sobre el burnout en enfermería, aceptado y publicado en la *International Nursing Review* (INR) con un factor de impacto de 4.1, en una posición 9/125 (Q1) de la categoría “Nursing” del Science Citation Index Expanded (SCIE).

El quinto capítulo presenta un estudio multicéntrico sobre predictores de burnout y su asociación con factores de personalidad en enfermeras del área quirúrgica. Se encuentra pendiente de aceptación y publicación.

El capítulo sexto presenta un estudio empírico, con una muestra de 214 enfermeras del área quirúrgica de Andalucía, sobre los factores de personalidad como predictores de los cambios en los niveles de burnout. Ha sido aceptado y publicado en la revista *Brain Sciences* (BRAIN SCI) con un factor de impacto de 3.3, en la posición 144/272 (Q3) de la categoría “Neurosciences” del Science Citation Index Expanded (SCIE).

En el séptimo y último capítulo se encuentran la discusión y conclusiones extraídas de los capítulos anteriores, las limitaciones halladas a la hora de realizar los estudios y las posibles líneas de trabajo a partir de todo lo obtenido. Finalmente se pueden encontrar las referencias bibliográficas, aludidas anteriormente.

Por último, mencionar al Programa de Doctorado de Psicología, gracias al cual he podido desarrollar la presente Tesis Doctoral. Mi agradecimiento por aceptar la propuesta de investigación y proporcionarme el marco formativo necesario como doctoranda para su desarrollo, depósito y próxima defensa pública.

Granada, a 6 de noviembre de 2023

La doctoranda

Resumen

La evolución del burnout y su estudio se ha incrementado considerablemente en los últimos años al ser conscientes del enorme impacto que supone en la sociedad y, particularmente, en el trabajo desempeñado por aquellos que se dedican al cliente o al paciente. Recientemente, en 2022, ha sido incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), considerándose oficialmente una enfermedad de origen laboral. Este constructo cuenta con tres dimensiones, el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal (Maslach y Jackson, 1981).

Se han planteado dos objetivos principales en esta Tesis Doctoral, avanzar en el estudio de factores de riesgo o protectores frente al burnout en el ámbito de la enfermería y estudiar la prevalencia y los niveles de burnout e identificar los perfiles de riesgo en los profesionales de enfermería que trabajan en el área quirúrgica en los centros hospitalarios del SAS.

Para su consecución, se llevaron a cabo un total de cuatro estudios, dos revisiones bibliográficas, una de ellas con diseño meta analítico y dos estudios empíricos.

El primer artículo presentado en la Tesis Doctoral es una revisión bibliográfica sobre la relación entre el burnout y el apoyo social. Se evidenció la relación entre el apoyo social y las tres dimensiones que componen el burnout, constituyendo de esta manera un factor protector frente al síndrome.

El segundo estudio, una revisión bibliográfica de corte meta analítico para conocer el efecto de la resiliencia sobre el burnout en las enfermeras. Además de conocer el perfil de enfermeras que presentaban mayor resiliencia, aquellas que tenían mayor experiencia, con salarios apropiados a sus necesidades, menor sobrecarga de trabajo, familia de estilo nuclear, sin turnos rotatorios, mayor nivel educativo y, aquellas cuya motivación para trabajar no era el apoyo familiar, el meta análisis confirmó una relación significativamente estadística entre la resiliencia y el burnout, a mayor resiliencia menor burnout, cansancio emocional y despersonalización.

El tercer y cuarto estudio son estudios empíricos con diseño transversal y multicéntrico. Se administraron encuestas compuestas por tres cuestionarios, el MBI, el NEO-FFI y el CECAD, a un total de 214 profesionales de enfermería que cumplimentaron correctamente el cuestionario, trabajadores del área quirúrgica de 23 hospitales del SAS. Con ello se pudo estudiar la prevalencia del síndrome y la fase de burnout en la que se encontraban según el modelo de Golembiewski (1988). Los resultados mostraron que el 29.4% de los enfermeros

del área quirúrgica presentan un alto nivel de CE, el 25.7% presenta un nivel elevado de D y el 40.2% tiene un alto nivel de baja RP; y que un tercio de los profesionales de enfermería del área quirúrgica (33.2%) presentan niveles elevados de burnout (fases VI, VII y VIII del modelo de Golembiewski).

Se estudió el perfil de riesgo según los datos obtenidos en el área quirúrgica de los centros hospitalarios andaluces es el de un enfermero con rasgos depresivos, la depresión se ha visto relacionada con el CE y la D, y con personalidad neurótica. El sentimiento de responsabilidad, la amabilidad y la extraversión supondrían factores protectores.

Se obtuvieron tres modelos explicativos, uno para cada dimensión del burnout, para estudiar los factores de personalidad y la depresión en el desarrollo del burnout. Los resultados obtenidos mostraron como la depresión supone un factor de riesgo para el cansancio emocional y la despersonalización. Se concluyó que los factores psicológicos relacionados con la aparición y desarrollo del burnout en las enfermeras del área quirúrgica fueron el Ne y la depresión, mientras que la Am y la Ex son factores protectores.

Lista de siglas

Am	Amabilidad
Ap	Apertura a la experiencia
APA	American Psychological Association
AS	Apoyo Social
BAT	Burnout Assessment Tool
BM	Burnout Measure
BS	Burnout Scale
CB	Burnout relacionado con los clientes
CBB	Cuestionario Breve del Burnout
CBP	Cuestionario del Burnout del Profesorado
CE	Cansancio emocional
CESQT PS	Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en los Profesionales
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
COVID-19	Enfermedad de Coronavirus de 2019
COVID-19-BS	Covid 19 Burnout Scale
D	Despersonalización
ELBOS	Emener-Luck Burnout Scale
EPB	Escala de Efectos Psíquicos del Burnout
Ex	Extraversión
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory – Educators Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory – General survey
MBI-HS	Maslach Burnout Inventory – Human Services
MBI-SS	Maslach Burnout Inventory – Students Survey
Ne	Neuroticismo
OIT	Organización Internacional de Trabajadores
OMS	Organización Mundial de la Salud
PB	Burnout personal
Re	Responsabilidad
RBS	Teacher Burnout Scale
RP	Baja realización personal

SAS	Sistema Andaluz de Salud
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
TM	Tedium Measure
WB	Burnout relacionado con el trabajo

Índice

AGRADECIMIENTOS	I
PRESENTACIÓN	V
RESUMEN	IX
LISTA DE SIGLAS	XII
INDICE	XV
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. EL SÍNDROME DE BURNOUT	2
1.1.1. Definición de burnout.....	2
1.1.2. Traducción del término burnout al castellano	6
1.1.3. La investigación científica en el burnout.....	6
1.1.4. Diferenciación del burnout con otros constructos	8
1.1.5. Modelos explicativos del burnout	10
1.1.6. Instrumentos de medida del burnout	17
1.1.7. Factores de riesgo asociados al burnout	23
1.1.7.1. Variables sociodemográficas.....	24
1.1.7.2. Variables psicológicas.....	26
1.1.7.3. Variables laborales.....	28
1.1.8. Grupos de riesgos asociados al síndrome de burnout.....	28
1.2. EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABO- RAL.....	31
1.3. BURNOUT Y COVID-19	32
1.4. BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	33

1.4.1. Factores de riesgos del burnout en el personal de enfermería	33
1.4.1.1 Variables sociodemográficas.....	34
1.4.1.2. Variables psicológicas.....	35
1.4.1.3. Variables laborales.....	37
1.4.2. Síndrome de burnout en el personal de enfermería del área quirúrgica	40
CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	42
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	43
2.2. OBJETIVOS	45
2.3. HIPÓTESIS.....	46
CAPITULO 3. IMPACTO DEL APOYO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	48
3.1. RESUMEN	49
3.2. INTRODUCCIÓN.....	50
3.3. MÉTODOS	52
3.3.1. Fuentes de información, ecuación de búsqueda y criterios de inclusión	52
3.3.2. Codificación de datos y análisis	53
3.3.3. Análisis de datos	54
3.4. RESULTADOS	55
3.4.1. Niveles de burnout	55
3.4.2. Midiendo el apoyo social.....	56
3.4.3. Relación entre burnout y apoyo social	57
3.4.4. Apoyo social en el lugar de trabajo.....	58
3.5. DISCUSIÓN	61
3.6. LIMITACIONES	64

CAPÍTULO 4. RELACIÓN Y EFECTO DE LA RESILIENCIA SOBRE EL BURNOUT EN ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y METANÁLISIS.....66

4.1. RESUMEN68

4.2. INTRODUCCIÓN.....69

4.3. MÉTODOS71

 4.3.1. Diseño.....71

 4.3.2. Búsqueda71

 4.3.3. Resultados de la búsqueda.....71

 4.3.4. Lectura crítica y evidencia.....72

 4.3.5. Recopilación de datos.....72

 4.3.6. Análisis72

4.4. RESULTADOS.....74

 4.4.1. Características de la muestra74

 4.4.2. Prevalencia de burnout y resiliencia75

 4.4.3. Metaanálisis76

4.5. DISCUSIÓN77

4.6. LIMITACIONES80

4.7. CONCLUSIONES.80

4.8. IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA DE ENFERMERÍA.....80

CAPITULO 5. PREDICTORES DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES DE PERSONALIDAD EN ENFERMEROS DEL ÁREA QUIRÚRGICA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO82

5.1. RESUMEN84

5.2. INTRODUCCIÓN.....86

 5.2.1. Antecedentes.....87

 5.2.2. Objetivos.....87

5.3. MÉTODOS88

 5.3.1. Diseño.....88

5.3.2. Muestra/Participantes	88
5.3.3. Recopilación de datos.....	88
5.3.4. Consideraciones éticas	90
5.3.5. Análisis	90
5.4. RESULTADOS	91
5.4.1. Datos sociodemográficos.....	91
5.4.2. Nivel de burnout y prevalencia estimada	92
5.4.3. Fases del síndrome de burnout.....	93
5.4.4. Correlación entre los niveles de burnout y los factores sociodemográficos y ocupacionales	93
5.4.5. Correlación entre los niveles de burnout y los factores psicológicos: modelos explicativos.....	94
5.4.6. Regresión lineal múltiple para cada dimensión del burnout	94
5.5. DISCUSIÓN	96
5.6. APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	98
5.7. LIMITACIONES	98
5.8. CONCLUSIONES	98
5.9. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	99
CAPITULO 6. FACTORES DE PERSONALIDAD COMO PREDICTORES DE LOS CAMBIOS EN LOS NIVELES DE BURNOUT DE LAS ENFERMERAS DEL ÁREA QUIRÚRGICA	101
6.1. RESUMEN	103
6.2. INTRODUCCIÓN.....	104
6.3. MATERIALES Y MÉTODOS	106
6.3.1. Muestra.....	106
6.3.2. Variables e instrumentos	106
6.3.3. Procedimiento	107
6.3.4. Ética.....	107

6.3.5. Métodos estadísticos	107
6.4. RESULTADOS	108
6.4.1. Descripción de la muestra	108
6.4.2. Ajuste del modelo para cada dimensión del burnout	109
6.5. DISCUSIÓN	112
6.5.1. Implicaciones clínicas	113
6.5.2. Limitaciones del estudio	114
6.6. CONCLUSIONES	115
CAPITULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	117
7.1. DISCUSIÓN GENERAL	118
7.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	118
7.3. CONCLUSIONES	123
7.4. LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS.....	124
7.5. POSIBLES LÍNEAS DE TRABAJO	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

CAPÍTULO 1

Introducción

1.1. EL SINDROME DE BURNOUT

1.1.1 Definición de burnout

El término burnout apareció por primera vez en la década de los 60. Graham Green lo utilizó en su novela “*Burnout Case*”. En ella, su protagonista, un famoso arquitecto que no encuentra placer en la vida, es diagnosticado por un médico de una colonia de leprosos como el equivalente mental de “burnout”, o caso quemado, un leproso que ya ha tenido que sufrir la mutilación. Nueve años más tarde, en 1969, el psicólogo H.B. Bradley (1969) utilizó el término *staff burnout* para referirse a un fenómeno psicosocial; con él se refería al agotamiento que sufrían los policías encargados de la vigilancia en centros correccionales para menores infractores (Bradley, 1969).

Sin embargo, la primera definición de burnout no apareció hasta 1974, cuando el psiquiatra estadounidense de origen alemán Herbert J. Freudenberger, considerado “Padre del burnout” por sus aportaciones en la propuesta de un “síndrome de burnout” y en la definición del fenómeno (Schaufeli & Buunk, 2003), publicó su artículo “*Staff Burn-out*”. En él mostraba los resultados de un estudio llevado a cabo en una clínica gratuita de ayuda a toxicómanos, describiendo cómo el personal voluntario de dicha clínica desarrollaba, a lo largo del tiempo, agotamiento emocional acompañado de síntomas psicósomáticos. A este fenómeno le dio el nombre de “burnout”, término que coloquialmente se usa para referirse a los efectos del abuso crónico del alcohol, y lo definió de la siguiente manera: “Una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. También pinceló, que el burnout sucedía principalmente en aquellos contextos “dedicados y comprometidos” (Freudenberger, 1974). En 1977, este mismo autor, tildó al burnout de “contagioso”, pues los trabajadores que lo sufren pueden afectar al resto de compañeros (Freudenberger, 1977).

En 1976, Christina Maslach publicó su artículo “Burned-out”. En él describe la aparición del burnout cuando no se es capaz de afrontar el continuo estrés emocional que supone el trabajo en servicios sociales y en el campo de la sanidad. Los profesionales del estudio sufrían sentimientos negativos hacia los usuarios y pacientes, además de distanciamiento social. Maslach dio a conocer el concepto en la convención de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) en 1977. (Maslach, 1976; Rodríguez Carvajal & Rivas Herмосilla, 2011). Cabe destacar a los autores Pines y Kafry (1978) que poco después definieron el burnout como “una experiencia general de agotamiento físico, emocional y mental”, defendiendo, como harían más adelante Maslach y Jackson, que se trata de un síndrome tridimensional, aunque dándole más importancia al agotamiento.

El estudio del burnout se ha dividido históricamente en dos fases. En la primera, denominada *la fase pionera*, se llevaron a cabo investigaciones descriptivas, observacionales y, principalmente, cualitativas, con una orientación práctica. A partir de 1980, comenzó la segunda fase, *la fase empírica*, y se llevó a cabo una investigación sistemática y cuantitativa; se empezaron a utilizar cuestionarios y escalas para medir el burnout, y se realizaron estudios longitudinales, estudiando poblaciones más grandes. Desde este momento, se desarrolló una aproximación al concepto desde un punto de vista científico.(Maslach et al, 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

En 1981, Maslach y Jackson definieron el burnout como un síndrome compuesto por tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y “baja realización personal” (RP). Destacando que este síndrome ocurre con frecuencia entre las personas que realizan algún tipo de trabajo en contacto con otras personas y cuyas consecuencias pueden ser graves para sí mismos, sus clientes y las instituciones en las que trabajan. Con base en ello y en los resultados empíricos obtenidos en sus estudios, desarrollaron el Maslach Burnout Inventory (MBI), herramienta más aceptada por la comunidad científica para evaluar el burnout.(Maslach C et al, 1996; Maslach & Jackson, 1981). Las tres dimensiones del burnout y el MBI se explicarán con detalle en sus correspondientes apartados.

Pines & Aronson complementaron su definición de burnout en 1988. Incluyeron síntomas físicos y, a diferencia de Maslach y sus colegas en un principio, no excluyeron a aquellos que no trabajasen con personas (Pines & Aronson, 1988).

La definición más citada de burnout es la que dan Maslach y Jackson en 1986, la cual dice que “El burnout es un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal que puede ocurrir entre las personas que realizan “trabajo con personas” de algún tipo” (Maslach & Jackson, 1986). Teniendo en cuenta esta definición de burnout, es completamente necesario definir las tres dimensiones que componen este síndrome:

- ✓ **Cansancio Emocional (CE):** Representa la dimensión básica del estrés individual del burnout. Según las autoras de la propuesta, es la manifestación más obvia de este síndrome, su cualidad central. Por ello, algunos autores incluso argumentan que las otras dos dimensiones son innecesarias, pero, aunque es necesaria la presencia del CE, por sí sola no es suficiente para realizar el diagnóstico del síndrome. Se define como la falta de energía y el agotamiento de los recursos emocionales y físicos como resultado de las excesivas demandas psicológicas y emocionales en la interacción entre los profesionales y los usuarios. Aquellos profesionales que lo sufren consumen la capacidad de entrega que tienen a los demás, es decir, sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Se verbaliza mediante la expresión “*no puedo más*”(Díaz-Muñoz Crespo, 2005; Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2022; Maslach & Jackson, 1986; Maslach et al, 2001; Méndez Venegas, 2004; Schaufeli & Buunk, 2003; Shirom, 1989).

- ✓ **Despersonalización (D):** Representa la dimensión del contexto interpersonal del burnout. Se caracteriza por el distanciamiento mental y el desarrollo de actitudes negativas, insensibles y cínicas hacia los destinatarios de los servicios, los compañeros de trabajo y hacia el trabajo que se realiza. Las demandas de los usuarios se hacen más sencillas cuando estos se consideran objetos impersonales o se interpone un distanciamiento, lo que se traduce en que los usuarios reciben un tratamiento deshumanizado debido a un endurecimiento afectivo. Este distanciamiento es una reacción inmediata al CE, por ello existe una fuerte relación entre estas dos dimensiones. También recibe el nombre de “cinismo” o “deshumanización”. Se verbaliza mediante la expresión “*no me importa*” (Maslach et al, 2001; Díaz-Muñoz, 2005; Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2022; Maslach & Jackson, 1986; Salvagioni et al, 2017; Schaufeli & Buunk, 2003).

- ✓ **Baja realización personal (RP):** Representa la dimensión de autoevaluación del burnout. Se caracteriza por la tendencia a sentirse incompetente y a evaluar negativamente el trabajo de uno con los pacientes o usuarios. Algunos autores sugieren que la RP surge de forma secuencial tras el CE y la D, otros argumentan que su desarrollo es paralelo a las demás dimensiones. Se verbaliza mediante la expresión “*no valgo*”(Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2022; Leiter, 1993; Maslach & Jackson, 1986; Maslach et al, 2001; Salvagioni et al, 2017; Schaufeli & Buunk, 2003).

Ya a principios de siglo, Farber (2000) añade una nueva dimensión a las tres anteriores. La denomina “inconsequentiality”. La define como la “percepción de los trabajadores asistenciales de que sus esfuerzos no resultan eficaces a la hora de ayudar a los demás, que la tarea es interminable”.

1.1.2. Traducción del término burnout al castellano

En España, el anglicismo “Burnout” ha sido adoptado por el lenguaje castellano, aunque no aparece en el diccionario de la Real Academia Española, y, según el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina, la traducción apropiada es “Síndrome del Desgaste Profesional”.

Las referencias al burnout en nuestro país comenzaron a aparecer alrededor de los años 80, coincidiendo con la segunda fase del estudio del burnout. Una de las características de esta segunda fase fue la expansión del interés por este trastorno fuera de Estados Unidos, primero en los demás países de lengua inglesa, y más tarde en los países europeos. Es significativo que Golembiewski (1966) utilizasen en el subtítulo de su libro *Global burnout* la frase *pandemia global*. En España primeramente apareció denominándose “Enfermedad de Tomás” y cuyo origen también nos remonta a la literatura; En el famoso libro *La Insoportable Levedad del Ser* de Milan Kundera, un experimentado y mujeriego cirujano pierde la autoestima, le vence el desánimo y siente rechazo por su profesión. A partir de este momento surgieron diferentes definiciones, destacando la que aportaron Mingote en 1998: “trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial” (Mingote-Adán, 1998). En 2003, Gil-Monte realiza una recopilación bibliográfica donde recoge más de 17 denominaciones diferentes en español para eludir al burnout (Gil-monte, 2003).

En la presente tesis utilizaremos el concepto “síndrome de burnout” o “burnout”.

1.1.3. La investigación científica en el burnout

En la actualidad, el estudio del burnout se encuentra en una fase expansiva, tanto a nivel nacional como internacional. Como se puede comprobar en la *Figura 1*, el número de artículos publicados al respecto desde el inicio de la fase empírica ha tenido un crecimiento exponencial en las últimas décadas.

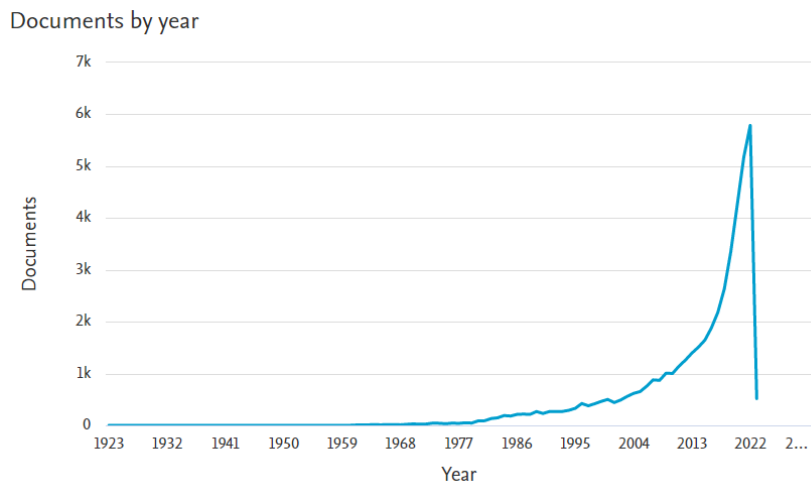


Figura 1. Artículos sobre burnout publicados en la base de datos Scopus. Fuente: Scopus

Este aumento sustancial del estudio del síndrome se debe al creciente interés por procurar una buena salud laboral a los trabajadores, pues conlleva importantes repercusiones sobre la organización (absentismo, disminución de la productividad, disminución de la calidad...) y sobre los usuarios que atienden, pues se produce sobre todo en las profesiones asistenciales (Gil-Monte, 2002).

La *figura 2* muestra la gran variedad de campos donde se realizan publicaciones científicas sobre burnout. En el área de Psicología, Enfermería y, mayoritariamente en Medicina, que ocupa un puesto relevante.

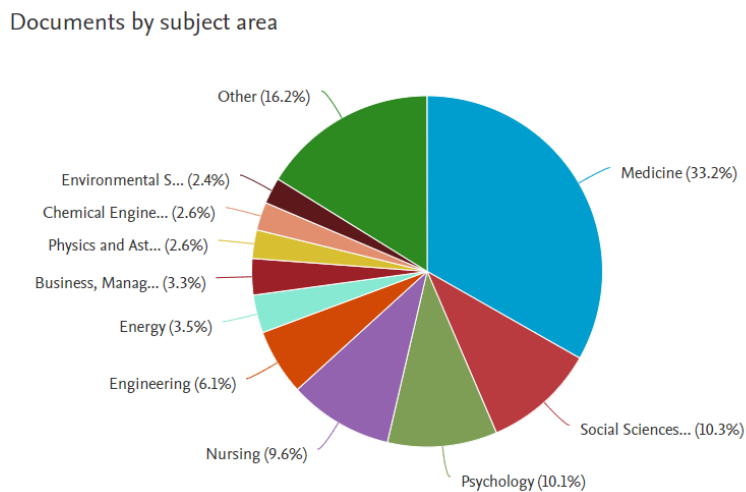


Figura 2. Áreas de publicación sobre Burnout. Fuente: Scopus.

Las investigaciones se centran en tres núcleos relacionados con los niveles de prevención, que a su vez se subdivide en primaria, secundaria o terciaria (Ramírez-Baena, 2019).

- Estudios enfocados a la prevención y educación en salud (prevención primaria): descriptivos y observacionales. Se centran en conocer los factores de riesgo y protectores del burnout.
- Estudios enfocados en el diagnóstico y la detección precoz (prevención secundaria): desarrollo de biomarcadores, indicadores clínicos de carga alostática...
- Estudios experimentales donde se llevan a cabo distintas intervenciones (mindfulness, relajación, terapias cognitivo-conductuales...) en pos de mitigar el burnout y sus consecuencias (prevención terciaria).

1.1.4. Diferenciación del burnout con otros constructos

El concepto de burnout ha sido confundido con otros como el estrés laboral o la depresión (Alkema et al, 2008). Conceptualmente las diferencias entre constructos son claras, es decir, los conceptos y las causas que los provocan son diferentes.

- El estrés laboral, según la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo se define como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador” (Rodríguez Carvajal & Rivas Herмосilla, 2011). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como «el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción» (Torrades, 2007). El estrés hace referencia a un proceso de adaptación temporal que se acompaña con síntomas físicos y mentales, que puede sufrir cualquier persona, mientras que el burnout se puede considerar como una etapa final, el colapso en la adaptación que resulta a largo plazo y que únicamente sufren aquellos que tienen altas metas y se crean expectativas respecto al trabajo que desarrollan. Mientras que el primero conlleva efectos positivos y negativos, el burnout solo hace referencia a efectos negativos. (Brill, 1984; Pines, 1993). La OMS define el burnout como “síndrome conceptualizado como resultado del estrés laboral crónico que no ha sido manejado con éxito” (OMS, 2023).
- La discriminación entre burnout y depresión ha sido más conflictiva. En un principio se planteó un solapamiento entre ambos constructos que fueron objetivo de estudio más adelante. Diversos estudios muestran una clara relación entre una de las dimensiones del burnout, el CE, y la depresión. A través de estudios empíricos se demostró que el desarrollo y la etiología de ambos son distintos, aunque compartan cierta sintomatología. Mientras el burnout tiende a estar relacionado con el trabajo, la depresión es generalizada, incumbe a más esferas de la vida. Sin embargo, es común que ambas se superpongan.; el burnout, bajo ciertas condiciones, puede convertirse en depresión, siempre que se acompañe de sentimientos de inferioridad (Brenninkmeyer et al, 2001; Rodríguez Carvajal & Rivas Herмосilla, 2011).

A pesar de que las diferencias de conceptualización entre los diferentes conceptos sean claras, ha sido reciente la diferenciación clínica entre ellos, gracias a la carga alostática. La carga alostática se define como el deterioro del organismo como consecuencia de la respuesta de estrés (Mcewen & Ph, 2000). Existen diversos indicadores clínicos de carga alostática como el aumento de la tensión arterial, el aumento de los niveles de cortisol, catecolaminas y fibrinógeno o la variabilidad de la frecuencia cardíaca. La evidencia ha mostrado cómo estos indicadores aumentan con el estrés laboral y el burnout, pero no con la depresión (Rodríguez Carvajal & Rivas Herмосilla, 2011).

1.1.5. Modelos explicativos del burnout

Debido a la complejidad del Síndrome de Burnout, a lo largo de su historia, se han desarrollado diversos modelos para explicar sus causas, características y evolución. Como nexo entre todos ellos encontramos la gran relevancia del problema y su desarrollo crónico. Gil-Monte y Peiró (1999) plantearon una clasificación de los modelos en tres diferentes grupos:

- Aquellos modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del *Yo*: Los modelos incluidos en este grupo se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura (2001) para explicar la etiología del burnout: a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que dicen y hacen, y estas cogniciones a su vez se ven modificadas por las acciones y por la acumulación de consecuencias observadas en los demás; b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción. En este grupo se incluye el modelo de Cherniss (1980).

- Aquellos modelos desarrollados desde las teorías del intercambio social. Consideran los principios de equidad o la teoría de conservación de recursos para su desarrollo. Proponen como principal etiología del burnout las percepciones de falta de equidad o ganancia como resultado de la comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

- Aquellos modelos desarrollados desde la teoría organizacional. Remarcan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante el burnout, siendo este una respuesta al estrés laboral. Es este grupo se incluye el modelo de Golembiewski y colaboradores (Gil & Peiró, 1999; Golembiewski et al, 1993).

Muchos de los modelos que se consideran más influyentes no han sido incluidos en esta clasificación por lo que, a continuación, se presentan por orden cronológico.

- **Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).** Definen el burnout como «la pérdida progresiva del idealismo, energía e interés por la gente, en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo». El desarrollo del síndrome cuenta con cuatro etapas:
 - Entusiasmo. En la fase inicial la persona muestra gran entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado por altas expectativas que son poco o nada realistas.
 - Estancamiento o meseta. Esta fase se inicia cuando el trabajador no ve cumplirse las expectativas creadas. No obtiene el reconocimiento esperado de los usuarios y/o superiores. Se puede ver acrecentada por el pesimismo de aquellos compañeros que ya sufran el síndrome.
 - Frustración. El trabajador comienza a cuestionarse su valía para la consecución del trabajo. Se ve incrementado por las condiciones hostiles en el trabajo (malas relaciones entre compañeros, sobrecarga laboral...).
 - Apatía o indiferencia hacia el trabajo y los usuarios. Sentimientos de distanciamiento, conductas de evitación e inhibición.

Este proceso puede darse varias veces a lo largo de la vida del trabajador, en un mismo puesto de trabajo o en diferentes. Edelwich y Brodsky son los únicos autores que con su modelo *defienden* la RP como el desencadenante del burnout (Edelwich & Brodsky, 1980; Martínez Pérez, 2010; Ramírez-Baena, 2019).

- **Modelo de Cherniss (1980).** El burnout se asocia a la frustración del trabajador a lo largo del tiempo. Tiene lugar un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y el trabajo estresante. Consta de tres etapas:
 - Etapa de estrés: desequilibrio entre demandas del trabajo y recursos individuales de los que dispone el trabajador para hacerles frente.
 - Etapa de agotamiento: respuesta emocional inmediata ante el desequilibrio generado en la anterior fase. Se caracteriza por la ansiedad, preocupación, agotamiento y fatiga.
 - Etapa de afrontamiento defensivo: en esta última etapa se producen cambios en la actitud y conducta del trabajador. El trato que dispensa a los usuarios se vuelve cínico, frío e impersonal.

El autor distingue diversas fuentes de estrés y agentes potenciadores o inhibidores de este como el apoyo percibido, las demandas fuera del trabajo o la orientación profesional. como agente destaca el marco laboral que incluye la orientación, la carga de trabajo, la estimulación, el ámbito de clientes y contactos, la autonomía, el estilo de dirección/supervisión y la existencia de aislamiento social.

Según sean los cambios de conducta y actitud que tengan lugar en la etapa de afrontamiento defensivo, las fuentes de estrés decrecerán o se potenciarán dando lugar al burnout (Cherniss, 1980a, 1980b; Ramírez-Baena, 2019).

- **Modelo de Golembiewski** y colaboradores (Golembiewski et al., 1993, 1986). Este modelo se desarrolla a partir de la concepción de burnout tridimensional de Maslach y Jackson (1981). Los autores plantean que no es exclusivo de los profesionales asistenciales, pudiendo aparecer también en directivos, vendedores, etc. Entienden que la D es la dimensión que mejor describe y predice la aparición de burnout, y aceptan la siguiente secuencia: despersonalización-baja realización personal-Cansancio Emocional. (Lozano Fernández et al, 2007; Martínez Pérez, 2010).

Los autores dicotomizan la puntuación obtenida en cada subescala del MBI en alto o bajo. De esta manera surgen las ocho fases de burnout que describe el modelo (Burke, 1989). (Tabla 1)

Tabla 1. Fases progresivas del burnout

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

D: MBI despersonalización; RP: MBI baja realización personal; CE: MBI Cansancio Emocional. *Fuente:* Golembiewski & Munzenrider, R.F. (1988, p. 28). Reprinted by permission of Greenwood Publishing Group Inc., Westport, CT

Cahoon y Rowney (1984) agruparon las ocho fases en tres, de la siguiente manera:

- Burnout leve: fases I (bajas puntuaciones en todas las subescalas del MBI), II y III
- Burnout moderado: fases IV y V.
- Burnout elevado: fases VI, VII y VIII (altas puntuaciones en todas las escalas del MBI).

Golembiewski y colaboradores también desarrollaron un modelo con cuatro fases en lugar de ocho, resultantes de la combinación de las categorías en las que dicotomizan las dimensiones relativas al CE y la RP. Desarrollaron este posible modelo debido a la gran controversia que general la dimensión de D después de someter el modelo a prueba (Cañadas-De la Fuente, 2012).

- Modelo de Leiter (1988):** Este autor cuenta con dos modelos, el modelo Secuencial y el Modelo Procesual que surge a partir del primero. El burnout se da a través de un proceso que comienza con la aparición de un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. La primera dimensión que aparece es el CE, al que le sigue la D que se desarrolla como estrategia de afrontamiento frente al CE. Esta forma de afrontamiento implica actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los usuarios y aislamiento. En último lugar, surge la RP, ante la ineficacia del afrontamiento contra los estresores laborales, surgen respuestas negativas hacia uno mismo y el trabajo que realiza. En este modelo, el CE es el aspecto clave (Leiter & Maslach, 1988). En la *Figura 3* podemos observar la secuencia del síndrome según este modelo. En 1989, el propio Leiter al observar fallos, corrige su modelo inicial. La D deja de ser parte de la intermediación y pasa a ser consecuencia. Años más tarde, Leiter (1993) postulan que la RP y el CE surgen paralelamente, influenciado por las condiciones laborales, más que por la D.

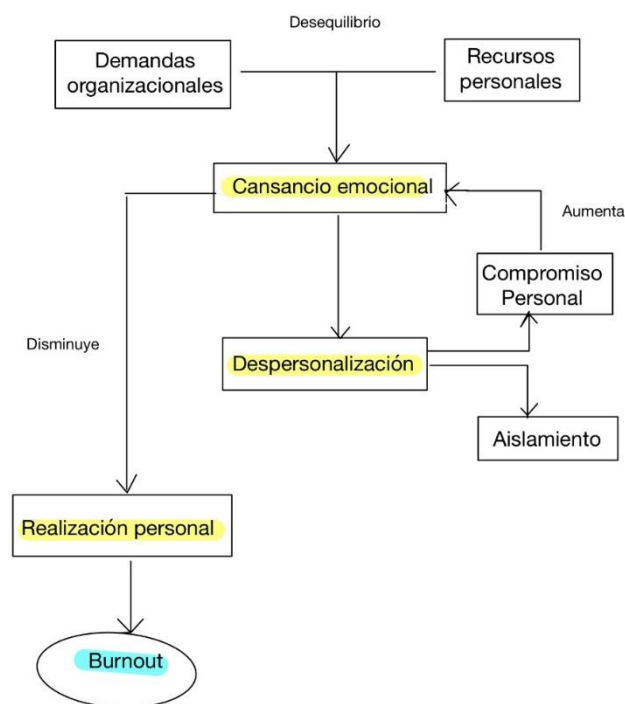


Figura 3. Secuencia del Modelo de Leiter. Fuente: Montejo-Marín, E. (2014). El síndrome del burnout en el profesorado de la ESO. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Elaboración propia

- **Modelo de Farber (1991):** Describe el Burnout como un síndrome que surge cuando el trabajador percibe que el esfuerzo realizado (entrada) y la recompensa (salida) no están equilibrados. La percepción está influida por factores personales, sociales y organizativos. El autor describe seis estadios sucesivos:
 - Entusiasmo y dedicación
 - Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
 - No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
 - Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
 - Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
 - Agotamiento y descuido. (Martínez Pérez, 2010)

En nuestro país cabe destacar el desarrollo de dos modelos:

- **Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1998):** El burnout se inicia cuando las estrategias de afrontamiento que se emplean contra el estrés laboral no resultan exitosas. Es entonces cuando se desarrollan sentimientos de CE y RP. Ante ello, surge la D como nueva estrategia de afrontamiento. Más tarde, Gil-Monte (2002) apoyándose en la literatura científica, sugiere el sentimiento de culpa como un síntoma más del síndrome de burnout (además RP, CE y D). Con ello, expone dos patrones de desarrollo del síndrome:
 - Patrón A: los profesionales desarrollan D como estrategia de afrontamiento. Consiguen que sea eficiente (aunque no eficaz) y se adaptan al entorno laboral. La calidad del trabajo será deficiente pues la D afectará tanto a usuarios como a la organización.

- Patrón B: los trabajadores que se engloban en este patrón desarrollan sentimientos de culpa a causa de la D, lo que conlleva un aumento de implicación en el trabajo para intentar mitigar este sentimiento. Al no cambiar las condiciones de trabajo, el CE, la baja RP y la D seguirán aumentando, y aparecerá un nuevo sentimiento de culpa, originando un bucle.

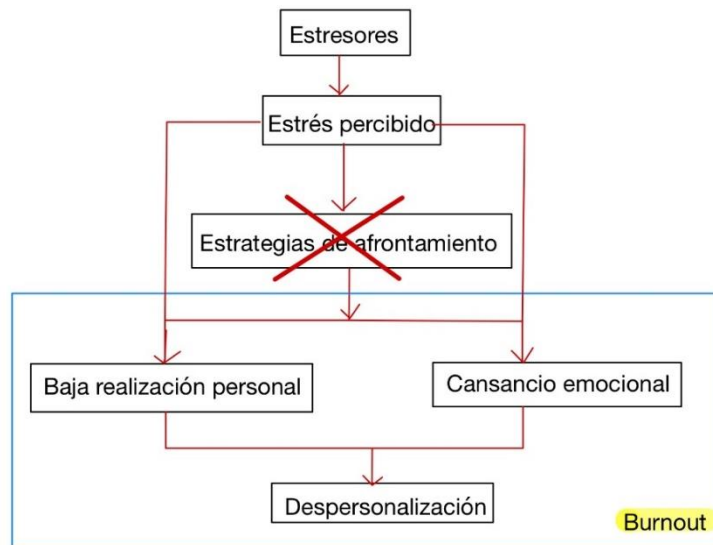


Figura 4. Modelo Gil-Monte, Peiró y Valcárcel. Fuente: Gil-Monte, P. R. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Seminario Internacional Sobre Estrés e Burnout. Elaboración propia

- **Modelo de Manzano** (1998): Este modelo apoya la secuencia Baja realización personal – Cansancio Emocional – Despersonalización. Argumenta que esta secuencia depende de la profesión y el contexto situacional del sujeto, y que no sigue una estructura lineal fija, pudiendo aparecer el CE y la D al unísono (Martínez Pérez, 2010; Montejo-Marín, 2014).

Tras la explicación de alguno de los más destacados modelos, se puede observar que no existe consenso entre autores acerca de la secuencia temporal en la que se desarrolla el Burnout. Sin embargo, sí coinciden en afirmar que el burnout es un problema progresivo, que evoluciona por fases y que se ve influenciado por factores individuales, ambientales y laborales.

1.1.6. Instrumentos de Medida del Burnout

El primer instrumento de evaluación sistemático fue desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, el Maslach Burnout Inventory (MBI) basado en las tres dimensiones del síndrome (CE, D y RP).

Muchos sitúan la aparición del MBI como el hecho diferencial que marca el fin de la fase pionera, caracterizada por un estudio basado en las entrevistas y en la observación, e inicio de la fase empírica, con una investigación más rigurosa y sistemática. Cabe destacar que el burnout no quedó bien definido hasta la aparición del MBI, y se ha convertido el instrumento más utilizado para medir el burnout gracias a sus propiedades psicométricas (Cañadas-De la Fuente et al, 2015; Moreno et al, 2005; Schaufeli & Buunk, 2003). Por ello, será el MBI el instrumento que se utilice en esta investigación.

Las dos primeras ediciones del MBI, en 1981 y en 1986, fueron desarrolladas para evaluar el burnout únicamente en trabajos asistenciales. Se realizó una prueba preliminar con seiscientos cinco sujetos que redujeron los cuarenta y siete ítems propuestos a los veinticinco ítems que aparecen en la primera versión. Esta primera versión constaba con dos formas para valorar los ítems, una de frecuencia y otra de intensidad de los sentimientos. Se agrupaban dentro de cuatro dimensiones, además del CE, la D, y la baja RP, incluía “implicación por el trabajo”. El formato de respuesta era tipo Likert con siete alternativas de respuesta, de cero a seis: “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” (Maslach & Jackson, 1981).

En la segunda edición publicada (Maslach & Jackson, 1986), tras la revisión del cuestionario por las propias autoras y probarlo con 1025 personas, se incluyeron los siguientes cambios: la escala de “implicación por el trabajo” fue eliminada, se redujeron los ítems de 25 a 22 y se eliminó uno de los dos continuos de medida, las valoraciones de intensidad de los sentimientos, pues las autoras consideraron que se solapaba con las valoraciones de frecuencia de los sentimientos, encontrando una elevada correlación entre ambas medidas.

También se introdujo una nueva versión del cuestionario, el Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES), dirigido a profesores y educadores. La única diferencia entre esta y la versión clásica del MBI fue el cambio de la palabra “paciente” por “alumno”. (Maslach & Jackson, 1986).

En 1996, Maslach y Jackson junto a Leiter y Schaufeli, publicaron la tercera edición del manual del MBI (Maslach et al., 1996). En esta versión se utilizaron 11067 sujetos. En él incluyeron tres versiones del cuestionario, al aceptar que el burnout también lo pueden sufrir profesionales que no pertenecen al ámbito asistencial:

- El Maslach Burnout Inventory-Human Services (MBI-HSS), la versión clásica del MBI, dirigido al personal asistencial.
- El Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES) adaptada a profesores y educadores.
- Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). Esta nueva versión presenta un carácter más genérico al no estar dirigida al ámbito asistencial. Mantiene la estructura tridimensional del síndrome, pero sólo contiene dieciséis ítems, y las dimensiones se denominan: «eficacia personal» con seis ítems, «agotamiento» con cinco ítems, y «cinismo» con otros cinco ítems.

Más tarde, se investigó el desarrollo del burnout en estudiantes de todo tipo. Para hacerlo, se partió de la presunción de que la actividad académica, en el rol del estudiante, es equivalente a la de un trabajador formal (Bressó et al, 2007). Se adaptó el MBI-GS a estudiantes universitarios, desarrollando el Maslach Burnout Inventory-Students Survey (MBI-SS) (Schaufeli et al, 2002).

El MBI ha sido adaptado a diferentes idiomas, entre ellos el español (Seisdedos, 1997). Esta versión consta de veintidós ítems que se distribuyen en las tres subescalas, correspondientes a cada dimensión del burnout, CE (9 ítems), D (5 ítems) y RP (8 ítems). Se contesta mediante una escala tipo Likert de 7 puntos. En lo que se refiere a la fiabilidad, las autoras encuentran valores de 0,87 –escala de AE-, 0,76 –escala de RP- y 0,73 – para la D-, y estos valores pasan a ser de 0,90; 0,71 y 0,79 para las tres subescalas en la versión de 1986. La consistencia interna en la adaptación española del MBI fueron de 0,58 para CE de 0,36 para la subescala de D y 0,45 en la RP (Cañadas-De la Fuente, 2012). Aunque estos indicadores psicométricos permiten hablar de la bondad de la herramienta y se ha comprobado en estudios sobre generalización de fiabilidad que este cuestionario permite dicha generalización (Aguayo, 2011), se recomienda que al ser utilizado se compruebe dicha característica en la muestra de participantes en la investigación.

En el trascurso de la investigación sobre el burnout son numerosos los instrumentos de medida desarrollados, además del MBI, entre los que cabe destacar los siguientes:

- **Tedium Measure** (TM; Pines et al, 1981): sus autores lo desarrollaron para evaluar el *tedium*, constructo que, según los autores, abarca al burnout y otros síndromes. Además de evaluar el burnout, evaluaban sentimientos de depresión, cansancio emocional y físico, vaciamiento existencial, hastío, tensión, sentimientos de ilusión y felicidad. Tras un replanteamiento del constructo por parte de los autores, este instrumento se transformó más tarde en el *Burnout Measure* (Pines & Aronson, 1988), que será explicado más tarde.
- **Emener-Luck Burnout Scale** (ELBOS; Emener et al, 1982): tras varias investigaciones, los autores identificaron seis factores relacionados con el burnout: trabajo general, sensaciones relacionadas con el trabajo y consigo mismo, trabajo y preparación del ambiente laboral, respuestas y actitudes negativas de la persona dentro del ambiente de trabajo, disonancia entre el autoconcepto y el autoconcepto de otros compañeros, y carrera laboral realizada y distintas alternativas del trabajo. Este instrumento consta de treinta ítems, con una escala bipolar con nueve puntos (nunca a siempre).

- **Perceptual Job Burnout Inventory** (Ford et al, 1983): inventario de quince ítems que puede usarse también fuera del ámbito asistencial (Moreno et al., 2005). Evalúa tres dimensiones:
 - Cansancio emocional y cinismo.
 - Desmoralización, sentimientos de frustración y eficiencia reducida.
 - Excesiva demanda de energía, persistencia y recursos.

- **Meier Burnout Assessment** (Meier, 1984): analiza cogniciones y expectativas acerca del trabajo. Consta de veintitrés ítems en una escala de verdadero-falso.

- **Burnout Scale** (BS; Kremer & Hofman, 1985): Surge a consecuencia del estudio del burnout, el objetivo del estudio no era el desarrollo de un instrumento de medida. Únicamente añaden cinco ítems a un instrumento que analizaba otras cuestiones. No se someten a análisis factorial por lo que no se conoce si realmente analizan el burnout. Reporta una baja fiabilidad,

- **Teacher Burnout Scale** (TBS; Seidman & Zager, 1986): dirigida a profesionales del ámbito de la enseñanza, surge el mismo año que el MBI-ES. Analiza cuatro dimensiones, tres de ellas se correlacionan con las dimensiones del MBI, y la cuarta hace referencia al apoyo percibido por parte de los supervisores.

- **Burnout Measure** (BM; Pines & Aronson, 1988): se trata del segundo instrumento de medida más utilizado. Se trata de la transformación del *Tedium Measure*, explicado anteriormente. Consta de tres escalas, con veintiún ítems tipo Likert con siete opciones de respuesta., que evalúan en cansancio físico, emocional y mental. Define el burnout como “un estado de cansancio físico, emocional y mental causado por una persistente implicación en situaciones que son emocionalmente exigentes”. Desde esta perspectiva el burnout se puede desarrollar también en profesiones que no pertenecen al ámbito asistencial. Los autores con esta nueva versión no distinguen entre tedium y burnout, considerando que el burnout es un constructo más amplio en el que se incluye el tedium (Moreno et al., 2005).

- **Copenhagen Burnout Inventory** (Kristensen et al, 2005): el instituto nacional público danés, tras una revisión de la literatura y una prueba piloto utilizando el MBI, desarrolló otro instrumento de medida de burnout para todo tipo de profesiones. Se trata de un instrumento de Domicio público compuesto por tres escalas: el burnout personal (PB), el burnout relacionado con el trabajo (WB) y el burnout relacionado con los clientes (CB). Está traducido a ocho idiomas. Molinero-Ruiz E, Basart H & Moncada S (2013), estudiaron la validez y fiabilidad de su traducción al español, concluyendo que se trata de un instrumento fiable y válido para la medición del burnout.

En España también surgen diferentes instrumentos de medida entre los que destacan los siguientes.

- **Escala de Efectos Psíquicos del Burnout** (EPB; García-Izquierdo, 1991): únicamente mide una escala, la relacionada con el cansancio emocional. Consta de doce ítems con una escala de medida tipo Likert de siete puntos.
- **Cuestionario de Burnout del Profesorado** (CBP; Moreno & Oliver, 1993): dirigido a profesores y docentes, es unidimensional. Surge de la necesidad de mejorar la escala de despersonalización y se centra únicamente en ella. Consta de dieciséis ítems (Prochnow JA, McGill RL, Pesut DJ, Gordon D, Deno FE & Becknell MD, 2021).
- **Cuestionario Breve del Burnout** (CBB; Moreno et al, 1997): consta de veintiún ítems sobre los antecedentes, los elementos y las consecuencias del burnout. No está elaborado para evaluar específicamente las subescalas, la evaluación es global.

- **Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT PS; Gil-Monte, 2011; 2019):** Se compone de veinte ítems que se valoran en un formato de respuesta de frecuencia de cinco puntos. Contiene cuatro subescalas: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. La cuarta sirve para identificar entre dos perfiles diferentes del “Síndrome del Quemado por el Trabajo” según los niveles de culpa.
- **Cuestionario de Burnout Granada (CBG) (De la Fuente et al, 2013; 2015):** creado bajo el mismo marco teórico que el MBI. Este instrumento se desarrolla cuando algunos investigadores en este campo se encuentran con que la versión adaptada del MBI a población española (Seisdedos, 1996), queda descatalogada por su distribuidor y para ser utilizado hay que incurrir en una acción ilegal, fotocopiar el test, puesto que no se puede comprar dicha versión de la prueba. El CBG tiene dos versiones en las que se evalúa el síndrome de burnout tanto en el personal de enfermería como para policías españoles. Consta de 26 ítems relativos a las dimensiones CE (9 ítems), D (7 ítems) y RP (10 ítems), que incluyen una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos.

A pesar de los numerosos instrumentos de medida del burnout, el MBI ha sido, y sigue siendo, el “gold standard”, utilizado de forma casi unánime para la evaluación del burnout o como modelo de validación del resto de instrumentos que miden el burnout. Hay estudios que defienden la validez convergente del MBI (Maslach, 1976), otros afirman su validez discriminante (Best et al, 2005; Roelofs et al, 2005). El MBI-HSS utilizado para la evaluación del personal sanitario tiene una fiabilidad, según sus autores, de 0.89 para CE, 0.77 para D y 0.74 para RP. Valores similares se obtuvieron en el estudio meta-analíticos e investigaciones llevadas a cabo a posteriori, avalando su uso (Aguayo et al, 2011; Cañadas de la fuente et al, 2014; Worley et al, 2008). La dimensionalidad también se discute en numerosas investigaciones (Burke & Richardsen, 1991; Gold et al, 1992; Taris et al, 2005). Diversas investigaciones defienden su tridimensionalidad (Byrne, 1994; Gil-Monte, 2002; Golembiewski et al, 1993; Kitaoka-Higashiguchi et al., 2004; Leiter, 1991a, b; Maslach & Jackson, 1984; Schaufeli et al, 2002).

De todo lo expuesto anteriormente, se puede decir que numerosas investigaciones apoyan la fiabilidad, validez y estructura factorial del MBI, aunque existen trabajos que apoyan que dicha estructura no es correcta. Parece ser, que CE es el factor más consistente en el instrumento, lo que condiciona la importancia relativa de los factores (Gómez-Urquiza et al., 2016; Ramírez-Baena, 2019).

1.1.7. Factores de riesgo asociados al síndrome de burnout

Maslach y Jackson (1982) estudian el síndrome de burnout en el contexto de la conducta individual, no sólo como respuesta al estrés laboral. Esta forma de estudio permite visualizarlo como un proceso donde confluyen las características personales y del entorno. El estudio de estas características ha permitido la creación de un marco general en el que se pueden establecer factores antecedentes o que surgen como consecuencia de padecer el trastorno (Aguayo, 2014).

Estas características han suscitado el interés de los investigadores al considerarlas factores de riesgo (Vargas et al, 2014). En epidemiología, un factor de riesgo es una característica, una condición o un hábito que aumenta las probabilidades de que una persona desarrolle una enfermedad (García, 1998). Los factores de riesgo presentan un valor predictivo que permite establecer líneas de actuación claves para la prevención de enfermedades (Ramírez-Baena, 2019). En consecuencia, el conocimiento de los factores de riesgo del síndrome es necesario para su prevención y determinar las intervenciones clínicas más apropiadas que se deben llevar a cabo cuando el síndrome aparece (Cañadas-de la Fuente, 2015).

En la presente tesis se va a utilizar la taxonomía propuesta por Purvanova & Muros (2010) y Vargas et al (2014), en la que los factores de riesgo se clasifican en tres grupos: variables sociodemográficas, intrapersonales o psicológicas y laborales. Todas ellas son esenciales para poder crear un perfil de riesgo de burnout en los profesionales de la salud. De esta manera, se podrán crear programas de prevención e intervención del trastorno de manera más focalizada y efectiva. Las variables desarrolladas a continuación se corresponden con todas las categorías profesionales en las que se desarrolla el burnout, pero, al versar la presente tesis sobre el personal de enfermería, se dará más protagonismo a los estudios que analizan datos de este colectivo.

1.1.7.1. Variables sociodemográficas

La relación de estas variables con el burnout es la menos estudiada, siendo las variables relacionadas con el trabajo las que más interés suscitan entre los investigadores (Freimann & Merisalu, 2015). A continuación, se exponen las principales variables estudiadas y los resultados obtenidos en la literatura científica en relación con las tres dimensiones del burnout (CE, D y RP).

- Sexo: en los estudios analizados se puede observar que las mujeres tienen mayor predisposición para padecer CE, siendo los hombres los que presentan mayores valores para la dimensión de D (Adebayo, et al, 2006; Brondolo et al, 1998). Otros estudios no observan relación significativa entre el sexo y las dimensiones del síndrome (Cañadas-de la Fuente et al, 2015; Chrisopoulos et al, 2010; Gosseries et al, 2012).

- Edad: al igual que ocurre con la variable *sexo*, los resultados encontrados son contradictorios. A pesar de ser una de las variables más relacionadas con el burnout a lo largo de su historia, no se han encontrado patrones consistentes. Existe bibliografía que defiende que, a menor edad, mayor predisposición a desarrollar burnout (Gómez-Urquiza et al, 2017), y al contrario, a mayor edad mayor predisposición a desarrollar burnout (Kanai-Pak et al, 2008). Muchos autores no encuentran relación entre el burnout y la edad (Cañadas-de la Fuente et al, 2015; Gosseries et al, 2012). Sin embargo otros añaden que la variación de esta variable se ve influida por otras de tipo laboral como la antigüedad en el trabajo o experiencia (Adriaenssens et al, 2015; Ríos et al, 2012).
- Estado Civil: se entiende por la situación en la que se encuentra una persona en un determinado momento, en este caso nos referimos al hecho de tener pareja (estar casado o tener pareja de hecho) o no tenerla (soltero/a, divorciado o viudo). Al igual que en el resto de las variables, encontramos resultados contradictorios entre unos estudios y otros. Para algunos autores resultado un factor importante a la hora de desarrollar el síndrome, aunque los resultados también varían siendo en algunos casos el estar soltero un factor de riesgo para el burnout (Gama et al, 2014; Kiekkas et al, 2010) y, en otros, un factor protector (Cilingir et al, 2012; Hazell et al, 2010). Hay estudios que reflejan un mayor CE y D en personas casadas, pero también una mayor RP (Cañadas-de la Fuente et al, 2015; Kis, 2014). Existe la hipótesis de que el estar casado y tener hijos hace que lleven una vida más gratificante (Al-Turky, 2010). Sin embargo, otros autores no encuentran una relación significativa entre el burnout y el estado civil (Melita et al, 2008; Patrao, 2012).

- Número de hijos: como se ha mencionado con anterioridad, el número de hijos se relaciona con el estado civil en varios estudios (Al-Turky, 2010). Ambas variables, concretamente el estar casado o tener pareja y tener hijos, se vincula con la variable apoyo social. El apoyo social se define como la asistencia o protección dada por otros, y se considera factor predictivo y protector frente al burnout (Cañadas-De la Fuente et al, 2018; Velando-Soriano et al, 2019), aunque los estudios difieren en función de la fuente de donde proviene el apoyo social, algunos muestran que el apoyo de compañeros de trabajo y supervisores es más significativo que el que se obtiene de la familia (Velando-Soriano et al, 2019). En relación con la variable número de hijos, una vez más, los resultados son contradictorios. Algunos estudios defienden que, el tener hijos conlleva mayor burnout (Ayala et al, 2013), mientras otros indican que la ausencia de estos conlleva mayores cifras de burnout (Lasebikan et al, 2012; Queiros et al, 2013).

1.1.7.2. Variables psicológicas

Según el diccionario de la American Psychological Association (APA), la personalidad “se refiere a las características y el comportamiento duraderos que comprenden el ajuste único de una persona a la vida, incluidos los principales rasgos, intereses, impulsos, valores, autoconcepto, habilidades y patrones emocionales. Varias teorías explican la estructura y el desarrollo de la personalidad de diferentes maneras, pero todas coinciden en que la personalidad ayuda a determinar el comportamiento” (APA, 2022).

En un principio, Allport y Odbert (1936), identificaron dieciocho mil palabras que podrían describir a las personas. Poco más tarde, Catell (1972) desarrolló su teoría a partir de la lista creado por Allport y Odbert, reduciendo la lista a dieciséis factores. Creó una herramienta para la evaluación de la personalidad, el cuestionario 16PF (Catell, 2008). A partir de la teoría de Catell, McRae y Costa (1987) desarrollaron el modelo de los cinco grandes rasgos de personalidad (Big Five Model). Este modelo es considerado el más sólido por dos razones principalmente, su fiabilidad en todas las edades y culturas, y su estabilidad a través de los años (Angelini, 2023).

Los cinco rasgos que lo componen son:

- Neuroticismo (Ne): se refiere a la pérdida de equilibrio emocional y la pérdida del control de impulsos. Prevalen sentimientos y actitudes negativas (depresión, ansiedad, ira) que se intentan afrontar con estrategias desadaptativas (negación o evitación) (McCrae & Costa, 1997; Carver & Connor-Smith, 2010).
- Extraversión (Ex): se relaciona con la interacción social. Se muestra a través de la sociabilidad, la locuacidad, la asertividad y la confianza en uno mismo frente a los demás (Costa & McCrae, 1987).
- Apertura a la experiencia (Ap): se caracteriza por la mentalidad abierta, la curiosidad intelectual, la creatividad (Costa & McCrae, 1992; Johnson & Ostendorf, 1993).
- Amabilidad (Am): se refiere a ser cooperativo, comprensivo, tolerante, evitar los conflictos y el uso de la fuerza (Costa & McCrae, 1987).
- Responsabilidad (Re): se refiere a ser disciplinado, preciso, organizado, acatar normas y trabajar duro para alcanzar el éxito (Costa & McCrae, 1992).

Las variables de personalidad influyen en la aparición y desarrollo del burnout. Se ha mostrado relación entre el Ne y el burnout, sugiriéndolo como predictor del trastorno. A mayor Ne, mayor CE y menor PA. Los otros cuatro rasgos han mostrado en diferentes estudios tener una asociación negativa con el burnout, siendo factores protectores (Angelini, 2023; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana, Cañadas, Ramírez-Baena, Gómez-Urquiza, Ariza & Cañadas-De la Fuente, 2019; Fornés-Vives, García-Banda, Frías-Navarro, Hermoso-Rodríguez & Santos-Abaunza, 2012; Ramírez-Baena, Ortega-Campos, Gómez-Urquiza, Cañadas-De la Fuente, De la Fuente-Solana & Cañadas-De la Fuente, 2019).

Otras variables psicológicas a destacar son la ansiedad y la depresión. Como ya vimos, la depresión y el burnout han sido objeto de múltiples estudios llegando a la conclusión de que el burnout, cuando se acompaña de sentimientos de inferioridad, puede dar lugar a la depresión. Al igual que la depresión, la ansiedad también puede aparecer de forma conjunta con el síndrome, ser consecuencia o antecederlo (Peiró, 1993).

1.1.7.3. Variables laborales

En este grupo se encuentran todas aquellas variables que guardan relación con el puesto de trabajo: remuneración, horario, entorno, relación con los compañeros, satisfacción laboral. Estas características han sido ampliamente estudiadas pues son más accesibles y es más sencillo actuar sobre ellas, si las comparamos con las variables intrapersonales, por ejemplo.

Las variables laborales más referenciadas en relación con el burnout son:

- Experiencia profesional. Aquí se suele diferenciar entre la antigüedad en la profesión y la antigüedad en el trabajo.
- Turno de trabajo. Fijo de mañanas, tardes, nocturno o rotatorio.
- Carga de trabajo.
- Sueldo o remuneración.
- Apoyo social y relaciones laborales entre compañeros y con superiores.
- Satisfacción laboral. Se define como “el estado emocional o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona” (Locke, 1976).

1.1.8. Grupos de riesgo asociados al síndrome de burnout

Factores de riesgo y grupos de riesgo suelen confundirse al estar englobados en el mismo ámbito y compartir características, pero no son lo mismo. Un grupo de riesgo está constituido por aquellas personas que, debido a ciertas características, ya sean biológicas, físicas o sociales tienen mayor probabilidad de contraer determinadas enfermedades, sufrir intoxicaciones o accidentes. Al centrarnos en el burnout, los grupos de riesgo los componen las distintas actividades profesionales. A continuación, se presentan los principales grupos estudiados en las últimas décadas:

- Profesionales que se dedican a la enseñanza: Son numerosos los autores que defienden que el síndrome no es cuestionable en el ámbito de la docencia pues produce síntomas somáticos y psicológicos que interfieren muy negativamente en la enseñanza y en la relación entre profesionales y alumnos (Aluja, 1997; Cunningham, 1982; Guerrero, 1999; Ivancevich, 1988; Manassero et al., 2000; Salgado et al, 1997). Este grupo incluye a profesores de colegios e institutos (Batista et al, 2010; Correa-Correa et al, 2010; Salgado et al, 1997), docentes universitarios (Gil-Monte et al, 2011; Gamarra et al, 2009), orientadores (Rubio, 2002), directores (Friedman, 1995) y a los propios estudiantes (Aguayo-Estremera et al, 2022; Gómez-Urquiza et al, 2023).
- Deportistas: la bibliografía sobre el burnout en deportistas de élite es amplia, estudiando las diferencias entre deportes individuales y de equipo, masculinos y femeninos, etc. (Bicahlo & Costa, 2017; Goodger et al, 2007; Li et al, 2013). Más complicado es encontrar bibliografía sobre el burnout en deportistas aficionados (Garcés de los Fayos et al, 2012).
- Cuerpos de seguridad del Estado: incluye bomberos (Argentero & Setti, 2011; Gaspar, 2014), policías (Aguayo et al, 2016; De la Fuente, 2013) y militares (Afonso & Gomes, 2009; López-Araújo et al, 2008).

- Profesionales Sanitarios: este grupo de riesgo incluye médicos (West et al, 2018), enfermeros (Cañadas-de la Fuente et al, 2018; Gómez Urquiza et al, 2017; Membrive et al, 2020; Melita et al, 2008), técnicos auxiliares de enfermería (Fernandes et al, 2012), terapeutas ocupacionales (Poulsen et al, 2012) y fisioterapeutas (Castro et al, 2006). Como se ha visto anteriormente, no es el colectivo sanitario el único que sufre burnout, pero sí uno de los más afectados. En España es el colectivo más estudiado (Ortega-Ruiz & López-Ríos, 2004). Se han llevado a cabo comparaciones entre este grupo y otros como policías y docentes, destacando el alto CE de los profesionales sanitarios (Lozano et al, 2008). Se considera un problema global en todos los sistemas de salud, afectando a todas las categorías profesionales que lo componen e, incluso, a los alumnos del área de ciencias de la salud (Hodkinson et al, 2023). Se hablará más detalladamente de este grupo a continuación, principalmente de enfermería sobre la que versa el presente trabajo.
- Otros: Se han llevado a cabo estudios sobre el burnout en diversas profesiones que no se incluyen en ninguno de los grupos de riesgo nombrados anteriormente. controladores aéreos (Aguirre et al, 2018), trabajadores sociales (Chiller & Crisp, 2012), abogados (Chlap & Brown, 2022), etc.

El burnout puede afectar a personas de cualquier profesión, como se refleja en la anterior enumeración de grupos de riesgo. Silverstein (1986), citó 25 campos profesionales donde se desarrollaba el síndrome. Pero hay grupos más susceptibles a padecerlo; aquellos que trabajan en entornos de alto estrés, en contacto directo con personas y con un nivel de carga emocional y de trabajo importante (De la Fuente et al., 2013; Jones et al, 2013; Lozano et al, 2008; Schaufeli et al, 2009).

De todas estas características, es la implicación emocional en el trabajo lo que ha servido de guía a la hora de investigar acerca del burnout. Comenzó a estudiarse principalmente en los servicios sociales y profesiones sanitarias en la década de los 70 (Freudenberger, 1974; Ortega-Ruiz & López-Ríos, 2004). En la década de los 80, Maslach, psicóloga social, y Jackson, profesora de administración, comenzaron a estudiarlo en una gama más amplia de profesiones (Maslach et al, 1986). Se incluyeron trabajadores del campo de la educación, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, especialmente policías, el trabajo social y la psicología (Blasco et al, 2002; De la fuente et al, 2013; Figueredo-Ferraz et al, 2012).

1.2. EL SINDROME DEL BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL

La salud juega un papel fundamental para el crecimiento económico y social. Su ausencia pone en peligro la economía de los países, afectando a su productividad negativamente. El ejemplo más reciente ha sido la pandemia de COVID-19: el empeoramiento de la salud de la población ha producido una importante desaceleración del crecimiento económico (Haldane & Rebolledo, 2022).

El camino recorrido hasta la inclusión del burnout como enfermedad laboral ha sido largo y complicado. El síndrome sufrió una primera fase de negación del constructo, donde incluso se llegaba a considerar una invención de los profesionales. En el año 2000 la OMS y la APA comenzaron a hacerse eco del constructo (Ramírez-Baena, 2019). En España, ante la imposibilidad de ser considerado enfermedad laboral al no estar incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), el tribunal supremo, lo consideró accidente de trabajo (STS, 26-10-2000).

En 2010, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ya consideraba el burnout como una enfermedad que pone en peligro la economía de los países pues afecta a la salud física y mental de los trabajadores, pero no ha sido hasta el 1 de enero de 2022, al entrar en vigor la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), cuando el burnout ha pasado a considerarse oficialmente una enfermedad de origen laboral. Según el CIE-11 es el “resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización.” Es importante subrayar el origen laboral del síndrome. Esta nueva conceptualización permite mejorar la identificación, prevención y tratamiento del síndrome (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2022).

1.3. BURNOUT Y COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en los profesionales sanitarios de todo el mundo. Este colectivo tiene un mayor riesgo de padecer sus consecuencias psicológicas negativas, el aumento de los desórdenes mentales ha sido consecuencia principalmente del miedo, en primer lugar, a contagiar a seres queridos y, en segundo lugar, a contagiarse ellos mismos. Otros factores de riesgo hallados en numerosos estudios sobre el burnout en enfermería durante la COVID-19 han sido: tener menos edad, recibir apoyo social insuficiente, tener un mayor contacto con pacientes con la enfermedad y la exposición constante a los eventos traumáticos como es la muerte, jornadas de trabajo más largas que se traducen en falta de descanso, mayor carga de trabajo, poco entrenamiento especializado en la enfermedad y recursos escasos e inadecuados, lo que conlleva falta de protección (Galanis et al, 2021; Innstrand, 2022; Jitender et al, 2021).

La pandemia puso de manifiesto la falta de recursos para hacerle frente, ya que el agotamiento de los recursos también puede fomentar el desarrollo del síndrome (Batalla-Martínez et al, 2022). Aquellos que participaron en la atención de pacientes con COVID-19 tuvieron una prevalencia significativamente mayor de burnout, concretamente un 50% más, que aquellos sanitarios que no lo hicieron (Jitender et al, 2021; Nishimura et al, 2021). Se vieron afectados profesionales de todos los servicios, incluidos aquellos que trabajaban en el área quirúrgica; Uno de cada dos cirujanos adjuntos y residentes mostraban burnout (Shaikh et al, 2022). Ante la severa magnitud de los acontecimientos y las consecuencias psicológicas sobre el personal sanitario, se han creado escalas para medir el impacto de burnout causado por la pandemia como la COVID-19 Burnout Scale (COVID-19-BS) (Mousavi-Asl et al, 2021; Murat & Farzana, 2023) o el Burnout Assesstment Tool (BAT) (Innstrand ST, 2022).

En España el impacto del COVID-19 en el personal sanitario no ha sido menor. La OMS ha utilizado a España como ejemplo negativo de la salud de los profesionales: “En España, el 80% de las enfermeras presentan síntomas de ansiedad y creciente burnout” (Downey et al, 2023).

1.4. BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

1.4.1. Factores de riesgo de burnout en el personal de enfermería

La presente tesis trata sobre el burnout en el personal de enfermería por lo que, a continuación, se expondrán las distintas variables que afectan a la aparición y desarrollo del burnout en dicho colectivo.

1.4.1.1. Variables sociodemográficas

- **Sexo:** La influencia del género en la profesión enfermera es indiscutible. “Históricamente, se parte del supuesto teórico, verificado empíricamente, que la profesión de enfermería es propia de mujeres” (Arroyo et al, 2011). Tanto es así, que la profesión enfermera no ha existido hasta que ha aparecido la equidad de género. Los resultados de los diferentes estudios son contradictorios, algunos muestran mayor CE en mujeres (Solano et al, 2002), otros en hombres (Kavurmaci et al, 2014). Unos muestran mayor D y menor RP en mujeres (Meeusen et al, 2010; Meng et al, 2021; Mitchell, 2009), otros en hombres (Bratis et al, 2009; Nathan et al, 2007; Pisanti et al, 2011). Habiendo también literatura que muestra no haber diferencias significativas entre ambos sexos (Cañadas-de la Fuente et al, 2015; Eagar, 2003).
- **Edad:** no hay resultados concluyentes al respecto. Existen autores que encuentran relación entre la variable y el síndrome, sin embargo, dentro de este grupo también existen resultados contrapuestos. Al-Turki et al (2010) muestran en su estudio un aumento del CE y la D en enfermeras menores de 36 años, mientras que otros autores refieren un mayor burnout conforme aumenta la edad de las enfermeras (Koivula et al, 2008; Lin et al, 2009). Muchos estudios no muestran relación entre la edad y el burnout. En este grupo de autores se postula que la relación que pueda existir se debe a la antigüedad profesional y la experiencia más que a la edad (Adriaenssens et al, 2015; Brewer & Shapard, 2004).
- **Estado Civil:** los resultados de esta variable en el colectivo enfermero no difieren de los resultados generales presentados anteriormente. La mayoría de artículos que muestran que el estar casado o vivir en pareja es un factor protector frente al burnout (Aytekin et al, 2013; Cañadas-De la Fuente, 2018; Guo et al, 2021; Lasebikan & Oyetunde, 2012; Mitchell, 2009), aunque también, existen algunos estudios que muestran que los casados tienen mayor riesgo de sufrir CE, D y baja RP (Kavurmaci et al, 2014) o que no existe relación significativa entre el burnout y el estado civil (Ruiz-Fernández et al, 2020).

- Número de Hijos: Existe la misma controversia que en todas las variables sociodemográficas. Autores que no hallan relación entre la variable y el burnout (Cañadas-de la Fuente et al, 2015; De la Fuente-Solana et al, 2021), aunque son más lo que encuentran mayor burnout en aquellas enfermeras sin hijos (Bartosiewicz et al, 2018; Cañadas de la Fuente et al, 2018; Guo et al, 2021).

Como se ha dicho anteriormente, las variables estado civil y número de hijos guardan una muy estrecha relación con la variable apoyo social que se desarrollará más adelante en el apartado de variables laborales.

1.4.1.2. Variables psicológicas

En estudios sobre personalidad y burnout en el personal de enfermería se muestra que la personalidad influye significativamente en el desarrollo del síndrome.

- Ne: Aquellos profesionales con una personalidad donde predomina el Ne presentan hiperreactividad a todo tipo de factores estresantes, suelen ser reacios a variar sus prácticas pues se ciñen fuertemente a protocolos y guías de práctica clínica, pudiendo, en ocasiones, ignorar la nueva evidencia científica. Interpretan todos los acontecimientos de forma negativa y muestran emociones negativas como la ansiedad, depresión o frustración (Akbari et al, 2023; Burgess et al, 2010; Fornés-Vives et al, 2019). Estos, tienen un riesgo mucho mayor de padecer CE y D, y menor RP según la mayoría de los estudios realizados. (Albendín-García et al, 2022; Ang et al, 2016; De la Fuente-Solana et al, 2021; Gómez-Urquiza et al, 2017; McManus et al 2011). Otros concluyen que el Ne tiene una correlación negativa con el burnout, sugiriendo que estos profesionales elegirían la evitación como estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes lo que les protegería en un primer momento (Akbari et al, 2023).

- Ex: Aquellos profesionales con este rasgo de personalidad, al contrario del Ne, tienden a reevaluar problemas de forma optimista; son más seguros de sí mismos, entusiastas y sociables. Son capaces de cuidar y comunicar en las distintas fases de la vida, realizando actividades que mejoren sus conocimientos y ayuden en su labor asistencial. (Akbari et al, 2023; Burgess et al., 2010; Rodríguez & Cañón, 2015). La relación entre CE y D con Ex es inversa (Cañadas-De la Fuente et al, 2015; De la Fuente-Solana et al, 2021), ya que ésta supone un factor protector frente al CE y la baja RP (Albendín-García et al, 2023).
- Ap: Son personas independientes, toleran bien la ambigüedad y son capaces de adoptar y adaptarse a nuevas ideas y experiencias (Akbari et al, 2023). Se asocia con altos niveles de satisfacción entre profesionales y también por parte de los pacientes (Cachá et al, 2015). Su relación con el burnout no está clara, no existe consenso entre los investigadores. Algunos estudios no encuentran relación entre esta característica de la personalidad y el burnout (Albendín-García et al, 2023; Cañadas-De la Fuente et al, 2015), otros muestran una relación positiva entre el burnout y la Ap (Akbari et al, 2023), y otros lo clasifican como factor protector frente al burnout, relacionado con la realización personal (De la Fuente-Solana et al, 2020).
- Am: Los profesionales caracterizados por la Am tienen mayor energía, empatizan con los pacientes y les ayudan a sentirse bien, sintiéndose reconfortados con su trabajo. Son más flexibles, cooperativos y confiados; son capaces de aplicar estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, pudiendo planificar su trabajo y tiempo (Aknari et al, 2023; Albendín-García et al, 2022). Es un factor protector frente al burnout, todas las dimensiones del síndrome se ven afectadas, a mayor Am, menor CE y D, y mayor RP. (Albendín-García et al, 2022; Cañadas-De la Fuente et al, 2015; De la Fuente-Solana et al, 2021).

- **Re:** Son aquellas personas que siempre hacen lo posible por trabajar duro y ser eficaces, lo que a largo plazo puede agotar sus recursos. Son personas con gran responsabilidad y ética en el desempeño de su trabajo, no se dejan llevar por impulsos (Akbari et al, 2023; Alarcón et al, 2009; Hurtado & Larraín, 2015). La Re se relaciona con el concepto del deber y es un factor protector que implica la disminución de la severidad del burnout en las dimensiones de D y CE (Albendín-García et al, 2022; Cañadas-De la Fuente et al, 2015; De la Fuente-Solana et al, 2021).

Además de los rasgos de personalidad, es importante destacar la resiliencia. La resiliencia es la capacidad de afrontar y adaptarse a las dificultades o a un estrés importante en el trabajo (Foster et al, 2019; Wei et al., 2019). En los últimos años ha ganado atención a nivel global como estrategia para aliviar los efectos adversos de factores estresantes relacionados con el trabajo de los enfermeros (Alonazi et al, 2023). Con respecto a la profesión enfermera, la resiliencia se ha definido como “un proceso complejo y dinámico que, cuando está presente y se mantiene, permite a las enfermeras adaptarse positivamente a los factores estresantes en el lugar de trabajo, evitar daños psicológicos y continuar brindando atención segura y de alta calidad al paciente” (Cooper et al, 2020). Algunos investigadores consideran la resiliencia como factor protector frente al burnout (Guo et al, 2018; Rushton et al, 2015).

1.4.1.3. Variables laborales

- **Experiencia profesional.** La mayoría de estudios coinciden al señalar la experiencia como factor protector frente al burnout. Waterworth & Grace (2012) o Ilhan et al (2008), muestran que cuando se cuentan con menos de 10 años de experiencia se sufre un mayor burnout. Hunter et al (2019) señalan el aumento del burnout conforme mayor es la inexperiencia de las enfermeras. Sin embargo, otros concluyen que el CE aumenta conforme lo hace la experiencia (Vargas et al., 2014).

- Turno de trabajo. Los turnos de trabajo en la profesión enfermera difieren entre servicios y hospitales. Los más comunes son: fijo de mañanas, tardes, nocturno o rotatorio. Según la bibliografía, los turnos de noches aumentan el burnout (Lasebikan & Oyetunde, 2012) y los turnos rotatorios disminuyen el burnout (Ruiz-Fernández et al, 2020). También existe bibliografía donde se aprecia que aquellas enfermeras con turno fijo de mañana, se sienten más realizadas que aquellas con turno rotatorio (García & Ríos, 2012; Melita et al., 2008).

- La carga de trabajo se asocia a las horas de trabajo. Aquellas enfermeras que trabajan más de 40 horas, trabajan horas extras o tienen asignaciones de trabajo adicionales obtuvieron mayores niveles de burnout (Waterworth & Grace 2021; Zhang, 2023).

- Apoyo social. Puede ser apoyo social formal (relaciones laborales entre o con superiores) o informal (familia, amigos) (Velandó-Soriano et al, 2019). El apoyo informal está muy relacionado, como se ha visto anteriormente, con el número de hijos y el estado civil). Cuenta con cuatro características definitorias descritas:
 - Apoyo emocional: relacionado con el afecto. Incluye actitudes como la atención, la confianza, la empatía, el civismo y el cariño.

 - Apoyo instrumental: provisión de bienes o servicios tangibles o específicos.

 - Apoyo informativo: proporción de información en momentos de estrés.

 - Apoyo evaluativo: proporción de información para permitir la autoevaluación (Shirey, 2004).

Una buena relación con compañeros de trabajo y supervisores disminuye el burnout (Huanget al., 2015; Whitebird et al., 2013); el apoyo social informal recibido de familia y amigos se muestra como un factor protector frente al burnout (Albar & García, 2005; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Lorenz, Benatti & Sabino, 2010). Sin embargo, Velando-Soriano et al (2019) muestra que la relación con supervisores y compañeros de trabajo tiene más peso en relación con el burnout.

- Satisfacción laboral. Se define como “el estado emocional o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona” (Locke, 1976). Se considera factor protector frente al burnout (Vargas et al., 2014). Su correlación con las diferentes variables del burnout es estadísticamente significativa, siendo más importante con relación al CE y la D, una baja satisfacción laboral aumenta considerablemente las cifras de CE y D (Vargas et al., 2014; Zangaro & Soeken, 2007). Son numerosas las variables que se estudian dentro de la satisfacción siendo, según el estudio de Huan-Fang & Ying-Ju (2022), la autonomía profesional y la flexibilidad en el trabajo, las que tienen un mayor efecto en la aparición de CE.

- Servicio en el que se desempeñe el trabajo: se ha constatado que el trabajo en unidad con mayor estrés, mayor carga de trabajo y contacto cada día con la muerte, contribuye al desarrollo de burnout (Al Turkey et al, 2010; Kacem et al, 2020). Hasta un 31% de enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos muestran alto CE, un 18% alta D y un 46% baja RP (Ramírez-Elvira et al, 2021). En matronas, las cifras también son elevadas, hasta un 54.6% tenían niveles moderados de CE (Albendín-García et al, 2021). En enfermeras de atención primaria se han encontrado variaciones entre el 5% y el 31% de CE alto (Gómez-Urquiza et al, 2016); en enfermeras que trabajan en servicios de salud mental, un 25% presenta alto CE, un 15% D y un 22% baja RP (López-López et al, 2019). Entre el 7,5% y el 100% en alta despersonalización en enfermeras de urgencias (Albendín et al., 2016), y en enfermeras de cuidados paliativos, un 24% presentaba CE, un 30% D y un 28% baja RP (Gómez-Urquiza et al, 2020).

1.4.2 Síndrome de burnout en el personal de enfermería del área quirúrgica

Como se ha comentado anteriormente, el servicio donde se ejerce la profesión enfermera es una variable que se relaciona con el burnout, es decir, el burnout experimentado en cada servicio difiere; es siete veces más probable que aparezca en servicios con elevado estrés que en aquellos con bajo estrés (Kacem et al, 2020). Además de las diferencias en cuanto a estrés, es importante destacar que en innumerables ocasiones las enfermeras que trabajan en un servicio no han recibido la formación específica para ello pues la asignación al trabajo ha sido por azar, según las contrataciones y las necesidades de los servicios. En España, se está intentando dar solución a este hecho, que va en detrimento tanto de profesionales como de pacientes, mediante la especialización enfermera. A pesar de los avances conseguidos y el mayor número de enfermeras especializadas, sigue siendo una realidad muy lejana.

El área quirúrgica es un área muy específica, incluye a aquellos profesionales que trabajan en las unidades quirúrgicas y de reanimación. Este personal está expuesto a diversos factores que pueden suponer un riesgo para el desarrollo del burnout. Se trata de un área cerrada, con horas de trabajo, a veces, excesivas, operaciones que pueden durar mucho más de lo que dura una jornada laboral, condiciones médicas graves de los pacientes y consecuencias terribles en el caso de mala praxis; en este entorno no se espera el más mínimo error lo que requiere alta concentración y atención constante (Aslani et al, 2019). Además de todo ello, los estresores incluyen factores biológicos, químicos y físicos (exposición a desinfectantes, químicos, gases anestésicos residuales objetos punzantes y patógenos sanguíneos, largas horas de pie y sosteniendo instrumental y equipos durante la cirugía) que también pueden influir en el desarrollo de burnout (Teymoori et al, 2022).

Es importante resaltar la especialización que se requiere en quirófanos y que, en muchas ocasiones, los trabajadores no tienen, lo que se traduce en escasez de personal cualificado (Cabana-Salazar et al, 2009). La especialidad médico-quirúrgica aún no está establecida en España, aunque su perfil y funciones sí están ampliamente descritas.

De los pocos estudios que tienen datos concretos sobre enfermería y burnout en el área quirúrgica, Sahraian et al (2008) encuentran como factores predictores en salas de cirugía los siguientes: morbilidad psiquiátrica y turno de noche predictores de CE; Sexo masculino y

trabajar durante el turno nocturno, predictores de D; mayor edad y trabajo en turno nocturno, predictores de bajo RP. Ksiazek et al (2011) comparan enfermeras del área quirúrgica entre sí, un grupo que se dedica a operaciones relacionadas con la patología oncológica y otros con operaciones de otros campos. Encuentran un mayor burnout en aquellas enfermeras quirúrgicas oncológicas y lo achacan a un contacto más frecuente y directo con la muerte; La empatía con los pacientes terminales confronta a las enfermeras con el sentido de su propia mortalidad y les recuerda que la pérdida de la salud y de la vida son inevitables. En España, Sillero & Zabalegui (2018) muestran un 43% de CE en enfermeras del área quirúrgica, un 21% de D y un 53% de baja RP, lo que suponen valores importantes. Los factores predictores de las tres dimensiones de burnout fueron la capacidad de liderazgo y apoyo del supervisor o enfermero gestor, y la adecuación de recursos y personal.

CAPÍTULO 2

Justificación, objetivos e hipótesis

2.1. JUSTIFICACIÓN

En el capítulo anterior se ha conceptualizado y descrito ampliamente el síndrome de burnout, cómo afecta a los distintos profesionales, más concretamente a los profesionales de enfermería y, en particular, a los profesionales de enfermería que desempeñan su trabajo en el área quirúrgica.

Las estadísticas al respecto reflejan la magnitud del problema de la salud mental. El gasto de los problemas de salud mental se estima en más del 4 % del PIB (más de 600 000 millones de euros) en los 27 países de la UE y el Reino Unido, cifra que se ha visto aumentada tras la pandemia de COVID-19 (Comisión Europea, 2023). La OMS estima que cada año se pierden 12000 millones de días de trabajo (OMS, 2022).

El burnout se ha convertido en un grave impedimento para la consecución de la salud de la población. Esto se ve reflejado en la evolución del “Triple objetivo” del *Instituto para la Mejora de la Salud* que incluía la mejora de la atención del paciente (calidad de asistencia y la satisfacción del paciente), mejora de la salud de las poblaciones y reducción del coste per cápita de la atención médica (Institute for Healthcare Improvement, 2008), al “Cuádruple objetivo”, en el cual se incluye un cuarto punto a los tres anteriores, la reducción del burnout (Fitzpatrick et al, 2019) y, posteriormente al “Quíntuplo objetivo” incluyendo el avance de la equidad en salud (Nundy et al, 2022).

En relación con los profesionales de enfermería, un estudio en EEUU, indica que el 31.5% de enfermeras que abandonan su puesto de trabajo achacan al burnout la principal causa. Según la OMS, en 2030 habrá un déficit de 7.6 millones de enfermeras. Y no sólo el abandono es un problema, aquellas enfermeras que sufren burnout y siguen trabajando, pueden proveer cuidados deficientes (Corley, 1995; Stechmiller & Yarandi 1993; Shah et al, 2021; WHO, 2016).

Las variables relacionadas con el síndrome, tanto los factores de riesgo como de protección, varían conforme avanzan las investigaciones al respecto. El burnout supone un problema tan grave que hay que estar continuamente revisando qué variables se relacionan con el síndrome y cuáles podría ser necesario considerar como integrantes de un perfil de riesgo.

Las enfermeras del área quirúrgica son responsables del cuidado del paciente desde que es recibido en el quirófano hasta su traslado a planta, incluyendo las salas de reanimación posanestésica, donde se realiza una labor muy parecida a la desarrollada en las unidades de

cuidados intensivos, con una estrecha vigilancia del paciente y sus constantes. El área quirúrgica también incluye la unidad del dolor y las salas de esterilización. El bloque quirúrgico está formado por diferentes servicios y en todos ellos está presente el papel de enfermería (Sorli-Latorre et al, 2021).

En España, dentro del quirófano, según las actuaciones que se realizan hay distintos roles de enfermería: enfermero anestesista, enfermero circulante y enfermero instrumentista. Las funciones son diversas y, muchas veces, desconocidas. Además de todas las funciones técnicas, la enfermera también debe realizar planes de cuidados para cubrir las necesidades biopsicosociales de los pacientes quirúrgicos (Rasal-Balletes et al, 2020). No solo, las funciones de cada enfermero son diferentes, el tipo de operación que se realice también supone un cambio global en toda la instrumentación y procedimientos a realizar. Todas estas características hacen que el trabajo de las enfermeras del área quirúrgica sea altamente especializado y requiera una formación específica; el contacto del paciente es distinto al que se puede desarrollar en otros servicios.

A pesar de que existe gran cantidad de literatura científica respecto al burnout, existen pocos estudios centrados en el área quirúrgica. Predominan aquellos en los que no se hace distinción de servicio o aquellos centrados en servicios como oncología, UCI, urgencias, pediatría o hemodiálisis. Por ello, la presente tesis doctoral analiza la presencia del síndrome en los profesionales de enfermería que trabajan en el área quirúrgica de centros hospitalarios pertenecientes al Sistema Andaluz de Salud (SAS) y el estudio de los perfiles de riesgo mediante algunas de las variables demográficas, laborales y, especialmente, de personalidad, que se han mencionado anteriormente.

2.2. OBJETIVOS

Tras examinar el marco teórico y conceptual se observa que son numerosas las variables que tienen repercusión en la aparición y desarrollo del burnout, tanto factores de riesgo, como factores protectores. Algunas de ellas han sido ampliamente estudiadas, mientras que otras apenas han sido citadas, pudiendo ser parte de la solución del problema.

También, la literatura científica muestra cómo el burnout difiere según el área de trabajo de la profesión enfermera dónde ha sido estudiado, debido a las características propias de cada una de ellas. Actualmente, en la bibliografía científica no se ha documentado la relación de dichos factores con el síndrome en profesionales de enfermería que trabajen en el área quirúrgica.

Ante estas dos realidades se plantea el siguiente objetivo general, desarrollado en dos fases diferentes:

Objetivo general

(1) Avanzar en el estudio de factores de riesgo o protectores frente al burnout en el ámbito de la enfermería y (2) estudiar la prevalencia y los niveles de burnout e identificar los perfiles de riesgo en los profesionales de enfermería que trabajan en el área quirúrgica en los centros hospitalarios del SAS.

A partir de este objetivo general se desglosan los siguientes específicos:

Objetivos específicos

Objetivo I: Analizar la relación entre el AS, en sus diferentes formas, y el síndrome de burnout en enfermeras, e identificar si puede ser considerado entre los factores de riesgo del burnout.

Objetivo II: Caracterizar la relación entre el síndrome de burnout y la resiliencia entre enfermeras.

Objetivo III: Determinar el nivel de burnout de las enfermeras que trabajan en el área quirúrgica, determinar en qué fase de Burnout se encuentra cada una, según el modelo de Golembiewski, y analizar su relación con las distintas variables sociodemográficas y ocupacionales que se estudian.

Objetivo IV: Identificar si la ansiedad, depresión y características de personalidad son factores de riesgo y/o protección relacionados con el burnout. Determinar si algunos de estos potenciales factores de riesgo, favorecen que se incremente el nivel de gravedad del trastorno, en cada una de las dimensiones del síndrome, en enfermeros del área quirúrgica.

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se plantean las siguientes hipótesis.

2.3. HIPÓTESIS

- Hipótesis I. El AS y la resiliencia son factores protectores frente al burnout.
- Hipótesis II. La prevalencia de burnout en el grupo de enfermería del área quirúrgica de centros hospitalarios del SAS será alta.
- Hipótesis III. Los profesionales de enfermería que trabajan en el área quirúrgica en centros hospitalarios del SAS presentarán niveles medios-altos de burnout.
- Hipótesis IV. Los factores sociodemográficos, laborales y de personalidad determinarán un perfil de riesgo de burnout en los profesionales de enfermería del área quirúrgica del SAS.
- Hipótesis V La gravedad en el padecimiento del burnout se verá afectada por algunas variables psicológicas. Los niveles de depresión así como los factores de personalidad favorecerán el empeoramiento en la gravedad en que desarrollan en el síndrome en los profesionales del área quirúrgica del SAS.

CAPÍTULO 3

IMPACTO DEL APOYO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Received: 8 August 2018 | Accepted: 4 January 2019


DOI: 10.1111/jjns.12269

REVIEW ARTICLE



WILEY

Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review

Almudena Velando-Soriano¹ | Elena Ortega-Campos²  | José L. Gómez-Urquiza³ |
Lucía Ramírez-Baena³ | Emilia I. De La Fuente⁴ | Guillermo A. Cañadas-De La Fuente³

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. *Jpn J Nurs Sci.* 1–10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>

3.1. Resumen

Objetivo: El burnout es una realidad en la profesión enfermera. Se compone de tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal, y resulta de estar sometido a estrés crónico en el contexto sanitario. El apoyo social (AS), es decir, la asistencia y protección brindada por los demás, es un factor predictivo y protector frente al síndrome de burnout. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el AS, en sus diferentes formas, y el síndrome de burnout en enfermeras, e identificar los factores de riesgo del burnout.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se consultaron las bases de datos CINAHL, PsycINFO, Proquest Platform (Proquest Health & Medical Complete), Pubmed y Scopus, utilizando los descriptores: “burnout, professional AND social support AND nurse”. Para minimizar el potencial sesgo de publicación, la búsqueda no tuvo limitación de tiempo ni de tamaño de muestra.

Resultados: El burnout fue reportado, en mayor o menor medida, en todos los artículos analizados, y se encontró que el AS recibido por los enfermeros en el lugar de trabajo por parte de supervisores y compañeros de trabajo juega un papel fundamental en la prevención del síndrome. Sin embargo, hasta la fecha la bibliografía sobre este tema es escasa y hay poco consenso en cuanto al grado de AS recibido.

Conclusiones: Se deben desarrollar planes de prevención del burnout, con especial atención al AS, para mejorar la calidad de vida de las enfermeras y mejorar la atención que brindan.

Palabras clave

Burnout, compañeros de trabajo, enfermería, cuidados de enfermería, apoyo social, supervisor

3.2. Introducción

El síndrome de burnout surge en profesiones centradas en la asistencia, en las que hay una interacción constante con otras personas y en las que los trabajadores están continuamente sometidos a factores estresantes. En la conceptualización más aceptada, el burnout es visto como un síndrome tridimensional que da lugar a cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y disminución de la realización personal (RP). CE es el desgaste físico y mental que resulta de la interacción con los compañeros de trabajo y con los beneficiarios del servicio prestado. La D es el desarrollo de actitudes y reacciones cínicas, junto con irritabilidad y motivación reducida. Finalmente, la RP reducida se produce cuando los cuidadores adoptan una visión negativa de sí mismos, con falta de satisfacción y sensación de que su trabajo no es suficientemente valorado (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Maslach & Jackson, 1981).

El burnout se caracteriza por numerosos síntomas, que pueden clasificarse en cuatro grupos principales: síntomas emocionales (depresión, impotencia, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, intolerancia, actitudes acusatorias hacia los clientes y supresión de sentimientos); síntomas cognitivos (pérdida de significado, pérdida de valores, expectativas frustradas, alteración del autoconcepto, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, cinismo y actitud crítica generalizada); Síntomas de comportamiento (evasión de responsabilidades, ausentismo, comportamiento desadaptativo, aplazamiento de decisiones y aumento del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas); y síntomas sociales (aislamiento social, conflictos interpersonales, deterioro de las relaciones en el hogar, adherencia a grupos críticos y evitación del compromiso ocupacional) (Moreno-Jiménez, González, & Garrosa, 2001).

Dentro de las profesiones asistenciales, se considera que la enfermería es altamente susceptible al burnout, debido a condiciones específicas en las que trabaja, durante las cuales puede estar expuesta a situaciones de dolor y muerte, estrés, falta de apoyo de los supervisores, expectativas incumplidas, condiciones físicas inadecuadas, falta de conocimientos para tomar decisiones o afrontar situaciones difíciles, o sobrecarga laboral (Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez, & Monteiro, 2010). Las principales causas del desarrollo del burnout son el elevado ratio enfermera-paciente, la construcción de hospitales cada vez

más grandes, el trabajo en unidades de hospitalización, el trabajo por turnos o el trabajo en determinados servicios hospitalarios. Además, también pueden influir otras variables sociodemográficas, como el género, el estado civil y características personales como la reducida sociabilidad o la baja competencia emocional (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza et al., 2016; Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández, & De la Fuente, 2014).

La relación entre el burnout y el deterioro de la calidad de la atención de enfermería brindada ha sido destacada en investigaciones previas (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010; Kitaoka & Masuda, 2013), por lo tanto, se necesitan más estudios para identificar factores de riesgo y factores protectores, con el fin de reducir la prevalencia de este síndrome. Entre los factores que potencian la resistencia al burnout se encuentran ciertos recursos personales y laborales, que tienden a fortalecer el compromiso personal, fomentar resultados positivos y aumentar la eficiencia del personal de enfermería (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Uno de esos recursos es la presencia de apoyo social (AS) adecuado.

Conceptualmente, AS se define como asistencia y protección brindada por otros. Puede ser formal (supervisores inmediatos) o informal (familia, compañeros de trabajo). Se han descrito cuatro características definitorias del AS: el apoyo emocional, que se relaciona con el afecto e incluye actitudes como la atención, confianza, empatía, civismo y cariño; apoyo instrumental, es decir, la provisión de bienes o servicios tangibles o asistencia específica; apoyo informativo o suministro de información en momentos de estrés; y apoyo evaluativo, mediante el cual se proporciona información para permitir la autoevaluación (Shirey, 2004).

Se han realizado muy pocos estudios sobre el AS que reciben las enfermeras, aunque diversos trabajos se han centrado en el apoyo que los pacientes necesitan de quienes los atienden. Entre varios aspectos de interés en el estudio del burnout se encuentra la relación entre el desarrollo del síndrome y la falta de AS percibida por los profesionales que experimentan esta condición (Jenkins & Elliott, 2004).

En resumen, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre el AS, en sus diferentes formas, y el síndrome de burnout en enfermeras, e identificar los factores de riesgo del burnout.

3.3. Métodos

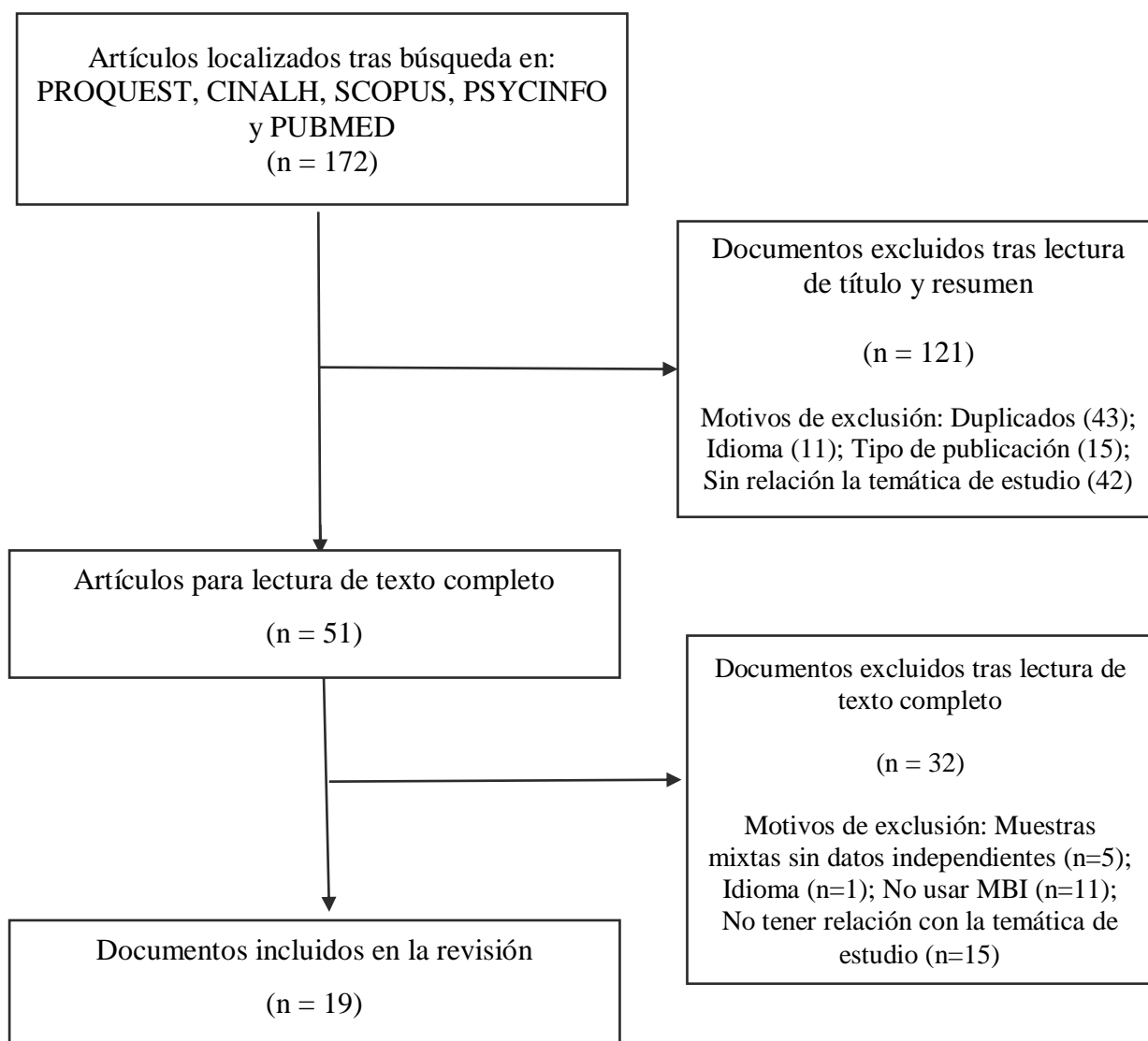
3.3.1. Fuentes de información, ecuación de búsqueda y criterios de inclusión

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo las recomendaciones PRISMA (Moher et al., 2015). En primer lugar, se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas: CINAHL, PsycINFO, Proquest Platform (Proquest Health & Medical Complete), Pubmed y Scopus, utilizando la siguiente ecuación de búsqueda con descriptores MESH: “burnout, professional AND social support AND Nursing”. Para minimizar el posible sesgo de publicación, la búsqueda no tuvo limitaciones de tiempo ni de tamaño de muestra. Posteriormente se revisaron las referencias de estudios metaanalíticos y revisiones sistemáticas del tema en estudio, junto con las referencias citadas en los estudios seleccionados.

Los estudios incluidos cumplieron con todos los criterios siguientes: (a) estudios primarios que proporcionaron datos empíricos originales; (b) se utilizó MBI como instrumento de medición del burnout; (c) Se midió el SS en la población de estudio; (d) la población de estudio estuvo compuesta por profesionales de enfermería; (e) los estudios fueron escritos en español, inglés, portugués o italiano. Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: (a) poblaciones de estudio que incluyeran estudiantes de enfermería; (b) poblaciones de estudio mixtas que no proporcionaron información independiente sobre enfermeras; c) estudios en lenguas distintas de las indicadas anteriormente.

La búsqueda bibliográfica se completó en diciembre de 2017, después de localizar 172 estudios. Después de eliminar duplicados y aplicando los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra final de 19 estudios, que en conjunto describieron una población muestral total de 6.927 profesionales de enfermería (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda de estudios. MBI, Maslach Burnout Inventory



3.3.2. Codificación de datos y análisis

Se creó un manual de codificación, disponible previa solicitud al autor correspondiente, para facilitar el registro de datos. Dos miembros del equipo realizaron de forma independiente la búsqueda, selección y lectura crítica de los artículos localizados, y en caso de desacuerdo se consultó a un tercer investigador.

Las variables de estudio se agruparon de la siguiente manera. Variables de publicación: (a) autores; (b) año de publicación; (c) país en el que se realizó el estudio; (d) estudiar el idioma; (e) tamaño de la muestra; (f) proporción hombre/mujer de la población de

estudio; g) edad de la población (media o rango). Variables metodológicas: (h) diseño de la investigación; (i) nivel de evidencia del estudio; j) grado de recomendación del estudio. Variables de burnout: (k) años de experiencia en enfermería (media o rango); (l) años de experiencia en el servicio de enfermería actual (media o rango); (m) principales resultados sobre la presencia de burnout en enfermeras: media y desviación estándar de las puntuaciones para cada dimensión y nivel de burnout presentado.

3.3.3. Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio incluidas, ya que la información extraída no fue suficiente como base para el metaanálisis. Se informa la calidad de los estudios incluidos, siguiendo las recomendaciones sobre niveles de evidencia y grado de recomendación propuestas por el Grupo de Trabajo de Niveles de Evidencia del OCEBM (2011).

3.4. Resultados

Se encontraron un total de 172 estudios. Tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final quedó compuesta por 19 estudios. Los procesos de búsqueda y selección se detallan en el esquema general del estudio (Figura 1).

3.4.1. Niveles de burnout

Todos los artículos incluidos en esta revisión utilizaron el MBI para cuantificar el burnout de los profesionales de enfermería. La Tabla 1 describe los datos, indicando los valores de media y desviación estándar obtenidos para cada dimensión (Hiscott & Connop, 1990, solo informaron los valores medios).

Tabla 1. Media, desviación estándar y grado en las subescalas del Maslach Burnout Inventory (MBI)

Estudio		CE		P		RP	
		Media	DS	Media	DS	Media	DS
Davis, Lind and Sorensen (2013)		19.40	9.90	4.60	4	40.10	5
Fradelos et al. (2014)	Mental/psychiatric General	17.88	9.22	12.79	9.57	32.01	8.95
		18.72	9.38	12.70	7.71	32.28	10.31
García and Ríos (2012)		1.88	1.41	1.49	1.32	5.13	1.04
García-Sierra, Fernández-Castro, and Martínez-Zaragoza (2016)		2.46	1.18	1.13	0.90		
Goong Xu and Li (2016)		3.33	0.60	2.56	0.63	2.50	0.43
Hamaideh (2011)		23.96	13.91	6.98	7.07	31.58	11.52
Hiscott and Connop (1990)		11.60		1.90		32.80	
Lee and Henderson (1996)		23.74	10.61	17.97	7.95	22.47	6.09
Leiter (1988)		26.30	12.54	8.14	5.89	17.97	7.40
Melchior et al. (1997)		17.22	7.67	6.51	4.02	31.97	4.14
Molassiotis and Haberman (1996)		19.90	8.20	7.60	5.90	37.30	6.70
Nicholson, Leiter and Laschinger (2014)				1.66	1.30		
Pisanti, Van der Doef, Maes, Lazzari and Bertini (2011)	Italy	20.83	10.84	5.70	5.81	33.50	6.70
	Netherlands	11.84	7.93	4.07	3.27	28.83	6.17

D, despersonalización; CE, cansancio emocional; RP, realización personal

Los niveles más altos de CE fueron reportados por Leiter (1988), y los niveles más bajos de RP, por Goong et al. (2016). Los niveles más altos de D se encontraron en el estudio de enfermeras supervisoras estadounidenses realizado por Lee y Henderson (1996).

3.4.2. Midiendo el apoyo social

Se han utilizado diversas escalas, subescalas y cuestionarios para cuantificar el AS recibido por las enfermeras. Aunque la mayoría de los estudios miden el AS en escalas según su origen, Molassiotis y Haberman (1996) utilizaron el Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981), que mide la red de apoyo total, el apoyo funcional total y la pérdida total de AS.

Jenkins y Elliott (2004), Hamaideh (2011) y Constable y Russel (1986) utilizaron la Escala de Apoyo Social desarrollada por House y Wells (1978). Esta escala cuantifica el AS en términos del apoyo recibido de cuatro fuentes: supervisor inmediato, compañeros de trabajo, pareja/cónyuge y amigos/familiares. Sin embargo, en algunos estudios sólo se evalúa el AS percibido por parte de supervisores y compañeros de trabajo. Tal es el caso de Pisanti et al. (2011) y de Sundin, Hochwälder y Lisspers (2011), quienes utilizaron a este respecto dos ítems derivados de la Encuesta Sueca de Clima Laboral. El estudio de Nicholson et al. (2014) cuantificaron la confianza y el civismo, como formas de AS, utilizando la Escala de Confianza propuesta por Cook y Wall (1980) y dos cuestionarios sobre AS recibidos de supervisores y compañeros de trabajo. Leiter y Maslach (1986) basaron su estudio en una escala de calificación de contactos, que midió el apoyo emocional e instrumental del supervisor directo y de los compañeros de trabajo.

Finalmente, Fradelos et al. (2014) utilizaron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de 12 ítems (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), que solo cuantifica el AS percibido por parte de familiares, amigos y pareja/cónyuge (Tabla 2).

Tabla 2. *Características sociodemográficas y ocupacionales de los enfermeros*

Estudio	Población			Edad	Experiencia (años)	Años en el servicio
	de estudio	Mujeres	Hombres			
Bruyneel, Thoelent, Adriaenssens, and Sermeus (2017)	292	157	135	37	10	
Davis et al. (2013)	74	71	3	22–39	6–20	0–5 (Oncología)
Frados et al. (2014)	139	97	42			
García and Ríos (2012)	191	132	52	39.35	13	
García-Sierra et al. (2016)	100	90	10	40.58	17.29	
Goong et al. (2016)	286			32.55	10.07	
Hamaideh (2011)	181	80	101	30.94	8.29	5.85 (Salud Mental)
Hiscott and Connop (1990)	41	23	18	39	13.7	3.6 (Salud)

						Mental)
Jenkins and Elliott (2004)	57	38	19	37.1	9.3	2.8 (Salud Mental)
Lee and Henderson (1996)	78	73	5	31–40		12.7 (Supervisión)
Leiter (1988)	906	884	9	31–40	11–20	
Melchior et al. (1997)	361			35		13.5 (Salud Mental)
Molassiotis and Haberman (1996)	40	34	6	39.4		9.9 (Trasplante de médula)
Nicholson et al. (2014)	322	308	12	42.6		
Pisanti et al. (2011)	1,482	1,208	274	37.75	9	
Sundin et al. (2011)	775	731	44	42.37	14.31	
Tummers et al. (2002)	1,204	1,023	181	35.7	15.5	6.8
Woodhead, Northrop, and Edelstein (2016)	250	216	34	37.0		7.5 (Residencias)

3.4.3. Relación entre burnout y AS

Según Melchor et al. (1997), los niveles de burnout son bajos en ambientes laborales donde hay buen AS, buena retroalimentación y buen liderazgo. Del mismo modo, Fradelos et al. (2014) concluyeron que una red de AS tiene un efecto positivo en la vida laboral de las enfermeras, al brindarles una sensación de seguridad y una mayor autoestima. El estudio de Molassiotis y Haberman (1996) fue el único de los analizados que no observó una relación significativa entre AS y burnout en enfermeras. Sin embargo, estos autores sí encontraron asociación entre bajos niveles de burnout y la existencia de un equipo de apoyo psicosocial en el hospital.

La mayoría de los estudios examinados consideraron la relación entre burnout y AS para cada una de las dimensiones del síndrome. La asociación entre AS y RP elevada siempre resultó positiva, es decir, cuanto mayor AS percibido, mayor nivel de RP. Por el contrario, las relaciones AS-D y AS-CE son siempre de naturaleza inversa; es decir, cuanto mayor es el AS percibido, menores son los niveles de D y de CE (Hamaideh, 2011; Jenkins & Elliott, 2004). Tummers, Landeweerd y van Merode (2002) sólo registraron una asociación inversa entre AS y CE, corroborando el estudio de Pisanti et al. (2011). Sin embargo, estos últimos autores también encontraron una relación positiva entre AS y RP. Por otro lado, Hamaideh (2011) observó una relación entre AS y cada una de las tres dimensiones del burnout, siendo esta relación negativa entre AS y CE o D, y positiva entre AS y RP. Finalmente, García y Ríos

(2012) consideraron la ausencia de AS como uno de los cinco principales factores inductores de estrés que sufren las enfermeras y, por tanto, un predictor del desarrollo de burnout.

3.4.4. AS en el lugar de trabajo

La principal relación observada en los estudios analizados fue entre el AS de compañeros de trabajo y la D, seguida de la relación AS-CE. En ambos casos la asociación fue inversa. Así, cuanto mayores son los niveles de AS percibidos por las enfermeras, menores son sus niveles de D y CE. En ninguno de los artículos revisados se encontró una relación significativa entre el AS recibido de los compañeros de trabajo y la RP.

Nicholson y cols. (2014) realizaron un estudio longitudinal de las relaciones D-civilidad y D-confianza. Estos autores concluyeron que, aunque el nivel de confianza expresado por los compañeros de trabajo no tuvo impacto en la D, la falta de civismo por parte de los compañeros de trabajo predijo niveles altos de D, aproximadamente un año después. Así, un mayor civismo entre los compañeros de trabajo ayuda a prevenir la D en el lugar de trabajo y contribuye a mantener la calidad de los empleados, previene intenciones de dimisión y en general mejora el esfuerzo y el desempeño laboral de las enfermeras.

Davis y cols. (2013) afirmaron que el AS de los compañeros de trabajo es una estrategia de afrontamiento para prevenir CE y D. Constatando este hecho, los estudios de Jenkins y Elliott (2004) y de Lee y Henderson (1996) documentaron una relación marcadamente inversa entre CE y AS. También en esta línea, Lee y Henderson (1996) sostuvieron que las enfermeras supervisoras que tenían pocas oportunidades de reunirse periódicamente con sus compañeros de enfermería presentaron niveles más altos de CE. Estos autores propusieron incluir estrategias de afrontamiento positivas en los programas de formación para enfermeras supervisoras.

Leiter (1988) también observó una relación entre la D y el AS recibido de los compañeros de trabajo. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre CE y AS, aunque se consideró que esta fatiga era una reacción inmediata al efecto de los factores

estresantes, que podría evolucionar hacia etapas más avanzadas de burnout si el apoyo fuera inadecuado o no estuviera disponible.

Sólo dos de los estudios revisados analizaron la relación entre el papel desempeñado por el AS de los supervisores y el burnout entre el personal de enfermería. Leiter (1988) informó de la existencia de una asociación entre D y AS por parte del supervisor, mientras que Constable y Russel (1986) concluyeron que el apoyo inadecuado de los supervisores era un claro predictor de CE y por tanto de burnout, y afirmaron que un apoyo adecuado podría ayudar a las enfermeras a hacer frente a los aspectos negativos de su trabajo. Otros investigadores también han sugerido que el apoyo adecuado de los supervisores puede limitar el desarrollo del burnout y que se deberían implementar programas para ayudar a las enfermeras a gestionar el estrés, desarrollar habilidades de afrontamiento o aumentar los conocimientos y habilidades (Hamaideh, 2011; Jenkins & Elliott, 2004).

Para fomentar el AS, Hiscott y Connop (1990) sugirieron la creación de grupos orientados al apoyo como amortiguador contra los factores estresantes relacionados con el trabajo. Estos grupos podrían discutir los problemas que surgen en el lugar de trabajo y ayudar a resolverlos o reducir su impacto (Tabla 3).

Tabla 3. *Características de cada estudio incluido en la revisión.*

Autores (año)	País	Diseño	Muestra	Resultados	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Bruyneel et al. (2017)	Bélgica	Descriptivo, transversal	292	La relación entre el AS de los supervisores y el trabajo por turnos es mediada por la satisfacción laboral y la CE	2c	B
Constable and Russel (1986)	EEUU	Descriptivo, transversal	310	Los principales predictores del burnout son la mala promoción y avance laboral, las presiones laborales y la falta de apoyo de los supervisores.	2c	B
Davis et al. (2013)	EEUU	Descriptivo, transversal	74	El AS de los compañeros de trabajo es la principal estrategia de afrontamiento empleada para prevenir el CE y la D	2c	B
Fradelos et al. (2014)	Grecia	Descriptivo, transversal	139	AS reduce los niveles de burnout. Está inversamente relacionado con CE y D y positivamente con RP..	2c	B

García and Ríos (2012)	España	Descriptivo, transversal	191	La falta de AS está relacionada con las escalas de MBI. Existe una relación positiva con el cinismo y el burnout y negativa con la eficacia personal.	2c	B
García-Sierra et al. (2016)	España	Descriptivo, transversal	100	AS está inversamente relacionado con el cansancio en la escala MBI.	2c	B
Goong et al. (2016)	Corea	Descriptivo, transversal	286	AS está inversamente relacionada con el CE y la D, y positivamente relacionado con la RP.	2c	B
Hamaideh (2011)	Jordania	Descriptivo, transversal	18	El AS esta inversamente relacionado con el CE y la D.	2c	B
Hiscott y Connop (1990)	Canadá	Descriptivo, transversal	41	La creación de grupos de AS ayuda a reducir el burnout.	2c	B
Jenkins y Elliot (2004)	Reino Unido	Descriptivo, transversal	57	La presencia de altos niveles de AS por parte de los compañeros de trabajo está relaciona con bajos niveles de CE.	2c	B
Lee y Henderson (1996)	EEUU	Descriptivo, transversal	78	Un nivel bajo de CE está asociado con mayor AS por parte de la organización.	2c	B
Leiter (1988)	Canadá	Descriptivo, transversal	906	AS modifica el entorno de trabajo. El AS por parte de los supervisores y los compañeros de trabajo está relacionado con niveles más bajos de burnout.	2c	B
Melchior et al. (1997)	Países Bajos	Descriptivo, transversal	361	Niveles de burnout son menores en trabajadores con un adecuado AS	2c	B
Molassiotis y Haberman (1996)	EEUU	Descriptivo, transversal	40	No se encontró relación entre el burnout y el AS, pero los niveles de burnout eran menores cuando existían programas de apoyo.	2c	B
Nicholson et al. (2014)	Canadá	Observacional, longitudinal, de cohortes	323	Bajos niveles de civilidad entre los compañeros de trabajo es un predictor de altos niveles de cinismo en enfermeras un año después.	2b	B
Pisanti et al. (2011)	Italia/ Países Bajos	Descriptivo, transversal	1482	Un nivel bajo de AS por parte del supervisor se asocia con mayor CE y menor RP.	2c	B
Sundin et al. (2011)	Suecia	Observacional, longitudinal, de cohortes	775	Un nivel bajo de AS por parte de los compañeros de trabajo está relacionado con la D.	2b	B
Tummers et al. (2002)	Países Bajos	Descriptivo, transversal	1204	Un buen trabajo por parte de los supervisores tiende a incrementar el AS.	2c	B
Woodhead et al. (2016)	EEUU	Descriptivo, transversal	250	Enfermeras con altos niveles de AS tienen menores niveles de CE y D, y niveles altos de RP.	2c	B

3.5. Discusión

El AS se puede medir mediante diversas escalas diseñadas al efecto, junto con ítems de otras escalas de carácter más general. En general, se acepta que el apoyo más importante es el que brinda el supervisor (Huang, Wu, Wang, & Tang, 2015) y los compañeros de trabajo (Whitebird, Asche, Thompson, Rossom, & Heinrich, 2013), en vista de que el burnout es un trastorno que surge en el ámbito laboral, en un entorno que presenta múltiples factores de riesgo (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Vargas et al., 2014), así como las características inherentes a los servicios inductores de estrés como son los accidentes y urgencias (Albendín et al., 2016) u oncología (Gómez-Urquiza et al., 2016).

Los niveles de burnout difieren, pero el síndrome está presente en todos los estudios analizados, en mayor o menor medida, y se manifiesta especialmente en forma de CE y baja RP. Las enfermeras son especialmente vulnerables al estrés debido a la empatía que desarrollan con sus pacientes, dependiendo del grado y duración del contacto y el compromiso inspirado en cada caso. La implicación aumenta la vulnerabilidad de las enfermeras, ya que esta fuente de estrés favorece la aparición del burnout (Epp, 2012).

El personal sanitario se encuentra entre los sectores profesionales más afectados por el burnout, debido a su estrecho contacto con los beneficiarios de su trabajo. Según Vargas et al. (2014), a mayor contacto, mayor posibilidad de desarrollar el síndrome. Además, los estudios han demostrado que el burnout entre el personal de enfermería tiene un impacto directo en la atención al paciente (Chana, Kennedy y Chessel, 2015; Spence Laschinger y Leiter, 2006). En definitiva, se considera que el burnout es un problema social, y no meramente teórico; los datos epidemiológicos muestran que tiene una alta prevalencia y tiene consecuencias personales y laborales muy negativas (Kitaoka y Masuda, 2013). La relación entre el AS y la presencia o ausencia de burnout está bien establecida en los resultados de los presentes estudios. Los hallazgos corroboran los de Ariapooran (2014), quien destacó el importante papel que juega esta variable en la reducción de los síntomas del burnout. Así, la falta de AS está relacionada con las principales dimensiones del síndrome y, además, con niveles significativos de depresión, lo que subraya la opinión de que el bienestar del personal de enfermería es de crucial importancia en la prestación de cuidados de alta calidad a los pacientes (Chana et al., 2015).

Las relaciones más significativas encontradas en los artículos analizados fueron entre AS y CE y entre AS y D (Garrosa et al., 2010), junto con las que existen entre AS y el estrés al que están sometidas las enfermeras y que puede conducir al desarrollo de burnout. (Garrosa et al., 2010; Liu, While, Li y Ye, 2015). En este sentido, Chana et al. (2015) concluyeron que el AS en el lugar de trabajo está fuerte e inversamente relacionada con la CE y la D, a través de su efecto indirecto en la reducción de los efectos negativos de los factores estresantes en el contexto laboral (Ariapooran, 2014).

La profesión de enfermería es una profesión en la que las condiciones laborales pueden tener una influencia fuertemente negativa, en ámbitos como el trabajo por turnos (Alsaraireh, Griffin, Ziehm, & Fitzpatrick, 2014), el tipo de contrato laboral impuesto (Mauno & Ruokolainen, 2017) o un grado significativo de sobrecarga de trabajo (Vander Elst et al., 2016). Además de estrés, estas situaciones pueden generar una considerable insatisfacción laboral, lo que contribuye a la aparición del burnout (Vander Elst et al., 2016). Sin embargo, el AS contribuye significativamente a minimizar el impacto sobre el personal sometido a estas condiciones adversas (Davey, Arcelus, & Munir, 2014), especialmente a nivel organizacional, ya sea proporcionado por el supervisor o por los compañeros de trabajo (Huang et al., 2015; Whitebird et al., 2013).

Una limitación importante que se observa al comparar diferentes estudios de AS es la gran diversidad de escalas y cuestionarios utilizados en su medición. Cada estudio fue diseñado para su uso con una población específica y los estudios variaron ampliamente. Esta observación fue hecha previamente por Terol et al. (2004), quienes señalaron que cada cuestionario o escala utilizada evaluaba diferentes aspectos del AS, lo que dificultaba unificar los criterios de evaluación y valoración, como sería necesario para una comparación significativa de los niveles del AS.

Como se mencionó anteriormente, existe evidencia de que el apoyo de los compañeros de trabajo y supervisores puede ayudar a reducir el burnout (Huang et al., 2015; Whitebird et al., 2013) y, por lo tanto, mejorar la calidad de la atención médica. Este apoyo en el lugar de trabajo es muy importante y, a menudo, más significativo que el que brindan otras fuentes, como familiares o amigos. Cuando hay poco o ningún intercambio de ideas y experiencias con los compañeros de trabajo, cuando las relaciones con los supervisores son malas y cuando hay una falta de retroalimentación positiva, entonces el burnout puede surgir

más fácilmente. El AS minimiza los sentimientos de aislamiento que pueden surgir cuando aparecen problemas en el trabajo diario de las enfermeras y ayuda a crear una red para el intercambio de experiencias y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para afrontar situaciones que provocan estrés. Moreno (2007) propuso que todos los profesionales de enfermería deben recibir una formación adecuada y prevenir el burnout mediante el desarrollo de un entorno óptimo con una buena comunicación interprofesional y una organización eficaz. En este contexto, la comunicación interprofesional se refiere al AS proporcionado por supervisores y compañeros de trabajo.

Por último, no hay que olvidar que el AS por sí solo no soluciona el burnout, sino que simplemente ayuda a paliar sus efectos. También son necesarias otras acciones preventivas, como evitar la sobrecarga de trabajo o proporcionar incentivos por el buen trabajo para motivar al personal (Spence Laschinger y Leiter, 2006). Es sorprendente que tan pocos estudios hayan considerado el impacto de este último factor protector en el contexto de enfermería. Se deberían realizar más estudios al respecto, en relación con cada dimensión del burnout y centrándose en las diferentes clases de AS, especialmente el proporcionado por compañeros de trabajo y supervisores directos. En última instancia, esto beneficiaría a todos los involucrados dentro de un espacio compartido de experiencias y conocimientos, y fomentaría el reconocimiento del trabajo bien hecho, un resultado que siempre contribuye a mejorar las relaciones.

3.6. Conclusiones

Sería de gran interés realizar estudios longitudinales para determinar el efecto del AS en el trabajo de las enfermeras (a través de grupos de apoyo, cursos de formación continua o programas sobre estrategias de afrontamiento), teniendo en cuenta las grandes diferencias entre los agentes inductores de estrés presentes. según el servicio médico y especialidad de enfermería de que se trate.

La existencia o no de AS no afecta la realidad de una situación de estrés, como una carga excesiva de trabajo, pero el AS proporciona asistencia emocional y afectiva, reduciendo el estrés que enfrentan las enfermeras y por tanto la posibilidad de que desarrollen burnout, y cambiando la percepción sobre los problemas relacionados con el trabajo. Al trabajar para reducir el burnout entre las enfermeras, es vital centrarse no sólo en los factores estresantes como la carga de trabajo, sino también tener en cuenta factores personales, como las estrategias de afrontamiento y cómo tratar a los pacientes, y en estas áreas el AS puede ser de gran ayuda.

CAPÍTULO 4

RELACIÓN Y EFECTO DE LA RESILIENCIA SOBRE EL BURNOUT EN ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y METANÁLISIS






Received: 24 May 2022 | Accepted: 18 February 2023

DOI: 10.1111/inr.12838

LITERATURE REVIEW

International Nursing Review  WILEY

Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis

Andrea Castillo-González RN, Nurse¹ | Almudena Velando-Soriano RN, Nurse²  |
Emilia I. De La Fuente-Solana PhD, Professor³  | Begoña M. Martos-Cabrera PhD,
RN, Nurse²  | María José Membrive-Jiménez MSc, Associate Professor⁴  |
Ramírez-Baena Lucía PhD, Associate Professor⁴  | Guillermo A. Cañadas-De La Fuente PhD,
MD, Assistant Professor⁵

Castillo-González, A., Velando-Soriano, A., De La Fuente-Solana, E.I., Martos-Cabrera, B.M., Membrive-Jiménez, M.J., Ramírez-Baena, L., Cañadas-De La Fuente, G.A. (2023). Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. *Int Nurs Rev.* 1–8. DOI: 10.1111/inr.12838

4.1. RESUMEN

Los profesionales de la salud están sujetos a altos índices de burnout. La resiliencia podría ser un factor importante para prevenir o aliviar esta condición.

Las bases de datos PubMed, ProQuest, Scopus y ScienceDirect se consultaron en febrero de 2022 utilizando la ecuación “burnout AND resilience AND nurs*”. Los criterios de inclusión aplicados fueron que los artículos describieran estudios cuantitativos, estuvieran publicados en inglés o español, en cualquier año y estuvieran directamente relacionados con el tema de estudio. El metaanálisis se realizó utilizando el software estadístico StatsDirect.

El análisis de los 29 estudios muestra que, entre las dimensiones del burnout, las enfermeras son especialmente propensas al CE y se ven menos afectadas por la D y la baja RP. Aquellos que obtienen puntuaciones altas en resiliencia tienden a tener una experiencia de servicio más larga, salarios aceptables y menos sobrecarga de trabajo. El metaanálisis revela una correlación inversa entre resiliencia y burnout ($r = -0,41$; $n = 2750$), CE ($r = -0,27$; $n = 6966$) y D ($r = -0,23$; $n = 6115$).

Muchas enfermeras presentan bajos niveles de resiliencia y padecen síndrome de burnout. La aplicación de programas para mejorar su resiliencia ayudaría a prevenir el agotamiento y optimizar el potencial para brindar atención sanitaria de calidad.

La resiliencia está inversamente correlacionada con el burnout, la D y el CE. En consecuencia, las organizaciones sanitarias deberían desarrollar e implementar programas basados en evidencia para fomentar la resiliencia de las enfermeras y así reducir su susceptibilidad al agotamiento.

Palabras clave

Burnout, metaanálisis, enfermeras, prevalencia, resiliencia, revisión sistemática

4.2. INTRODUCCIÓN

El burnout se caracteriza por el cansancio emocional (CE), definido como la sensación de fatiga emocional y física provocada por el estrés laboral; por la despersonalización (D), descrita como una actitud cínica y negativa hacia otras personas; y por percepciones de baja realización personal (RP), es decir, la sensación de que los logros personales son pocos e insatisfactorios. En algunos contextos laborales, el burnout también puede afectar la salud física. El burnout es un síndrome psicológico que afecta principalmente a personas que trabajan en contacto con otras personas, y se origina por el contacto continuo con el estrés laboral (Ortega-Campos et al., 2020; Schaufeli et al., 2009). El burnout prevalece entre el personal sanitario, especialmente las enfermeras (Wood et al., 2017), provocando un impacto negativo en la moral, en la salud y la seguridad, y en la eficiencia (Jun et al., 2021). Las enfermeras son especialmente propensas al burnout debido a factores predisponentes como el género femenino, el trabajo en turnos rotativos, el despliegue en áreas laborales particularmente exigentes (cuidados intensivos, oncología, etc.), la experiencia limitada y un entorno laboral precario (Woo et al., 2019). Este síndrome afecta a los profesionales sanitarios de todo el mundo y su prevalencia ha aumentado con la pandemia de coronavirus, alcanzando el 49% en EE.UU. (Prasad et al., 2021) y el 79% en el Reino Unido (Ferry et al., 2021). Las consecuencias del burnout entre las enfermeras incluyen el deterioro de la atención al paciente (disminución en la calidad de la atención y la seguridad del paciente), impacto negativo en la salud física y mental de las enfermeras (en áreas como depresión, insomnio e irritabilidad) y problemas institucionales, con un aumento del absentismo y las bajas laborales relacionadas con el burnout (Dall'Ora et al., 2020 ; De la Fuente-Solana et al., 2020). Muchos estudios sobre el burnout inciden en la importancia de prevenir sus factores de riesgo. En el ámbito sanitario, sería de gran utilidad desarrollar y aplicar un programa de formación básica de enfermería centrado en actitudes positivas, inteligencia emocional y técnicas de afrontamiento del estrés (Díaz-Ibañez et al., 2015; Membrive-Jiménez et al., 2020).

La resiliencia es la capacidad de afrontar dificultades, traumas, catástrofes, amenazas o importante estrés. No es un rasgo que uno tenga o carezca, sino un patrón de comportamiento, pensamientos y acciones que se puede aprender y desarrollar (Wei et al., 2019), y se manifiesta en formas como el optimismo, el humor y la autoeficacia (Thomas & Revell, 2016). El trabajo de las enfermeras está íntimamente relacionado con las personas, las enfermedades y el sufrimiento, y para ellas la resiliencia es una cualidad de vital importancia,

ya que alivia los efectos adversos de los factores estresantes en el lugar de trabajo (Manomenidis et al., 2018) y que el síndrome de burnout sea menos probable.

En vista del impacto y la prevalencia del burnout, este síndrome constituye un área valiosa de investigación, por ejemplo, para identificar variables que puedan influir en su incidencia entre enfermeras. Como se mencionó anteriormente, la resiliencia puede ayudar a proteger a las enfermeras contra el estrés, el burnout y otras consecuencias negativas del su trabajo. Hasta donde sabemos, no existe ninguna revisión o metaanálisis específico centrado en la relación entre el burnout y la resiliencia. En respuesta a esta brecha de investigación, el objetivo de nuestro estudio es revisar la literatura sobre la relación entre burnout y resiliencia, abordando estas preguntas: (1) ¿Cuál es la relación entre resiliencia y cada una de las dimensiones del burnout? (2) ¿En qué medida la resiliencia tiene un efecto mitigante sobre el burnout en enfermeras? (3) ¿Cuál es el perfil de los enfermeros que presentan esta característica? En definitiva, nuestros objetivos son caracterizar la relación entre el síndrome de burnout y la resiliencia entre enfermeras.

4.3. MÉTODOS

4.3.1. Diseño

Para la revisión sistemática y el metaanálisis se han seguido las recomendaciones de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analys) (Page et al., 2021).

4.3.2. Búsqueda

En febrero de 2022, se realizó una búsqueda de datos sin restricciones en las bases de datos PubMed, ProQuest, Scopus y ScienceDirect, utilizando las siguientes ecuaciones de búsqueda: 'burnout AND resilience AND nurs*' en el título y resumen de Scopus y PubMed, y 'burnout AND resilience AND nurs*' en todos los campos para las otras dos. Además, los descriptores se obtuvieron de la base de datos de los Encabezados de Temas Médicos (MESH).

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: (a) estudios cuantitativos sobre síndrome de burnout y resiliencia en enfermeros; (b) publicado en inglés o español en cualquier momento. Los criterios de exclusión fueron: (a) estudios que no proporcionaron datos estadísticos sobre burnout y resiliencia (valores medios, prevalencia o correlaciones); (b) estudios que analizaron muestras mixtas sin aislar datos de enfermeras.

4.3.3. Resultados de la búsqueda

La selección de artículos se realizó en tres fases. Primero se leyó el título y el resumen. A esto le siguió, primero, una lectura del texto completo y, luego, una lectura crítica para evaluar posibles sesgos metodológicos. Dos investigadores (ACG y AVS) trabajaron de forma independiente en el proceso y se consultó a otro (GACF) si surgía algún desacuerdo. Las referencias de todas las bases de datos se importaron al gestor de referencias de Zotero y luego se realizó una búsqueda inversa.

4.3.4. Lectura crítica y evidencia

En todos los casos se utilizaron los niveles de evidencia del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (OCEBM) (Howick, 2016). El riesgo de sesgo se evaluó utilizando las recomendaciones 'Fortalecimiento de la presentación de informes de estudios observacionales en epidemiología' (STROBE). Los estudios se clasificaron en tres grupos: baja calidad (0 a 7 ítems), calidad intermedia (8 a 14 ítems) y alta calidad (15 a 22 ítems) (Von Elm et al., 2008).

4.3.5. Recopilación de datos

Los datos del estudio se introdujeron en un manual de codificación, se clasificaron cualitativamente y se analizaron narrativamente. La selección de los datos y la evaluación de la calidad fueron realizadas por dos investigadores (ACG y AVS), y otro (EIFS) calculó los coeficientes kappa de Cohen y de correlación intraclass para confirmar la confiabilidad del proceso.

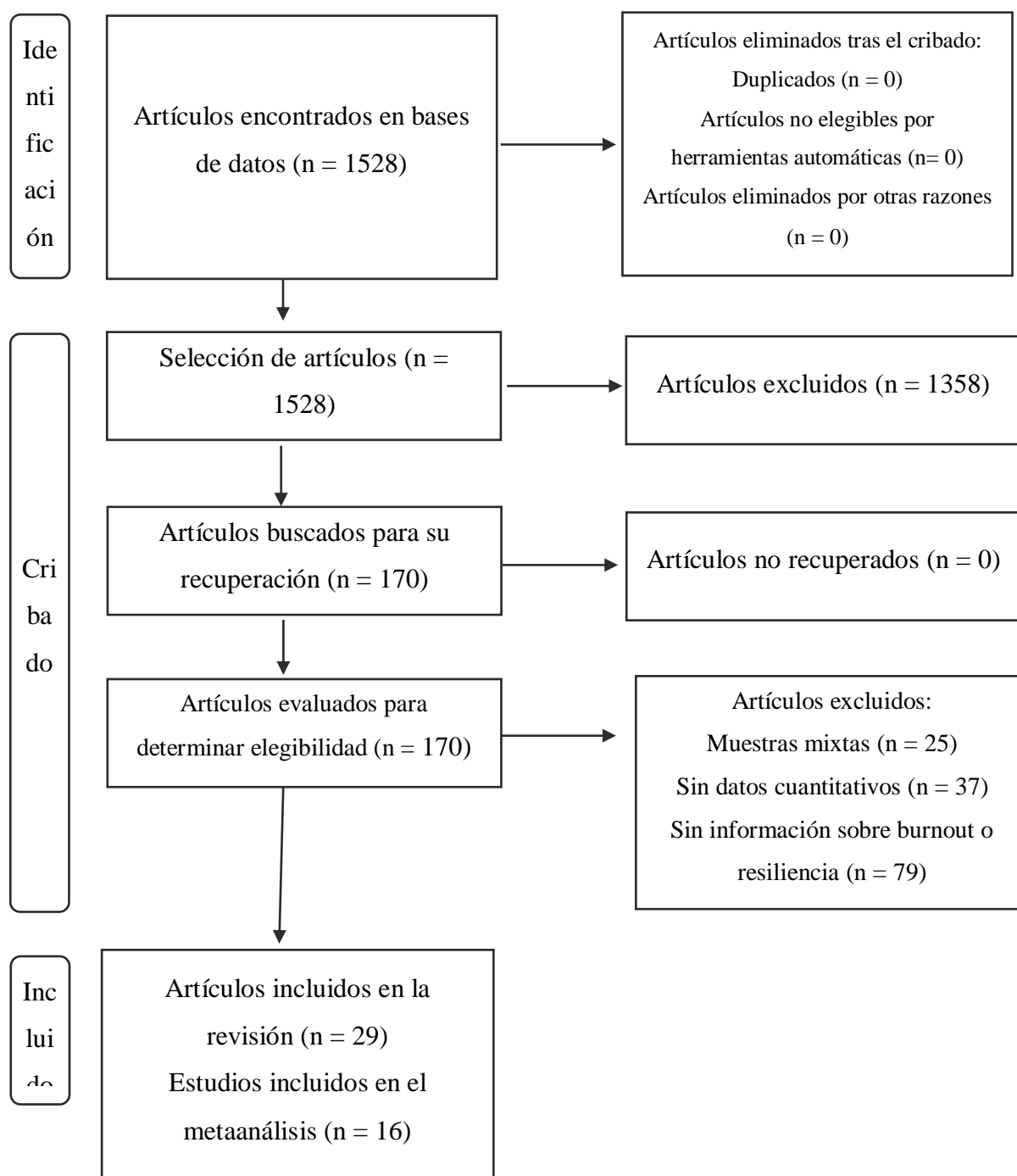
Se consideraron las siguientes variables de estudio:

- Datos de publicación: autor, año de publicación y país.
- Variables metodológicas: diseño, tamaño de muestra, instrumento de medición del burnout, instrumento de medición de la resiliencia.
- Prevalencia reportada de burnout y resiliencia y la correlación entre ellos.

4.3.6. Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de los datos de cada estudio incluido. Se realizó un metaanálisis de efectos aleatorios utilizando el software estadístico StatsDirect para establecer la correlación entre la resiliencia y cada una de las tres dimensiones del burnout. Se utilizó la prueba de Egger para detectar sesgo de publicación y la medida I² para determinar heterogeneidad. También se realizó un análisis de sensibilidad.

Figura 1. Proceso de selección de artículos



4.4. RESULTADOS

4.4.1. Características de la muestra

La búsqueda inicial en las bases de datos identificó 1528 estudios. Después de leer los títulos y resúmenes y aplicar los criterios de exclusión, quedaron 170 estudios. Posteriormente se eliminaron los duplicados y se realizó una lectura del texto completo de los artículos restantes. Finalmente, se seleccionaron 29 estudios para el análisis (ver Figura 1). En general, los participantes descritos en estos estudios eran enfermeras que trabajaban en unidades de atención hospitalaria.

Por tipo de estudio, uno fue un ensayo clínico (Hylton et al., 2021), uno fue cuasiexperimental (Magtibay et al., 2017) y 27 fueron transversales (Afshari et al., 2021; Alameddine et al., 2021; Arrogante-Maroto & Aparicio-Zaldivar, 2017; Bernardeta-Bunga et al., 2019; Bum-Sung et al., 2018; Chana et al., 2015; Dordunoo et al., 2021; García et al., 2018; Guo et al., 2017; Guo et al., 2018; Hu et al., 2020; Jameboborgi et al., 2022; Jose et al., 2020; Kelly et al., 2020; Kutluturkan et al., 2016; Lin et al., 2021; Majrabi et al., 2016; Mealer et al., 2012; Rees et al., 2019; Rivas et al., 2021; Rushton et al., 2015; Se-Jin & Doonam, 2016; Sukut et al., 2021; Zahednezhad et al., 2021; Zhang et al., 2021; Yang et al., 2018; Zou et al., 2016).

En la mayoría de los casos, el instrumento de medición del burnout utilizado fue el Maslach Burnout Inventory (MBI), pero cuatro estudios utilizaron el 'Instrumento de calidad de vida profesional' (Dordunoo et al., 2021; Lin et al., 2021; Rees et al., 2019; Sukut et al., 2021) y dos utilizaron el Cuestionario Psicosocial de Copenhague (Afshari et al., 2021; Alameddine et al., 2021). La mayoría de los estudios midieron la resiliencia con la "calificación de resiliencia de Connor-Davidson". La muestra más grande estuvo compuesta por 2014 enfermeras (Hu et al., 2020) y la más pequeña, por 50 (Magtibay et al., 2017). En cuanto a la ubicación del estudio, el 20,69% se realizó en China, el 20,69% en EE.UU. y el 10,35% en España, Corea e Irán. El 27,59% fueron de calidad alta y el resto se consideraron intermedias en este sentido. Las características de cada estudio y los principales resultados informados se muestran en la Tabla complementaria 1.

4.4.2. Prevalencia de burnout y resiliencia

Muchos artículos proporcionaron valores medios para las tres dimensiones del burnout, con D entre 1,1 y 29,53, CE entre 2,16 y 34,2 y RP entre 2,18 y 40,63 (Arrogante et al., 2017; Guo et al., 2017; Majrabi et al., 2016; Mealer et al., 2012; Zahednezhad et al., 2021).

Guo (2019) informó de la presencia de burnout severo en el 22% de las enfermeras australianas y en el 9,6% de las enfermeras chinas estudiadas. Zhang et al. (2021) informaron que el 15% tenía altos niveles de burnout. Kutlurkan (2016) y Yang (2018) describieron hallazgos similares, registraron puntuaciones medias del MBI de 49 y 61,59, respectivamente. Los estudios realizados durante la pandemia de COVID-19 mostraron puntuaciones medias de burnout de moderadas a altas (Afshari et al., 2021; Jameboborgi et al., 2022; Rivas et al., 2021).

Veinticinco estudios observaron que las enfermeras que obtuvieron puntuaciones altas en resiliencia tendían a tener más experiencia, ganar salarios adecuados a sus necesidades, sufrir menos sobrecarga, trabajar en turnos no rotatorios, tener un nivel educativo más alto y tener una familia de estilo nuclear. Por el contrario, Kelly y sus compañeros (2020) señalaron una posible nueva área de investigación y debate, afirmando que la resiliencia era mayor entre las enfermeras cuyas condiciones laborales eran objetivamente peores. Tres estudios informaron que los enfermeros presentaban mayor resiliencia que sus homólogas femeninas (Alameddine et al., 2021; Rivas et al., 2021; Zahednezhad et al., 2021).

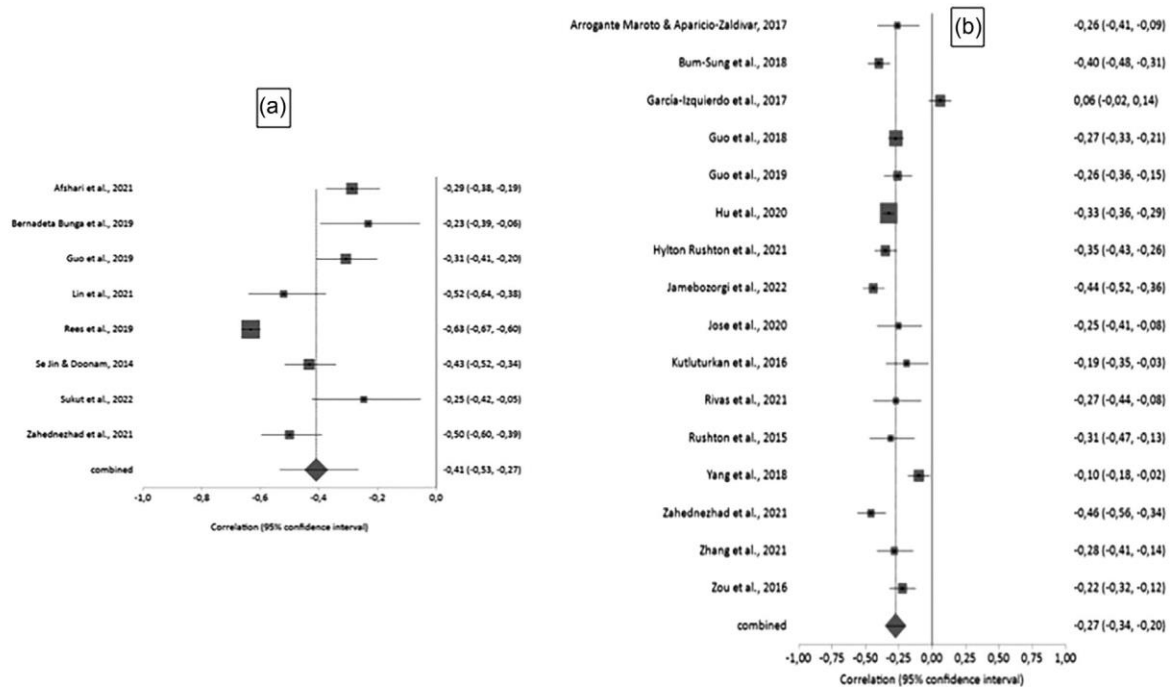
Entre los estudios que utilizaron la ‘Escala de Resiliencia Connor-Davidson’, 10 indicaron la puntuación media obtenida por la muestra total, que osciló entre 22,01 (Dordunoo et al., 2021) y 80,3 (Hylton et al., 2021).

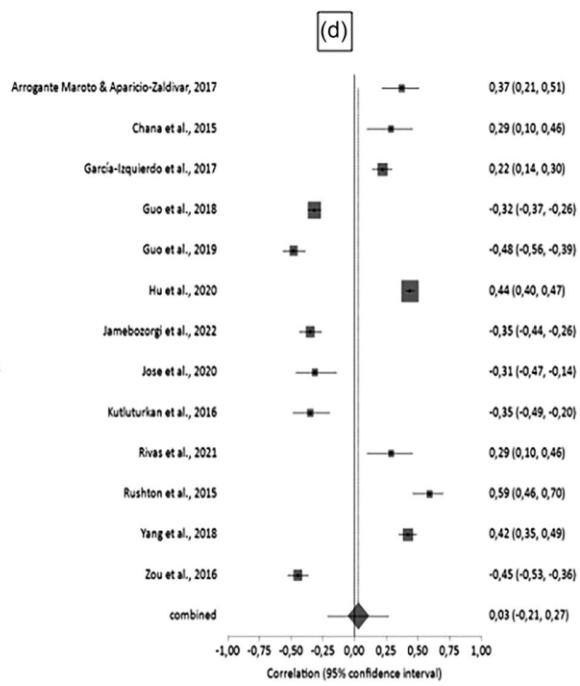
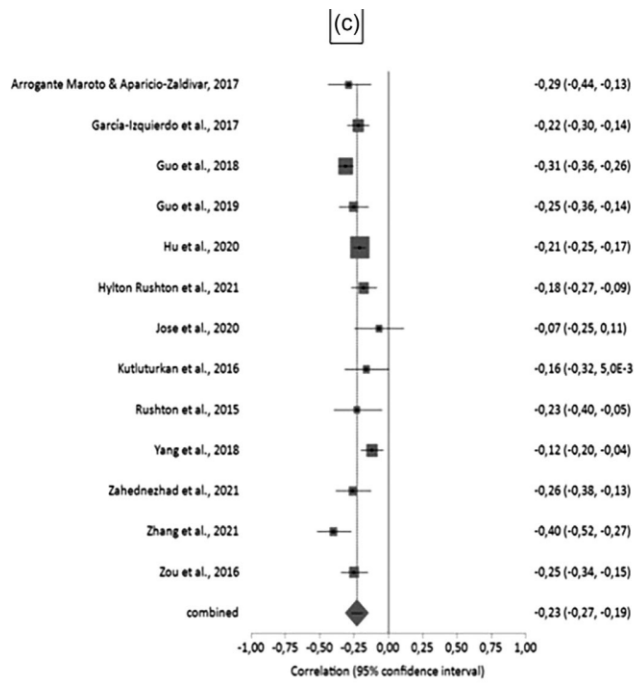
La mayoría de los estudios observaron una correlación inversa entre la resiliencia y el síndrome de burnout. Algunos también midieron una correlación inversa con el CE (Arrogante-Maroto et al., 2017; García et al., 2018; Rushton et al., 2015; Kutlurkan et al., 2016), mientras que la correlación con la RP, cuando se detectó, fue positiva (García et al., 2018; Hu et al., 2020).

4.4.3. Metaanálisis

La prueba de Egger realizada en los cuatro metaanálisis reveló No hay signos de sesgo de publicación. La heterogeneidad entre estudios fue alta, del 93,6% en la correlación entre resiliencia y burnout, del 87,7% entre resiliencia y CE, del 58% entre resiliencia y D, y del 98,8% entre resiliencia y RP. Para el metaanálisis de la relación entre resiliencia y burnout, el tamaño total de la muestra fue de 2750 enfermeras, con $r = -0,41$ (IC del 95 %, $-0,53$, $-0,27$). Para la relación entre resiliencia y CE, el tamaño de la muestra fue de 6966 enfermeras, con $r = -0,27$ (IC del 95%, $-0,34$, $-0,20$). Para la relación entre resiliencia y D, el tamaño de la muestra fue de 6115 enfermeras, con $r = -0,23$ (IC del 95 %, $-0,27$, $-0,19$). Finalmente, para la relación entre resiliencia y RP, el tamaño de la muestra fue de 5885 enfermeras y $r = 0,03$ (IC del 95%, $-0,21$, $0,27$). Los tamaños del efecto entre resiliencia y agotamiento, CE y D fueron estadísticamente significativos, lo que muestra que las puntuaciones más altas en resiliencia de hecho se correlacionaron con un menor agotamiento, CE y D. La relación con la RP no fue significativa (Figura 2).

Figura 2. Forest plots de la correlación entre resiliencia y burnout (a), CE (b), D (c) y RP (d)





4.5. DISCUSIÓN

Nuestros resultados corroboran artículos anteriores sobre un alto burnout entre las enfermeras (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Muñoz, 2017). Según uno de los estudios considerados, el 56% del personal de cuidados intensivos pediátricos padecía burnout en al menos una dimensión (Rodríguez-Rey et al., 2019), y otro reportó que el 38,5% de las enfermeras de urgencias estaban en alto riesgo (Cañadas- de la Fuente et al., 2018). Estos hallazgos ponen de relieve la mayor presencia de burnout en determinadas áreas de la asistencia sanitaria, como la oncología, debido a las necesidades especiales de los pacientes y las características del trabajo realizado (Ortega-Campos et al. 2020).

Los estudios generalmente coinciden en mostrar una asociación inversa entre burnout y resiliencia, relación que también se ha observado en otros estudios (Muñoz, 2017; Rodríguez-Rey et al., 2019).

Los estudios considerados en nuestra revisión describen diversos resultados para la prevalencia de cada dimensión del burnout. Esta variabilidad, que ha sido reportada previamente (De la Fuente-Solana et al., 2020; Albendín-García-et al., 2016), puede deberse a características específicas de los países (o regiones) en los que se realizaron los estudios; también podría explicarse por diferencias en los puntos de corte utilizados, que en algunos casos fueron los del MBI original y en otros derivaron de su adaptación a otro tipo de población. Cualquiera o todos estos factores podrían influir en el impacto registrado del síndrome; El sistema de salud de cada país presenta ciertas características únicas en cuanto a competencias, capacitación, carga de trabajo y salarios de las enfermeras (Ortega-Campos et al., 2020). Otro factor importante, que se aborda en el trabajo más reciente publicado, es la necesidad de cuidar a los pacientes con COVID-19, una responsabilidad añadida que puede agravar la presencia del síndrome de burnout (Askari et al., 2021). En este sentido, un estudio observó burnout en el 48,6% de las enfermeras que atienden a pacientes con COVID-19 (Andlib et al., 2022).

Respecto a las variables sociodemográficas consideradas, nuestros principales hallazgos son que las enfermeras con una menor carga de trabajo y aquellas cuya principal motivación para trabajar no es el apoyo familiar tienen mayor resiliencia y por tanto tienen menor riesgo de sufrir burnout (Moon & Shin, 2018). Además, las enfermeras más jóvenes tienden a estar más motivadas. Este factor, unido a que la relación laboral muchas veces es temporal, se refleja en menores niveles de CE y D y mejores relaciones con los pacientes (Moon & Shin,

2018; Muñoz, 2017). Otros estudios, sin embargo, han asociado la resiliencia con la edad, concluyendo que las enfermeras de mayor edad están mejor equipadas para gestionar el estrés, aunque su experiencia adquirida en el servicio es un factor que puede generar monotonía y contribuir así a la CE (Moon & Shin, 2018; Rodríguez-Rey et al., 2019).

En respuesta a las crecientes exigencias que se imponen a las enfermeras en el entorno sanitario, se ha sugerido que se deben hacer esfuerzos para reforzar su resiliencia personal para combatir el burnout (Purvis y Saylor, 2019). En este sentido, se han puesto en marcha numerosos programas para promover la resiliencia entre los adultos, mejorando así la autoeficacia y la gestión del estrés y reduciendo la ansiedad, permitiendo a los participantes comprender y controlar mejor los comportamientos y actitudes negativos y/o ineficaces (Foster et al., 2018). Otras intervenciones se han basado en técnicas de mindfulness, como la meditación, la comunicación consciente y la gestión de emociones. Un estudio informó que después de participar en un programa de este tipo, el 70,6% de las enfermeras percibieron las situaciones de manera diferente y reaccionaron de manera más positiva, disfrutando de mayor resiliencia, atención plena y satisfacción con la vida y, por tanto, menos burnout y fatiga por compasión (Albendín-García et al., 2021). Otro estudio ha obtenido buenos resultados con la aplicación móvil Provider Resilience, que busca mejorar la autoconciencia sobre el burnout y la resiliencia, brindando mensajes, información y herramientas útiles para mejorar la resiliencia (Wood et al., 2017).

4.6. LIMITACIONES

El presente estudio está sujeto a ciertas limitaciones. En primer lugar, los estudios se realizaron en diferentes países, cada uno con características específicas en cuanto a las condiciones laborales, que pueden influir en los niveles de burnout entre las enfermeras. En segundo lugar, como no todos los estudios utilizan la misma escala para medir el agotamiento o la resiliencia, no siempre se pueden comparar. Finalmente, nuestro metaanálisis reveló altos niveles de heterogeneidad, por lo que los resultados obtenidos deben considerarse con cautela.

4.7. CONCLUSIONES

Una proporción importante de enfermeras sufre o corre riesgo de padecer el síndrome de burnout, posiblemente debido a su bajo nivel de resiliencia. Por tanto, es fundamental desarrollar programas que ayuden a las enfermeras a desarrollar técnicas para afrontar situaciones difíciles y estresantes y desarrollar su inteligencia emocional, reduciendo así la prevalencia del burnout.

4.8. IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA DE ENFERMERÍA

Nuestro análisis muestra que puntuaciones más altas en resiliencia se correlacionan con niveles más bajos de burnout, CE y D. Las enfermeras con una carga de trabajo más ligera, con un mayor nivel educativo y con una familia de estilo nuclear tienen mayor resiliencia y por tanto son menos propensas al burnout. En consecuencia, es esencial que las organizaciones sanitarias desarrollen e implementen programas para fomentar la resiliencia entre las enfermeras y así reducir la prevalencia del burnout.

CAPÍTULO 5

PREDICTORES DE BURNOUT Y SU ASOCIACION CON FACTORES DE PERSONALIDAD EN ENFERMERAS DEL AREA QUIRURGICA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Velando-Soriano, A., Pradas-Hernández, L., Membrive-Jiménez, M.J., Martos-Cabrera, B., Romero-Béjar, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Cañadas-de la Fuente, G.A.

Artículo remitido a la revista CIRUGIA GENERAL

-

5.1. RESUMEN

Objetivos

Determinar el nivel de Burnout de las enfermeras que trabajan en el área quirúrgica y la fase de Burnout en la que se encuentran cada una, y analizar su relación con las distintas variables sociodemográficas y ocupacionales que se estudian.

Antecedentes

El síndrome de Burnout es un trastorno caracterizado por tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Su aparición tiene una grave repercusión en la salud física y mental de los trabajadores y en el desempeño de sus funciones, principalmente en aquellos con contacto directo con personas, como las enfermeras. Anteriormente no se ha estudiado el nivel de Burnout ni el perfil de riesgo de las enfermeras del área quirúrgica.

Diseño

Estudio cuantitativo transversal multicéntrico.

Métodos

Participaron 214 enfermeras del área quirúrgica de 23 hospitales de Andalucía (España). Se estudiaron variables sociodemográficas, ocupaciones y de personalidad usando el Maslach Burnout Inventory, el NEO Five-Factor Inventory y el Cuestionario Educativo-clínico: Ansiedad y Depresión. Los criterios de la guía STROBE fueron aplicados.

Resultados

El 29.4% de la muestra presenta un alto nivel de Cansancio Emocional, el 25.7% un alto nivel de despersonalización y el 28% un bajo nivel de realización personal. Las tres dimensiones presentaban correlación significativa con todas las subescalas del NEO-FFI (neuroticismo, amabilidad, apertura, responsabilidad y extraversión), y con todos los ítems de ansiedad y depresión. La amabilidad resultó ser un predictor estadísticamente significativo para las tres dimensiones de Burnout.

Conclusiones

Una tercera parte de las enfermeras del área quirúrgica (33.2%) presentan un nivel de Burnout alto. Se evidencia una relación entre los factores de personalidad de las enfermeras y el desarrollo del síndrome.

Palabras clave

Burnout, enfermería, predictores, enfermería médico-quirúrgica, personalidad

5.2. INTRODUCCIÓN

El burnout afecta principalmente a profesionales cuyo trabajo supone un contacto directo y constante con otras personas. La labor que desempeñan las enfermeras en su puesto de trabajo supone un contacto estrecho y continuo con pacientes y sus problemas (físicos, psicológicos y sociales). Por ello, son especialmente vulnerables al síndrome de Burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015a; Emilia I. De la Fuente-Solana et al., 2021; Molina-Praena et al., 2018). Este síndrome fue descrito por primera vez en la década de los 70 y se compone de tres dimensiones: cansancio emocional (CE) caracterizado por la sensación de sobreesfuerzo físico y cansancio mental; despersonalización (D) relacionado con la aparición de actitudes cínicas y negativas con compañeros y pacientes; y baja realización personal (RP), descrito como la percepción negativa de uno mismo en relación con el desempeño del trabajo y la competencia general (Schaufeli et al., 2009).

El burnout puede desencadenar problemas serios de salud, tanto física (se ha relacionado con enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipercolesterolemia y patologías respiratorias, del corazón e intestinales), como mental (insomnio, ideaciones de suicidio, ansiedad y depresión) (Salvagioni et al., 2017).

Además de estos problemas, el Burnout puede afectar al desempeño del trabajo de los profesionales, dando lugar a un incremento de errores y bajo rendimiento, lo que provoca que aumente el riesgo de morbilidad y mortalidad de los pacientes (Oliveira et al., 2019). En 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el síndrome de Burnout como diagnóstico médico y lo describió como la respuesta a la exposición de una situación de estrés crónica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Existen factores personales y externos que pueden estar relacionados con la aparición del Burnout y su desarrollo (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; José L. Gómez-Urquiza et al., 2017). También su aparición y desarrollo puede variar según el servicio donde las enfermeras presten sus cuidados (José L. Gómez-Urquiza et al., 2017; Ramírez-Elvira et al., 2021).

5.2.1. Antecedentes

Las enfermeras del área quirúrgica proveen cuidados integrales durante todo el proceso quirúrgico a los pacientes, desde que son recibidos, de manera programada o de urgencia, hasta que son trasladados de las unidades de reanimación a sus respectivas plantas. Son las responsables de la seguridad del paciente quirúrgico y de los cuidados específicos que se llevan a cabo durante este proceso (Gilmour, 2010). El aumento de la esperanza de vida conlleva la aparición y desarrollo de enfermedades como, por ejemplo, el cáncer o problemas cardiovasculares. Esto se traduce en un aumento del número de intervenciones a realizar, lo que supone que la carga de trabajo y las listas de espera quirúrgica aumenten (Gensimore et al., 2020). Durante la pandemia causada por la COVID-19, el número de operaciones disminuyó considerablemente, incluidas las operaciones de emergencia, hasta un 19%, debido al miedo a acudir a urgencias. Esto supuso, posteriormente, un incremento en las listas de espera quirúrgicas. El aumento de la carga de trabajo puede suponer un factor de riesgo más para el desarrollo de Burnout (Kurihara et al., 2021).

Hasta la fecha son pocos los estudios realizados para conocer la prevalencia y el impacto del Burnout en las enfermeras que trabajan en el área quirúrgica de manera específica. La mayoría de los estudios encontrados analizan conjuntamente el Burnout de enfermeras del área quirúrgica y enfermeras del área médica y en ellos se observa un nivel de Burnout moderado-alto correlacionado con la intención de dejar el trabajo (Cheng et al., 2020; Phillips, 2020).

5.2.2. Objetivos

Los objetivos del presente estudio fueron (1) determinar el nivel de Burnout de las enfermeras que trabajan en el área, (2) determinar según el modelo de Golembiewski en qué fase de Burnout se encuentra cada una, y (3) analizar su relación con las distintas variables sociodemográficas y ocupacionales que se estudian.

5.3. MÉTODOS

5.3.1 Diseño

Estudio cuantitativo, transversal y multicéntrico.

5.3.2. Muestra/Participantes

Se captó una muestra de conveniencia de enfermeros que trabajaban en el área quirúrgica. Participaron un total de 214 enfermeros de 23 Hospitales públicos de todas las provincias andaluzas (en el sur de España). El criterio de inclusión era ser enfermero trabajando en el área quirúrgica. Los estudiantes de enfermería fueron excluidos. Según los datos oficiales el total de enfermeras que trabajaban en el área quirúrgica en el Servicio Andaluz de salud eran 4800.

5.3.3. Recopilación de datos

Los datos se recogieron usando un cuestionario entre agosto 2021 y octubre 2021. Primero, se les administró información escrita acerca del estudio. Se incluyó a todo aquel que accedió a participar, que estuviese en ese momento trabajando en el área quirúrgica, sin tener en cuenta antigüedad en el puesto. La participación en el estudio fue completamente voluntaria, individual y anónima. Los cuestionarios fueron entregados en sus puestos de trabajo ofreciendo el tiempo necesario para su correcta implementación, se estimaron 45 minutos. Todos los datos fueron recogidos por miembros del grupo de investigación en colaboración con la delegación de Andalucía del Sindicato Laboral de Enfermería (SATSE). Se repartieron un total de 300 encuestas físicas en los servicios quirúrgicos de los diferentes hospitales por medio de las supervisoras, se recibieron 237 encuestas cumplimentadas y, finalmente, se seleccionaron 214 encuestas cumplimentadas correctamente. La edad media de los participantes fue de 43.98 años con una desviación estándar de 9.01. El 68.2% de los participantes era mujeres.

Se recogieron variables sociodemográficas y ocupacionales. Las variables sociodemográficas incluidas en el cuestionario fueron las siguientes: edad (años), sexo (hombre-mujer), estado civil (soltero, casado, divorciado, separado) y número de hijos

(ninguno, uno, dos, tres o más). Con relación al trabajo se incluyeron las siguientes variables: turno de trabajo (fijo de mañanas, fijo de tardes, fijo de noches y rotatorio), guardias (sí-no), antigüedad en el puesto (en meses) y antigüedad en la profesión (en meses).

También se recogieron variables psicológicas. La escala utilizada para medir el Síndrome de Burnout fue el MBI (Maslach & Jackson, 1981) adaptado para la población española por Seisdedos (1997). Cuenta con un total de 22 ítems tipo Likert de 7 niveles, desde el 0 (Nunca/Ninguna vez) hasta 6 (Siempre/Todos los días). La prueba se valora según los resultados obtenidos en cada una de las tres dimensiones que componen el Burnout: el CE (9 ítems), la D (5 ítems) y la baja RP (8 ítems). Altos niveles de CE y D, así como bajos de RP son indicativos de Burnout. La puntuación de Burnout elevado viene definida por los puntos de corte establecidos para la población española: >24 para el CE, >9 para la D y <33 para la RP. La fiabilidad del cuestionario fue calculada para cada dimensión de la escala: alfa de Cronbach CE: 0,887; alfa de Cronbach D: 0,692; alfa de Cronbach RP: 0,842.

Para medir los síntomas de ansiedad y depresión se utilizó el Cuestionario Educativo-clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano et al., 2007). Además de la depresión y ansiedad permite evaluar cuatro aspectos clínicos (inutilidad, irritabilidad, problemas del pensamiento y síntomas psicofisiológicos) siguiendo el criterio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM V). Tiene un total de 50 ítems con formato tipo Likert de 5 puntos (26 ítems para evaluar la depresión y 19 para la evaluación de la ansiedad). Se calculó el nivel de confianza calculado para las escalas de ansiedad ($\alpha=0.905$) y depresión ($\alpha=0.924$) del CECAD.

Para la evaluación de la personalidad se utilizó el NEO Five-Factor Inventory4 adaptado a la población española (Costa & McCrae, 2002). El NEO-FFI es un instrumento de medida de los principales factores de personalidad basado en el modelo de los Cinco Grandes: Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad, Apertura y Responsabilidad. Consta de 60 ítems tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4), con 12 ítems para cada dimensión. El coeficiente de fiabilidad fue calculado para cada escala: extraversión ($\alpha= 0.775$), amabilidad ($\alpha= 0.644$), responsabilidad ($\alpha= 0.787$), apertura a la experiencia ($\alpha= 0.718$) y neuroticismo ($\alpha= 0.762$).

Finalmente, siguiendo el modelo de Golembiewski (Golembiewski & Munzenrider, 1988), se clasificó el burnout en niveles altos o bajos, dependiendo de la puntuación obtenida en el cuestionario MBI. Después, se clasificaron en las distintas fases del modelo. El nivel

bajo de burnout se corresponde con las fases 1 y 2, el medio con las fases 3, 4 y 5, y el alto con las fases 6, 7 y 8.

Se utilizó la guía de comprobación Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) para estudios transversales para la elaboración del presente artículo (Von Elm et al, 2008).

5.3.4. Consideraciones éticas

El estudio cumple en todo momento los apartados correspondientes de la Declaración de Helsinki⁷ y recibió el dictamen ético favorable del PEIBA (Portal de ética de la Investigación Biomédica en Andalucía) con referencia 1961-N-21. Todos los datos fueron procesados conforme a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.

5.3.5. Análisis

De las variables cuantitativas se obtuvieron los estadísticos descriptivos: media, desviación típica y valores máximos y mínimos. Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

Se ha utilizado el procedimiento t de Student para muestras independientes para el análisis de las diferentes dimensiones del MBI conforme a las variables cualitativas incluidas en el estudio. Los coeficientes de correlación de Pearson han sido utilizados 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).

5.4. RESULTADOS

5.4.1. Datos sociodemográficos

En la Tabla 1 se recogen los datos estadísticos descriptivos (porcentajes y frecuencias) obtenidos de las variables cualitativas. Cabe destacar de los resultados obtenidos: el porcentaje de mujeres fue del 68.2%. Un 71.8% del total estaba casado y el 74.6% tenía un hijo o más. El 56.5% trabajaba en turno rotatorio (mañanas, tardes y noches), y el 75.9% no realizaba guardias.

Tabla 1. *Datos descriptivos de las variables cualitativas*

Variable	n (%)	Variable	n (%)
Sexo		Estado Civil	
Masculino	68 (31.8)	Soltero	43 (20.2)
Femenino	146 (68.2)	Casado	153 (71.8)
Turno de trabajo		Separado	14 (6.6)
Fijo - mañanas	87 (40.7)	Divorciado	3 (1.4)
Fijo - tardes	2 (0.9)	Viudo	0 (0)
Fijo - noches	4 (1.9)	Hijos	
Rotatorio	121 (56.5)	Ninguno	54 (25.4)
Guardias		Uno	34 (16.0)
Sí	51 (24.1)	Dos	96 (45.0)
No	161 (75.9)	Tres o más	29 (13.6)

La Tabla 2 muestra la media, desviación estándar, el mínimo y el máximo obtenidos de las variables cuantitativas del estudio: Antigüedad en el puesto actual, antigüedad en la profesión, edad, las cinco dimensiones de la personalidad (Extraversión, amabilidad, neuroticismo, apertura y responsabilidad), las tres dimensiones del Burnout (CE, D y RP) y la ansiedad y depresión de la CEDAD.

Tabla 2. Datos descriptivos para las variables.

Variable	Media (Desviación estándar)	Mínimo-Máximo
Edad	43.98 (9.01)	23-63
Antigüedad en el servicio del área quirúrgica (meses)	136.38 (116.66)	2-600
Antigüedad en la profesión (meses)	246.25 (106.19)	12-600
NEO-FFI		
Neuroticismo	28.11 (7.26)	12-50
Extraversión	42.64 (7.03)	21-59
Apertura	38.89 (7.00)	21-56
Amabilidad	45.78 (6.22)	23-60
Responsabilidad	47.70 (6.12)	24-60
CECAD		
Ansiedad	37.23 (11.14)	19-76
Depresión	51.05 (14.69)	26-108
MBI		
Cansancio Emocional	19.69 (11.49)	0-54
Despersonalización	6.25 (5.57)	0-24
Realización Personal	36.70 (8.42)	0-48

NEO-FFI = Revised NEO Five Factor Inventory. CECAD = The Educational-Clinical Questionnaire: Anxiety and Depression. MBI= Maslach Burnout Inventory

5.4.2. Nivel de Burnout y prevalencia estimada

Para determinar el nivel de Burnout se categorizó cada resultado en bajo, medio o alto siguiendo los puntos de corte establecidos para el MBI adaptado a la población española⁹, obteniéndose los siguientes porcentajes: Con respecto al CE el 38.8% de los sujetos presentaba un bajo nivel, el 31.8% un nivel intermedio y el 29.4% un alto nivel. Un 39.7% presenta un bajo nivel de D, el 34.6% un nivel medio y el 25.7% un alto nivel. Por último, el 40.2% tiene un alto nivel de RP, un 31.8% un nivel medio y 28% un bajo nivel.

5.4.3. Fases del síndrome de Burnout

Se ha usado 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 33.2% presentan elevados niveles de Burnout (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de Burnout según las fases del modelo de Golembiewski

Phase	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>	63	24	25	9	22	16	18	37
(%)	29.4	11.2	11.7	4.2	10.3	7.5	8.4	17.3

CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP = Realización Personal; B = Baja; A = Alta.

5.4.4. Correlación entre los niveles de Burnout y los factores sociodemográficos y ocupacionales

Se compararon las medias de las distintas dimensiones del MBI con relación al sexo, el turno de trabajo, las guardias, el estado civil y los hijos. Se obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres con relación a la escala de D ($t = 3.053$, $p = 0.003$, $d = 0.5$), presentando los hombres mayores valores en esta dimensión.

5.4.5. Correlación entre los niveles de Burnout y los factores psicológicos: modelos explicativos

Se realizó una correlación lineal entre las dimensiones del MBI, las subescalas de NEO-FFI y las puntuaciones de Depresión y Ansiedad de la escala CECAD. Todas las dimensiones del Burnout tuvieron correlaciones estadísticamente significativas con todas las subescalas de NEO-FFI y todos los ítems de Ansiedad y Depresión de la escala CEDAD (Tabla 4).

Tabla 4. *Coefficiente de correlación entre las variables psicológicas el burnout.*

	CE	D	RP
NEO-FFI			
Neuroticismo	0.588**	0.414**	-0.464**
Extraversión	-0.390**	-0.287**	0.513**
Responsabilidad	-0.242**	-0.379**	0.634**
Amabilidad	-0.362**	-0.433**	0.530**
Apertura	-0.161*	-0.193**	0.346**
CECAD			
Depresión	0.617**	0.545**	-0.485**
Ansiedad	0.585**	0.495**	-0.460**

*CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP = Realización Personal. * = $p < 0.005$; ** = $p < 0.001$*

5.4.6. Regresión lineal múltiple para cada dimensión del Burnout

Para cada dimensión del Burnout se obtuvo un modelo de regresión lineal múltiple. En el caso de EE, el modelo explica un 47.3% de la variabilidad ($r^2 = 0.473$). En esta dimensión tanto la Depresión es predictor estadísticamente significativo ($B = 0.206$; $p = 0.018$) como el Neuroticismo ($B = 0.478$; $p = 0.000$), la Amabilidad ($B = -0.304$; $p = 0.006$) y la Responsabilidad ($B = 0.298$; $p = 0.012$). En el caso de D, la bondad de ajuste presentó un valor de $r^2 = 0,403$. Las variables que resultaron ser predictores estadísticamente

significativos fueron: Sexo ($B = -2.411$; $p = 0.000$), Depresión ($B = 0.127$; $p = 0.005$) y Amabilidad ($B = -0.173$; $p = 0.003$). Finalmente, para PA el 56.1% de la variabilidad es explicada por el modelo ($r^2 = 0.561$). En este caso, las variables Neuroticismo ($B = -0.169$; $p = 0.027$), Responsabilidad ($B = 0.490$; $p = 0.000$), Extraversión ($B = 0.244$; $p = 0.001$) y Amabilidad ($B = 0.293$; $p = 0.000$) son predictores estadísticamente significativos (Tabla 5).

Tabla 5. Regresión Lineal Múltiple

	B	Error estándar	Beta	t	p
CE					
Neuroticismo	0.478	0.112	0.302	4.252	0.000
Amabilidad	-0.304	0.109	-0.165	-2.777	0.006
Responsabilidad	0.298	0.118	0.159	2.523	0.012
Depresión	0.206	0.086	0.264	2.395	0.018
D					
Sexo	-2.411	0.667	-0.202	-3.615	0.000
Amabilidad	-0.173	0.057	-0.193	-3.018	0.003
Depresión	0.127	0.045	0.335	2.849	0.005
RP					
Neuroticismo	-0.169	0.076	-0.146	-2.224	0.027
Amabilidad	0.293	0.074	0.217	3.939	0.000
Responsabilidad	0.490	0.079	0.356	6.174	0.000
Extraversión	0.244	0.069	0.204	3.536	0.001

CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización; RP = Realización Personal; B = Parámetro estimado; t = t de student

5.5. DISCUSIÓN

Según los datos analizados de las enfermeras que trabajan en el área quirúrgica de los diferentes hospitales de Andalucía (España) el 17.3% presenta Burnout elevado. Este resultado se asemeja a un estudio realizado en China donde el 24% de las enfermeras de quirófano sufrían burnout, pero difiere de otro, también llevado a cabo en China, en el que las enfermeras sólo presentan un 6.06% de Burnout elevado. (Cheng et al., 2020; Li et al., 2021). La prevalencia de las diferentes dimensiones del Burnout en nuestro estudio es la siguiente: el 29.1% presenta un alto nivel de CE; el 24.9% un alto nivel de despersonalización y el 40.2% baja realización personal. Estos valores son menores que aquellos hallados en una muestra menor de enfermeras que trabajan en el perioperatorio de único hospital de Barcelona donde el 43% sufre un alto CE, el 21% una alta D y el 53% baja RP. En otro estudio donde se analiza el Burnout en personal médico quirúrgico el porcentaje de aquellas enfermeras que sufren baja RP es de 8%, mientras que los porcentajes de CE y D son mayores que los de nuestro estudio, 41% y 59% respectivamente (Phillips, 2020; Sillero & Zabalegui, 2018). Esta variación en los datos puede deberse a los distintos sistemas de salud de cada país.

La prevalencia de CE obtenida es similar a la obtenida en estudios realizados en enfermeras que trabajan en servicios de pediatría y ginecología (22% y 17% respectivamente), e inferior en comparación con aquellas enfermeras que trabajan en servicios de urgencias y emergencias (31%) y en enfermeras dedicadas a la gestión (29%). En relación a la D, las enfermeras del área quirúrgica presentan valores superiores a las enfermeras que trabajan en pediatría y ginecología (18.5% y 16.6% respectivamente), siendo los servicios de urgencias y emergencias donde mayores valores se obtienen (36%). Sin embargo, con respecto a la baja RP, solo en el servicio de ginecología y obstetricia se obtuvieron resultados más elevados (55.1%) (E.I. De la Fuente-Solana et al., 2021; Emilia I. De la Fuente-Solana et al., 2021; Jose Luis Gómez-Urquiza et al., 2017; Membrive-Jiménez et al., 2020).

En comparación con los niveles de Burnout hallados en otros estudios, una constante es la sobrecarga de trabajo y malas condiciones laborales (Ślusarz et al., 2022). Esto hace que disminuya la seguridad del paciente y la calidad asistencial, aumente la mortalidad de éstos y aparezca el burnout entre el personal (Aiken et al., 2021; McHugh et al., 2020).

Con respecto al género, ser hombre soltero o divorciado se relacionó con los mayores niveles de burnout en los enfermeros, más concretamente con la D. Esto se debe a actitudes negativas y problemas de colaboración con los compañeros de trabajo (Vahedian-Azimi et al., 2019). Como consecuencia, empeora la actitud hacia los pacientes, lo que afecta a las relaciones interpersonales y a la calidad del servicio (Cañadas-De la Fuente et al., 2015b, 2018).

Al querer establecer un perfil de riesgo para padecer BO, se consideran distintas variables psicológicas y de personalidad. En nuestro estudio se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la depresión, el CE y la D, relación ampliamente respaldada por la evidencia científica; los síntomas depresivos aumentan conforme lo hacen los niveles de CE y D. Aquellas personas con agotamiento físico y psicológico tienen más probabilidad de desarrollar depresión (Chen & Meier, 2021). También se observa una relación positiva entre el CE y el neuroticismo. Esto podría deberse al estrés desarrollado por la sobrecarga de trabajo y la especialización requerida para trabajar en el quirófano (Emilia I. De la Fuente-Solana et al., 2017; Li et al., 2021). También se observa una relación negativa entre la D y la amabilidad; el trabajo en equipo en el área quirúrgica es esencial, la amabilidad se relaciona con la disposición de ayudarse de unos y otros, pudiendo ser esta una de las razones por las que al aumentar la amabilidad, disminuye la D (E. I. De la Fuente-Solana et al., 2017). La RP tiene una relación significativa positiva con la amabilidad, la responsabilidad y la extroversión, y una relación inversa con el neuroticismo (E.I. De la Fuente-Solana et al., 2021). El elevado porcentaje de enfermeras que presentan baja RP en el área quirúrgica puede deberse a factores organizativos como la supervisión y el apoyo a las enfermeras del gerente de enfermería, la suficiencia de personal y recursos, y la calidad asistencial que se da en el servicio o el exceso de carga de trabajo. (Phillips, 2020; Sillero & Zabalegui, 2018).

5.6. APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Prevenir el síndrome de Burnout debería ser parte de los objetivos de gerentes y políticos a la hora de desarrollar estrategias de mejora en sanidad. La identificación de grupos de riesgo, según personalidad, ayudaría a la identificación temprana y actuación correspondiente para prevenir o paliar el Burnout. También sería conveniente el desarrollo de estudios longitudinales que permitan clasificar el Burnout y tratarlo de forma protocolizada. Por ello, sería interesante incluir y analizar intervenciones que podrían evitar o reducir el BO, como la meditación, el desarrollo de estrategias de afrontamiento o la resiliencia.

5.7. LIMITACIONES

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio transversal por lo que no se pueden establecer relaciones de causalidad. En segundo lugar, a pesar de estudiar diversas variables psicológicas y sociodemográficas, no se han utilizado otras que también podrían suponer un riesgo para la aparición y desarrollo del burnout, o su prevención, como la resiliencia, la empatía o factores propios del trabajo como la relación enfermera-médico, la gestión de los hospitales o el apoyo y liderazgo de los y las supervisoras. En tercer lugar, el estudio se ha realizado en una zona de España donde se comparte el mismo sistema de salud, no siendo extrapolable a otros países con distintos sistemas de salud.

5.8. CONCLUSIONES

Un tercio de las enfermeras del área quirúrgica de nuestro estudio presentan elevados niveles de Burnout, siendo la dimensión más afectada la RP. Los factores psicológicos relacionados con su aparición y desarrollo han sido el neuroticismo y la depresión. Con relación a las variables sociodemográficas, el sexo y el estado civil han sido factores predictores del Burnout. Sin embargo, la amabilidad, la responsabilidad y la extraversión son factores protectores frente al Burnout.

5.9. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Ante los resultados obtenidos en los que un gran porcentaje de enfermeras del área quirúrgica presenta Burnout, es necesario aumentar el esfuerzo y las estrategias destinadas a mejorar la salud mental de los sanitarios. El CE y la D tienen un peso notable, pero es la realización personal la que peores resultados obtiene. Esta dimensión se relaciona con respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo. Se incrementa la irritabilidad, se pierde motivación hacia el trabajo y aparece una baja autoestima. Todo esto se traduce en un empobrecimiento del cuidado de los pacientes. Conocer el perfil psicológico de las enfermeras con más tendencia a desarrollar Burnout permitiría su prevención o la actuación temprana para paliar cuanto antes el Burnout. El establecimiento de estrategias de prevención de Burnout debería ser prioridad para gerentes y políticos en vista a mejorar la sanidad. Para ello es esencial seguir estudiando los diferentes factores de personalidad y sociodemográficos que influyen en la aparición del síndrome.

CAPÍTULO 6

FACTORES DE PERSONALIDAD COMO PREDICTORES DE LOS CAMBIOS EN LOS NIVELES DE BURNOUT DE LAS ENFERMERAS DEL ÁREA QUIRÚRGICA



Article

Personality Factors as Predictors in Burnout Level Changes for Surgical Area Nurses

Almudena Velando-Soriano ¹, Gustavo R. Cañadas ², Carolina S. Monsalve-Reyes ³, José L. Romero-Béjar ^{4,5,6,*}, Francisco Javier Esquivel ⁴, Emilia I. De la Fuente-Solana ⁷ and Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente ^{7,8}

¹ Andalusian Health Service, San Cecilio Clinical University Hospital, 18071 Granada, Spain

² Department of Didactic of Mathematics, Faculty of Education Science, University of Granada, 18071 Granada, Spain

³ Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Católica de La Santísima Concepción, Concepción 4030000, Chile

⁴ Department of Statistics and Operations Research, University of Granada, Fuentenueva, 18071 Granada, Spain

⁵ Instituto de Investigación Biosanitaria (ibs. GRANADA), 18012 Granada, Spain

⁶ Institute of Mathematics of the University of Granada (IMAG), Ventanilla 11, 18001 Granada, Spain

⁷ Brain, Mind and Behaviour Research Center (CIMCYC), University of Granada, 18071 Granada, Spain

⁸ Faculty of Health Sciences, University of Granada, 18016 Granada, Spain

* Correspondence: author: jlrbejar@ugr.es

Velando-Soriano, A., Cañadas, G.R., Monsalve-Reyes, C.S., Romero-Béjar, J.L., Esquivel, F.J., De la Fuente-Solana E.I., Cañadas-De la Fuente, G.A. Personality Factors as Predictors in Burnout Level Changes for Surgical Area Nurses. (2022). Brain Sci. 12, 1481. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111481>

6.1. RESUMEN

Las enfermeras del área quirúrgica brindan atención integral a los pacientes durante todo el proceso quirúrgico. El aumento de la esperanza de vida conduce a la aparición y desarrollo de enfermedades, lo que se traduce en un aumento del número de intervenciones necesarias. El aumento de la carga de trabajo puede ser otro factor de riesgo para el desarrollo de burnout en los profesionales de este área. El conocimiento de las variables psicológicas y relacionadas con la personalidad proporciona información relevante sobre los cambios de nivel en las dimensiones del síndrome de burnout. Para cada dimensión se construyeron tres modelos de regresión logística, basados en un estudio transversal con 214 enfermeras que trabajan en el área quirúrgica del Servicio Andaluz de Salud, España. Estos modelos incluían diferentes variables relacionadas con la depresión y la personalidad, siendo algunas significativas a nivel poblacional y, en consecuencia, verdaderos factores de riesgo o protección.

La amabilidad, la responsabilidad y la extraversión son factores de protección de la dimensión de realización personal, mientras que el neuroticismo es un factor de riesgo para esta dimensión. La amabilidad también es un factor de protección contra la despersonalización, mientras que la depresión es un factor de riesgo. Finalmente, neuroticismo, responsabilidad y la depresión son factores de riesgo para la dimensión de cansancio emocional del burnout. Estos hallazgos aportan información relevante que facilita la anticipación de este síndrome en este grupo.

Palabras clave

Burnout; depresión; regresión logística; enfermeras; factores de riesgo de personalidad; área quirúrgica.

6.2. INTRODUCCIÓN

El agotamiento emocional y la pérdida de motivación y compromiso provocada por el trabajo fue la primera definición de burnout, dada por Freudenberger en los años 1970. Posteriormente, Maslach y Jackson (1981) lo definieron como la consecuencia del estrés crónico en el marco laboral del tipo asistencial. Hasta la fecha, esta es la definición más aceptada del síndrome, que es de naturaleza tridimensional. Se considera que el burnout tiene tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y baja realización personal (RP). CE es el agotamiento físico y emocional que sufren los profesionales; D se refiere al desarrollo de actitudes negativas y cínicas hacia los demás y hacia uno mismo; y la RP es la adopción de un autoconcepto negativo en relación con el desempeño laboral.

Aunque existen muchas otras escalas para su evaluación, la más utilizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI), también desarrollado en 1981. Esta escala de evaluación psicológica consta de tres subescalas, una para cada dimensión del burnout. Nueve ítems evalúan el CE, cinco la D y ocho la baja RP. El MBI cuantifica el nivel de burnout como bajo, medio o alto y ha sido adaptado para su uso en diferentes grupos y en diferentes idiomas.

Como ya se mencionó, el burnout afecta al desempeño laboral de los profesionales y también puede derivar en problemas de salud física y mental, lo que lo convierte en un problema de gran relevancia y actualidad. El interés por el estudio de este síndrome ha ido aumentando exponencialmente, como refleja la cantidad de estudios publicados sobre el tema desde su reconocimiento en el ámbito médico. En 2019 fue incluido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define el síndrome de burnout como: “el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado con éxito”.

Los profesionales sanitarios tienen un contacto constante con las personas, siendo las enfermeras un colectivo especialmente vulnerable a la aparición y desarrollo del burnout. Por este motivo, pueden sufrir problemas de salud como dolores de cabeza, insomnio, dolores musculoesqueléticos, irritabilidad o consumo de drogas. Esto repercute en las instituciones donde desarrollan su trabajo, ya que conlleva un aumento del absentismo laboral y también un aumento de las quejas de los familiares de los pacientes. Las enfermeras y el burnout han sido objeto de estudio en múltiples ocasiones, con especial foco en analizar la posible

relación entre el nivel de burnout experimentado y diferentes variables. Las características sociodemográficas y ocupacionales son sin duda las que más influyen en la enfermedad. Una de las variables ocupacionales que ha sido estudiada en diferentes estudios es la unidad o servicio en el que las enfermeras desarrollan su trabajo. Así como los pacientes atendidos y las situaciones a las que se enfrentan son diferentes en cada servicio, también lo son los resultados obtenidos en cuanto a burnout.

Asimismo, es menor el número de estudios que analizan la relación entre el burnout y las variables psicológicas de las enfermeras. Algunos de ellos han estudiado los cinco factores de la personalidad conjuntamente con la aparición y desarrollo del burnout. El modelo de cinco factores fue creado por Costa y McCrae, en el que identificaron las cinco dimensiones principales de la personalidad: neuroticismo (Nm), el nivel de inestabilidad emocional; extraversión (Ex), el nivel de energía y sociabilidad; apertura (Op), el nivel de curiosidad intelectual y sensibilidad estética; amabilidad (Fr), tendencias interpersonales a acercarse o rechazar a los demás; y responsabilidad (Ry), autocontrol.

Las enfermeras quirúrgicas realizan un trabajo altamente especializado que requiere una formación específica. El contacto con el paciente difiere del que se puede tener en otros servicios, siendo responsable de su cuidado y seguridad desde que es recibido en quirófano hasta su traslado a las unidades de reanimación. El curso de los acontecimientos en el quirófano puede cambiar en un instante, lo que requiere que las enfermeras sean capaces de reaccionar ante diversas complicaciones y las somete a grandes cantidades de estrés.

Existen pocos estudios sobre el burnout en enfermeros quirúrgicos, y no se encontró ninguno específico sobre la relación entre las variables psicológicas de los enfermeros del área quirúrgica y el desarrollo del burnout. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo identificar factores de riesgo y/o protección relacionados con variables de personalidad y depresión involucradas en cambios en el nivel de severidad para cada dimensión del síndrome de burnout en enfermeros del área quirúrgica, y cuantificar el efecto de estos factores sobre el pronóstico en los diferentes niveles de cada dimensión.

6.3. MATERIALES Y MÉTODOS

6.3.1. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 214 enfermeras que trabajan en el área quirúrgica del Servicio Andaluz de Salud. La edad media de los sujetos fue de 43,98 años ($DE = 9,01$), y el 68,2% eran mujeres. La duración media en la profesión fue de $246,25 \pm 116,19$ meses, y el tiempo medio que llevaban en el puesto actual fue de $136,38 \pm 116,66$ meses. El 40,7% de las enfermeras trabajaban en turno fijo de mañana y el 59,3% en turno rotativo. En total, el 24,1% de enfermeras tenían guardias.

6.3.2. Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas edad y sexo, las dimensiones del burnout (CE, D y RP) y los factores de personalidad de la versión española del NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) se obtuvieron mediante un cuestionario ad hoc.

Se utilizó la versión en español del Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir las tres dimensiones del burnout. Esta versión del MBI consta de 22 ítems, 9 para CE, 5 para D y 8 para RP. Esta es una escala Likert de 7 puntos que van desde 0 (nunca) a 6 (cada día). Se calculó la confiabilidad del cuestionario para cada dimensión: Alfa de Cronbach de CE: 0,887; Alfa de Cronbach de D: 0,692; Alfa de Cronbach de RP: 0,842. Para clasificar el nivel de burnout se utilizaron los valores propuestos en el manual del MBI como bajo, medio o alto. El NEO-FFI consta de 60 ítems en total, y cada variable de personalidad consta de 12 ítems con una escala Likert de cinco puntos cada uno. La puntuación total de cada uno se obtiene sumándolos. Con esta escala evaluamos el neuroticismo (Ne), la extraversión (Ex), la amabilidad (Am), la responsabilidad (Re) y la apertura (Ap). Se calcularon coeficientes de confiabilidad para cada uno de los factores: N ($\alpha = 0,762$), E ($\alpha = 0,775$), F ($\alpha = 0,644$), R ($\alpha = 0,787$) y O ($\alpha = 0,718$).

Se utilizó el Cuestionario Clínico-Educativo: Ansiedad y Depresión (CECAD) para medir la ansiedad y la depresión. Es una escala tipo Likert con un total de 50 ítems de 5 puntos (26 ítems para evaluar depresión y 19 ítems para evaluar ansiedad). Se calculó el nivel de confianza para ansiedad ($\alpha = 0,905$) y depresión ($\alpha = 0,924$) del CECAD.

6.3.3. Procedimiento

Se realizó un estudio transversal con una muestra de 214 enfermeras del área quirúrgica de Andalucía (España). Se incluyeron todos aquellos que aceptaron participar y que se encontraban trabajando en el área quirúrgica en ese momento, independientemente de la antigüedad en el cargo.

6.3.4. Ética

Un total de 300 encuestas físicas fueron distribuidas en los servicios quirúrgicos de los diferentes hospitales por parte de los supervisores. Se recibieron un total de 237 encuestas cumplimentadas y, finalmente, se seleccionaron 214 encuestas cumplimentadas correctamente. La participación en el estudio fue voluntaria, individual y anónima. El tiempo necesario para completar el cuestionario fue de aproximadamente 45 minutos. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito una vez que recibieron información sobre el estudio. El estudio cumplió en todo momento con los apartados correspondientes de la Declaración de Helsinki y recibió dictamen ético favorable del PEIBA (Portal de Ética de la Investigación Biomédica en Andalucía) con número de referencia 1961-N-21. Todos los datos fueron tratados de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantía de los derechos digitales.

6.3.5. Métodos estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo de variables cuantitativas (media, desviación estándar, máximo y mínimo) y cualitativas (frecuencias y porcentajes). Se ajustó un modelo de regresión logística ordinal para cada dimensión del burnout, basado en variables de personalidad y depresión. Este modelo se ajustó paso a paso mediante selección hacia adelante y hacia atrás. Para evaluar la bondad del ajuste se obtuvieron la prueba de razón de verosimilitud y la prueba de chi-cuadrado de Stukel. Se utilizó la prueba de Wald para analizar la significancia estadística de las variables dentro del modelo. Los ratios de pronóstico se obtuvieron para las variables explicativas consideradas significativas a nivel poblacional. Para los análisis estadísticos se utilizó el software R Statistical Computing (versión 4.3.1, <https://www.r-project.org> (consultado el 4 de agosto de 2022)).

6.4. RESULTADOS

6.4.1. Descripción de la muestra

La tabla 1 muestra la media y la desviación estándar de las variables de personalidad y depresión.

Tabla 1. *Análisis descriptivo*

Variable (N = 214)	M	SD
Nm	28.11	7.26
Fr	45.78	6.22
Ry	47.70	6.12
Ex	42.64	7.03
Op	38.89	7.00
De	51.05	14.69

Nota: Ne = neuroticismo, Am = amabilidad, Re = responsabilidad, Ex = extraversión, Ap = apertura, M = media, SD = desviación estándar, De = Depresión

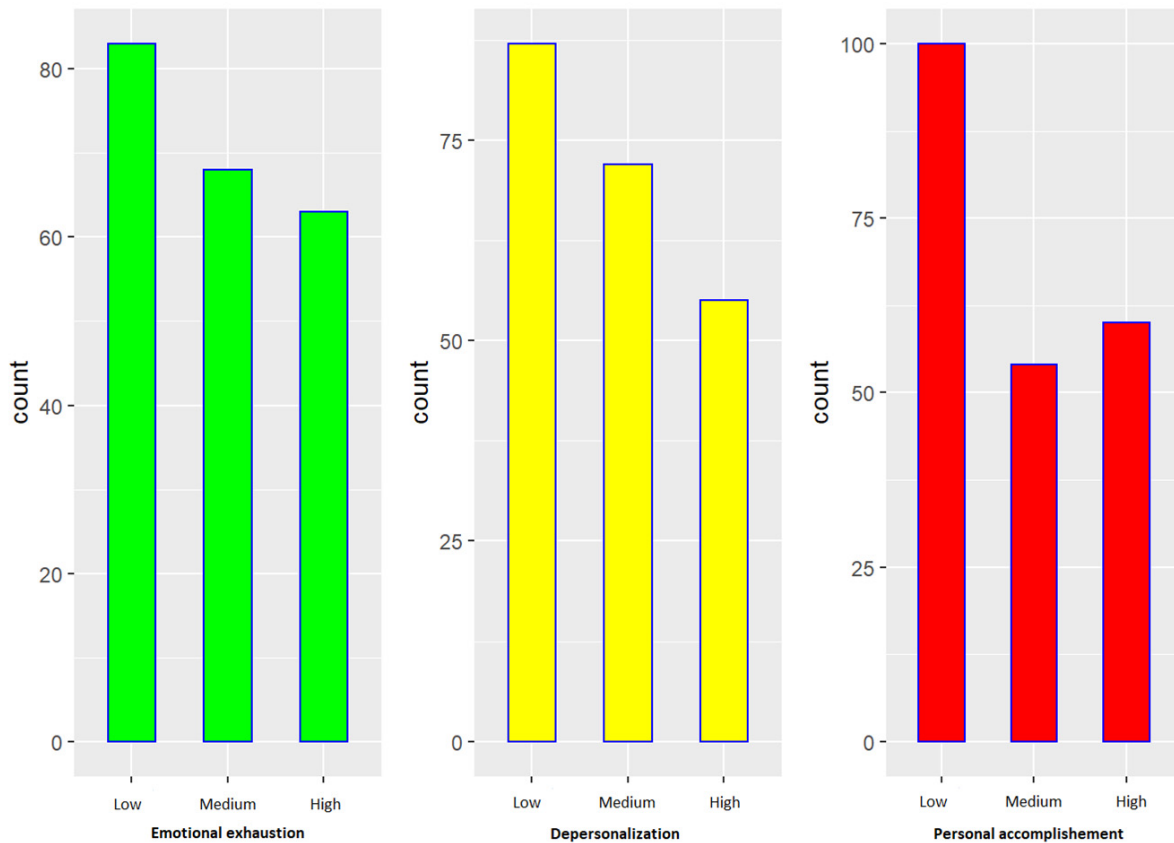
Las indicaciones del MBI categorizan cada dimensión del síndrome de burnout como bajo, medio o alto. La Tabla 2 muestra un análisis descriptivo de los niveles para cada dimensión del burnout en esta muestra, y la Figura 1 muestra la distribución de la prevalencia de cada nivel para cada dimensión.

Tabla 2. *Análisis descriptivo de los tres niveles de burnout en cada dimensión.*

Niveles	CE			D			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
%	38.8	31.8	29.4	40.7	33.6	25.7	46.7	25.2	28.1
M (SD)	16.69 (11.49)			6.25 (5.57)			36.70 (8.42)		

Nota: CE = cansancio emocional, D = despersonalización, RP = realización personal, M = media, SD = desviación estándar

Figura 1. Distribución de las dimensiones del burnout



6.4.2. Ajuste del modelo para cada dimensión del burnout

Esta sección proporciona un resumen de las diferentes variables incluidas dentro de cada uno de los modelos de regresión logística ordinal ajustados para cada dimensión del síndrome de burnout. A continuación, las tablas 3-5 muestran este resumen.

Tabla 3. Cansancio Emocional (CE) $\hat{L}_s(Nm, De) = \hat{B}_0 + \hat{B}_{Nm}Nm + \hat{B}_{Fr}Fr + \hat{B}_{Ry}Ry + \hat{B}_{Ex}Ex + \hat{B}_{De}De; s = 1,2$

Predictor	B	SD	Wald	p	Odds	CI for 95% odds	
						Inferior	Superior
Ne	0.106	0.028	3.844	<0.001	1.112	1.054	1.175
Am	-0.042	0.027	-1.539	0.123	0.959	0.908	1.011
Re	0.060	0.029	2.036	0.042	1.061	1.003	1.123
Ex	-0.034	0.024	-1.417	0.157	0.967	0.923	1.013
De	0.056	0.015	3.839	<0.001	1.057	1.028	1.089

Nota: CE = cansancio emocional, Ne = neuroticismo, Am = amabilidad, Re = responsabilidad, Ex = extraversión, De = depresión, B = parámetro, SD = desviación estándar, Wald = estadístico de Wald, p = valor p, Odds = odds ratio, IC = confianza intervalo, Inferior = límite inferior de CI, Superior = límite superior de CI.

Tabla 4. Despersonalización (D) $\hat{L}_s(Fr, De) = \hat{B}_0 + \hat{B}_{Fr}Fr + \hat{B}_{De}De; s = 1,2$.

Predictor	B	SD	Wald	p	Odds	CI para 95% odds	
						Inferior	Superior
Am	-0.079	0.025	-3.167	0.001	0.924	0.879	0.969
De	0.058	0.011	5.234	<0.001	1.056	1.038	1.084

Nota: D = despersonalización, Am = amabilidad, De = depresión, B = parámetro, SD = desviación estándar, Wald = Estadística de Wald, p = valor p, Odds = odds ratio, IC = intervalo de confianza, Inferior = IC límite inferior, Superior = IC límite superior.

Tabla 5. Realización Personal (RP) $\hat{L}_s(Ry, De) = \hat{B}_0 + \hat{B}_{Nm}Nm + \hat{B}_{Fr}Fr + \hat{B}_{Ry}Ry + \hat{B}_{Ex}Ex; s = 1,2$

Predictor	B	SD	Wald	p	Odds	CI para 95% odds	
						Inferior	Superior
Ne	0.047	0.024	1.985	0.047	1.048	1.001	1.098
Am	-0.141	0.031	-4.544	<0.001	0.868	0.815	0.921
Re	-0.165	0.033	-4.965	<0.001	0.848	0.793	0.903
Ex	-0.069	0.024	-2.869	0.004	0.934	0.890	0.978

Nota: RP = realización personal, Ne = neuroticismo, Am = amabilidad, Re = responsabilidad, Ex = extraversión, B = parámetro estimado, SD = desviación estándar, Wald = estadístico de Wald, p = valor p, Odds = odds ratio, IC = intervalo de confianza, Inferior = límite inferior de IC, Superior = límite superior de IC.

La prueba de Stukel para cada modelo fue $X^2(2, N = 214) = 1.15, p = 0.562$ para CE; $X^2(2, N = 214) = 0.55, p = 0.757$ para D y $X^2(2, N = 214) = 2.19, p = 0.334$ para RP. Según estos resultados, todos los modelos produjeron una bondad de ajuste significativa a nivel poblacional.

Según los resultados de la prueba de Wald (ver Tablas 3-5), la variable depresión (De) es estadísticamente significativa a nivel poblacional ($p < 0,001$) para los modelos relacionados con las dimensiones CE y D. El neuroticismo (Ne) y la responsabilidad (Re) son estadísticamente significativos ($p < 0,05$) para los modelos referidos CE y RP. Finalmente, la amabilidad (Am) es estadísticamente significativa para los modelos involucrados en cambios de nivel en las dimensiones D y RP del burnout ($p < 0,05$), mientras que extraversión (Ex) solo está involucrada en cambios de nivel en la dimensión RP. Los odds ratios (OR) (véanse las tablas 3 a 5) para las variables estadísticamente significativas son medidas de su fuerza para el pronóstico en un nivel de gravedad creciente o decreciente en cada una de las

dimensiones. De hecho, si $OR < 1$, la variable puede considerarse como un factor de protección, mientras que para $OR > 1$, esta variable será considerada como un factor de riesgo de empeoramiento para la dimensión de burnout analizada. En este sentido, Am es un factor de protección para las dimensiones D y RP, Re y Ex son factores de protección para la dimensión RP, y todas las demás variables estadísticamente significativas son factores de riesgo para la dimensión en la que se incluyen. Como todas las variables estadísticamente significativas en los modelos eran variables discretas, un aumento de una unidad en sus valores (OR cercano a uno) no se consideró significativo. En este sentido, un aumento de cinco unidades en De indica que la odds ratio de pasar a un nivel alto de CE (concurrentemente con un nivel alto de D) era 5,29 (y 5,30, respectivamente) veces mayor que si De no aumentara. Lo mismo ocurrió con Ne en CE y RP. Así, con un aumento de cinco unidades en Ne, la odds ratio de pasar a niveles altos de CE fue 5,56 veces mayor y 5,24 veces mayor para RP. Un aumento de cinco unidades en el valor de Re produjo 5,31 y 4,24 veces mayores odds ratios de cambiar a niveles altos de CE y pasar a un nivel bajo de RP, respectivamente. Con respecto a Am, un aumento de cinco unidades produjo 4,61 y 4,34 veces mayores odds ratios de pasar a niveles bajos de D y RP, respectivamente. Finalmente, el odds ratio de pasar a niveles bajos de la dimensión RP fue 4,67 veces mayor después de un aumento de cinco unidades en los valores de Ex.

6.5. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue establecer factores de riesgo y/o protección relacionados con la depresión y variables de personalidad involucradas en cambios en el nivel de gravedad para las diferentes dimensiones del síndrome de burnout en enfermeros del área quirúrgica y cuantificar el efecto de estos factores sobre el pronóstico en los diferentes niveles. Respecto a la primera parte de este objetivo y a las variables relacionadas con la personalidad y la depresión, se obtuvieron tres modelos. Estos modelos proporcionan información relevante en relación con los cambios en el nivel de gravedad en cada una de las tres dimensiones del síndrome de burnout. Los modelos incluyeron diferentes variables relacionadas con los factores de personalidad y depresión. El modelo relacionado con CE involucró las variables Ne, Am, Re, Ex y De. Las variables Am y depresión fueron las únicas variables incluidas en el modelo que evaluó cambios en el nivel de gravedad en la dimensión de D. Finalmente, el Ne, la Am, la Re y la Ex se incluyeron en el modelo de pronóstico de un nivel de empeoramiento en la dimensión de RP.

Respecto a la segunda parte del objetivo de este trabajo, los resultados muestran que diferentes variables eran factores de riesgo reales porque valores altos se asociaban con situaciones de mayor gravedad en las tres dimensiones del burnout, mientras que otras variables eran factores de protección ya que valores altos se asociaron con situaciones de menor gravedad del burnout en la dimensión correspondiente de este síndrome. De hecho, Am, Re y Ex son factores de protección para la dimensión RP, mientras que Ne es un factor de riesgo para esta dimensión. Am también es un factor de protección para la D, mientras que la depresión es un factor de riesgo. Finalmente, el Ne, la Re y la depresión son factores de riesgo para la dimensión CE del burnout.

La relación entre Ne y CE que se ha encontrado en este estudio coincide con otros estudios realizados en enfermeras gestoras, enfermeras del servicio de oncología o en enfermeras del área de atención primaria de salud. Ne se caracteriza por una inestabilidad emocional donde el sujeto está predispuesto a interpretar los acontecimientos de forma negativa. Esta tendencia pesimista hacia una visión negativa de la realidad puede conducir a CE y falta de recursos, así como a prestar mayor atención al estado afectivo que al trabajo a realizar.

La depresión está relacionada con CE y D. Los valores de estas dimensiones aumentan a medida que aumentan los síntomas relacionados con la depresión. De hecho, se han dado casos de enfermeras en los que se relacionó con las tres dimensiones del burnout. Es

importante resaltar la diferencia entre burnout y depresión, tema que genera un amplio debate. Ambos trastornos están estrechamente relacionados, pero difieren principalmente con respecto al sentimiento de superioridad, es decir, una persona deprimida experimenta menos sentimientos de superioridad en comparación con una persona no deprimida.

La especificidad del servicio quirúrgico y las condiciones de trabajo (personal disponible, número de quirófanos, operaciones urgentes, etc.) suponen un estrés añadido que afecta a la adaptación y funcionamiento de las enfermeras. La responsabilidad es importante porque aquellas enfermeras que tienen esta característica en su personalidad tienden a cometer menos errores y no posponer los cuidados de enfermería que los pacientes necesitan. Sin embargo, en este estudio se observaron relaciones entre CE y Re. Esta relación puede deberse a la percepción de excesiva responsabilidad o al sentimiento de que la profesión de enfermería es inherentemente a un buen trabajo, lo que influye en su motivación y trabajo. Por ello, sería necesario crear un ambiente laboral donde se fomente el empoderamiento de la enfermera y se fijen objetivos laborales reales, garantizando la adecuación de recursos y horarios.

La salud mental de las enfermeras debe ser objeto de mejora para todas las autoridades sanitarias, y así lo confirman muchos autores. Un aumento del burnout entre los trabajadores conlleva un empeoramiento de la atención que brindan a los usuarios. Esto a su vez disminuye la calidad de la atención y podría traducirse en un aumento de la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Reconocer el perfil de riesgo psicológico del burnout en estas enfermeras podría ser una herramienta útil para desarrollar estrategias de prevención e intervención del síndrome. Estas estrategias son necesarias para mejorar la salud de los trabajadores, por lo que deberían ser una prioridad para directivos y políticos. Por tanto, el estudio de las variables psicológicas es relevante para garantizar que las medidas se implementen de la forma más eficiente posible. Estos hallazgos aportan información relevante que ayuda a mejorar la anticipación de este síndrome en este grupo de enfermeras.

6.5.1. Implicaciones clínicas

Las enfermeras del área quirúrgica representan un grupo vulnerable a la hora de desarrollar burnout. El ambiente laboral, la carga de trabajo y el estrés ocupacional son factores de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos psicológicos. El conocimiento de los perfiles psicológicos de las enfermeras propensas a desarrollar burnout podría ayudar a los gerentes a anticipar el problema y proporcionar una intervención temprana mediante la promoción de

estrategias activas de afrontamiento, capacitación en habilidades para la resolución de problemas y terapias de empoderamiento psicológico. Mejorar la salud mental de las enfermeras les permitirá ser más eficientes en su trabajo y, por tanto, aumentará la calidad de la atención centrada en la persona.

6.5.2. Limitaciones del estudio

Este análisis presenta algunas limitaciones. El estudio se ha realizado con enfermeras de hospitales pertenecientes al sistema sanitario público de Andalucía (España), y no es extrapolable a sistemas sanitarios de otros países que pueden diferir en su organización y forma de trabajar. Finalmente, al tratarse de un estudio transversal no se pueden establecer relaciones causales. Para estudiar estas relaciones se podría realizar en un futuro un estudio longitudinal prospectivo, analizando la evolución del burnout en enfermeras del área quirúrgica.

6.6. CONCLUSIONES

Los enfermeros del área quirúrgica constituyen un grupo de riesgo para el síndrome de burnout debido a la particular naturaleza del trabajo que desempeñan. Más de la mitad de las enfermeras que participaron en el estudio tenían niveles medios o altos en las tres dimensiones del burnout, en torno al 60% en los casos de CE y D. Todas las variables psicológicas representan factores protectores para una, varias o todas las dimensiones del burnout. Los directivos deberían considerar estos datos para satisfacer las necesidades de los profesionales, identificar perfiles de riesgo y promover estrategias de afrontamiento para prevenir o mitigar el burnout.

CAPÍTULO 7

Discusión y Conclusiones

7.1. DISCUSIÓN GENERAL

La Tesis Doctoral se ha desarrollado en dos fases de las que han surgido cuatro estudios independientes.

La primera fase ha consistido en la realización de dos estudios; Tras la lectura de numerosa bibliografía se decidió centrar la búsqueda en la relación entre el burnout y factores protectores poco estudiados aún. En esta primera fase se han realizado dos estudios. Primeramente, una revisión de la literatura sobre burnout y AS, y otra revisión con metaanálisis de la relación entre el burnout y la resiliencia. En ambos se obtuvieron también datos sobre la prevalencia del burnout y factores de riesgo asociados.

En la segunda fase se han realizado dos estudios empíricos a partir de los datos recogidos en los centros hospitalarios del SAS. El primero de ellos para conocer la prevalencia y los niveles de Burnout, clasificados en fases según Golembiewski (1988), en el personal enfermero del área quirúrgica, y el segundo para conocer qué perfil psicológico es más vulnerable a la hora de desarrollar burnout en esta misma población de estudio.

A continuación, se relacionan objetivos e hipótesis planteados al realizar el trabajo con los aspectos más relevantes de las discusiones plasmadas en anteriores capítulos.

7.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo I: Analizar la relación entre el AS, en sus diferentes formas, y el síndrome de burnout en enfermeras, e identificar si puede ser considerado entre los factores de riesgo del burnout.

En la primera revisión “*Impacto del Apoyo Social en la prevención del síndrome de burnout en enfermeras: una revisión sistemática*” (capítulo 3), tras la revisión de 19 artículos, se evidenció que, a pesar de diferir los niveles de burnout en los distintos estudios, el trastorno siempre estaba presente. Principalmente alto CE y baja RP. Los autores consideraban a los enfermeros como un grupo especialmente vulnerable debido a la empatía que desarrollan con sus pacientes, lo que puede hacer que desarrollen estrés y burnout. Todos los artículos de la revisión usaron el MBI para cuantificar el burnout. En esta revisión

quisimos conocer la relación entre las diferentes dimensiones del burnout y el AS. García y Ríos (2012) consideraron la ausencia de AS como uno de los cinco principales inductores de estrés y, por lo tanto, predictor de burnout importante. En la revisión se evidencia la relación entre ambos: cuanto mayor sea AS, mayor RP, menor CE y D (Hamaideh, 2011; Jenkins & Elliott, 2004; Tummers, et al, 2002; Pisanti et al, 2011). El tipo de AS que más influyó en el desarrollo del burnout fue el conocido como AS formal, aquel recibido por supervisores y compañeros de trabajo, más que el AS informal, recibido de familiares y amigos. Nicholson et al (2014), incluyó dos variables relacionadas con el comportamiento de los compañeros, la civilidad y la confianza, siendo la civilidad predictor de la D.

Objetivo II: Caracterizar la relación entre el síndrome de burnout y la resiliencia entre enfermeras.

Se realizó una segunda revisión de la literatura de corte meta-analítico titulado *“Relación y Efecto de la Resiliencia sobre el Burnout en Enfermería; Revisión de la Literatura y Metaanálisis”* (Capítulo 4). Además de conocer el nivel de burnout y perfil de las enfermeras, fuimos más allá para conocer el efecto la resiliencia, supuesto factor protector frente al burnout, e identificar el perfil de enfermera que lo presenta. Se realizó una revisión bibliográfica de 29 estudios y un posterior metaanálisis con 16 de ellos.

En la revisión se evidencian niveles altos de burnout en la mayoría de los estudios. Guo (2019) encuentra un 22% de enfermeras con niveles altos de burnout, Zang et al (2021) un 15%. Las puntuaciones medias del MBI en los estudios de Kutluturkan (2016) y Yang (2018) se sitúan entre los 49 y los 61.59 puntos. Cabe destacar que aquellos estudios realizados durante la pandemia de COVID-19 obtuvieron puntuaciones medias y altas con respecto al burnout (Afshari et al, 2021; Jamebozorgi et al, 2022; Rivas et al, 2021).

En cuanto a la resiliencia, las enfermeras que tienen mayor puntuación según 25 de los estudios que conforman la revisión, son aquellas que tenían mayor experiencia, con salarios apropiados a sus necesidades, menor sobrecarga de trabajo, familia de estilo nuclear, sin turnos rotatorios, mayor nivel educativo y, aquellas cuya motivación para trabajar no era el apoyo familiar. Tres de los estudios encuentran mayores niveles de resiliencia en hombres que en mujeres (Alameddine et al., 2021; Rivas et al., 2021; Zahednezhad et al., 2021). Se

evidencia que, a mayor resiliencia, menor CE y burnout; y encuentran una correlación con la RP.

El metaanálisis realizado incluye 2750 enfermeras para la relación entre resiliencia y burnout ($r = -0.41$ (95% CI, -0.53,-0.27)), 6966 enfermeras para la relación entre resiliencia y CE ($r = -0.27$ (95% CI, -0.34,-0.20)), 6115 enfermeras para la relación entre resiliencia y D ($r = -0.23$ (95% CI, -0.27,-0.19)); y 5885 para la relación entre resiliencia y RP ($r = 0.03$ (95% CI, -0.21,0.27)). Siendo estadísticamente significativas las tres primeras relaciones, confirmando los resultados obtenidos en la revisión; a mayor resiliencia menor burnout, CE y D.

La revisión respalda la existencia de mayor burnout en ciertas áreas de la salud, dependiendo de las necesidades de los pacientes y del trabajo a desempeñar por las enfermeras (Ortega-Campos et al, 2020).

Con relación a estos dos primeros objetivos se planteó la primera hipótesis de la Tesis Doctoral: **Hipótesis I** *El AS y la resiliencia son factores protectores frente al burnout.* Hipótesis que se ve respaldada por los resultados obtenidos en los dos estudios realizados al respecto.

Para dar respuesta a los siguientes tres objetivos se realizaron dos estudios empíricos, de diseño transversal y multicéntrico (Capítulos 5 y 6). Se administraron encuestas compuestas por tres cuestionarios, el MBI, el NEO-FFI y el CECAD, a un total de 214 profesionales de enfermería que cumplieron correctamente el cuestionario, trabajadores del área quirúrgica de 23 hospitales del SAS.

Objetivo III: Determinar el nivel de burnout de las enfermeras que trabajan en el área quirúrgica, determinar en qué fase de Burnout se encuentra cada una, según el modelo de Golembiewski, y analizar su relación con las distintas variables sociodemográficas y ocupacionales que se estudian.

Objetivo IV: Identificar si la ansiedad, depresión y características de personalidad son factores de riesgo y/o protección relacionados con el burnout. Determinar si algunos de estos

potenciales factores de riesgo, favorecen que se incremente el nivel de gravedad del trastorno, en cada una de las dimensiones del síndrome, en enfermeros del área quirúrgica.

Asociadas a estos dos últimos objetivos se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis II *La prevalencia de burnout en el grupo de enfermería del área quirúrgica de centros hospitalarios del SAS será alta.*

El 29.4% de los enfermeros del área quirúrgica presentan un alto nivel de CE, el 31.8% un nivel intermedio y el 38.8% un bajo nivel. En relación con la D, el 25.7% presenta un nivel elevado, el 33.6% un nivel medio y el 40.7% un bajo nivel. Para finalizar, el 40.2% tiene un alto nivel de RP, un 31.8% un nivel medio y 28% un bajo nivel. En general, el 17.3% de las enfermeras que trabajan en los hospitales andaluces presentan burnout elevado.

Una constante en los estudios donde existe burnout es la sobrecarga de trabajo y las malas condiciones laborales (Ślusarz et al., 2022). Estas dos variables disminuyen la seguridad del paciente y la calidad asistencial, promoviendo la aparición del burnout (Aiken et al., 2021; McHugh et al., 2020).

Hipótesis III *Los profesionales de enfermería que trabajan en el área quirúrgica en centros hospitalarios del SAS presentarán niveles medios-altos de burnout.*

Según el modelo de Golembiewski (1988) por el que se clasifica el padecimiento de burnout en fases (I a VIII), y estas, en niveles (bajo, medio y alto), un 33.2% de la población de estudio presentan elevados niveles de burnout. Esta cifra supone casi un tercio del total.

Hipótesis IV *Los factores sociodemográficos, laborales y de personalidad determinarán un perfil de riesgo de burnout en los profesionales de enfermería del área quirúrgica del SAS.*

Se compararon las medias para cada una de las dimensiones del MBI en función de las variables sociodemográficas y laborales. La única variable que obtuvo diferencias significativas fue el sexo, siendo los hombres los que presentan mayores valores en la escala de D ($t = 3.053$, $p = 0.003$, $d = 0.5$).

Sin embargo, con relación a las variables de personalidad, ansiedad y depresión, todas tuvieron alguna correlación significativa con las tres dimensiones del burnout, para llegar a esta conclusión se realizó una correlación lineal entre las dimensiones del MBI, las subescalas de NEO-FFI y los ítems de ansiedad y depresión de la escala CECAD.

Posteriormente se obtuvo un modelo de regresión lineal múltiple. En el caso del CE, la depresión ($B = 0.206$; $p = 0.018$), el Ne ($B = 0.478$; $p = 0.000$), la Am ($B = -0.304$; $p = 0.006$) y la Re ($B = 0.298$; $p = 0.012$) son predictores estadísticamente significativos. Con respecto a la D, las variables predictoras halladas fueron la depresión ($B = 0.127$; $p = 0.005$) y la Am ($B = -0.173$; $p = 0.003$). Finalmente, para la RP, el Ne ($B = -0.169$; $p = 0.027$), la Re ($B = 0.490$; $p = 0.000$), la Ex ($B = 0.244$; $p = 0.001$) y la Am ($B = 0.293$; $p = 0.000$) fueron predictores estadísticamente significativos.

El perfil de riesgo que reflejan los datos obtenidos en el estudio realizado en el área quirúrgica de los centros hospitalarios andaluces es el de un enfermero con rasgos depresivos, la depresión se ha visto relacionada con el CE y la D, y con personalidad neurótica. El sentimiento de responsabilidad, la amabilidad y la extraversión supondrían factores protectores.

Hipótesis V *La gravedad en el padecimiento del burnout se verá afectada por algunas variables psicológicas. Los niveles de depresión, así como los factores de personalidad, favorecerán el empeoramiento en la gravedad en que se desarrolla el síndrome, en los profesionales del área quirúrgica del SAS.*

En el estudio realizado para responder al último objetivo y comprobar la hipótesis planteada, se obtuvieron tres modelos, uno para cada dimensión del burnout, que incluían diferentes variables relacionadas con los factores de personalidad y depresión.

En el primero de ellos, el modelo relacionado con el CE, se incluyeron las variables Ne, Am, Re, Ex y depresión. En el modelo que evaluó cambios en los niveles de D, solo se involucraron la Am y la depresión. En el modelo pronóstico de la RP se incluyó el Ne, la Am, la Re y la Ex. Los resultados obtenidos mostraron como la depresión supone un factor de riesgo para el CE y la D; valores altos de depresión conllevaban niveles también más altos en estas dos dimensiones. En relación con los factores de personalidad, algunos de ellos

favorecen el empeoramiento en la gravedad en que desarrollan el síndrome los enfermeros del área quirúrgica, mientras que otros constituyen factores protectores. Con respecto a la RP, la Am, la Re y la Ex son factores de protección, y el Ne un factor de riesgo. La Am también supone un factor protector frente a la despersonalización. En el caso del CE, el Ne y la Re son factores de riesgo.

Los datos obtenidos en los estudios realizados para la elaboración de la Tesis Doctoral, apoyan todas las hipótesis planteadas.

7.3. CONCLUSIONES

Con base en los resultados expuestos con anterioridad, se añaden las siguientes conclusiones:

- El AS proporciona asistencia emocional, reduciendo el estrés que afrontan las enfermeras y previniendo la aparición y desarrollo del burnout.
- Las puntuaciones más altas en resiliencia se correlacionan con niveles más bajos de burnout.
- Un tercio de los profesionales de enfermería del área quirúrgica (33.2%) presentan niveles elevados de burnout según el modelo de ocho fases de Golembiewski.
- Todas las dimensiones del burnout obtienen porcentajes elevados, siendo la RP la dimensión que peores resultados obtiene en los profesionales de enfermería del área quirúrgica (40.2%).
- Los factores psicológicos relacionados con la aparición y desarrollo del burnout en las enfermeras del área quirúrgica han sido el Ne y la depresión.
- La Am y la Ex son factores protectores frente al burnout en las enfermeras del área quirúrgica.

7.4. LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS

A continuación, se exponen las limitaciones de los estudios realizados.

En primer lugar, respecto a la revisión bibliográfica realizada para conocer la relación entre burnout y AS, encontramos la gran diversidad de escalas y cuestionarios utilizados para la medición del AS, cada una de ellas evaluaba diferentes aspectos de la variable, siendo diseñados para poblaciones específicas. Por ello la unificación de criterios de evaluación y valoración de la variable ha sido complicada.

En el segundo estudio realizado, la revisión de la literatura más metaanálisis sobre la relación entre resiliencia y burnout, estuvo sujeto a ciertas limitaciones. Las diferentes escalas utilizadas para la medición del burnout y la resiliencia hicieron que la comparación significativa no fuera posible. También, la diversidad de países de los estudios analizados, cuyas condiciones laborales no son las mismas, pueden suponer una variación en los niveles de burnout que no guarde relación con la resiliencia. Por último, los resultados obtenidos deben ser considerados con cautela pues en el metaanálisis reveló altos niveles de heterogeneidad.

En cuanto a ambos estudios empíricos realizados, debido a su diseño transversal, no se pueden establecer relaciones causales. Ambos se limitaron a enfermeras pertenecientes al SAS, no siendo extrapolables a otros sistemas sanitarios cuya organización forma de trabajo puede diferir, influyendo en la aparición y desarrollo del burnout.

Otra limitación a tener en cuenta es que, a pesar de estudiar diversas variables sociodemográficas, laborales y psicológicas, existen otras que no se han incluido y que también podrían suponer factores riesgo o de protección frente a la aparición y desarrollo del burnout. Algún ejemplo de estas variables no incluidas son la resiliencia, la relación médico-enfermera, el AS por parte de supervisores o la organización del centro de trabajo.

También resaltar la no inclusión de la influencia de la pandemia COVID-19 como variable en el desarrollo del burnout en ninguno de los estudios realizados.

7.5. POSIBLES LÍNEAS DE TRABAJO

Al realizar la tesis doctoral, lejos de pensar que el trabajo ha finalizado, surgen varios campos de estudio aún por desarrollar que beneficiarían ampliamente al gremio enfermero y a su trabajo. Tras plantear todas las limitaciones halladas en los estudios realizados se proponen las siguientes líneas de investigación con objeto de solventar todos los problemas descritos y enriquecer la investigación respecto al burnout.

La realización de estudios longitudinales para establecer relaciones de causalidad sobre cada uno de los temas tratados en los diferentes estudios realizados en la presente Tesis Doctoral:

- Estudios longitudinales que determinen el efecto del AS en el trabajo de las enfermeras y el desarrollo del burnout, unificando criterios de valoración y evaluación para conseguir resultados que puedan compararse.
- Estudios longitudinales para conocer cómo afecta la resiliencia al desarrollo del burnout y el efecto de programas que ayuden a promover técnicas para afrontar situaciones difíciles y a desarrollar la inteligencia emocional.
- Estudios longitudinales para analizar el proceso evolutivo del burnout en enfermeras del área quirúrgica, permitiendo su clasificación, la secuencia de aparición de sus dimensiones y el tratamiento protocolizado del mismo.

El campo de trabajo en que se ubica esta Tesis Doctoral es dinámico; siempre se puede avanzar y profundizar en el estudio de variables relacionadas con el síndrome de burnout y/o modelos predictivos de las diferentes dimensiones del síndrome. Es un tema abierto y de gran interés en un doble sentido. En primer lugar para ayudar con la nueva información que se puede ir recabando, al establecimiento de programas preventivos del trastorno. Por último, para arrojar luz sobre los modelos que caracterizan el desarrollo del síndrome, lo que será de gran interés para la mejora de programas de intervención, lo que redundará en beneficio de aquellos profesionales que desarrollen el trastorno.

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., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de segurança pública: um estudo com militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 294-303.
- Afshari, D., Nourollahi-darabad, M., & Chinisaz, N. (2021). Psychosocial factors associated with resilience among Iranian nurses during COVID-19 outbreak. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714971>
- Agheri, T.; Fatemi, M.; Payandan, H.; Skandari, A.; Momeni, M. The effects of stress-coping strategies and group cognitivebehavioral therapy on nurse burnout. *Ann. Burns Fire Disasters* 2019, 32, 184–189.
- Agresti, A. Foundations of Linear and Generalized Linear Models. Wiley, New York. 2015.
- Agresti, A. Categorical Data Analysis, Third Edition. Wiley, New York. 2013
- 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 and Health Psychology*, 11(2), 343–361.
- Aguayo, R. (2014). Modelo clásico para la revisión sistemática de la literatura científica y su aplicación al estudio de Burnout. Universidad de Granada.
- Aguayo, R., Vargas, C., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2016). Are socio-demographic factors associated to the Maslach Burnout Inventory dimensions in police officers? A correlational metaanalysis. *Anales de Psicología*, 33(2), 383-392.
- Aguayo-Estremera, R., Cañadas, G. R., Ortega-Campos, E., Pradas-Hernández, L., Martos-Cabrera, B., Velando-Soriano, A., de la Fuente-Solana, E. I. (2022). Levels of Burnout and Engagement after COVID-19 among Psychology and Nursing Students in Spain: A Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*, 26,20(1):377. doi: 10.3390/ijerph20010377
- Aguirre, C., Gallo, A., Ibarra, A., Sánchez, J.C. Relación entre estrés laboral y burnout en una muestra de controladores de tráfico aéreo en Chile. *Cienc. Psicol*, 12(2).
- Aiken, L. H., Simonetti, M., Sloane, D. M., Cerón, C., Soto, P., Bravo, D., Galiano, A., Behrman, J. R., Smith, H. L., McHugh, M. D., & Lake, E. T. (2021). Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *The Lancet Global Health*, 9(8), e1145–e1153. doi:10.1016/S2214-109X(21)00209-6

Akbari, A., Motalebi-Kashani, M., Dehghani-Bidgoli, S., Nasrabadi, M.K., Karamali, F. (2023). An analysis of association of personality traits with job burnout among nurses working in hospital. *J Integr Nurs*, 5:43-9

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz., U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18(5), 543-548. doi:10.1002/pon.14

Alameddine, M., Clinton, M., Bou-Karroum, K., Richa, N. & Doumit, M.A.A. (2021). Factors associated with the resilience of nurses during the COVID-19 pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(6), 320–331.

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

Albar, M., & García, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *The European Journal of Psychiatry*, 19(2), 96-106.

Albendín-García, L. (2016). Niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de urgencias. Universidad Nacional de Educación a Distancia U.N.E.D.

Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas-de la Fuente, G.A., Cañadas, G.R., San Luis, C., Aguayo-Estremera, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-45. Doi: 10.1016/j.rpl.2015.05.004

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. (2021). Prevalence Related Factors and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review. *J Midwife Womens Health*, 66(1), 24-44. doi:10.1111/jmwh.13186

Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., Ortega-Campos, E., Aguayo-Estremera, R., Romero-Béjar, J.L., Cañadas-de la Fuente, G.A. (2022). Explanatory Models of Burnout Diagnosis Based on Personality Factors in Primary Care Nurses. *J. Environ. Res. Public Health*, 19, 9170. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159170>

Alderson, D. (2019). The future of surgery. *British Journal of Surgery*, 106(1), 9–10. doi:10.1002/bjs.11086

Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 4(2), 101–119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>

Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47(1), i–171. <https://doi.org/10.1037/h0093360>

Alonazi, O., Alshowkan, A., Shdaifat, E. The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. (2023). *BMC Nursing*, 22:184. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01346-1>

Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.

Alsaraireh, F., Griffin, M.T.Q., Ziehm, S.R. & Fitzpatrick, J.J. (2014). Job satisfaction and turnover intention among Jordanian nurses in psychiatric units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 460–467.

Al-Turki, H.A. (2010). Saudi Arabian nurses are they prone to burnout syndrome? *Saudi Med. J.*, 31 (3), 313–316.

Al-Turki, H.A., Al-Turki, R.A., Al-Dardas, H.A., Al-Gazal, M.R., Al-Maghrabi, G.H., Al-Enizi, N.H., Ghareeb, B.A. (2010). Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Ann Afr Med.*, 9(4):226-9. doi: 10.4103/1596-3519.70960. PMID: 20935422.

American Psychological Association. (2022). *Personality*. <https://www.apa.org/topics/personality/>

American Psychiatric Association. (2013). The Diagnostic Criteria of DSM 5 Reference Guide. (1st ed.). Arlington, VA, USA.

Andlib, S., Inayat, S., Azhar, K. & Aziz, F. (2022) Burnout syndrome and psychological distress among Pakistani nurses providing care to COVID-19 patients: A cross-sectional study. *International Nursing Review*, 1–9.

Ang, S.Y., Dhaliwal, S.S., Ayre, T.C., Uthaman, T., Fong, K.Y., Tien, C.E., Zhou, H., Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *Biomed. Res. Int.*, 6960184.

Angelini, G. (2023). Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01056-y>

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), 279–284.

Armon, G., Shirom, A., & Melamed, S. (2012). The Big Five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *Journal of Personality*, 80, 403–427.

Arrogante-Maroto, O. & Aparicio-Zaldivar, E.G. (2017) Herramientas para hacer frente al burnout en el personal de enfermería. *Revista ROL Enfermería*, 40(3), 170–177.

- Arroyo, A., Lanchar, I., Romero, R., Morillo, M.S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>
- Askari, R., Abarghouei, H.F., Heidarijamebozorgi, M., Keyvanlo, Z. & Kargar, M. (2021) Job burnout among nurses in Iran: a systematic review and metaanalysis. *Nursing and Midwifery Studies*, 10, 65–72. https://doi.org/10.4103/nms.nms_48_20
- Aslani, Y., Davoodvand, S., and Mirzaei, Z. (2019). Analysis of the dimensions and influential factors in occupational stress in the operating room staff of the teaching hospitals in Shahrekord, Iran (2017). *J. Clin. Nurs. Midwifery*, 8, 308–316.
- Ayala-Calvo, J., García, G. (2018). Hardiness as moderator of the relationship between structural and psychological empowerment on burnout in middle managers. *J. Occup. Organ. Psychol*, 91, 362–384
- 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:e54408. doi: 10.1371/journal.pone.0054408.
- Aytekin, A., Yilmaz, F., Kuguoglu, S. (2013). Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of life. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 39–48.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26
- Bartosiewicz, A., Januszewicz, P. (2018). Readiness of Polish Nurses for Prescribing and the Level of Professional Burnout. *Int J Environ Res Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph16010035>
- Batalla-Martínez, C., Gené-Badia, J., Mascort-Roca, J. (2020). ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? *Aten Primaria*, 52(9):598-99. doi: 10.1016/j.aprim.2020.10.001.
- Batista, J. B., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. (2010). 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.
- Bernardeta-Bunga, E., Eka, N. & Oktoviani, E. (2019) Relationship between burnout and resilience of nurses at a private hospital in Indonesia. *Enfermería Clínica*, 30(S3), 49–52.
- Best, R.G., Stapleton, L.M., y Downey, R. G. (2005). Core selfevaluations and job burnout: The test of alternative models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 441-451.
- Bicalho, C.C.F., Costa, V.T. (2018). Burnout in Elite Athletes: a Systematic Review. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 18(1), 89-102.

Blasco, J. R., Llor, E. B., García, M., Sáez, M. C., & Sánchez, M. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Medicina*, 13(4), 258-267.

Boamah, S. A., Read, E. A. (2016). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *JAN*, 1182-1195.

Bradley, H. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency*, 15(3), 359–370. doi:10.1177/001112876901500307. S2CID 144032733.

Bratis, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., Zoumakis, E., & Ilias, I. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health*, 11(7), 72. doi:10.1186/1478-4491-7-72

Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W., & Buunk, B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873–880.

Bressó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo" Burnout"(III): Instrumento de medición. Nota Técnica de Prevención (NTP 732). Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Recuperado de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf

Brewer, E.W., Shapard, L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Hum Resour Dev Rev*, 3:102-23.

Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of Burnout. *Family & Community Health*, 6, 12–24.

Brondolo, E., Masheb, R., Stores, J., Stockhammer, T., Tunick, W., Melhado, E., & Contrada, R. J. (1998). Anger-Related Traits and Response to Interpersonal Conflict Among New York City Traffic Agents 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(22), 2089-2118.

Bruyneel, L., Thoelent, T., Adriaenssens, J. & Sermeus, W. (2017). Emergency room nurses' pathway to turnover intention: A moderated serial mediation analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 930–942.

Bum-Sung, C., Kim, J.S., Lee, D.W., Paik, J.W., Lee, B.C., Lee, J.W., et al. (2018) Factors associated with EE in South Korean nurses: a cross-sectional study. *Psychiatry Investigation*, 15(7), 670–676.

Burke, R. J. (1989). Toward a Phase Model of Burnout: Some conceptual and methodological concerns. *Group & Organization Management*, 14(1), 23–32. <https://doi.org/10.1177/105960118901400104>

Burke, R.J., y Richardsen, A.M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R.T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organizational Behaviour*. New York: Praeger.

Byrne, B.M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31(3), 645-673.

Cachá, A. A., Mellado, M. H., Hernández, T. B., Blanco, C. M. C., & 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.

Cahoon, A. R., & Roney, J. I. A. (1984). Managerial burnout: A comparison by sex and level of responsibility. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7(2), 249–263.

Cañadas-De la Fuente, G. A. (2012). Medida e Identificación de Factores de Riesgo de Padecimiento del Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería. Universidad Nacional de Educación a Distancia U.N.E.D.

Cañadas-De la Fuente, G.A., Albendín-García, L.R., Cañadas, G., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E. & de la Fuente-Solana, E.I. (2018) Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. *Emergencias*, 30, 328–331.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-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), 2102.

Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & de la Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44–52. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-articulo-evidencia-validez-factorial-del-maslach-X0120053414519837>

Cañadas-de la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas-De la Fuente, 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, 240–249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>

Cattell, R. B. (1943). The description of personality: basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(4), 476–506. <https://doi.org/10.1037/h0054116>

Catell, R.B. (1972). 16 PF, form A: Personality questionnaire published by TEA Ediciones S.A. Madrid, 1985. Spanish adaptation of Manual for the 16 PF (Sixteen Personality factors) by R.B. Catell. Institute for Personality and Ability Testing, Illinois, U.S.A.

Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The sixteen personality factor questionnaire (16PF). In G. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske, Eds.) *The SAGE handbook of personality theory and assessment; Vol 2 Personality measurement and testing* (pp. 135–178). Los Angeles, CA: Sage.

- Carver, C.S., Connor-Smith, J. (2010) Personality and coping. *Annu Rev Psychol*, 61:679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>.
- Castro-Sánchez, A. M., Rodríguez-Claro, M. L., Moreno-Lorenzo, C., Vicente-Martín, C., Arroyo-Morales, M., & Fernández-Fernández, M. J. (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1), 17–22. [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(06\)74017-2](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(06)74017-2)
- Chana, N., Kennedy, P. & Chessell, Z.L. (2015) Nursing staffs' emotional wellbeing and caring behaviours. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2835–2848.
- Chen, C., & Meier, S. T. (2021). Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 124, 104099. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104099
- Cheng, L., Yang, J., Li, M., & Wang, W. (2020). Mediating effect of coping style between empathy and burnout among Chinese nurses working in medical and surgical wards. *Nursing Open*, 7(6), 1936–1944. doi:10.1002/nop2.584
- Cherniss, C. (1980a). Professional burnout in human service organizations. NY: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human services. California, EEUU: Sage.
- 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. *J. Occup. Organ. Psychol.* 83 (1), 17–37.
- 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 Med*, 6, 3120.
- Comisión Europea, Public Health. (27 de agosto de 2023). Un enfoque global de la salud mental. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_es
- Constable, J. F. & Russel, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12(1), 20–26.
- Cook, J. & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfilment. *Journal of Occupational Psychology*, 53(1), 39–52.
- Costa, P.T.; McCrae, R.R. The Neo PI/FFI Manual Supplement, 1st ed.; Psychological Assessment Resources: Odessa, FL, USA, 1989.
- Costa, P.T.; McCrae, R.R. (2002). Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R). Manual (1st ed.). TEA Ediciones: Madrid, Spain.
- Corley, M.C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*, 4:280-5.

Correa-Correa, Z., Muñoz-Zambrano, I., & Chaparro, A. F. (2010). Síndrome de Burnout en docentes de dos universidades de Popayán. Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 589-598.

Chiller, P., & Crisp, B. R. (2012). Professional supervision: A workforce retention strategy for social work. *Australian Social Work*, 65(2), 232-242

Chlap, N. & Brown, R. (2022) Relationships between workplace characteristics, psychological stress, affective distress, burnout and empathy in lawyers. *International Journal of the Legal Profession*, 29:2, 159-180, DOI: 10.1080/09695958.2022.2032082

Cooper, A.L., Brown, J.A., Rees, C.S., Leslie, G.D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 553– 575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>

Costa, P.T.; McCrae, R.R. Neo personality inventory-revised (NEO PI-R). Odessa; 1992

Cunningham, W. G. (1982). Teacher burnout: Stylish fad or profound problem. *Planning and Changing*, 12, 219-244.

Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., Griffiths, P. Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* 2016, 57, 12–27.

Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M. & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources Health*, 18(1), 41.

Davey, A., Arcelus, J. & Munir, F. (2014). Work demands, social support, and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 60–68.

Davis, S., Lind, B. K. & Sorensen, C. (2013). Comparison of burnout among oncology nurses working in adult and paediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), E303–E311.

De la Fuente-Solana, E.I., Cañadas, G. R., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., & Ariza, T. (2019). An Explanatory Model of Potential Changes in Burnout Diagnosis According to Personality Factors in Oncology Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 312

De la Fuente-Solana, 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-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. *Eur J Oncol Nurs*, 30, 91–96. doi:10.1016/j.ejon.2017.08.004

De la Fuente-Solana, 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., Pradas-Hernández, L., Ramiro-Salmerón, A., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J.L., Albendín-García, L. et al. (2020) Burnout syndrome in paediatric oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 8, 309.

De la Fuente-Solana, E.I., Pradas-Hernández, L., González-Fernández, C.T., Velando-Soriano, A., Martos-Cabrera, M.B., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas-De la Fuente, G.A. (2021) Burnout Syndrome in Paediatric Nurses: A Multi-Centre Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 1;18(3):1324. doi: 10.3390/ijerph18031324.

De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Velando-Soriano, A., Cañadas-De la Fuente, G. R., Herrera-Cabrerizo, B., & Albendín-García, L. (2021). Predictors of burnout of health professionals in the departments of maternity and gynaecology, and its association with personality factors: A multicentre study. *J Clin Nurs*, 30(1–2), 207–216. doi:10.1111/jocn.15541

Díaz-Ibáñez, B., Vásquez-Méndez, O.A., Martínez-Aragón, R., Clara-Santos, Y. & Hernández-Arzola, L.I. (2015) El síndrome de burnout en enfermería: una barrera para el cuidado de calidad. *Salud y Administración*, 2(5), 51–54.

Dordunoo, D., An, M., Chu, M.S., Yeun, E.J., Hwang, Y.Y., Kim, M., et al. (2021) The impact of practice environment and resilience on burnout among clinical nurses in a tertiary hospital setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2500.

Downey, E., Fokeladeh, H.S., Catton, H. (2023) What the COVID-19 pandemic has exposed: the findings of five global health workforce professions. *Human Resources for Health Observer Series*, 28. World Health Organization.

Eagar, S. C. (2003). Emergency nurses stress support and Burnout (Tesis Doctoral). Universidad del Oeste de Sydney, Sidney, Australia.

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.

Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, 23(4), 25–31.

Farber, B. A. (1991). Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher. Jossey-Bass.

Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of *teacher burnout*. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 675–689. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200005\)56:5<675::AID-JCLP8>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200005)56:5<675::AID-JCLP8>3.0.CO;2-D)

- 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.
- Ferry, A.V., Wereski, R., Strachan, F.E. & Mills, N.L. (2021). Predictors of UK healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 114(6), 374–380.
- Figuereido-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., & García-Jueas, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería [Burnout and job satisfaction among nursing professionals]. *Psicothema*, 24(2), 271-276.
- Fitzpatrick, B., Bloore, K., Blake, N. (2019) Joy in Work and Reducing Nurse Burnout: From Triple Aim to Quadruple Aim. *AACN Adv Crit Care*, 30 (2): 185–188. doi: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019833>
- Ford, D.L., Murphy, D.J. y 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, 995-1006.
- Fornés-Vives, J., García-Banda, G., Frias-Navarro, D., & Pascual-Soler, M. (2019). Longitudinal study predicting burnout in Spanish nurses: The role of neuroticism and emotional coping. *Personality and Individual Differences*, 138, 286–291. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.014>
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J.A.A., Furness, T., et al. (2019). Resilience and mental health nursing: an integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs*, 28:71–85.
- Foster, K., Shochet, I., Wurfl, A., Roche, M., Maybery, D., Shakespeare, J., et al. (2018). On PAR: a feasibility study of the promoting adult resilience programme with mental health nurses. *Information and Management*, 27, 1470–1480.
- Fradelos, E., Mpelegrinos, S., Mparo, C., Vassilopoulou, C., Argyrou, P., Tsironi, M. et al. (2014). Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. *Progress in Health Sciences*, 4(1), 102–108.
- Freimann, T., & Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(5), 447-452. doi:10.1177/1403494815579477
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(159–165).
- Freudenberger, H.J. (1977). Burn-out: The organizational menace. *Training and development journal*.
- Freudenberger, H.J. Staff-Burnout syndrome in alternative institutions. *Psychol Psychother* 1974, 12, 73-82.

- Friedman, I. A. (1995). Student behavior patterns contributing to teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, 88(5), 281-289.
- Galanis, P., Vraika, I., Frangkou, D., Bilali, A., Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 77(8):3286-3302. doi: 10.1111/jan.14839.
- Gama, G.; Barbosa, F.; Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *Eur. J. Cancer Care*, 18, 527–533.
- Gamarra, M. M., Jiménez, B. M., & Puig, R. F. (2009). Calidad de vida del profesorado universitario: el desgaste profesional. (Propuesta metodológica y resultados). *Acciones e Investigaciones Sociales*, 27(1), 131-169.
- 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, M. (1998). Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Atención Primaria*, 22(9), 585–595. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-una-nada-inocente-14974>
- García, M., Meseguer de Pedro, M., Ríos, M. & Soler, M. (2018) Resilience as a moderator of psychological health in situations of chronic stress (burnout) in a sample of hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 228–236.
- 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., & Ríos Rísquez, M. (2012). The relationship between psychosocial job stress and Burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nursing Outlook*, 60(5), 322-329. doi:10.1016/j.outlook.2012.02.002
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. & Martínez-Zaragoza, F. (2016). Relationship between job demand and burnout in nurses: Does it depend on work engagement? *Journal of Nursing Management*, 24(6), 780–788.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B. & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205–215.
- Gaspar, P.J.B. (2014) Estudio del síndrome de burnout en los bomberos voluntarios portugueses. Tesis doctoral. Universidad de León.
- Gensimore, M. M., Maduro, R. S., Morgan, M. K., McGee, G. W., & Zimbardo, K. S. (2020). The effect of nurse practice environment on retention and quality of care via burnout, work characteristics, and resilience: a moderated mediation model. *J Nurs Adm*, 50(10), 546–553. doi:10.1097/NNA.0000000000000932

- Geuens, N., Van Bogaert, P., Franck, E. (2017). Vulnerability to burnout within the nursing workforce-The role of personality and interpersonal behaviour. *J. Clin. Nurs.*, 26, 4622–4633
- Gil-Monte, P., Peiró, J., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models os stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 4(January), 165–179.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261–268.
- Gil-Monte, P. R. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Seminário Internacional Sobre Estresse e Burnout.
- Gil-monte, P. R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 19(2), 181–197.
- Gil-Monte, P. R. (2011; 2019). CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual. Madrid: TEA Ediciones. (ISBN: 978-84-15262-16-9).
- Gilmour, D. (2010) Perioperative care. Nursing the surgical patient (3rd ed.). Baillière Tindal: UK.
- Gold, Y., Roth, R. A., Wright, C. R., Michael, W. B., y Chen, C. Y. (1992). The factorial validity of a teacher burnout measure (educators' survey) administered to a sample of beginning teachers in elementary and secondary schools in California. *Educational and Psychological Measurement, Inc.*, Vol. 53, pp. 761-768.
- Golembiewski, R. T. (1966). Global Burnout: A Worldwide Pandemic Explored by the Phase Model. (Jai Press (ed.)).
- Golembiewski, R., Boudreau, R., Goto, K. y Murai, T. (1993). Transnational perspective on job burnout: Replication of phase model results among japanese respondents. *International Journal of Organizational Analysis*, 1, 7-27.
- Golembiewski RT, Munzenrider R. (1988). Phases of Burnout: Developments in Concepts and Applications, (1st ed.). Praeger: Westport, CT, USA
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Carter, D. (1983). Phases of Progressive Burnout and Their Work Site Covariants: Critical Issues in OD Research and Praxis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461–481. doi:10.1177/002188638301900408
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). Stress in organizations, toward a phase model of burnout. Praeger.
- Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Ramírez-Baena, L., Membrive-Jiménez, M.J., Suleiman-Martos, N. (2020). Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 7672. doi:10.3390/ijerph17207672

Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L. & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104–E120.

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-analytic study. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1-e9. doi: 10.4037/ccn2017508

Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Risk factors and burnout levels in primary care nurses: a systematic review. *Atención Primaria*, 49(2), 77-85. doi:10.1016/j.aprim.2016.05.004

Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Res Nurs Health*, 40(2), 99-110. doi:10.1002/nur.21774

Gómez-Urquiza, J.L., Velando-Soriano, A., Martos-Cabrera, M.B., Cañadas, G.R., Albendín-García, L., Cañadas-de la Fuente, G.A., Aguayo-Estremera, R. (2023). Evolution and Treatment of Academic Burnout in Nursing Students: A Systematic Review. *Healthcare*, 11(8): 1081; doi: 10.3390/healthcare11081081

Goodger, K., Gorely, T., Lavallee, D., & Harwood, C. (2007). Burnout in sport: A systematic review. *The Sport Psychologist*, 21(2), 127–151. <https://doi.org/10.1123/tsp.21.2.127>

Goong, H., Xu, L. & Li, C. Y. (2016). Effects of work-family-school role conflicts and role-related social support on burnout in registered nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2762–2772.

Gosseries, O., Demertzi, A., Ledoux, D., Bruno, M.A., Vanhauzenhuyse, A., Thibaut, A., et al. (2012). Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Inj.* 26 (12), 1493–1499.

Green, G. (1961). A burn out case (Sur (ed.); 1st ed.).

Guerrero, E. (1999). Un estudio sobre absentismo laboral y ciclo de estrés. *Campo Abierto*, 15, 44-54.

Guo, Y-F., Luo, Y.H., Lam, L., Cross, W., Plummer, V. & Zhang, J.P. (2017) Burnout and its association with resilience in nurses: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 441–449.

Guo, Y-F., Plummer, V., Lam, L., Wang, Y., Cross, W. & Zhang, J. (2018) The effects of resilience and turnover intention on nurses' burnout: findings from a comparative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 499–508.

Guo, W., Zhou, L., Song, L., Zhang, G., Zhong, M., Sun, C. (2021). Hemodialysis nurse burnout in 31 provinces in mainland China: Across-sectional survey. *Hemodial International*. <https://doi.org/10.1111/hdi.12926>

Haldane, A.G. & Rebolledo, I. (2022). Health is wealth? Strengthening the UK's immune system. The Health Foundation- Recuperado el 19 de junio de 2023 [https://www.innova.euskadi.eus/contenidos/noticia/not_sosa_lasaludcomopalanca/es_def/Health-is-wealth WEB.pdf](https://www.innova.euskadi.eus/contenidos/noticia/not_sosa_lasaludcomopalanca/es_def/Health-is-wealth_WEB.pdf)

Hamaideh, S. H. (2011). Burnout, social support and job satisfaction among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(4), 234–242.

Hazell, K.W. (2010). Job Stress, Job Satisfaction, and Intention to Leave among Registered Nurses Employed in Hospital Settings in the State of Florida. Ph.D. Thesis, University of Florida, Gainesville, FL, USA, 2010. Available online: <http://gradworks.umi.com/34/06/3406218.html> (accessed on 7 April 2023).

Hiscott, R. & Connop, P. J. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81(6), 422–426.

Hodkinson, A., Peters, D., Panagioti, M., Pifarre, J. and Yuguero, O. (2023) Editorial: The public health problem of burnout in health professionals. *Front. Public Health* 11:1173312. doi: 10.3389/fpubh.2023.1173312

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A. & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427.

House, J. S. & Wells, J. A. (1978). Occupational stress, social support, and health. In: G. Mclean, G. Black & M. Colligan (Eds), *Reducing occupational stress* (pp. 8–29). Washington, DC: Department of Health, Education, and Welfare.

Howick, J. (2016) The Oxford 2011 levels of evidence. Centre for Evidence-Based Medicine, 5.

Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., et al. (2020) Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: a large-scale cross-sectional study. *E Clinical Medicine*, 24, 100424.

Huang, H. Y., Wu, K. S., Wang, M. L. & Tang, P. S. (2015). Moderating the effect of supervisor support on work-to-family conflict and burnout relationship. *Studies on Ethno-Medicine*, 9(2), 263–278.

Huan-Fang, L & Ying-Ju, C. (2022). The Effects of Work Satisfaction and Work Flexibility on Burnout in Nurses. *Journal of Nursing Research*, 30(6), e240. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000522

Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, D.M., Henley, D.J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of Burnout, Depression, Anxiety and Stress and Associated Predictors. *Midwifery*, 79, 102526

Hurtado, P. M., & Larraín, A. I. (2015). La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan*, 15(1), 1.

Hylton, C., Swoboda, S. & Reller, N. (2021) Mindful ethical practice and resilience academy: equipping nurses to address ethical challenges. *American Journal of Critical Care*, 30(1), e1-e11.

Ilhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey KAISA. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100-106.

Innstrand, S. T. (2022). Burnout among health care professionals during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18) doi:10.3390/ijerph191811807

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2022). *Síndrome de desgaste profesional (burnout) como un problema relacionado con el trabajo*. Website. <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout> Accessed June 13, 2023

Institute for Health care Improvement. Triple Aim for populations. Institute for Healthcare Improvement. Website. <https://www.ihl.org/Topics/TripleAim/Pages/Overview.aspx> Accessed August 02, 2023.

Ivancevich, E. (1988). Toward understanding and alleviating teacher burnout. *Theory Practice*, 22 (1), 27-32.

Jackson, S.E., Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. New York: Prentice-Hall Press; 1982.

Jamebozorgi, M.H., Karamoozian, A., Bardsiri, T.I., & Sheikhbardsiri H. (2022). Nurses' burnout, resilience, and its association with socio-demographic factors during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 803506.

Jenkins, R. & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout, and social support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622–631.

Jitender, J., Biswas, P.S., Kapoor, M., Amandeep, P., Meena, A., Fani, H., Pradip, K. (2021). Comparative study of the mental health impact of the COVID-19 pandemic on health care professionals in India. *Future Microbiology*, 16(16): 1267-1276. doi 10.2217/fmb-2021-0084

Johnson, J.A., Ostendorf, F. (1993). Clarification of the five-factor model with the Abridged Big Five-Dimensional Circumplex. *J Pers Soc Psychol*, 65: 563–76. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.3.563>.

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, 46-53. doi:10.1002/pon.2055.

Jose, S., Dhandapani, M. & Ciriac, MC. (2020) Burnout and resilience among frontline nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in the emergency department of a tertiary care center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(11), 1081–1088.

Jun, J., Ojemeni, M.M., Kalamani, R., Tong, J. & Crecelius, M.L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933

Kacem, I., Kahloul, M., El Arem, S., Ayachi, S., Hafsia, M., Maoua, M., Ben Othmane, M., El Maalel, P., Hmida, W., Bouallague, O., Ben Abdesslem, K., Naija, W., Mrizek, N. (2020) Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff, *Libyan Journal of Medicine*, 15:1, 1768024, DOI: 10.1080/19932820.2020.1768024

Kanai-Pak M., Aiken L., Sloane D. & Lusine P. (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.

Kavurmaci, M., Cantekin, I., & Tan, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal Failure*, 36(7), 1038-1042.

Kelly, L.A., Gee, P.M. & Butler, R.J. (2020) Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nursing Outlook*, 000, 1–7.

Kiekkas, P., Spyrtos, F., Lampa, E., Aretha, D., Sakellaropoulos, G.C. (2010). Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthop. Nurs*, 29, 203–209.

Kitaoka, K. & Masuda, S. (2013). Academic report on burnout among Japanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 273–279.

Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., Kido, T. y Higashiyama, M. (2004). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Stress and Health*, 20, 255–260.

Kırs, A. (2014). Marital status differences in burnout among educational stakeholders: A meta-analysis. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 543-558.

Koivula, M., Paunonen, M., Laippala, P. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *J Nurs Manage*, 8:149-58.

Kremer, L., & Hofman, J. E. (1985). Teachers' professional identity and burn-out. *Research in Education*, 34(1), 89-95.

Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19: 192-207.

Ksiazek, I., Tomasz, J.S., Stadnyk, M., Ksiazek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 347e350.

Kunzler, A.M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., et al. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, CD012527.

Kurihara, H., Marrano, E., Ceolin, M., Chiara, O., Faccincani, R., Bisagni, P., Fattori, L., Zago, M., Spota, A., Carlucci, M., Pascucci, F., Armao, F. T., Longhi, M., Masutti, M., Ludovica-Gibelli, M. M., Mariani, D., Castoldi, L., Danelli, P., Guerci, C., Mariani, N. (2021). Impact of lockdown on emergency general surgery during first 2020 COVID-19 outbreak. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 47(3), 677-682. doi:10.1007/s00068-021-01691-3

Kutlururkan, S., Sozeri, E., Uysal, N. & Bay, F. (2016). Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Annals of General Psychiatry*, 15(33), 1–9.

Kwiatosz-Muc, M., Kotus, M., Aftyka, A. (2021). Personality Traits and the Sense of Self-Efficacy among Nurse Anaesthetists. Multi-Centre Questionnaire Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 9381. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179381>

Lasebikan, V.O., Oyetunde, M.O. (2012). Burnout among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors. *ISRN Nurs*, 2012:402157. doi: 10.5402/2012/402157.

Lee, V. & Henderson, M. C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. *The Journal of Nursing Administration*, 26(5), 21–28.

Leiter, M. P. (1989). Conceptual Implications of Two Models of Burnout: A response to golembiewski. *Group & Organization Management*, 14(1), 15–22. <https://doi.org/10.1177/105960118901400103>

Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In Taylor & Francis (Eds.), In W. Schaufeli, C. Maslach, Marek, T. (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 237–250).

Leiter, M. P. (1988). Commitment as a function of stress reaction among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(1), 117–133.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1986). Job Stress and Social Involvement Among Nurses. Paper presented at the Annual Conference of the International Network for Social Network Analysis, Santa Barbara, CA.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>

Leiter, M.P. (1991a). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12(2): 123-144.

Leiter, M.P. (1991b). The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*, 32(4), 547-558.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, número 294, (6 de diciembre de 2018).

Li, C., Wang, C. K. J., Pyun, D. Y., & Kee, Y. H. (2013). Burnout and its relations with basic psychological needs and motivation among athletes: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(5), 692–700. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.04.009>

Li, X., Jiang, T., Sun, J., Shi, L., & Liu, J. (2021). The relationship between occupational stress, job burnout and quality of life among surgical nurses in Xinjiang, China. *BMC Nursing*, 20(1), 1–11. doi:10.1186/s12912-021-00703-2

Lin, F., St. John, W., & McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 294-301.

Lin, L.-C., Huang, Y.-C., Carter, P., & Zuniga, J. (2021). Resilience among nurses in long term care and rehabilitation settings. *Applied Nursing Research*, 62, 395. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151518>

Liu, Y., While, A., Li, S. & Ye, W. (2015). Job satisfaction and work related variables in Chinese cardiac critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 23(4), 487–497.

Locke, E.A. (1976) The Nature and Causes of Job Satisfaction. In: Dunnette, M.D., Ed., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 1, 1297-1343.

López-Araújo, B., Osca-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. *Int J Mental Health Nurs*, 28, 1035-1044.

Lorenz, V. R., Benatti, M. 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.

Lozano-Fernández, L. M., Cañadas de la Fuente, G. a, Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suárez, J., Vargas, C., San Luis Costas, C., Sánchez, V., Martín Puga, M. E., Pérez Sánchez, B., Alvarez, J., García Cueto, E., & Fuente, E. D. La. (2007). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36(1–2), 79–88. http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2856102%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2856102&orden=0

Lozano, L.; García-Cueto, E.; Lozano, L.M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*, (1st ed.). TEA Ediciones: Madrid, Spain.

- Lozano, M.L., Cañadas-De la Fuente, G.A., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G.C., Suárez, J. ... & De la Fuente, E. I. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36(1), 79-88.
- Magtibay, D., Chesak, S., Kevin, C. & Sood, A. (2017). Efficacy of blended learning with stress management and resilience training program. *Journal of Nursing Administration*, 47(7/8), 391–395.
- Majrabi, M., Hasan, A. & Aslasmee, N. (2016). Nurses' burnout, resilience and its association with safety culture: a cross-sectional study. *Open Journal of Nursing*, 12, 70–102.
- Manassero, M. A., García, E., Vázquez, A., Ferrer, V.A., Ramis, C., y Gili, M. (2000). Análisis causal del burnout en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 173-195.
- Manomenidis, G., Panagopoulou, E. & Montgomery, A. (2018). Resilience in nursing: the role of internal and external factors. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 172–178.
- Manzini JL. (2000) Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6, 321-334.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1–39. <https://doi.org/10.17238/issn2227-6564.2016.2.149>
- Maslach, C. (1976). Burned-Out. *Human Behavior*.
- Maslach, C.; Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. (1st ed.). Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, USA.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual* (C. C. P. P. Palo Alto (ed.); 3rd ed., Issue June 2015).
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 397–422. [doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Staff Burn-out. In *Journal for Healthcare Quality* (Vol. 4, Issue 4). <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.1982.tb00486.x>
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory; Manual Research Edition*. (C. C. P. P. Palo Alto (ed.)).
- Mauno, S. & Ruokolainen, M. (2017). Does organizational workfamily support benefit temporary and permanent employees equally in a work-family conflict situation in relation to

job satisfaction and emotional energy at work and at home? *Journal of Family Issues*, 38(1), 124–148.

McCrae, R.R., Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol*, 52:81–90. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81>.

McCrae, R.R., Costa, P.T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol*, 52:509–16. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>.

McEwen, B. S., & Ph, D. (2000). Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22(2), 108–124. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(99\)00129-3](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(99)00129-3)

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2020). Case for hospital nurse-to-patient ratio legislation in Queensland, Australia, hospitals: an observational study. *BMJ Open*, 10(9), e036264. doi:10.1136/bmjopen-2019-036264

McManus, I.C., Jonvik, H., Richards, P., Paice, E. (2011). Vocation and avocation: leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Med.* 9, 100.

Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292–299.

Meeusen, V., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A., & Knape, H. (2010). Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among dutch nurses anaesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(5), 616-621. doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02213.x

Meier, S.T. (1983). Towards a theory of burnout. *Human Relations*, 36, 899-910.

Melchior, M. E., Van den Berg, A. A., Halfens, R., Huyer Abu-Saad, H., Philipsen, H. & Gassman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 158–164.

Melita, A., Cruz, M., & Merino, J. M. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75-85

Melnyk, B.M. (2020). Burnout, depression and suicide in nurses/clinicians and learners: An urgent call for action to enhance professional well-being and healthcare safety. *Worldviews Evid. Based Nurs.*, 17, 2–5.

Membrive-Jiménez, M. J., Gomez-Urquiza, J. L., Suleiman-Martos, N., Monsalve-Reyes, C., Romero-Béjar, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., De la Fuente-Solana, E. I. (2022). Explanatory Models of Burnout Diagnosis Based on Personality Factors and Depression in Managing Nurses. *J. Pers. Med.*, 12, 438. <https://doi.org/10.3390/jpm12030438>

Membrive-Jiménez, M.J., Pradas-Hernández, L., Suleiman-Martos, N., Vargas-Román, K., Cañadas-De la Fuente, G.A., Gomez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I. (2020) Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Related Factors, Levels and Prevalence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 4;17(11):3983. doi: 10.3390/ijerph17113983.

Méndez Venegas, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de “burnout.” *Acta Pediatría Mexico*, 25(5), 299–302.

Meng, H., Bai, S., Cao, Q. (2021). Risk factors of role stress and professional burnout among nurse anesthetists :A multicenter cross-sectional study. *Jpn J Nurs Sci*, e12413. <https://doi.org/10.1111/jjns.12413>

Mingote-Adán, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC: Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 5(8), 493–503.

Mitchell, J. E. (2009). Job satisfaction and burnout among foreigntrained nurses in Saudi Arabia: a mixed method study (Tesis Doctoral). Universidad de Phoenix, Phoenix, EEUU.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M. et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. Retrieved from <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1>.

Molassiotis, A. & Haberman, M. (1996). Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. *Cancer Nursing*, 19 (5), 360–367.

Molina-Praena, J., Ramirez-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. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15(12). doi:10.3390/ijerph15122800

Molinero-Ruiz, E., Basart-Gómez-Quintero, H., & Moncada-Lluis, S. (2013). Fiabilidad y validez del Copenhagen Burnout Inventory para su uso en España. *Sociologías*, 165–179.

Montejo-Marín, E. (2014). El síndrome del burnout en el profesorado de la ESO. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Fundación Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=97661>

Moon, Y. & Shin, SY. (2018). Moderating effects of resilience on the relationship between emotional labor and burnout in care workers. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(10), 30–39.

Moreno, A. (2007). Burnout: Identification, prevention and mediation in precipitating factors. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10, 36–79 in Spanish.

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*, 13(1), 185-207.

Moreno, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., & Morante, M. E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. In E. E. Zaragoza (Ed.), *“Quemarse en el trabajo” (Burnout)* (pp. 161–183).

Moreno-Jiménez, B., González, J. L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste Profesional (burnout). Personalidad y Salud percibida [Professional exhaustion (burnout). Personality and perceived health.]. In: J. Buendía & F. Ramos (Eds), Empleo, Salud y Estrés (pp. 56–89). Madrid, Spain: Pirámide.

Mousavi-Asl, E. M., Behrouzian, F., & Rostami, H. (2021). The psychometric properties of the persian version of the COVID-19 burnout scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(4) doi:10.5812/ijpbs.112423

Muñoz, J. (2017). Analysis of impact of the economic crisis on the syndrome of burnout and resilience in nursing. *Enfermería Global*, 16, 315–335.

Murat, Y., Farzana, A. (2023). Fear of COVID-19, Coronavirus Anxiety, COVID-19 Burnout, and Resilience: Examining Psychometric Properties of COVID-19 Burnout Scale in Urdu. *J Asian Afr Stud*. doi: 10.1177/00219096231153161

Nathan, R., Brown, A., Redhead, K., Holt, G., & Hill, J. (2007). Staff responses to the therapeutic environment: A prospective study comparing burnout among nurses working on male and female wards in a medium secure unit. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(3), 342-352.

Nicholson, R. M., Leiter, M. P. & Laschinger, H. K. (2014). Predicting cynicism as a function of trust and civility: A longitudinal analysis. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 974–983.

Nishimura, Y., Miyoshi, T., Sato, A., Hasegawa, K., Hagiya, H., Kosaki, Y., & Otsuka, F. (2021). Burnout of healthcare workers amid the covid-19 pandemic: A follow-up study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(21) doi:10.3390/ijerph182111581

Norbeck, J. S., Lindsey, A. M. & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264–269.

Nundy, S., Cooper, L.A., Mate, K.S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, 327(6):521–522. doi:10.1001/jama.2021.25181

OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). The Oxford levels of evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Retrieved from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.

Olivares Faúndez, V., & Gil-Monte, P. R. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Cienc Trab.*, 11(3), 160–167.

Oliveira, E. G., Garcia, P. C., Citolino Filho, C. M., & de Souza Nogueira, L. (2019). The influence of delayed admission to intensive care unit on mortality and nursing workload: a cohort study. *Nursing Crit Care*, 24(6), 381–386. doi:10.1111/nicc.12402

Organización Mundial de la Salud. (2023) ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version 01/2023. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
[Acceso 15/04/2023](https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281)

Organización Mundial de la Salud. (2022). La OMS y la OIT piden nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2022-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1 de octubre de 2018). Nuevos datos revelan que en el mundo uno de cada tres adolescentes sufre acoso escolar. <https://es.unesco.org/news/nuevos-datos-revelan-que-mundo-cada-tres-adolescentes-sufre-acoso-escolar>

Organización Internacional del Trabajo. (2010). Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. Disponible en: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_124341/lang--es/index.htm

Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendín-García, L. & Gómez-Urquiza, J. L. (2020) Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Sustainability* 12, 72.

Ortega-Ruiz, C., & López-Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffman, T.C., Mulrow, C.D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10, 89.

Patrão, C. Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos [Burnout in Palliative Care Nurses]. Ph.D. Thesis, Instituto Politécnico da Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal, 2012. Available online: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1805> (accessed on 7 April 2023).

Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Eudema.

Pérez-Fuentes, M., Molero-Jurado, M., Martos-Martínez, Á., Gázquez-Linares, J. (2018). New Burnout Evaluation Model Based on the Brief Burnout Questionnaire: Psychometric Properties for Nursing. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15, 2718.

Phillips, C. (2020). Relationships between workload perception, burnout, and intent to leave among medical-surgical nurses. *Int J Evid Based Healthc*, (18(2), 265–273. doi:10.1097/XEB.0000000000000220

Pines, A; Kafry, D. (1978). *Occupational tedium in the social services*. 23(6), 499–507.

Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press

Pines, A., & Aronson, E. (1988). Burnout Measure.

Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 33–51). Taylor & Francis.

Pisanti, R., Van Der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., & Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/wellbeing among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 829837. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.12.006

Poulsen, A., Khan, A., Meredith, P., Henderson, J., & Castrisos, V. (2012). Work-life factors and cardiovascular disease in paediatric occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 237-243.

Prasad, K., McLoughlin, C., Stillman, M., Poplau, S., Goelz, E., Taylor, S., et al. (2021). Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey study. *E Clinical Medicine*, 35, 100879.

Prochnow, J. A., McGill, R. L., Pesut, D. J., Gordon, D., Deno, F. E., & Becknell, M. D. (2021). Challenges and choices: Insights derived from a survey of nurse leader burnout. *Nursing Management*, 52(10), 32–40. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1097/01.NUMA.0000792012.90700.f2>

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(1), 269288.

Pudner, R. Nursing the surgical patient, 3rd ed. Baillière Tindall: UK, 2010.

Purvanova, 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

Purvis, T.E. & Saylor, D. (2019). Burnout and resilience among neurosciences critical care unit staff. *Neurocritical Care*, 31, 406–410.

Queiros, C., Carlotto, M.S., Kaiseler, M., Dias, S., Pereira, A.M. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25:330–335. 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.L., Cañadas-De la Fuente, G.R., de la Fuente-Solana, E.I., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2019). A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurses. *Journal of Clinical Medicine*, 8.

- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J.L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J.L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-de la Fuente, G.A., Albéndín-García, L. (2021). Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int.J. Environ. Res. Public Health*, 18, 11432.
- Rasal-Balleste, M., Miñana-Barrios, M., Jiménez-Salas, B., Gran-Ubeira, N., Ruiz-Frontera, M., Redondo-Trasobares, B., Calvo-Tapies, J.R. (2020). La enfermería en el quirófano, funciones y cuidados para garantizar la seguridad del paciente. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, XV(16), 853.
- Rees, C.S., Eley, R., Osseiran-Moisson, R., Francis, K., Cusack, L., Heritage, B. & Hegney, D. (2019). Individual and environmental determinants of burnout among nurses. *Journal of Health Services Research and Policy*, 24(3), 191–200.
- 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.
- Rivas, N., López, M., Castro, M.-J., Luis-Vian, S., Fernández-Castro, M., Cao, M.-J., García, S., Velasco-Gonzalez, V. & Jiménez, J.-M. (2021). Analysis of burnout syndrome and resilience in nurses throughout the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 10470.
- Rodríguez, A. L., & Cañón, W. (2015). Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 879-881.
- Rodríguez-Carvajal, R., & Rivas-Hermosilla, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57, 72–88. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000500006>
- Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E., Álvarez, E., Coca, A., et al. (2019). Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: prediction from resilience and coping styles. *Australian Critical Care*, 32, 46–53.
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G.P.J., De Bruin, M.B.N. y Schmidt, A.J.M. (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, 17-25.
- Rubio, J. C. (2002). Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en Orientadores de Institutos de Enseñanza Secundaria (I.E.S.) (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España.
- Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(4), 1253. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041253>

Rushton, C.H., Batcheller, J., Schroeder, K.&Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practising in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420.

Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A.R., Toobaee, S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55, 62–67.

Salgado, A., Yela, B., Quevedo, M. P., Delgado, C. Fuentes, J. M., Sánchez A., Sánchez, T., y Velasco, C. (1997). El Síndrome de Burnout: estudio empírico en profesores de enseñanza primaria. *IberPsicología*, 2 (1), 1-19.

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., & Mesas, A. E. (2017). Physical , psychological and occupational consequences of job burnout : A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In *The Handbook of Work and Health Psychology: Second Edition* (Issue 1969). <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>

Schaufeli, W. B., & 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. <https://doi.org/10.1080/10615800701217878>

Schaufeli, W. B., Salanova, M., Bakker, A. B., & Gonzales-Roma, V. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A two sample confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(1), 204-220. doi:10.1108/13620430910966406.

Se-Jin, J. & Doonam, O. (2016). Relationships between nurses' resilience, emotional labor, turnover intention, job involvement, organizational commitment and burnout. *Indian Journal of Science and Technology* 9(46):1–5.

Seidman, S. A., & Zager, J. (1986-1987). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11(1), 26–33.

Seisedos, N. (1997). *MBI Inventario Burnout Maslach*. Madrid, España: TEA ediciones.

Shah, M.K., Gandrakota, N., Cimiotti, J.P., Ghose, N., Moore, M., Ali, M.K. (2021). Prevalence of and Factors Associated with Nurse Burnout in the US. *JAMA Netw Open*. 4(2), e2036469.

Shaikh, C. F., Palmer Kelly, E., Paro, A., Cloyd, J., Ejaz, A., Beal, E. W., & Pawlik, T. M. (2022). Burnout assessment among surgeons and surgical trainees during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Surgical Education*, 79(5), 1206-1220. doi:10.1016/j.jsurg.2022.04.015

- Shin, W.Y., Kim, M.G. & Kim, J.H. (2009). Developing measures of resilience for Korean adolescents and testing cross, convergent, and discriminant validity. *Korea Adolescent Policy Research*, 20(4), 105–31.
- Shirey, M. R. (2004). Social support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economics*, 22(6), 313–319.
- Shirom, A. (n.d.). Burnout in work organizations. In C. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25–48). Wiley.
- Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018) Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 31;14:132-142. doi: 10.2174/1745017901814010132.
- Silverstein, R. (1986). How experienced psychotherapists cope with burnout at a state mental hospital. Folleto informativo. Carbondale: South Illinois University.
- Ślusarz, R., Filipka, K., Jabłońska, R., Królikowska, A., Szewczyk, M. T., Wiśniewski, A., & Biercewicz, M. (2022). Analysis of job burnout, satisfaction and work-related depression among neurological and neurosurgical nurses in Poland: A cross-sectional and multicentre study. *Nursing Open*, 9(2), 1228–1240. doi:10.1002/nop2.1164
- 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.
- Sorli-Latorre, D., Sorli-Latorre, P., García-Hernández, L., Casamián-Cabero, M., Pérez-Torrero, C., Esteban-López, B., Ferrer-Sánchez, P. (2021). El papel de la enfermería en el quirófano: una perspectiva para principiantes. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, XVI(8), 443.
- Spence-Laschinger, H. & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36 (5), 259–267.
- Stechmiller, J.K., Yarandi, H.N. (1993). Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart Lung*, 22:534-41.
- Strobe Statement, 2007. STROBE Statement. [online] STROBE Statement. Available at: <http://www.strobestatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf> [Accessed 28 November 2021].
- Sukut, O., Sahin-Bayindir, G., Ayhan-Balik, CH. & Albal, E. (2022). Professional quality of life and psychological resilience among psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58, 330–338.
- Sundin, L., Hochwälder, J. & Lisspers, J. (2011). A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work*, 38(4), 389–400.

Sung, S., Kwon, J.W., Kim, J.E., Lee, Y.J., Lee, S.B., Lee, S.K., Moon, S.H., Lee, B.H. (2022). Real-Time Stress Analysis Affecting Nurse during Elective Spinal Surgery Using a Wearable Device. *Brain Sci.*, 12(7): 909. doi: 10.3390/brainsci12070909

Taris, T.W., Le Blanc, P.M., Schaufeli, W.B., y Schreurs, P.J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 241-258.

Terol, M. C., López, S., Neipp, M. C., Rodríguez, J., Pastor, M. A. & Martín-Aragón, M. T. (2004). Social support and evaluation instruments: Review and taxonomy. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23–45 (in Spanish).

Thomas, L.J. & Revel, S.H. (2016). Resilience in nursing students: an integrative review. *Nurse Education Today*, 36, 457–462.

Torrades, S. (2007). Estrés y burn out. Definición y prevención. *Offarm*, 26(10), 104–107. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>

Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A. & van Merode, G. G. (2002). Work organization, work characteristics, and their psychological effects on nurses in The Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9(3), 183–206.

Vahedian-Azimi, A., Hajjesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., & Miller, A. C. (2019). Effects of stress on critical care nurses: a national cross-sectional study. *J Intensive Care Med*, 34(4), 311–322. doi:10.1177/0885066617696853

Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A. et al. (2016). Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 64 (6), 542–556.

Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & Fuente, E. I. De. (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. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70034-1](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70034-1)

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. *Jpn J Nurs Sci*, 1-10. DOI: 10.1111/jjns.12269

Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344–349.

Waterworth, S., Grace, A.M. (2021). Resilience and Burnout in Pediatric Nurses in a Tertiary Children's Hospital. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* 46(3):p 168-173. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000713

- Wei, H., Roberts, P., Strickler, J. & Corbett, R.W. (2019). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 681–687.
- West, C.P., Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.*, 283(6):516-529. doi: 10.1111/joim.12752.
- Whitebird, R. R., Asche, S. E., Thompson, G. L., Rossom, R. & Heinrich, R. (2013). Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. *Journal of Palliative Medicine*, 16(12), 1534–1539.
- Woo, T., Ho, R., Tang, A. & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20.
- Wood, A. E., Prins, A., Bush, N. E., Hsia, J. F., Bourn, L. E., Earley, M. D., et al. (2017). Reduction of burnout in mental health care providers using the Provider Resiliencemobile application. *Community Mental Health Journal*, 53(4), 452–459
- Woodhead, E. L., Northrop, L. & Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), 84–105.
- World Health Organisation. (2016). Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. (Human Resources for Health Observer, vol.17 Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/250330>
- World Health Organization. (20 May 2022) Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Accessed 24 May 2022 at <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013, 310, 2191–2194.
- Worley, J. A., Vassar, M., Wheeler, D. L. y Barnes, L. L. B. (2008). Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory: A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educational and Psychological Measurement*, 68, 797-823. doi: 10.1177/0013164408315268
- Yan, G., Liu, J., Liu, L., Wu, X., Ding, S. & Xie, J. (2018). Burnout and resilience among transplant nurses in 22 hospitals in China. *Transplantation Proceedings*, 50, 2905–2910.
- Zahednezhad, H., Zareiyan, A. & Balaye, SZ. (2021). Relationship between quality of work-life, resilience and burnout among nursing professionals during COVID-19 pandemic in Iran: a cross-sectional study. *Belitung Nursing Journal*, 7(6), 508–515.
- Zangaro, G. A. & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458.
- Zhang, H., Xiao, Y., Dai, T., Li, Q., Huang, L., Huang, X. (2023) A cross-sectional study on burnout and its individual and environmental correlates among hepatological surgery nurses

in Hunan Province, China. *PLoS ONE*, 18(3): e0283373. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283373>

Zhang, X., Jiang, X., Ni, P., Li, H., Li, C., Zhou, Q., et al. (2021). Association between resilience and burnout of front-line nurses at the peak of the COVID-19 pandemic: Positive and negative affect mediator in Wuhan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 939–954.

Zhou, H., Gong, YH. (2015). Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *J Nurs Manag*, 23(1): 96-106. doi: 10.1111/jonm.12094

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.

Zou, G., Shen, X., Tian, X., Liu, C., Li, G., Kong, L. & Li, P. (2016). Correlates of psychological distress, burnout and resilience among Chinese female nurses. *Industrial Health*, 54(5), 389–395.