

TESIS DOCTORAL

**PREVALENCIA DE BURNOUT E
IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE RIESGO EN
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

PRESENTADA POR

LUCÍA RAMÍREZ BAENA

DIRIGIDA POR

EMILIA INMACULADA DE LA FUENTE SOLANA

GUILLERMO ARTURO CAÑADAS DE LA FUENTE



UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Lucía Ramírez Baena
ISBN: 978-84-1306-215-0
URI: <http://hdl.handle.net/10481/55980>

*A Mochi,
A mis padres y a mi hermana,*

A mis abuelos.

AGRADECIMIENTOS

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

A mis directores de tesis, la Dra. E. Inmaculada De la Fuente Solana y el Dr. Guillermo A. Cañadas De la Fuente, a quienes admiro y agradezco todo lo que me han aportado.

A Inmaculada De la Fuente por su elegancia, su trabajo incansable y su saber estar del que he aprendido y aprenderé muchísimo. Porque nadie como ella sabe fomentar el trabajo en grupo y mirar por todos los integrantes. Por su inteligencia y sus palabras siempre precisas y sabias. Porque es una de las mujeres que más admiro.

A Guillermo Cañadas por su tenacidad y constancia, por su disponibilidad las 24 horas del día y los 365 días del año. Porque con él he aprendido a modelar la perfección y a sacar el máximo de cada uno y de cada situación, dónde el trabajo, la investigación, el deporte y el ocio tienen cabida en una misma vida.

A los dos, por su apoyo incansable durante estos cuatro largos años, por su metodología y organización, y por todo lo que me han enseñado. Sé que sin ellos no habría llegado tan lejos ni seré lo que pueda llegar a ser en un futuro. Por este motivo y muchos más, los agradecimientos de esta tesis doctoral no son suficientes y estaré en deuda y muy agradecida con ellos eternamente.

A José Luis Gómez Urquiza, mi metodología, por todo lo que me ha ayudado y todo lo que he aprendido de él, ya que ha sido como un bastón en el que apoyarme cuando más pedregoso se hacía el camino.

A Luis Albendín, por todo lo que me ha dado, por su tenacidad, su capacidad de sacrificio y por su saber estar en todo momento, del que todavía tengo mucho que aprender.

A Elena Ortega, por su paciencia, su calma interna, su forma de hacerme ver las cosas y por todo lo que me ha enseñado.

Y al resto de los miembros del grupo de investigación HUM-0183: Gustavo Cañadas, Tania Ariza y Raimundo Aguayo, igual de buenos compañeros que los demás. Por su incesante ayuda, apoyo y conocimientos cuando han sido necesarios.

Al sindicato de enfermería SATSE por su ayuda en la recolección de datos para este trabajo. A todos los profesionales de enfermería que han dedicado unos minutos a rellenar los cuestionarios colaborando con esta investigación, poniendo un poco de cada uno y confesando lo quemados que están.

A mis compañeros de la Universidad de Jaén, del Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla, dónde he ejercido como docente y a todos los profesionales (sanitarios o no) del Hospital Santa Ana de Motril, dónde ejerzo y he ejercido todo este tiempo como enfermera. Por sus palabras de ánimo continuas, las facilidades que me han dado para dedicarle tiempo a la tesis y el apoyo incondicional que

me han brindado durante esta larga andadura cuando más cuesta arriba se hacía.

A mis amigas por los buenos y necesarios ratos de desconexión, conciertos y risas juntas cuando más lo necesitaba. Por la locura que me han aportado y que me ha hecho mantener la cordura.

A mi familia, a mis abuelos de una parte y de otra que, a pesar de no entender del todo las cuestiones más teóricas de la tesis, saben que el tiempo que no les he dedicado ha sido por un motivo importante y me han apoyado hasta el final. A mi abuela, otra de las mujeres que más admiro y una luchadora nata.

A mi hermana, por su filosofía de vida, porque sé que siempre está ahí cuando la necesito y por su valentía y la fuerza interna que le caracteriza. Por su grata compañía en las largas guardias localizadas de tesis doctoral en Salobreña (siendo lo que me motivaba a aguantar), por su locura y porque la quiero.

A mis padres, por apostar y confiar en mí desde siempre, por su cariño, su apoyo moral y económico durante toda mi formación y por la educación y la exigencia para que aspirase siempre a algo más. Porque sé que ambos habrían sido excelentes doctores, aunque en vez de eso, decidieron dedicarme todo el amor del mundo e invertir tiempo en mi crianza y el cariño que siempre me han dado. Tiempo que ahora les he robado yo a ellos para desarrollar esta tesis doctoral, pero que les devolveré con creces cuando todo acabe y cuando tenga todos los fines de semana y festivos libres. Por eso y mucho más, gracias por todo, os quiero muchísimo, aunque no lo diga a menudo.

A mi pareja, a mi novio, a mi marido, a mi mejor amigo, a mi amante, a mi compañero de vida, a mi cocinero, a mi secretario, a mi consejero, a mi traductor, a mi orientador, a mi timón, a mi guía espiritual...me sobran palabras para describir toda la ayuda, amor y apoyo que me has dado durante estos cuatro años que estoy segura que han sido mucho más duros para ti que para mí. Por tu ánimo, tu amor, tu paciencia, tu empatía, tus traducciones, tus correcciones de formato, etc., y sobre todo por tu tiempo. Tiempo que has perdido y que no has ganado conmigo, por tu espacio, tu motivación y tu constancia que luchaba cada día contra mi procrastinación. Sin ti, no habría sido posible ni habría llegado hasta aquí, y lo que es más importante, tampoco lo habría disfrutado tanto ni disfrutaría tanto de la vida si no es contigo. Te quiero con locura.

A todos y a todas, muchísimas gracias.

Lucía Ramírez Baena

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

PRESENTACIÓN

Han pasado casi cuatro años desde mi primera matrícula en la Universidad de Granada como doctoranda en el curso 2015/2016. Aunque fue algo casual y poco premeditado, no me arrepiento y me alegro de las casualidades que la vida te brinda. Durante todos estos años he compaginado la elaboración de la tesis doctoral con mi trabajo como enfermera en el Hospital Santa Ana de Motril, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, tanto en Urgencias como en la UCI. También he podido disfrutar de un contrato como personal docente e investigador en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén durante el segundo cuatrimestre del curso académico 2016/2017, y en el Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla, dónde ejerzo actualmente como profesora adjunta durante todo el curso académico 2018/2019.

Esta tesis doctoral, parte de la convicción, de que no todas las áreas hospitalarias donde trabajan los profesionales de enfermería influyen en la misma medida en el desarrollo del Burnout. A todo ello, se le suma la personalidad de las enfermeras, ya que, aun trabajando en la misma área, unas presentan un mayor grado del síndrome que otras, lo que nos hace pensar en las variables psicológicas como un aspecto muy importante a tener en cuenta, además de las variables sociodemográficas o laborales.

En concreto, el interés se centra en los profesionales de enfermería en general, y, en particular, los que trabajan en unidades del área médica. Aunque ésta es extensa y abarca una gran cantidad de servicios, como los de medicina interna, geriatría, cardiología, neumología, digestivo, endocrinología, hematología, reumatología, neurología, nefrología,

toxicología, salud mental e infecciosos, el trabajo de enfermería es similar en todos ellos. Las condiciones laborales en cuanto a estructura, organización, turno laboral, salario, carga de trabajo (ratio enfermera-paciente), tipo de cuidados asistenciales que se prestan, competencias profesionales necesarias para trabajar en dichas unidades, etc., son iguales o parecidas en toda el área médica. La única diferencia es la patología que padece el paciente, que a efectos médicos si supone una especialización, pero que a efectos enfermeros, los cuidados que se prestan no se guían tanto por la patología, si no más por las necesidades de la persona y sus familiares, así como el proceso de hospitalización y las consecuencias derivadas del mismo.

El grupo de investigación HUM-0183 y el Sindicato de Enfermería SATSE, preocupados por la influencia que tiene el trabajo de las enfermeras sobre su propia salud y los efectos perjudiciales que conlleva, iniciaron en colaboración un proyecto de recogida de datos sobre esta temática en enfermeras del Servicio Andaluz de Salud. Los datos incluidos en esta tesis doctoral forman parte de esos datos recogidos y se han obtenido de enfermeras de varios servicios del área médica de diversos centros hospitalarios de las ocho provincias andaluzas.

Esta tesis doctoral se estructura en 6 capítulos. En el primero se desarrolla la definición, el marco histórico, teórico, legal y práctico sobre el síndrome de Burnout. En el segundo se desarrollan los objetivos e hipótesis propuestos para la tesis doctoral.

El tercer capítulo incluye un meta-análisis sobre el género, el estado civil y el número de hijos como factor de riesgo de Burnout en enfermería. Este estudio ha sido aceptado y publicado en la revista *International Journal of*

Environmental Research and Public Health incluida en el segundo cuartil (Q2, T1) de la categoría “Nursing” en el ranking Journal Citation Reports (JCR).

En el capítulo 4 se desarrolla otro meta-análisis, pero éste sobre la prevalencia del síndrome de Burnout y otros factores de riesgo para padecerlo de tipo sociodemográficos, laborales o de personalidad, en los profesionales de enfermería del área médica, incluyendo servicios de medicina interna, cardiología, neumología, neurología, nefrología, oncología y/o hematología. Este artículo ha sido aceptado y publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health* incluida en el segundo cuartil (Q2, T1) de la categoría “Nursing” en el ranking Journal Citation Reports (JCR).

En el capítulo 5 se encuentra el tercer y último artículo de esta tesis doctoral, de corte empírico y con una muestra de 301 enfermeras de un total de 19 centros hospitalarios del área médica de toda la comunidad andaluza (incluyendo los servicios de medicina interna, infecciosos, cardiología, neumología, digestivo, neurología, nefrología, reumatología, endocrinología, oncología, hematología, salud mental y toxicología). En él se analizan los niveles de Burnout, las variables de personalidad e incluso la ansiedad y la depresión, en comorbilidad constante con dicho síndrome. Este artículo ha sido aceptado y publicado en la revista *Journal of Clinical Medicine* incluida en el primer cuartil (Q1, T1) de la categoría “Medicine, General & Internal” en el ranking Journal Citation Reports (JCR).

En el capítulo 6 se incluye la discusión general, la respuesta a cada objetivo planteado, las conclusiones finales y las limitaciones del trabajo llevado a cabo, así como algunas líneas futuras de investigación.

Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas citadas a lo largo de toda la tesis doctoral.

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

Granada, a 7 de Marzo de 2019.

La doctoranda.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	V
PRESENTACIÓN	IX
ÍNDICE.....	XIII
LISTA DE SIGLAS.....	XIX
LISTA DE TABLAS.....	XXIII
LISTA DE FIGURAS.....	XXIV
CAPÍTULO 1. EL SÍNDROME DE BURNOUT: DEFINICIÓN, MARCO HISTÓRICO, TEÓRICO, LEGAL Y PRÁCTICO	25
1. EL SÍNDROME DE BURNOUT.....	27
1.1. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	27
1.2. MARCO HISTÓRICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT: CONCEPTUALIZACIÓN.....	33
1.2.1. La investigación científica en el síndrome de Burnout	35
1.2.2. Estrés y Burnout	39
2. MARCO TEÓRICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	44
2.1. MODELOS EXPLICATIVOS.....	44
2.2. MEDIDA E INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	57
3. FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT	72
3.1. FACTORES DE RIESGO.....	73
3.1.1. Variables Sociodemográficas	75
3.1.2. Variables Intrapersonales o Psicológicas	81
3.1.2.1. Rasgos de personalidad.....	82

3.1.2.2. Ansiedad y Depresión	88
3.1.3. Variables Laborales.....	91
3.2. GRUPOS DE RIESGO.....	99
4. MARCO MÉDICO-LEGAL: EL BURNOUT COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	105
4.1. BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL	105
4.2. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	108
4.3. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	111
4.4. COMPLICACIONES Y SECUELAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	114
5. MARCO PRÁCTICO: EL PERSONAL SANITARIO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT	118
5.1. EL PERSONAL SANITARIO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	119
5.2. ENFERMERÍA, BURNOUT Y LAS DIFERENTES ÁREAS DE TRABAJO	125
5.3. EL ÁREA MÉDICA EN ENFERMERÍA	133
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	139
1. OBJETIVOS	143
2. HIPÓTESIS.....	144
CAPÍTULO 3. GÉNERO, ESTADO CIVIL Y NÚMERO DE HIJOS COMO FACTORES DE RIESGO DEL BURNOUT EN ENFERMERAS: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO	145
1. RESUMEN	147
2. INTRODUCCIÓN.....	148

3. MATERIALES Y MÉTODOS	152
3.1. FUENTES DE DATOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN	152
3.2. LECTURA CRÍTICA	153
3.3. CODIFICACIÓN DE VARIABLES	155
3.4. TAMAÑOS DEL EFECTO.....	157
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	157
4. RESULTADOS	158
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS DE LA MUESTRA.....	158
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS TAMAÑOS DEL EFECTO (CORRELACIONES DE PEARSON)	159
4.3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES MODERADORAS	160
5. DISCUSIÓN	164
5.1. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS DIMENSIONES DEL MBI.....	164
5.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES MODERADORAS	166
5.3. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA GESTORES Y DIRECTORES HOSPITALARIOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	168
5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	169
6. CONCLUSIONES	169
CAPÍTULO 4. NIVELES DE BURNOUT Y FACTORES DE RIESGO EN ENFERMERÍA DEL ÁREA MÉDICA: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO.....	171

1. RESUMEN	173
2. INTRODUCCIÓN	174
3. MATERIALES Y MÉTODOS	176
3.1. FUENTES DE DATOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	176
3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	176
3.3. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.....	177
3.4. CODIFICACIÓN DE LOS DATOS	177
3.5. ANÁLISIS DE DATOS	178
4. RESULTADOS.....	178
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO	178
4.2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y DIMENSIONES DE BURNOUT	189
4.3. META-ANÁLISIS DE PREVALENCIAS DE BURNOUT	191
5. DISCUSIÓN.....	194
6. CONCLUSIONES	199
CAPÍTULO 5. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA PREVALENCIA DEL BURNOUT Y VARIABLES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS EN ENFERMERAS DEL ÁREA MÉDICA HOSPITALARIA	201
1. RESUMEN	203
2. INTRODUCCIÓN	204
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	206
3.1. DISEÑO	206

3.1.1. Muestra/Participantes	207
3.1.2. Proceso de selección.....	207
3.1.3. Recolección de datos	207
3.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS	209
3.3. ANÁLISIS DE DATOS	209
4. RESULTADOS	210
4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS, NIVELES DE BURNOUT Y PREVALENCIA ESTIMADA	210
4.2. MODELOS EXPLICATIVOS Y FACTORES ASOCIADOS A CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT	212
5. DISCUSIÓN	214
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	220
7. CONCLUSIONES	221
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	223
1. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES.....	225
1.1. OBJETIVO 1	228
1.2. OBJETIVO 2	229
1.3. OBJETIVOS 3 Y 4.....	232
1.4. HIPÓTESIS	233
1.5. CONCLUSIONES FINALES	236
2. LIMITACIONES DEL TRABAJO.....	237
3. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	239
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	241

LISTA DE SIGLAS

a: alto

A: amabilidad

ABQ: Athlete Burnout Questionnaire

AM: área médica

ANOVA: análisis de la varianza

AP: atención primaria

APA: Asociación de Psiquiatría Americana

β : coeficiente estandarizado de la regresión

b: bajo

B: parámetro estimado

BC: Brief Cope

BCSQ-36/12: Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout

BM: Burnout Measure

BS: Burnout Scale

CARD: cardiología

CBB: Cuestionario Breve de Burnout

CBG: Cuestionario de Burnout Granada

CBI: Copenhagen Burnout Inventory

CBP: Cuestionario de Burnout del Profesorado

CDPE: Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería

CE: cansancio emocional

CECAD: Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión

CESQT-PS: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

D: despersonalización

DT: desviación estándar

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición

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

E: extraversión

EDI: Energy Depletion Index

ELBOS: Emener-Luck Burnout Scale

EPB: Escala de Efectos Psíquicos del Burnout

EVPB: Escala de Variables Predictoras de Burnout

GINE: ginecología y obstetricia

GNBI: Gillespie-Numerof Burnout Inventory

GR: grados de recomendación según OCEBM

HBAS: Holland Burnout Assesment Survey

IBD-R: Inventario de Burnout en Deportistas Revisado

IC: intervalo de confianza

IgA: inmunoglobulina A

JCR: Journal Citation Reports

k: muestra de enfermeras

M: media

MBCT: terapia cognitiva basada en mindfulness

MBI: Maslach Burnout Inventory

MBI-ES: Maslach Burnout Inventory-Educators Survey

MBI-GS: Maslach Burnout Inventory-General Survey

MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey

MBI-SS: Maslach Burnout Inventory-Student Survey

MBSE: Matthews Burnout Scale for Employees

MBSR: programa de reducción del estrés basada en mindfulness

MDSR: Moral Distress Scale Revised

MI: medicina interna

n: muestra de estudios

N: neuroticismo

NE: nivel de evidencia según OCEBM

NEFRO: nefrología

NEO-FFI: Neo Five Factor Personality Inventory

NEUMO: neumología

NEURO: neurología

O: apertura a la experiencia

OCEBM: Oxford Centre for Evidence Based Medicine

Odds: odds-ratio

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OLBI: Oldenburg Burnout Inventory

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONC-HEM: oncología y/o hematología

OSI: Occupational Stressors Inventory

p: p-valor

PALIAT: cuidados paliativos

PED: pediatría

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

ProQOL: Professional Quality of Life Scale

PSIQ: psiquiatría

QB: Q valor inter-categorías

QW: Q valor intra-categorías

QFNO: quirófano y cirugía

r: media del tamaño del efecto

R^2 : proporción de la varianza explicada por la variable moderadora

R: responsabilidad

RBI: Rome Burnout Inventory

RP: baja realización personal

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SATSE: Sindicato de Enfermería

SBS: Staff Burnout Scale

SCSQ: Simplified Coping Style Questionnaire

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

STAI: Spielberger-State Trait Anxiety Inventory

T: t de Student

TBS: Teacher Burnout Scale

TCAE: técnicos en cuidados auxiliares en enfermería

TM: Tedium Measure

TRAUMA: traumatología

UCI: unidad de cuidados intensivos

UK: Reino Unido

URG: urgencias

USA: Estados Unidos de América

Wald: Wald estadístico

WCQ: The Ways of Coping Questionnaire

WOS: Web Of Science

WRSI: Work Related Strain Inventory

LISTA DE TABLAS	Pág.
Tabla 1. Ocho fases de Burnout según el Modelo de Golembiewski et al. (1986).	48
Tabla 2. Cuatro fases de Burnout según el Modelo de Golembiewski et al. (1986).	49
Tabla 3. Peso de la regresión simple de las variables cuantitativas moderadoras (Estudio 1).	161
Tabla 4. Peso de las ANOVAs en el tamaño del efecto para las variables moderadoras (Estudio 1).	162
Tabla 5. Características de los estudios incluidos en la muestra (Estudio 2).	181
Tabla 6. Descriptivos de las variables cualitativas incluidas en el estudio (Estudio 3).	210
Tabla 7. Descriptivos de las variables cuantitativas incluidas en el estudio (Estudio 3).	211
Tabla 8. Prevalencia de Burnout según las fases del modelo de Golembiewski (Estudio 3).	212
Tabla 9. Coeficientes de correlación entre las variables psicológicas y Burnout (Estudio 3).	213
Tabla 10. Regresión lineal múltiple (Estudio 3).	214

LISTA DE FIGURAS	Pág.
Figura 1. Artículos sobre Burnout publicados por año y registrados en la base de datos científica Scopus.	36
Figura 2. Publicaciones de Burnout por año y por revista.	37
Figura 3. Área de publicación sobre Burnout.	38
Figura 4. Modelo de Burnout de Farber.	53
Figura 5. Diagrama de flujo para la selección de artículos incluidos en el meta-análisis (Estudio 1).	155
Figura 6. Diagrama de flujo para la selección de estudios (Estudio 2).	179
Figura 7. Forestplot de alto CE (Estudio 2).	192
Figura 8. Forestplot de alta D (Estudio 2).	193
Figura 9. Forestplot de baja RP (Estudio 2).	194

CAPÍTULO 1

EL SÍNDROME DE BURNOUT: DEFINICIÓN, MARCO HISTÓRICO, TEÓRICO, MÉDICO-LEGAL Y PRÁCTICO

1. EL SÍNDROME DE BURNOUT

1.1. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En el siglo XXI el lenguaje castellano ha adoptado varios anglicismos con los que denominar fenómenos psicosociales complejos que cada vez se presentan con mayor frecuencia en la actualidad (bullying, mobbing, Burnout, etc.). Concretamente, el síndrome de Burnout, traducido al castellano como “síndrome de quemarse por el trabajo”, ocupa el objeto de estudio de esta tesis doctoral.

Desde el nacimiento del término, hace ya más de cuatro décadas, se han dado diversas definiciones sobre el Burnout. Herbert Freudenberger (1974), conocido como el padre del Burnout, profundiza en el término definiéndolo como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”, utilizando la expresión “existencia gastada”.

Christina Maslach (1976) describe, por primera vez, un término utilizado por los abogados cuando se producía un exceso de pérdida de responsabilidad y desinterés profesional, que definió como un “estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con las personas en su trabajo”. Conjuntamente, Maslach y Jackson (1981) entienden que el Burnout es un síndrome tridimensional caracterizado por “cansancio emocional” (CE), “despersonalización” (D) y “baja realización personal” (RP), cuyas dimensiones se explicarán más adelante. Dicha definición se plantea como consecuencia de los resultados empíricos obtenidos por las autoras en sus investigaciones, que dan lugar al “Maslach Burnout

Inventory” (MBI), un cuestionario de valoración del grado de padecimiento del síndrome que se verá en el apartado correspondiente.

También destaca el importante planteamiento de Pines, Aronson y Kafry (1981) con el triple “agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente en el trabajo”.

Coetáneamente, en España comienza a hacerse eco del término en la década de los 80 y se denomina “enfermedad de Tomás” basado en el personaje de una novela (Gervás & Hernández, 1989) o “síndrome de desgaste profesional”.

En el ámbito nacional, Mingote-Adán y Pérez-Corral (1999), definen el síndrome de Burnout como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas, produciendo un desequilibrio prolongado en el tiempo entre unas exigencias laborales excesivas y limitados recursos de afrontamiento”.

La concepción del término como un síndrome desadaptativo relacionado con el entorno y el afrontamiento personal, coincide con las últimas reseñas de Maslach y colaborades (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) que define el Burnout como un “síndrome psicológico que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico”, haciendo hincapié en que un buen ajuste persona-trabajo, es un protector contra el padecimiento de dicho síndrome (Lozano, Cañadas, Martín, Pedrosa, Cañadas, Suárez, et al., 2008; Newman & Rucker-Reed, 2004).

Schaufeli y Buunk (2003) describen el síndrome de Burnout como una metáfora en la que “la persona que lo padece se extingue como un fuego o se apaga como una batería lentamente con el paso del tiempo”, a menos que se haga algo para detener ese irrefrenable avance.

Teniendo en cuenta todas estas definiciones, y mientras que Starrin, Larsson y Styrborn (1990) han señalado que “instintivamente todos sabemos lo que es el Burnout, aunque la mayoría podamos ignorar su definición”, hasta la fecha, la definición más idónea es la propuesta por Maslach y sus colaboradores (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009), que definen el Burnout como un síndrome psicológico que surge en respuesta a estresores crónicos, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en profesionales que trabajan de cara al público o incluso en trabajadores que no tienen contacto con otras personas (Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Jackson, 1986; Maslach et al., 2001; Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; Schaufeli et al., 2009). Además, se plantea como “una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis en las relaciones con las personas del mismo” (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Pero la definición de este constructo no puede realizarse sin tener en cuenta las tres dimensiones del síndrome, que constituyen la base del mismo. Como afirman dichas autoras “este síndrome tridimensional está formado por el cansancio emocional que se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los

propios recursos emocionales; la despersonalización, que se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado; y finalmente, la reducida realización personal, que se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo” (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

A continuación, se definen cada una de las dimensiones detalladamente, con qué otros términos se denominan, así como las implicaciones y manifestaciones más frecuentes de cada una de ellas:

- **Cansancio Emocional (CE):** hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos y para con los usuarios de sus servicios. Por cansancio emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía, una sensación de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Hay otros autores que denominan esta dimensión como “agotamiento emocional” (Bresó, Salanova & Schaufeli, 2007; Salanova & Llorens, 2008; Schaufeli & Salanova, 2007), pero según las últimas investigaciones, es más adecuado utilizar la palabra “cansancio” porque refleja las consecuencias y la manifestación principal del síndrome. Además, el cansancio proviene de la fatiga mental y emocional que se experimenta en la alteración de esta dimensión, mientras que el agotamiento hace alusión al desgaste generalizado que produce el síndrome en

general. En inglés, cansancio emocional se traduce como “emotional exhaustion” lo que se ajusta a la definición de cansancio según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE), que define el término como falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado, hastío, tedio o fastidio; mientras que el agotamiento se define como la acción o efecto de agotarse. Y por último señalar, que en la versión española del MBI (Seisdedos, 1997) esta dimensión se traduce como cansancio emocional.

En cuanto a las manifestaciones de esta dimensión, el cansancio emocional se verbaliza de la siguiente manera “no puedo más” y conlleva un agotamiento de los recursos emocionales propios y la aparición de síntomas como cefalea, insomnio, fatiga, falta de energía, reacciones impulsivas, dolor de espalda, taquicardia e hipertensión, entre otros (Díaz-Muñoz, 2005; Ksiazek, Stefaniak, Stadnyk & Ksiazek, 2011).

- **Despersonalización (D):** supone el desarrollo de actitudes frías y respuestas cínicas hacia las personas, clientes o pacientes, pero que también puede dirigirse a los compañeros de trabajo o a la propia institución. Esta dimensión se define también como “cinismo”, “deshumanización” o “distancia” (cognitiva y mental) (Bresó et al., 2007; Salanova & Llorens, 2008; Schaufeli & Salanova, 2007). Pero siguiendo la definición de despersonalización según el DRAE y la traducción en la versión española del MBI (Seisdedos, 1997), despersonalización (“quitar a alguien su carácter o atributos personales, hacerle perder la identidad, quitar carácter personal a un hecho, asunto o relación”) es el término más aceptado para esta dimensión.

En cuanto a las manifestaciones de esta dimensión, la despersonalización verbalizada como “no me importa”, puede producir sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo, sentimientos de culpabilidad, provocando trabajadores deshumanizados (debido al endurecimiento afectivo que padecen ellos mismos), conflictos y agresiones profesional-paciente o paciente-profesional, e incluso predispone al maltrato o negligencia profesional (Gil-Monte & Peiró, 1999).

- **Reducida Realización Personal (RP):** conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado de las situaciones ingratas. La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente; esa evaluación negativa afecta de forma especial a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atiende. También conocido como “reducido logro personal” o “baja eficacia profesional” se define como la sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo (Salanova & Llorens, 2008). Respecto a la medida de eficacia profesional, estudios recientes vienen a señalar la necesidad de medir “ineficacia” en lugar de “eficacia” utilizando ítems invertidos (Bresó et al., 2007; Schaufeli & Salanova, 2007). Aún así, el término más acuñado para esta tercera y última dimensión del Burnout sigue siendo la reducida realización personal, ya que refleja más certeramente la sensación del profesional y se acerca a la definición de realizarse según el DRAE: “sentirse satisfecho por haber logrado cumplir aquello a lo que se aspiraba”, que alude a su

vez, a la satisfacción laboral, cuyo término está en íntima relación con el Burnout. Además, evita confusiones con la autoeficacia, otra variable relacionada con el síndrome y que hace referencia a la creencia en las propias capacidades, para hacer frente a diversas situaciones (Bandura, 2001).

En cuanto a las manifestaciones de esta dimensión, la baja realización personal verbalizada como “no valgo”, produce que los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales, lo que conlleva una baja autoestima y la consiguiente insatisfacción laboral (Gil-Monte, 2002). Además, la literatura científica reporta casos de depresión, alcoholismo e incluso suicidio (Díaz-Muñoz, 2005; Ksiazek et al., 2011), transgrediendo las barreras de lo profesional para invadir el campo personal del trabajador.

Como podemos observar, cada una de las dimensiones tiene su peso específico en el síndrome de Burnout, pero todavía se debate en la comunidad científica cuál de ellas aparece antes o después y cuál predispone al desarrollo del mismo. Este aspecto se abordará en los diferentes modelos explicativos del síndrome de Burnout.

1.2. MARCO HISTÓRICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT: CONCEPTUALIZACIÓN

La definición del concepto ha ido evolucionando a lo largo de los años. Históricamente, el Burnout es mencionado en varias obras literarias de William Shakespeare, Thomas Mann o Graham Green (1960), cuando

habla del “vaciamiento existencial” y otro tipo de literatura (“Burnout avant-la-lettre”), como el estudio del caso realizado por Schwartz & Will (1953), en el que describen la baja moral y despersonalización de una enfermera (Miss Jones) que trabajaba en un Hospital Psiquiátrico.

Pero hasta el año 1969, el Burnout no se menciona como fenómeno psicológico. Este constructo surge gracias a la definición de Henry Burton Bradley, un psicólogo estadounidense que publica un artículo sobre el tema en oficiales de policía (“staff Burnout”). En la misma fecha, también se publica otro artículo titulado “The problem of the Burned out executive” (Ginsburg, 1988). Ambas publicaciones constituyen las primeras evidencias sobre el tema, que no suscitarán el interés científico hasta unos años más tarde.

Es en 1974 cuando Herbert Freudenberger profundiza en el término a raíz de observar lo que él define como la “existencia gastada” de los voluntarios de la clínica de salud en la que trabajaba como psicoanalista. Describe que las personas que prestaban sus servicios de cara al público y en labores de ayuda, con el tiempo presentaban pérdida de motivación, energía y compromiso, lo cual se acompañaba de síntomas físicos y mentales.

Mientras que Freudenberger desarrollaba el aspecto clínico del Burnout centrándose en los síntomas y su relación con los problemas de salud, llegando a publicar gran cantidad de artículos e incluso libros; otra psicóloga, Christina Maslach, define el aspecto social del término casi paralelamente en el tiempo, presentando en 1976 el objeto de estudio en un Congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología. Esta Doctora

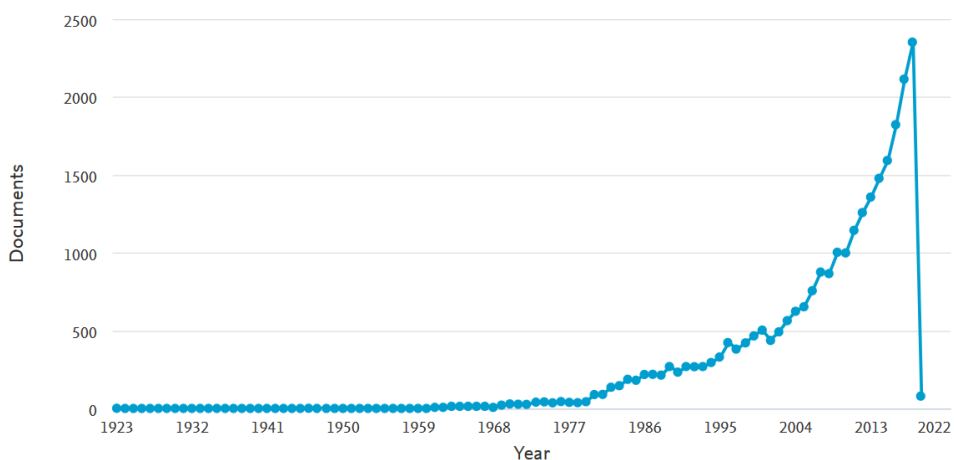
y sus colaboradores, mencionan por primera vez el término “Burnout” como tal, expresado literalmente por los trabajadores que entrevistaron al investigar sobre las estrategias que usaban para enfrentarse al estrés laboral (Maslach & Jackson, 1981). Observaron que los profesionales solían sentir cansancio emocional, desarrollar percepciones y sentimientos negativos hacia los clientes o pacientes, experimentando falta de competencia profesional (Maslach, 1978).

La evolución del término en apenas unos años, pasando de ser denominado “existencia gastada” de la mano de Freudenberger hasta denominarse “Burnout” como tal, gracias a la mención de Maslach y Jackson, supuso el primer paso en su conceptualización.

1.2.1. La investigación científica en el Síndrome de Burnout

Gracias a estas contribuciones, se propulsó la investigación sobre Burnout, aumentando considerablemente el número de publicaciones al respecto en pocos años, pasando de apenas 300 referencias o trabajos de investigación en su primera década (Roberts, 1986); con más de 1000 trabajos en la segunda década (Pérez, 2010); aproximadamente 13746 artículos de investigación publicados en la tercera década (únicamente en las bases EMBASE, Psychinfo-Proquest y Pubmed) (Prins, Hoekstra-Weebers, Gazendam-Donofrio, Van De Wiel, Sprangers, Jaspers & Van der Heijden, 2007); hasta la cuarta y última década con alrededor de 128190 documentos en los que el síndrome de Burnout es protagonista de la investigación científica (Albendín, 2016), cómo representa la Figura 1.

Figura 1. Artículos sobre Burnout publicados por año y registrados en la base de datos científica Scopus.

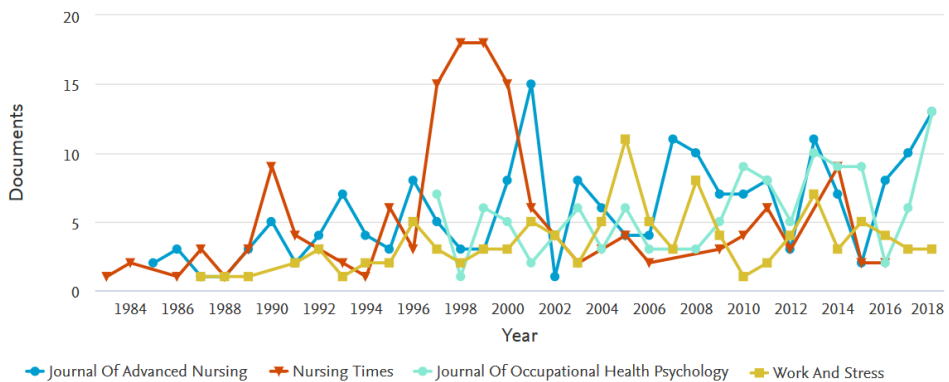


Fuente: Scopus.

Como se puede observar, el crecimiento en el número de investigaciones sobre Burnout, desde su inicio, es exponencial. Actualmente existen un gran número de publicaciones en las diversas bases de datos científicas (PubMed, Scopus, Web Of Science-WOS, Psycinfo-Proquest), cuyos resultados están constituidos en un 20% aproximadamente de tesis doctorales sobre el tema; sirva como ejemplo las 138 tesis registradas actualmente sobre el Burnout en España en TESEO (actualizado en Enero de 2019). La mayoría de trabajos publicados, en lengua inglesa, son estudios empíricos, aunque también hay revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre diversos aspectos relacionados con dicho constructo (Aguayo, Vargas, De la Fuente & Lozano, 2011; Gómez-Urquiza, Aneas-López, De la Fuente-Solana, Albendín-García, Díaz-Rodríguez & Cañadas-De la Fuente, 2016; Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández & De la Fuente, 2014; Worley, Vassar, Wheeler & Barnes, 2008).

La mayoría de publicaciones sobre Burnout se hacen en revistas de Enfermería y de Psicología, coincidiendo con las ramas de investigación de esta tesis doctoral. En la Figura 2 se pueden observar las revistas registradas en la base de datos científica Scopus que cuentan con más de 100 publicaciones sobre Burnout.

Figura 2. Publicaciones de Burnout por año y por revista.

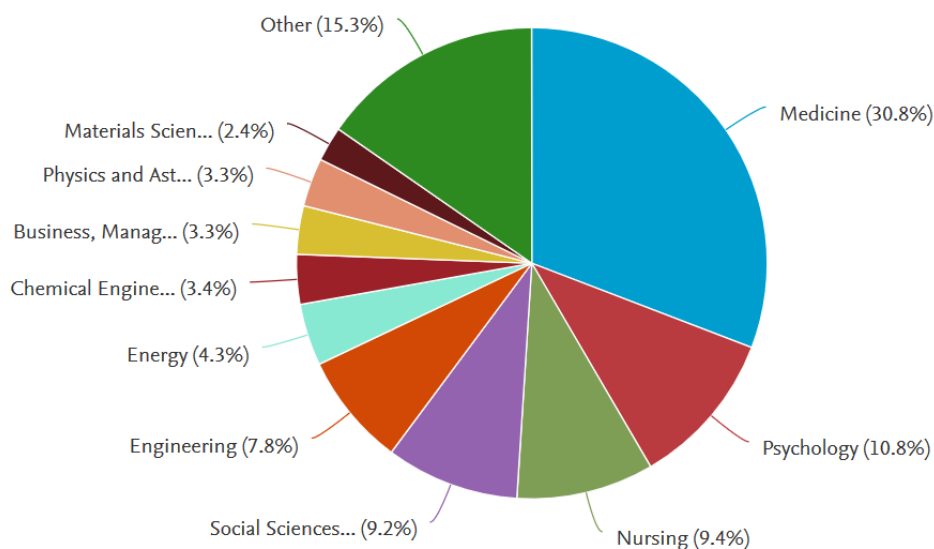


Fuente: Scopus.

Al igual que el concepto de Burnout, las características de las investigaciones al respecto, han ido evolucionando. Las perspectivas clínica y social de los primeros trabajos determinaron la naturaleza de la investigación inicial sobre dicho síndrome (Aguayo et al., 2011; Maslach et al., 2001). Así pues, las primeras investigaciones en la década de los 70 tuvieron un carácter más cualitativo y descriptivo, basadas en entrevistas, estudios de casos y observaciones in situ que se centraban en conocer los síntomas y su relación con los problemas de salud. Unos años más tarde, en la década de los 80, las investigaciones se tornaron más empíricas y sistemáticas con la utilización de cuestionarios estandarizados que permitieron nuevas contribuciones teóricas y metodológicas desde el campo de la psicología. Gracias a estas aportaciones se incrementó

considerablemente el número de publicaciones científicas, ocupando dicho síndrome un puesto relevante en la psicología y en otros, como el campo de los servicios y la sanidad (Salanova & Llorens, 2008), como se puede observar en la siguiente figura.

Figura 3. Área de publicación sobre Burnout.



Fuente: Scopus.

Actualmente, las investigaciones sobre el síndrome de Burnout se centran en tres grandes núcleos relacionados con los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). El primero, enfocado a la prevención, mediante la realización de estudios de prevalencia, descriptivos y observacionales, centrados en los factores de riesgo y protectores para el desarrollo del Burnout y que reflejan los altos porcentajes de padecimiento del mismo en todas las instituciones y grupos profesionales como medio

de difusión en la sociedad (Albadalejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle & Domínguez, 2004; Lozano et al., 2008; Salanova & Llorens, 2008).

El segundo núcleo, se centra en el diagnóstico y detección precoz del mismo, con el desarrollo y el avance de los biomarcadores abriéndose camino como métodos diagnósticos cada vez más fiables y que se explicarán más adelante (Albadalejo et al., 2004; Gil-Monte & Peiró, 1999; Salanova & Llorens, 2008).

Y el tercer núcleo, comprende investigaciones experimentales que demuestran la efectividad de diversas intervenciones, la mayoría de tipo cognitivo-conductual, o por otro lado, mindfulness y relajación (Albadalejo et al., 2004; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Salanova & Llorens, 2008), en personas que padecen el síndrome y cuyo tema también se desarrollará en el “marco médico-legal: el Burnout como enfermedad profesional” de esta tesis doctoral.

1.2.2. Estrés y Burnout

A medida que se va avanzando a lo largo de los años en su investigación como constructo, surgen otros conceptos similares e interrelacionados que obstaculizan el camino de este trastorno. La primera dificultad que se plantea es el concepto “estrés laboral”, un término más asequible y utilizado por la sociedad en el ámbito profesional, pero diferente al Burnout. El estrés laboral definido por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2005), surge cuando se da un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización. En este caso, la persona percibe que

no dispone de recursos suficientes para afrontar la problemática laboral y aparece la experiencia del estrés y sus consiguientes manifestaciones físicas, psíquicas y comportamentales.

Existen diversos autores que señalan la íntima relación del Burnout y el estrés y que no contemplan una conceptualización por separado (Rubio-Jiménez, 2003):

Davidoff (1980) expone que “existe una gran semejanza entre Burnout y otros constructos, y que quizás estemos utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas”.

Por otro lado, Daley (1979) concibe dicho síndrome como consecuencia del estrés laboral.

En esta misma línea, Garcés (1994) señala que el Burnout es similar al estrés laboral o consecuencia de éste.

También, Moreno, Oliver y Aragonese (1991) estudian el Burnout como “una forma específica de estrés laboral en las profesiones caracterizadas por el desarrollo de relaciones de ayuda constante y directa con otras personas, que se encuentran en situación de dependencia o de crisis”.

Shinn y colaboradores (Shinn, Rosario, March & Chestnut, 1984) entienden el Burnout como “la tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos”. Sin embargo, presentan el estrés laboral como un antecedente necesario para la aparición del síndrome.

Nagy (1985) señala que “este constructo describe un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores empleados en profesiones consideradas de interacción humana”, añadiendo que Burnout y estrés podrían ser conceptos similares y que este síndrome sería un tipo específico de estrés.

Hiscott y Connop (1989) sencillamente entienden el Burnout como “un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo”.

Greenglass, Burke y Ondrack (1990), intentaron resolver la ambigüedad que existe entre los términos “estrés vital” y “estrés laboral”, definiendo al primero como el estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en la familia; y el segundo como el generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo. El Burnout lo encuadran dentro de este último.

Una posición parecida, mantienen Oliver y colaboradores (Oliver, Pastor, Aragonese & Moreno, 1990), que consideran que “es necesario fragmentar un constructo tan amplio como estrés para ayudar a clasificar los diversos fenómenos asociados, como el Burnout”.

Nagy y Nagy (1992) señalan que “el concepto Burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral, que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo”.

Sin embargo, hay otros autores que señalan claramente diferencias entre ambos constructos y que defienden la individualidad de ambos para luchar contra las ambigüedades. Starrin, Larsson y Styrborn (1990) afirman que el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, pero sin embargo, el Burnout es un fenómeno exclusivamente

negativo. Esto plantea la relación entre ambos constructos en dirección a que el Burnout podría ser similar a un estrés negativo. A estas investigaciones se unen Singh, Goolsby y Rhoads (1994), que afirman que Burnout y estrés laboral son constructos claramente diferentes, o Leiter (1992) que distancia dicho síndrome del estrés laboral y lo define como una crisis de autoeficacia.

En este caso, se hace imperiosa la necesidad de diferenciar este constructo del estrés (Peiró, 1993) para luchar contra la ambigüedad que presenta este concepto y la falta de consenso de los estresores ocupacionales y laborales que hacen difícil el diagnóstico diferencial con el Burnout.

Pero no es el estrés el único con el que tiene que enfrentarse dicho síndrome, ya que existe aún hoy día, bastante imprecisión con conceptos relacionados como la ansiedad y la depresión debidos a problemas laborales, lo que requiere delimitar claramente las líneas definitorias de cada concepto frente al Burnout. En este aspecto, ayudaría bastante incluir el Burnout como enfermedad en las clasificaciones actuales de enfermedades como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su última versión (DSM-V), o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), con unos criterios diagnósticos claros y precisos.

Freudenberger (1974) consideraba que la depresión era uno de los síntomas más característicos del Burnout. Por otro lado, Leiter, Clark & Durup (1994), por otra parte, creía que aunque existen algunas similitudes sintomatológicas entre ambos constructos, se trata de dos trastornos diferentes. Otros autores (Firth, McKeown, McIntee & Britton, 1987;

Maher, 1983) consideran que existe un posible solapamiento entre los constructos depresión (profesional) y Burnout. Sin embargo, Martin (1982) expone que el Burnout manifiesta una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico.

También es necesario realizar un diagnóstico diferencial con el trastorno adaptativo, ya que Grantham (1985) define el Burnout como un síndrome de adaptación que tendría unas características que lo diferenciaría de otros síndromes. Al igual que ocurre con la neurastenia o incluso con la etiqueta diagnóstica recogida en la CIE-10: Z73.0 que hace referencia a “problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)” y que se verá más adelante en el diagnóstico del síndrome.

Pero volviendo a la conceptualización del constructo, a pesar de estos obstáculos, el punto de partida de esta conceptualización se encuentra en el instrumento de medida que desarrollaron Maslach y Jackson (1981): el Maslach Burnout Inventory (MBI), basando su estructura en las tres dimensiones del síndrome (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal). Gracias a sus propiedades psicométricas, el MBI se convirtió en el instrumento más utilizado para medir el Burnout. De esta forma, la operacionalización del síndrome, implícita en el cuestionario, también se convirtió en la más aceptada por la comunidad científica (De la Fuente, García, Cañadas, San Luis, Cañadas, Aguayo & Vargas, 2015; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Además de las diversas definiciones, modelos e instrumentos de medida, surgen otros planteamientos e investigaciones sobre el Burnout con

algunas variantes y modificaciones que se seguirán desarrollando a lo largo de esta tesis doctoral (Elliot & Smith, 1984; Emener, Luck & Gohs, 1982; Farber, 1985; García-Izquierdo, Castellón, Albadalejo & García, 1993; García-Izquierdo & Velandrino, 1992; Garden, 1987; Greenglass, Burke & Ondrack, 1990; Leiter, 1991; Martín, 2005; Moreno et al., 1991; Nagy, 1985; Oliver et al., 1990; Perlman & Hartman, 1982; Shinn et al., 1984; Shirom, 1989; Starrin et al., 1990; Walker, 1986).

Actualmente y como ya se ha mencionado anteriormente, el constructo Burnout goza de algo más de cuatro décadas de investigación, dedicadas en su mayoría a la conceptualización del término y al desarrollo de instrumentos de medida válidos y fiables, dejando algo desamparadas otras líneas de investigación centradas en analizar exhaustivamente los factores de riesgo del trastorno, la predisposición y vulnerabilidad de cada persona para desarrollar el síndrome o la importancia del entorno laboral, entre otras, que es lo que se quiere profundizar en esta tesis doctoral.

2. MARCO TEÓRICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

2.1. MODELOS EXPLICATIVOS

Existen diversos modelos explicativos del Burnout, que incluyen aspectos relacionados con el desarrollo y la evolución del síndrome; todos los modelos coinciden en la importancia del problema y su desarrollo crónico

A continuación, se detallan algunos de los modelos explicativos más relevantes sobre el síndrome de Burnout por orden cronológico:

- El **modelo de Edelwich** (1980), quién define el Burnout como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, va más allá y clasifica dicho síndrome en cuatro fases que se suceden progresivamente:
 - La fase inicial está dominada por el entusiasmo, caracterizada por altas expectativas profesionales poco o nada realistas.
 - La segunda fase la describe como de estancamiento o meseta, en la que el profesional percibe que su trabajo no obtiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y/o los usuarios, la cual se acrecenta con el pesimismo de sus compañeros afectados del síndrome.
 - Tras este estancamiento, se entra en la tercera fase, que es la denominada de frustración. En esta fase el profesional se cuestiona a sí mismo y su trabajo, lo que se fomenta aún más si el entorno laboral es hostil (sobrecarga laboral, malas relaciones entre compañeros, etc.).
 - Y, por último, dicho autor culmina con la cuarta fase denominada de apatía o indiferencia hacia el trabajo y los usuarios (Albendín, 2016).

En el modelo de Edelwich podría relacionarse la segunda fase con la baja realización personal, la tercera con el cansancio emocional y la última y cuarta fase con la despersonalización. Dicho modelo sería el único que entiende la baja realización personal como la dimensión inicial, frente a otros modelos que sitúan el cansancio

emocional como el desencadenante del problema (Lee & Ashforth, 1993; Leiter, 1988; Leiter & Maslach, 1988; Maslach & Jackson, 1986) o la despersonalización como la primera en producirse (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski, Munzenrider & Stevenson, 1986).

- El **modelo de Cherniss** (1980) conceptualiza el Burnout en un ciclo de interacciones que relacionan la influencia del marco laboral con las características de la persona y el cambio de actitudes de la misma (Cherniss, 1980). Este autor distingue diversas fuentes de estrés:
 - El marco laboral es un agente potencial en el que destacan: orientación, carga de trabajo, estimulación, ámbito de clientes y contactos, autonomía, estilo de dirección/supervisión y existencia de aislamiento social.
 - La persona cuenta con otros factores potenciadores o inhibidores del estrés: orientación profesional, apoyos de los que dispone y demandas existentes fuera del trabajo.
 - En consonancia con esto, la persona cambia de actitudes dando lugar a diversas posibilidades de cambio: en las metas laborales, en la responsabilidad personal de los resultados, en el idealismo/realismo ante el trabajo, en la indiferencia emocional, en la mayor o menor alienación en el trabajo o en los auto-intereses (Albendín, 2016).

Además, detalla que el Burnout es un proceso transaccional de estrés en el trabajo, y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales.
- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.
- Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo) (Aguayo, 2014).

Según sean estos cambios, las fuentes de estrés decrecerán o se incrementarán dando lugar, en este último caso, a la posible aparición del Burnout (Albendín et al., 2016). El modelo de Cherniss se ha puesto a prueba en docentes (Burke, 1987; Burke, Shearer & Deszca, 1984) y policías (Burke & Greenglass, 1988, 1994). Whitehead (1987) mantiene que el modelo de Cherniss es más apropiado y completo que el modelo de Maslach y Jackson (1981).

- El **modelo de Golembiewski** y colaboradores (Golembiewski et al., 1986), se basa en las tres dimensiones que plantean Maslach y Jackson (1981). Sin embargo, estos autores priorizan la despersonalización, ya que entienden que es la dimensión que mejor describe y predice la aparición del síndrome, seguida de la reducida realización personal y, por último, el cansancio emocional (Lozano et al., 2008). Dicotomizan las puntuaciones obtenidas del MBI en altas y bajas, lo que combinado con las tres subescalas, en el orden indicado anteriormente, nos lleva a obtener ocho configuraciones de Burnout que denominan fases y que clasifican de la siguiente forma (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski et al., 1986):

- Burnout Leve si se puntúa en las fases I, II o III. La fase I se corresponde con bajas puntuaciones de Burnout en todas las dimensiones en el MBI.
- Burnout Medio al puntuar en las fases IV o V.
- Burnout Elevado si se puntúa en las fases VI, VII u VIII. La última fase se corresponde con altas puntuaciones de Burnout en todas las dimensiones en el MBI.

Se muestra dicha clasificación en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Ocho fases de Burnout según el Modelo de Golembiewski et al. (1986).

FASES	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 (inv.)	b	b	a	a	b	b	a	a

Nota: a = alto; b = bajo; CE = cansancio emocional; D = despersonalización; inv. = puntuación invertida en baja realización personal; RP = baja realización personal.

Pero además de la clasificación de Burnout en ocho fases, estos autores configuran otra clasificación en cuatro fases, donde los diferentes estados de Burnout resultan de combinar las dos categorías en las que dicotomizan las dimensiones relativas a la realización personal y el cansancio emocional (De la Fuente et al., 2015). Y es que, la despersonalización, aunque sea la dimensión principal para estos autores, es la dimensión que más controversia genera, y con el modelo de cuatro fases se esclarecen las

puntuaciones obtenidas en el MBI, como se aprecia en la siguiente tabla (Tabla 2).

Tabla 2. Cuatro fases de Burnout según el Modelo de Golembiewski et al. (1986).

FASES	I	II	III	IV
CE	b	b	a	a
D	b	a	b	a
RP (inv.)	b	a	b	a

Nota: a = alto; b = bajo; CE = cansancio emocional; D = despersonalización; inv. = puntuación invertida en baja realización personal; RP = baja realización personal.

Para llegar a estas conclusiones y establecer las ocho o cuatro fases en este modelo, los autores recogieron información de muestras de trabajadores en las que se obtuvieron resultados estables entre 1972 y 1977, los que fueron replicados y ratificados de nuevo y publicados, posteriormente, en 1988 (Golembiewski et al., 1986; Golembiewski & Munzenrider, 1988). Dichos autores, utilizaron cinco medidas de Burnout: las puntuaciones en cada una de las subescalas, una puntuación total para el MBI y una puntuación resultado de la asignación a una de las ocho fases; todo ello, sobre la base teórica que ofrece el MBI.

Desde su planteamiento, este modelo se ha ido completando y sometiendo a prueba (Golembiewski, 1979; Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1993; Golembiewski et al., 1986), ya que, en él, los autores se plantean

que para comprender el Burnout habría que estudiar las cogniciones que el individuo realiza ante los eventos aversivos generadores del síndrome, lo cual está íntimamente relacionado con las fases del mismo.

- El **modelo de Leiter** (1988) plantea un modelo teórico diferente que se desarrolla a partir de dos premisas (Leiter & Maslach, 1988):
 - La influencia de cada una de las dimensiones del Burnout es determinante en su desarrollo.
 - Éstas mantienen distintas relaciones con las condiciones ambientales y las diferentes características individuales de la persona que lo padece (Albendín, 2016).

En este modelo se parte del cansancio emocional como dimensión desencadenante del Burnout, a la que seguiría según el proceso que se plantea, la despersonalización y, posteriormente, la reducida realización personal.

Con este planteamiento, los autores realizan diferentes análisis correlacionales, a partir de los cuales comprueban cómo encajan las distintas variables organizacionales que están interviniendo en el desarrollo del síndrome (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop & Yilmaz, 2009; Leiter, 1988, Leiter & Maslach, 1988). El cansancio emocional, por tanto, sería la dimensión que ocasionaría reducida realización personal, estando este proceso mediatizado por la despersonalización. Todo ello viene determinado por las interacciones que cada dimensión mantiene con los diversos

componentes organizacionales: competencia, autonomía y participación en la toma de decisiones, colegiación y cooperación con el cliente (Leiter & Maslach, 1988). Previamente habrán existido otros componentes organizacionales que provocarían cansancio emocional (sobrecarga de trabajo y conflicto interpersonal).

Según los autores, el cansancio emocional es lo que sentiría una persona con Burnout y lo que pondría en marcha el síndrome, siendo la reducida realización personal la que provocaría las consecuencias observables del Burnout (absentismo, rotación, abandono, entre otras), mediatizadas por la despersonalización (Cañadas-De la Fuente, San Luis, Lozano, Vargas, García & De la Fuente, 2014). Una variante de la modelización anterior del Burnout progresivo, fue defendida por Leiter (1991) quien plantea el proceso evolutivo del síndrome de forma que el cansancio emocional surge, efectivamente, como respuesta a los estresores de diversa índole, sobre todo laborales, a la par que la baja realización personal. En este modelo, las actitudes de despersonalización surgen al final y no median entre el cansancio emocional y la realización personal.

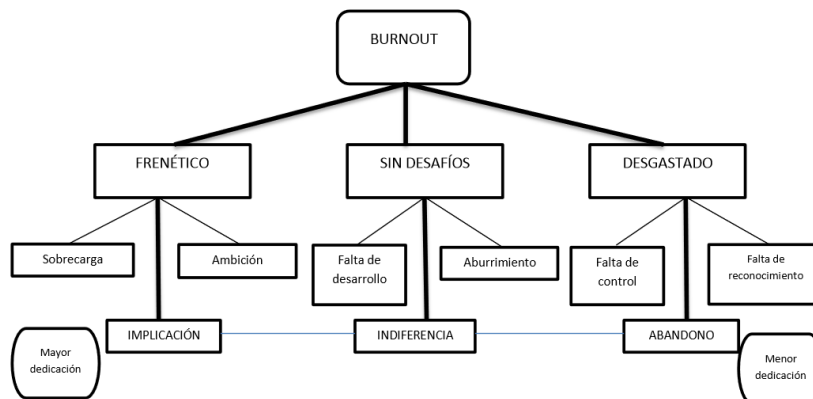
- También cabe destacar el **modelo de Lee y Ashfoth** (1988), quienes consideran a su vez, que la despersonalización y la baja realización personal son consecuencia del cansancio emocional. Pero a diferencia de los modelos anteriores, no consideran que la realización personal esté afectada por la despersonalización.

- Por otro lado, **Williams** (1989) a partir de un estudio en que mide tanto empatía como Burnout, crea un modelo interactivo en el que propone que los niveles elevados de empatía están asociados tanto con la dimensión cansancio emocional como con la falta de realización personal. En sus investigaciones, este autor encuentra correlaciones positivas entre el cansancio emocional y la despersonalización, y mantiene la hipótesis de que los sujetos con alta empatía emocional que trabajan en las profesiones de ayuda pueden estar predispuestos al cansancio emocional. Si este cansancio emocional no se ve mediado por una buena realización personal, aparecerán en el sujeto sentimientos de despersonalización, quedando así establecido el Burnout en sus tres dimensiones (Pérez, 2010).

- Por su parte, **Farber** (1985) propone un modelo en el que el Burnout no es general para todos los trabajadores que lo padecen, si no que cada individuo lo presenta de forma distinta. Diferencia así, tres tipos subclínicos del síndrome de Burnout: frenético, caracterizado por individuos ambiciosos que arriesgan su salud psíquica y física, descuidando su vida personal y familiar con tal de alcanzar el éxito laboral, hasta el punto de sentirse abrumados y sobrecargados por su excesiva implicación; ifraestimulado o sin desafíos, donde los sujetos están sumidos en la monotonía y la rutina de un trabajo que no les recompensa o les produce estímulo o motivación, lo que les lleva a la indiferencia; desgastado, cuyo subtipo está formado por trabajadores con menor dedicación al trabajo, poco reconocidos y que piensan que el éxito y el reconocimiento profesional no dependen del esfuerzo, lo que les

lleva al abandono del mismo y hacer mal sus tareas (Montero-Marín, García-Campayo & Andrés, 2008). Además de estos tres tipos, que están influenciados por el grado de dedicación (Figura 4), Farber (1985) describe seis estadios sucesivos en el síndrome de Burnout: 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; y finalmente, agotamiento y descuido.

Figura 4. Modelo de Burnout de Farber.



Fuente: Zubiaga, 2016.

- Unos años más tarde, surge el **modelo de Cordes y Dougherty** (1993) como una parte del planteamiento elaborado por Leiter y Maslach (1988), ampliando el marco conceptual y defendiendo el carácter central del cansancio emocional como aspecto inmediato de la aparición del Burnout, mientras que la falta de realización personal se considera una consecuencia del proceso del síndrome ya iniciado, y la despersonalización como una variable mediadora,

en forma de estrategia de afrontamiento inadecuada, entre cansancio emocional y la falta de realización personal (Góm. Por lo tanto, primero aparece el cansancio emocional en el sujeto que, como respuesta de afrontamiento al estrés provocado, puede desarrollar despersonalización (Cordes & Dougherty, 1993). Como consecuencia de los altos niveles de despersonalización, puede surgir la aparición de la falta de realización personal. Todo este proceso, puede desembocar en consecuencias individuales y organizacionales de tipo conductual, físico, emocional, actitudinal e interpersonal. Además, la virulencia del mismo, podría estar amortiguada por los recursos de afrontamiento del propio sujeto y por la existencia de apoyo social organizacional y personal (Ecie, 2013).

- En España, y en la misma línea que el modelo anterior, el **modelo propuesto por Gil-Monte y Peiró (1999)** considera que el síndrome se inicia con el desarrollo conjunto de las dimensiones cansancio emocional y reducida realización personal en el trabajo, apareciendo más tarde las actitudes de despersonalización. Esta última la entienden como una estrategia de afrontamiento ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y el cansancio emocional. Esta configuración de Burnout integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Gil-Monte & Peiró, 1999), integrado en los modelos cognitivos y en el modelo transaccional de estrés laboral de Cox y Mackay (1981). Y es que, estos autores españoles, conciben el Burnout como una respuesta al estrés

laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no son efectivas para reducir ese estrés laboral percibido (Rubio-Jiménez, 2003).

- También destaca en nuestro país, **el modelo procesual de Moreno, Bustos, Matallana y Millares (1997)**, basado en el modelo de Farber (1985), planteando tres tipos subclínicos de Burnout y además, antecedentes al mismo y sus posteriores consecuencias, entre las que destacan consecuencias físicas, sociales y psicológicas. Esto permite la caracterización de perfiles clínicos y una intervención diferente dependiendo del subtipo de Burnout que el profesional atendido padezca.

Por lo tanto, el problema principal en los modelos explicativos del Burnout y, consecuentemente, las divergencias con otros autores que trabajan en este tema, surge en la propuesta acerca de la secuencia temporal en que se producen las dimensiones del trastorno, lo que parece ser el punto débil y en el que se produce la falta de consenso, en esta área de modelización del constructo (Cañadas-De la Fuente, 2012), como se ha podido observar en cada uno de los modelos explicativos hasta ahora definidos.

Pero cada modelo desarrollado anteriormente, propone una dimensión desencadenante del proceso diferente, lo que implica una secuencia temporal distinta para el inicio y desarrollo posterior del trastorno, lo que incluye a su vez, relaciones de dependencia entre dimensiones, diferentes, entre unos modelos y otros, como se puede observar.

Consideramos que la modelización más completa del constructo Burnout, la ofrecería un modelo explicativo del síndrome que incluyera variables que anteceden a la aparición del problema, punto en el que se desencadena el trastorno, estructura completa del constructo, variables que covarían con el síndrome, y por último, que aporte una herramienta de medida para el diagnóstico y la evaluación del síndrome (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Sería deseable también, la existencia de una propuesta de clasificación en fases de un Burnout progresivo, que permitiera establecer el cuadro clínico completo de la evolución del trastorno en su desarrollo, lo que posibilitaría a su vez, estudiar posibles estrategias preventivas del mismo, así como programas de intervención en cada una de las fases establecidas del problema.

De una revisión de la literatura sobre el tema (Cherniss, 1980; Cordes & Dougherty, 1993; Edelwich, 1980; Gil-Monte & Peiró, 1999; Golembiewski et al., 1986; Lee & Ashfoth, 1988; Leiter & Maslach, 1988; Williams, 1989), se infiere que el modelo que más condiciones cumple de los citados previamente, es el propuesto y desarrollado por Golembiewski y su equipo de colaboradores, como ya se ha mencionado anteriormente. Y es que, recoge la estructura tridimensional del síndrome, la existencia de variables antecedentes y covariantes con el Burnout, propone una secuencia en la evolución del trastorno y dos formas diferentes de establecer las fases o estadios de gravedad en el desarrollo del problema, según se considere o no, la dimensión despersonalización. Por lo tanto, este será el modelo en el que se sustenten las investigaciones realizadas en esta tesis doctoral.

2.2. MEDIDA E INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Al igual que en todos los síndromes o trastornos, para evaluar o diagnosticar el Burnout, es necesaria una herramienta que mida los signos y síntomas y nos permita identificarnos con dicha dolencia. Para dicho constructo, se han diseñado diversos instrumentos de medida a lo largo de los años que han ido evolucionando conforme evolucionaba el propio constructo en su conceptualización.

Pero fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1981), basado en las tres dimensiones del síndrome (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal), el más utilizado para medir el Burnout, gracias a sus propiedades psicométricas (De la Fuente et al., 2015; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Enzmann, 1998). Schaufeli y Enzmann (1998) estimaron en su época, que el 90% de las investigaciones que medían el síndrome utilizaban el MBI, lo cual se mantiene hasta la fecha (Gómez-Urquiza, 2017). Por lo tanto, el MBI es el cuestionario con el que trabajaremos en esta investigación.

Las primeras mediciones del síndrome de Burnout, que procedieron generalmente de entrevistas y observaciones, tenían un carácter intuitivo y no sistemático ni estandarizado (Aguayo, 2014). Fueron Maslach y Jackson en 1981 quienes empezaron a sentar las bases del síndrome, construyendo dicho cuestionario. La primera publicación del MBI aparece en 1981 (Maslach & Jackson, 1981), un poco antes de su comercialización. La segunda edición del manual fue publicada cinco años

más tarde (Maslach & Jackson, 1986) y la última edición salió a la luz en 1996 (Maslach et al., 1996).

La construcción del MBI siguió un proceso inductivo y empírico, a partir del cual, se establecieron las tres escalas que lo conforman. Inicialmente, el MBI (Maslach & Jackson, 1981) contenía 47 elementos que se valoraban en dos continuos de medida (frecuencia e intensidad de los sentimientos) y analizaba cuatro dimensiones: las tres ya citadas y una cuarta denominada “implicación con el trabajo”, eliminada posteriormente en la segunda edición (Maslach & Jackson, 1986).

Como ya se ha mencionado, las autoras analizaron 47 ítems para construir el cuestionario con una muestra de 605 trabajadores (Aguayo, 2014). Siguiendo el procedimiento de análisis factorial, el cuestionario quedó inicialmente compuesto por 25 ítems agrupados en esas cuatro dimensiones incluyendo valoraciones en frecuencia e intensidad, con un formato de respuesta tipo Likert con siete alternativas de respuesta (de 0 a 6): “nunca”, “pocas veces al año o menos”, “una vez al mes o menos”, “unas pocas veces al mes”, “una vez a la semana”, “pocas veces a la semana”, “todos los días”.

Más tarde, en la segunda versión del manual del test (Maslach & Jackson, 1986), las autoras revisaron el cuestionario y modificaron algunos aspectos: redujeron los ítems a 22, eliminaron la escala implicación laboral y suprimieron las valoraciones de intensidad por la elevada correlación encontrada entre ambas medidas (frecuencia e intensidad).

Aunque el MBI fue creado originariamente para analizar el sector servicios, se generalizó posteriormente: en primer lugar, al campo de la enseñanza y a finales de la década de los 90, a otros campos profesionales. Es en este segundo manual, cuando se publica una versión del MBI especialmente diseñada para profesores y docentes, otro colectivo de riesgo para padecer el síndrome de Burnout. En esencia, se trata del mismo instrumento con sólo una diferencia: la palabra “recipient”, que hace referencia a las personas destinatarias de un servicio, se cambia por la palabra “student”, referida a los alumnos y/o estudiantes. Así, la primera versión del test pasó a denominarse Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido a profesionales asistenciales como los sanitarios (Maslach & Jackson, 1996), mientras que la versión adaptada para profesores y docentes, se denominó Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES).

Finalmente, la tercera y última edición del manual del MBI (Maslach et al., 1996) cuenta con tres versiones del cuestionario. La primera se trata del MBI-HSS de 1986, que se utiliza para medir el síndrome en una amplia variedad de profesiones asistenciales (de ayuda y sociales). La segunda, es la versión MBI-ES, diseñada para profesores y docentes, en la que se evalúan las mismas tres dimensiones que en la versión original. La tercera, publicada con el nombre de Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), constituye una versión general para medir el síndrome en todo tipo de trabajadores. El MBI-GS surgió con el objeto de evaluar apropiadamente el Burnout en trabajadores no incluidos en profesiones de ayuda ni de enseñanza, debido a la proliferación de estudios que encontraban niveles altos de Burnout en distintos tipos de colectivos

profesionales, más allá de los asistenciales (Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996).

Además de abordar otros colectivos profesionales, se investigó el desarrollo del síndrome en estudiantes de todo tipo. Para la operacionalización del Burnout al contexto académico (Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002), se adaptó el MBI-GS a estudiantes universitarios, lo que dio origen al cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS). 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 (Bresó et al., 2007). La aplicación del MBI-SS demostró que, al igual que los trabajadores, los estudiantes pueden reflejar agotamiento por las demandas del estudio (cansancio emocional), además de actitudes de desinterés, autosabotaje frente a las actividades académicas y dudas acerca del valor del estudio (despersonalización) y sentimiento de incompetencia como estudiantes (baja realización personal) (Bresó et al., 2007; Hederich-Martínez & Caballero-Domínguez, 2016).

Por lo tanto, en cuanto a las modificaciones y variantes del MBI a lo largo de los años, destaca:

- **Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES):** dirigido a profesores y docentes (Schwab, 1986).

- **Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS):** dirigido a personal sanitario (Maslach et al., 1996).

- **Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS):** enfocado más al trabajo propiamente dicho que a las relaciones de los trabajadores (Schaufeli et al., 1996).
- **Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS):** diseñado para estudiantes en el contexto académico (Schaufeli et al., 2002).

El MBI adaptado a la población española (Seisdedos, 1997), es un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto responde en una escala de frecuencias, aunque en la versión original se le pedía cumplimentar, una segunda vez, en una escala de intensidad, al igual que en la primera versión original, pero la cual ha desaparecido actualmente (Cañadas-De la Fuente, 2012).

Dicha adaptación se divide en tres subescalas que miden las tres dimensiones que configuran el constructo Burnout según sus autoras: 9 ítems de cansancio emocional, 5 de despersonalización y 8 de realización personal, que se contestan en una escala tipo Likert de siete puntos. La consistencia interna en la adaptación española del MBI fueron de 0,90 para cansancio emocional, de 0,79 para la subescala de despersonalización y 0,71 en la realización personal (Cañadas-De la Fuente et al., 2014).

Además de la adaptación española y las versiones específicas del MBI (Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 2009), se crearon múltiples adaptaciones de esta herramienta e incluso cuestionarios que utilizan el

mismo marco teórico, para aplicar a distintos colectivos profesionales (De Francisco, Garcés de los Fayos & Arce, 2015; De la Fuente et al., 2015; De la Fuente, Lozano, García-Cueto, San Luis, Vargas, Cañadas et al., 2013; García-Izquierdo, 1991; Gil-Monte, 2002).

Dichos instrumentos para medir el Burnout, se enumeran cronológicamente a continuación:

- **Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS)** (Emener et al., 1982): se trata de una traducción al francés del MBI, validado con datos obtenidos de educadoras de guardería y enfermeras. Dicho instrumento consta de 30 ítems y valora seis dimensiones: trabajo general, sensaciones relacionadas con el trabajo y con uno mismo, preparación del ambiente, respuesta negativa, disonancia de autoconcepto y alternativa del trabajo.
- **Staff Burnout Scale (SBS)** (Jones, 1980): está constituido por 30 ítems, 20 de Burnout y 10 de deseabilidad social, en una escala de seis puntos, con la que se propone evaluar cuatro dimensiones: Burnout cognitivo, afectivo, psico-fisiológico y conductual. Jones también creó el cuestionario Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), que evalúa el Burnout psicológico, físico y conductual, y que además presenta una escala de sinceridad que se correlaciona con medidas de absentismo, síntomas físicos, consumo de alcohol y drogas, errores y accidentes laborales e insatisfacción laboral.

- **Tedium Measure (TM)** (Pines et al., 1981): se creó inicialmente como instrumento de medida del “tedium” que hace referencia en español a “tedio” (sensación de malestar o fastidio provocada por la falta de diversión o de interés por algo) o “aburrimiento”. Dicho instrumento fue bastante utilizado en su época y consta de 21 ítems que abordan tres dimensiones: agotamiento físico, emocional y mental. Aunque diversas investigaciones avalan la fiabilidad y validez del cuestionario, no es válido para evaluar el Burnout ya que no recoge los componentes actitudinales del síndrome (Schaufeli & Van Dierendonck, 1993). Es por esta razón, por lo que posteriormente se transformó en el Burnout Measure (BM) (Pines & Aronson, 1988), que se explicará más adelante.
- **Perceptual Job Burnout Inventory** (Ford, Murphy & Edwards, 1983): es un cuestionario diseñado fuera del marco de profesiones asistenciales, enfocado más a las empresas, constituido por 15 ítems que miden 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): es un cuestionario con 23 ítems en una escala de verdadero-falso que analiza cogniciones y expectativas acerca del trabajo.
- **Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI)** (Gillespie & Numerof, 1984): también conocida como “Escala de Indicadores del Burnout”, contiene 7 ítems indicadores del síndrome, entendido como multidimensional y que hace referencia a sentimientos respecto al trabajo. Se validó a partir de los datos obtenidos de

religiosos que trabajaban en un servicio de salud. Esta herramienta de medida, diferencia entre Burnout activo y pasivo, mediado por la auto-separación del trabajador con los clientes o pacientes y como una estrategia de afrontamiento ante situaciones de estrés.

- **Burnout Scale (BS)** (Kremer & Hofman, 1985): tan sólo se añaden 5 ítems a un instrumento que evaluaba otras cuestiones, que surgió como consecuencia de una investigación que realizaban dichos autores. Reporta una baja fiabilidad y no analiza estructura ni dimensionalidad.

- **Teacher Burnout Scale (TBS)** (Seidman & Zager, 1986): surge el mismo año que la versión del MBI para docentes (MBI-ES), constituido por 21 ítems, analiza cuatro dimensiones: tres se correlacionan con las tres dimensiones del MBI, y una cuarta relativa a la percepción de apoyo por parte de los supervisores.

- **Energy Depletion Index (EDI)** (Garden, 1987): es una escala compuesta únicamente por 7 ítems, para valorar la “depleción de energía”, que se corresponde con la dimensión de cansancio de emocional del MBI.

- **Burnout Measure (BM)** (Pines & Aronson, 1988): se crea con 21 ítems en una escala tipo Likert de siete puntos, que permite evaluar niveles de agotamiento físico, emocional y mental. Se realiza también una adaptación española del mismo (Pines & Guendelman, 1995), utilizado en diversas investigaciones en su época, pero sustituido finalmente por el MBI por la mayor fiabilidad y consistencia interna del test.

- **Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE)** (Matthews, 1990): consiste en un autoinforme que considera el Burnout unidimensional. Consta de 50 ítems que valoran las actitudes hacia el trabajo, el locus de control, habilidades de afrontamiento y temperamento, entre otras. Gracias a estas variables laborales y personales, este instrumento permite conocer qué variables están determinando la presencia del síndrome.

- **Work Related Strain Inventory (WRSI)** (Revicki, Harold, May & Whytley, 1991): es un inventario con 18 ítems y que se aplica especialmente a contextos asistenciales, marco en el que se han efectuado sus estudios de fiabilidad y validez. Analiza la tensión laboral, enfocándose más al estrés en el trabajo que al Burnout.

- **Shirom-Melamed Burnout Measure** (Melamed, Kushnir & Shirom, 1992): consiste en una escala corta para la evaluación global del Burnout, compuesta de dos subescalas: agotamiento emocional y fatiga física con 8 ítems y agotamiento cognitivo con 6 ítems. La escala sigue el modelo evolutivo de Cherniss (1980) que distingue dos fases, una caracterizada por el afrontamiento activo y otra caracterizada por el abandono y el fracaso en el control de las fuentes de estrés.

- **Escala de Variables Predictoras de Burnout (EVPB)** (Aveni & Albani, 1992): no es un inventario propiamente dicho, ya que surge de un modelo en el que las variables predictoras del Burnout están muy relacionadas con los constructos de ansiedad y depresión. De

la combinación de resultados en ambos constructos, obtienen un listado de variables predictoras del síndrome.

- **Holland Burnout Assesment Survey (HBAS)** (Holland & Michael, 1993): es un cuestionario de 18 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos, dirigido a profesores. Se analizó comparándolo con la versión del MBI para docentes (MBI-ES), pero en este se incluyen cuatro dimensiones: percepción positiva, compromiso con la enseñanza, apoyo de supervisores y conocimiento del Burnout.

- **Rome Burnout Inventory (RBI)** (Venturi, Dell'Erba & Rizzo, 1994): combina un conjunto de variables sociodemográficas que divide en seis bloques: cansancio emocional, cansancio físico, percepción del apoyo social, estresores laborales y no laborales, insatisfacción del individuo y estado de salud del encuestado.

- **Escala de Burnout de Directores de Colegios** (Friedman, 1995): dirigido solo a directores de colegio, compuesta por 22 ítems que miden tres dimensiones: agotamiento, reserva y desprecio.

- **Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)** (Bakker, Demerouti & Verbeke, 2004): es un cuestionario con 16 ítems con un formato de respuesta con escala tipo Likert de cuatro puntos, que mide dos dimensiones del Burnout: agotamiento y retirada del trabajo. Se crea una versión para estudiantes, el OLBI-S, como una alternativa al MBI-SS.

- **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)** (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005): está compuesto por tres escalas independientes que miden diferentes dominios del Burnout: personal, relacionado con el trabajo y la relación con el cliente.

En España concretamente y también cronológicamente, se han diseñado los siguientes instrumentos de medida para el Burnout:

- **Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB)** (García-Izquierdo, 1991): únicamente mide una dimensión, que estaría relacionada con el cansancio emocional, la cual, es considerada por estos autores, el elemento esencial del Burnout. Consta de 12 ítems con una escala de medida tipo Likert de siete puntos. Los diversos estudios en los que se ha utilizado dicho instrumento, avalan la fiabilidad y validez del mismo (García-Izquierdo & Velandrino, 1992; García-Izquierdo, Llor & Sáez, 1994).
- **Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP)** (Moreno & Oliver, 1993): surge de la necesidad sentida de estos autores por mejorar la escala de despersonalización del MBI. Queda finalmente constituido por 16 ítems que miden ésta única dimensión y que está dirigido a profesores y docentes.
- **Cuestionario Breve de Burnout (CBB)** (Moreno, Bustos, Matallana & Miralles, 1997): consta de 21 ítems y valora siete dimensiones, entre las que se encuentran las tres contempladas en el MBI (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal), y además tedio, clima organizacional, características de la tarea y repercusiones del Burnout en la vida

del individuo que lo padece. Esta última, considerada como la escala de consecuencias del Burnout, incluye consecuencias físicas, sociales y psicológicas, contemplando así, dicho síndrome, como un proceso de naturaleza psicosocial (Montero-Marín, García-Campayo & Andrés, 2008).

- **Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)** (Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000): evalúa el Burnout en los profesionales de enfermería, incluyendo aspectos organizacionales específicos del ámbito hospitalario. Sigue un modelo similar al CBP, midiendo los antecedentes, el síndrome en sí y sus consecuencias. Incluye también dos factores mediadores: la resistencia al estrés o “hardiness” y estrategias de afrontamiento. Consta de 174 ítems con una escala tipo Likert y permite también, recoger datos sociodemográficos. Los datos psicométricos son buenos excepto en la escala de estrategias de afrontamiento.
- **Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT-PS)** (Gil-Monte, 2002): está formado por 20 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 Subtipos Clínicos de Burnout (BCSQ-36)** (Montero-Marín & García-Campayo, 2010): está diseñado para evaluar los subtipos de Burnout propuestos por Farber (1985)

(frenético, infraestimado/estimado o sin desafíos y desgastado). Cómo su propio nombre indica, consta de 36 ítems, aunque también hay una versión breve con 12 ítems (BCSQ-12). Se responde mediante una escala de tipo Likert con siete opciones, desde “1 Totalmente en desacuerdo” a “7 Totalmente de acuerdo”, midiendo las distintas propiedades de cada subtipo clínico: implicación (ítems 3, 6, 9, 12), ambición (ítems 1, 4, 7, 10) y sobrecarga (ítems 2, 5, 8, 11) del tipo frenético. Por otro lado, indiferencia (ítems 13, 16, 19, 22), falta de desarrollo (ítems 14, 17, 20, 23) y aburrimiento (ítems 15, 18, 21, 24) del tipo infraestimado. Y por último, abandono (ítems 26, 29, 32, 35), falta de reconocimiento (ítems 25, 28, 31, 34) y falta de control (ítems 27, 30, 33, 36) del tipo desgastado.

- **Adaptación española del Athlete Burnout Questionnaire (ABQ) para la medida del Burnout en futbolistas** (Arce, De Francisco, Andrade, Arce & Raedeke, 2009): es un cuestionario de 15 ítems que mide tres componentes del Burnout en deportistas: agotamiento físico/emocional, reducida sensación de logro y devaluación de la práctica deportiva.
- **Inventario de Burnout en Deportistas Revisado (IBD-R)** (Garcés de los Fayos, De Francisco & Arce, 2012): está formado por 26 ítems con un formato de respuesta de escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta. Evalúa las tres dimensiones del Burnout propuestas por Maslach y Jackson (1981): agotamiento emocional, reducida realización personal y despersonalización; aunque se basa en las dimensiones del contexto deportivo

propuestas por Fender (1989) que planteó una tridimensionalidad basada en agotamiento emocional, actitud impersonal hacia los sujetos de su entorno deportivo y disminución del rendimiento deportivo.

- **Cuestionario de Burnout Granada (CBG)** (De la Fuente et al., 2013; De la Fuente et al., 2015): se desarrolla un instrumento de medida con propiedades psicométricas apropiadas y baremos actuales para evaluar el síndrome de Burnout en España, que utiliza el mismo marco teórico y estructura que el MBI. Validado y baremado en policías (De la Fuente et al., 2013) y enfermeras (De la Fuente et al., 2015), es un cuestionario compuesto por 30 ítems (10 para cada dimensión) con un formato de respuesta tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (Lozano et al., 2008), cuyos ítems, han sido direccionados para medir el Burnout de forma positiva o negativa.

De todos estos instrumentos de medida del síndrome de Burnout, desde el ámbito internacional hasta el nacional, como se puede observar, la mayoría tienen como protagonista el MBI en sí mismo, aunque las diversas investigaciones llevadas a cabo al respecto, concluyen puntos diferentes que atañen a la propia conceptualización del síndrome de Burnout (Gómez-Urquiza, 2017):

En algunos de ellos se defiende su validez convergente (Maslach, 1978).

En otros trabajos se afirma su validez discriminante (Best, Stapleton & Downey, 2005; Maslach & Jackson, 1979; Roelofs, Verbrakk, Keijsers, De Bruin & Schmidt, 2005).

Otras investigaciones, en sus conclusiones, discuten su dimensionalidad o redistribuyen los ítems en dimensiones diferentes (Burke & Richardsen, 1991; Gold, Roth, Wright, Michael & Chen, 1992; Taris, Le Blanc, Schaufeli & Scheurs, 2005).

En la mayoría de trabajos se defiende su tridimensionalidad (Byrne, 1994; Gil-Monte, 2002; Golembiewski, Boudreau, Goto & Murati, 1993; Kitaoka-Higashiguchi, Nakagawa, Morikawa, Ishizaki, Miura, Naruse et al., 2004; Leiter, 1991; Maslach & Jackson, 1984; Schaufeli et al., 2002).

Otros, sólo establecen su fiabilidad y validez adecuadas, pero no profundizan en el estudio de su estructura (Cherniss, 1992).

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 el cansancio emocional es el factor más consistente en el instrumento, lo que condiciona la importancia relativa de los factores (Gómez-Urquiza et al., 2016).

También se han encontrado trabajos en el ámbito nacional, que señalan la insuficiencia estadística de algunos de los factores considerados, sin que ello impida que ciertos autores estén convencidos de la bondad del inventario, pues afirman que es el mejor instrumento para la evaluación

del síndrome (Moreno et al, 1991) e incluso construyen un complemento al mismo (Moreno & Oliver, 1993). Por otra parte, otros autores plantean dudas sobre dos de las tres dimensiones estudiadas: despersonalización y baja realización personal (García-Izquierdo & Velandrino, 1992; García-Izquierdo et al., 1993); y también sobre una de ellas, como es la despersonalización (García-Izquierdo et al., 1994).

En general, los críticos de la dimensionalidad concluyen apoyando la dimensión de cansancio emocional y destacan la falta de independencia de la dimensión despersonalización. Ninguno de ellos suele encontrar el factor de reducida realización personal, y por lo general, casi todos defienden la insuficiencia estadística de alguna de estas dimensiones.

3. FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT

Como se ha podido observar, el interés por la conceptualización del Burnout ha constituido uno de los puntos fundamentales en la investigación de este constructo. Pero hay otros aspectos que también han suscitado el interés de los investigadores, como son los factores que pueden estar relacionados con el desarrollo del síndrome, también denominados “factores de riesgo”.

Esta línea de investigación centrada en los factores de riesgo, ha contribuido a entender mejor el proceso de desarrollo del Burnout, situándolo dentro de un marco general en el que existen factores que pueden ser antecedentes y consecuentes del mismo (Aguayo, 2014).

Además, las investigaciones al respecto, han ayudado a consolidar el Burnout como síndrome y a la vez, discernir de otros trastornos que tienen características comunes, como la depresión o el estrés laboral.

Es importante establecer la diferencia entre factores de riesgo y grupos de riesgo, ya que suelen estar englobados en el mismo ámbito y comparten características comunes, pero no son lo mismo.

3.1. FACTORES DE RIESGO

Según la OMS, un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. El término factor de riesgo se emplea para hacer referencia a las condiciones que hacen que un determinado hecho tenga una mayor probabilidad de ocurrir, con la condición de que este hecho acarree una amenaza física o psicológica tanto para los individuos como para su entorno.

En Ciencias de la Salud, el concepto de factor de riesgo es la forma de poder determinar en qué condiciones o circunstancias una determinada enfermedad o síndrome tiene una mayor probabilidad de suceder. Los factores de riesgo presentan un valor predictivo que permiten establecer líneas de actuación clave para la prevención de enfermedades y síndromes.

En esta tesis doctoral se profundizará en los factores de riesgo como variables asociadas con el síndrome de Burnout, con la intención de esclarecer cuáles constituyen un riesgo para el padecimiento de dicho síndrome y cuáles son protectoras frente al Burnout.

Además, hablar de variables relacionadas con el síndrome, nos permite establecer un perfil general de las características específicas que las personas presentan para el desarrollo del síndrome de Burnout. El hecho de establecer un perfil tipo, nos abre una puerta a la futura investigación en medidas preventivas que se pueden adoptar para evitar dicho padecimiento. Y es que, para poder avanzar en la prevención del síndrome es importante conocer aquellas variables sociodemográficas, psicológicas y laborales que están relacionadas con su desarrollo (Albendín et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2016).

Existen diferentes taxonomías en cuanto a las variables relacionadas con el síndrome de Burnout. Una de las más utilizadas establece que los factores de riesgo asociados con el trastorno se pueden agrupar en tres categorías que incluyen variables sociodemográficas, intrapersonales o psicológicas y laborales (Purvanova & Muros, 2010; Vargas et al., 2014).

El estudio del síndrome de Burnout ha estado siempre circunscrito a los profesionales que prestan algún tipo de servicio a las personas, como, por ejemplo, médicos, enfermeras, psicólogos, policías y profesores. Sin embargo, a medida que el Burnout ganó en interés científico, fueron surgiendo estudios que sugerían que el problema también afecta a trabajadores que no realizan ningún tipo de servicio de cara al público, como militares, informáticos, sacerdotes, deportistas y empresarios (Garcés de Los Fayos & Cantón, 2007; Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013; Maslach et al., 2001). Por lo tanto, las variables que se desarrollan a continuación, se centran en todas estas categorías profesionales, aunque se hará mayor hincapié en aquellas que sean características del personal de enfermería, ya que esta tesis doctoral se centra en estos profesionales.

3.1.1. Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas como factores relacionados con el Burnout han sido poco estudiadas (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ríos, Martínez, Sabuco, Lozano & Mateo, 2012), ya que los investigadores suelen centrarse más en el estudio de variables laborales (Freimman & Merisalu, 2015; Lorenz & Guirardello, 2014).

Por lo tanto, se encuentran pocos estudios al respecto y con resultados contradictorios entre sí. Además, dichos resultados no determinan claramente si dichas variables pueden formar parte de un posible perfil tipo asociado con el síndrome de Burnout, o finalmente, ser descartadas (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente et al., 2015; De Pablo, 2007; Vargas et al., 2014).

Las variables sociodemográficas incluyen un grupo de variables que se desarrollan a continuación (género, edad, estado civil y número de hijos, entre otras), especificando en cada una de ellas, los resultados más relevantes existentes en la literatura, así como su relación con las dimensiones del Burnout (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal):

- **Género:** por lo que respecta al sexo, existe una tendencia general en todas las categorías profesionales, que muestra que las mujeres son más proclives a sufrir niveles de cansancio emocional más altos (Adebayo, Sunmola & Udegbe, 2006; Brondolo, Masheb, Stores, Stockhammer, Tunick, Melado et al., 1998), mientras que los hombres obtienen puntuaciones mayores en despersonalización. Sin embargo, hay estudios en los que no se ha detectado ninguna asociación entre estos factores (Burke,

Richardsen & Martinussen, 2006; Chrisopoulos, Dollard, Winefield & Dormann, 2010; Martinussen, Richardsen & Burke, 2007).

Concretamente en la categoría de enfermería, la importancia de la carga simbólica que el género tiene dentro de esta profesión, así como la feminización de dicha categoría y el rol femenino que los cuidados han tenido a lo largo de la historia (Albendín et al., 2016), impregna los resultados al respecto, ya que algunos autores encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con el síndrome de Burnout (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015; Ríos et al., 2012); mientras que, otros investigadores indican que dentro de la profesión enfermera no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (Eagar, 2003).

En cuanto a la relación del género con las tres dimensiones del Burnout, algunos autores afirman que no existen diferencias significativas en los niveles de dichas dimensiones en los profesionales de enfermería en función de que sean hombres o mujeres (Ozçakar, Kartal, Dirik & Tekin, 2012; Sabbah, Sabbah, Sabbah, Akoum & Droubi, 2012; Sharma, Sharp, Walker & Monson, 2007). Mientras, otros indican que el cansancio emocional es más alto en mujeres que en hombres (Pisanti, Van der Doef, Maes, Violani & Lazzari, 2016; Solano, Hernández-Vidal, Moreno & Reig-Ferrer, 2002) o más alto en hombres (Bekker, Croon & Bressers, 2005; Kavurmaci, Cantekin & Tan, 2014). Lo mismo ocurre en las dimensiones despersonalización y baja realización personal, ya que algunos autores indican que las mujeres despersonalizan más y se sienten más realizadas (Meeusen, Van Dam, Brown-Mahoney, Van Zundert & Knape,

2010; Mitchell, 2009; Proost, White, Witte & Evers, 2004), mientras otros afirman que los hombres se sienten más realizados y están más afectados por la despersonalización (Bratis, Tselebis, Sikaras, Moulou, Giotakis, Zoumakis & Ilias, 2009; Nathan, Brown, Redhead, Holt & Hill, 2007; Pisanti, Van der Doef, Maes, Lazzari & Bertini, 2011). Las últimas investigaciones apuntan una asociación positiva entre ser hombre y despersonalización (Cañadas-De la Fuente, Ortega, Ramírez-Baena, De la Fuente-Solana, Vargas & Gómez-Urquiza, 2018).

- **Edad:** la edad es una de las variables que más frecuentemente han sido asociadas al Burnout, aunque no se han encontrado patrones consistentes. Por una parte, se encuentran relaciones entre dicha variable y las dimensiones del síndrome (França, Martino, Aniceto, & Silva, 2012; Melita, Cruz & Merino, 2008), mientras que, por otro lado, existen escasos indicios de que dicha variable pueda ser considerada como un factor relacionado con el padecimiento del síndrome. Dichos autores proponen que la variable edad se debe a una relación moderada por otras variables de tipo laboral que se explicarán más adelante, como la experiencia o los años de antigüedad en el puesto de trabajo (Adriaenssens et al., 2015; Eagar, 2003; Ibáñez, Vlaregut, & Abio, 2004; Ríos et al., 2012). Concretamente en la categoría de enfermería, hay evidencias que muestran que a mayor edad disminuye la tensión laboral, lo que implica que el grado de Burnout sea menor (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop & Yilmaz, 2009; Kanai-Pak, Aiken, Sloane & Poghosyan, 2008). Sin embargo, otros estudios sitúan el aumento de los niveles de Burnout a partir de los 45 años (Kanai-

Pak et al., 2008; Lin, St. John & McVeigh, 2009). En un estudio realizado a nivel nacional, los profesionales sanitarios que se encontraban en una franja de edad entre 38 y 45 años obtuvieron promedios considerablemente más altos de Burnout, que los de los trabajadores de menor edad, aunque no alcanzaron la significación estadística (Cañadas-De la Fuente et al., 2014). Estos datos están en consonancia con los obtenidos por otros autores a nivel internacional (Davis, Lind & Sorensen, 2013).

En cuanto a la relación de la edad con las tres dimensiones del Burnout, algunos estudios indican que conforme aumenta la edad disminuye la puntuación en las tres dimensiones del Burnout (Ilhan, Durukan, Taner, Maral & Bumin, 2008; Akkus, Karacan, Göker & Aksu, 2010), mientras que otros apuntan a que disminuye el cansancio emocional y la despersonalización y aumenta la realización personal (Patrick & Lavery, 2007). También hay autores que se centran en determinados intervalos de edad, indicando que la mayor afectación por el Burnout se da entre los 19 y los 40 años (Akhtar, Lee & Lai, 2003); a partir de los 30 años (Losa-Iglesias, Becerro de Bengoa-Vallejo & Salvadores-Fuentes, 2010); o incluso otros que indican que no existen relaciones significativas entre la edad y el Burnout de los profesionales de enfermería (Wu, Zhu, Wang, Wang & Lan, 2007). Por lo general, el ser joven se considera un factor protector para el cansancio emocional (Gómez-Urquiza, Vargas, De la Fuente, Fernández-Castillo & Cañadas-De la Fuente, 2017), según indica el último meta-análisis al respecto.

- **Estado civil:** entendiéndose por estado civil la situación de tener o no pareja (solteros y/o divorciados), es para algunos autores un factor clave para el desarrollo del trastorno (Bennetti, 2009; Kis, 2014). Sin embargo, se encuentran trabajos de investigación en los que se informa de ausencia de relación entre esta variable y el síndrome (Melita et al., 2008).

Concretamente en la categoría de enfermería, hay autores que indican que no existe relación entre estar soltero o casado y el riesgo de padecer Burnout (Gama, Barbosa & Vierira, 2014; Kiekkas, Spyrtatos, Lampa, Aretha, & Sakellaropoulos, 2010). Sin embargo, otros informan que los solteros tienen mayor predisposición a desarrollar el síndrome (Cilingir, Gursoy, & Colak, 2012; Hazell, 2010).

En cuanto a la relación del estado civil con las tres dimensiones del Burnout, hay indicios de que los casados o con pareja tienen más riesgo de sufrir cansancio emocional (Kavurmaci, Cantekin & Tan, 2014), despersonalización y baja realización personal (Lasebikan & Oyetunde, 2012). Los últimos estudios apuntan una relación positiva entre estar soltero y despersonalización (Cañadas-De la Fuente et al., 2018). Vivir en pareja constituye, por tanto, un factor protector frente al desarrollo de Burnout (Aytekin, Kuguoglu & Yilmaz, 2013; Cañadas-De la Fuente et al., 2014; Mitchell, 2009).

- **Número de Hijos:** de forma inmediata al planteamiento anterior, la relación del estado civil y el Burnout suele venir acompañada del estudio de la variable número de hijos. Se ha informado mayoritariamente, aunque no de forma unánime, de una tendencia a sufrir mayores niveles en las tres dimensiones del síndrome, en

personas con hijos que en aquellos casos en que no los tienen (França et al., 2012; Ríos et al., 2012).

Concretamente en la categoría de enfermería, también existe controversia y unos autores afirman que no existe relación entre este factor y el síndrome en el personal de enfermería (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Coffey & Coleman, 2001), mientras que otros sugieren que no tener hijos puede traducirse en mayores niveles de Burnout (Lasebikan & Oyetunde, 2012; Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias & Pereira, 2013).

En cuanto a la relación de la variable número de hijos con las tres dimensiones del Burnout, algunos estudios afirman que tener hijos protege frente al cansancio emocional (Esfahani, Mirzaee, Boroumandfar & Abedi, 2012) o que, por el contrario, tenerlos, hace que aumente (Ayala & Carnero, 2013). Lo mismo ocurre con la despersonalización, ya que se encuentran trabajos en los que se indica que los hijos protegen (Aytekin et al., 2013) y otros en los que se defiende que son un factor de riesgo (França et al., 2012), planteándose idéntica controversia en la realización personal, con resultados a favor del papel protector de los hijos (Lasebikan & Oyetunde, 2012) o de riesgo (Aytekin et al., 2013) frente al Burnout. Las últimas investigaciones apuntan a la existencia de una relación positiva entre no tener hijos y el aumento del cansancio emocional y la despersonalización (Cañadas-De la Fuente et al., 2018).

La variable número de hijos y el estado civil, más concretamente, tener hijos y estar casado o vivir en pareja, se contempla cohesionada con la variable apoyo social, que incluye el apoyo formal en el ámbito laboral y

el informal en el ámbito familiar, entendido como el apoyo recibido y percibido por familiares y amigos, entre los que se incluyen también los compañeros de trabajo. El apoyo social recibido por parte de familiares y amigos es considerado por diversos autores como un factor protector, pues ayuda a evitar la aparición y desarrollo del síndrome de Burnout (Albar & García, 2005; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Hu, Zhang & Wang, 2015; Lorenz, Benatti & Sabino, 2010; Solano et al., 2002). Sin embargo, otros investigadores afirman que el apoyo de compañeros de trabajo y supervisores es más significativa que el apoyo informal (Velando-Soriano, Ortega-Campos, Gómez-Urquiza, Ramírez-Baena, De la Fuente & Cañadas-De la Fuente, 2019), y reportan evidencias sobre cómo este hecho minimiza sentimientos de aislamiento que pueden surgir cuando surgen problemas en el trabajo diario y ayuda a crear una red para el intercambio de experiencias y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para hacer frente a situaciones de estrés entre compañeros de trabajo y superiores, que ayuda a reducir el Burnout (Whitebird, Asche, Thompson, Rossom & Heinrich, 2013), como se verá más adelante en las variables laborales.

3.1.2. Variables Intrapersonales o Psicológicas

Volviendo a las taxonomías utilizadas en cuanto a las variables relacionadas con el síndrome de Burnout (Purvanova & Muros, 2010; Vargas et al., 2014), en segundo lugar, se encuentran las variables intrapersonales o psicológicas.

3.1.2.1. Rasgos de personalidad

La mayoría de variables intrapersonales o psicológicas se rigen por la personalidad del individuo. La conducta de una persona está conformada, eminentemente, por la interacción entre la situación que está viviendo el individuo y su personalidad. Es decir, una misma situación, cada individuo lo vive, lo afronta y responde de forma diferente en coherencia con su propia personalidad.

La personalidad es uno de los temas más controvertidos de la psicología, ya que es un elemento muy complejo y variado en el que los investigadores no acaban de ponerse de acuerdo (Martínez & Cassaretto, 2011).

A pesar de esta aparente falta de acuerdo en los componentes y la medición de la personalidad, la psicología moderna conviene en afirmar que existen cinco grandes dimensiones que conforman la personalidad de los individuos (Costa & McCrae, 1989).

Pero para llegar a dicha conclusión se han sintetizado previamente los casi 20000 términos del lenguaje que describían características de personalidad en un listado más manejable (Allport & Odbert, 1936), que se consiguió reducir a 4500 rasgos. Más tarde, Catell simplificó esa lista a solo 171, agrupando algunos de los rasgos según su semejanza, a partir de los cuales, llegó a los 16 Factores de Personalidad que dieron lugar a su propia teoría y modelo de la personalidad (Catell, 1972).

A partir de la teoría de los 16 Factores de Personalidad de Catell algunos investigadores fueron trabajando hasta obtener el Modelo de los Cinco Grandes (“Big Five Model”) rasgos que conforman la personalidad universal (Digman, 1990; Goldberg, 1993; McCrae, 2001, McCrae & Costa, 1999; McCrae & Terracciano, 2005).

Dicho modelo reúne en cinco grupos diferenciados un gran número de características de personalidad más específicas: neuroticismo (N), extraversión (E), apertura a la experiencia (O), amabilidad (A) y responsabilidad (R) (Costa & McCrae, 1989), que se explicarán a continuación.

La importancia de estas variables intrapersonales y de personalidad en relación con el Burnout, radica fundamentalmente en su influencia sobre la aparición, el desarrollo y el mantenimiento de dicho síndrome, lo cual es prioritario conocer para dirigir estrategias preventivas o programas de intervención por las instituciones para tal fin. Además, la personalidad de cada individuo puede modular el perfil tipo asociado al desarrollo de Burnout y ser de gran utilidad en la investigación al respecto. De hecho, algunas de estos cinco factores podrían ser variables protectoras frente al desarrollo del mismo (Albendín, 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana, Cañadas, Ramirez-Baena, Gómez-Urquiza, Ariza & Cañadas-De la Fuente, 2019; Fornés-Vives, García-Banda, Frías-Navarro, Hermoso-Rodríguez & Santos-Abaunza, 2012; Ramirez-Baena, Ortega-Campos, Gómez-Urquiza, Cañadas-De la Fuente, De la Fuente-Solana & Cañadas-De la Fuente, 2019).

A continuación, se define cada uno de los Cinco Grandes, asociándolos con constructos psicológicos relacionados y posteriormente con el Burnout y sus dimensiones, pero previamente con las características del personal de enfermería, ya que esta tesis doctoral se centra en estos profesionales:

- **Neuroticismo (N):** equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos (Bakker, Van Der Zee, Lewig & Dollard, 2006; Zellars, Hochwarter & Perrewé, 2004). También está relacionado con hostilidad, frustración y culpabilidad (Alarcón, Eschleman & Bowling, 2009; Costa & McCrae, 1989).

Concretamente en la categoría de enfermería, las personas con predominio de neuroticismo pueden presentar fuertes reacciones emocionales que interfieren en su propio equilibrio. Suelen ser personas que se ajustan en demasía a los protocolos y guías de práctica clínica impidiendo pequeñas variaciones en la asistencia diaria, y negando evidencias clínicas. La principal característica de una enfermera con predominio de neuroticismo es la suspicacia, lo que se refleja en la práctica diaria, e incluso puede llegar a repercutir en el empeoramiento del paciente (Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010).

En cuanto a la relación del neuroticismo con las tres dimensiones del Burnout, ha sido identificado como un factor de riesgo del síndrome, ya que aquellos que puntúan alto en este factor suelen presentar puntuaciones más altas de cansancio emocional y despersonalización y menores niveles de baja realización personal (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza, 2017; Ganjeh,

Arjenaki, Nori & Oreyzi, 2009; Ramirez-Baena et al., 2019; Zellars et al., 2004).

- **Extraversión (E):** implica aspectos como la asertividad y el dinamismo (Alarcón et al., 2009; Zellars et al., 2004). Se asocia a la sociabilidad de la persona, a la alegría, al entusiasmo y la diversión (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1989).

Concretamente en la categoría de enfermería, son personas que comunican y cuidan en todas las fases de la vida de los individuos que conforman la sociedad, realizando una labor diaria de formación, docencia, actividad asistencial e investigación (Burgess et al., 2010; Rodríguez & Cañón, 2015).

En cuanto a la relación de la extraversión con las tres dimensiones del Burnout, este factor ha sido relacionado con una mejora de las tres dimensiones del síndrome (Zellars et al., 2004), en lo que coinciden otros autores (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009; Ramirez-Baena et al., 2019). Aunque otros indican que no guarda relación significativa (Hudek-Knežević, Kalebic-Maglica & Krapic, 2011).

- **Apertura a la experiencia (O):** supone el desarrollo de un campo innovador y la amplitud de intereses; se refiere a personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia (Alarcón et al., 2009; Zellars et al., 2004). Se relaciona con la tendencia que tiene la persona de ser única, con el cambio y la variedad, la imaginación, la tolerancia a la ambigüedad y la aceptación de nuevas experiencias e ideas (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1989).

Concretamente en la categoría de enfermería, es el ideal que se propone para ejercer una eficiente actividad asistencial de calidad, y se asocia a niveles altos de satisfacción tanto por parte del personal de enfermería como por parte de los pacientes y usuarios (Cachá, Mellado, Hernández, Blanco & Alonso, 2015).

En cuanto a la relación de la apertura a la experiencia con las tres dimensiones del Burnout, para algunos autores este factor guarda relación con la realización personal, siendo un factor protector (Hudek-Knežević et al., 2011; Ramirez-Baena et al., 2019; Zellars et al., 2004); mientras que otros indican que no existe relación significativa entre la apertura a la experiencia y el Burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009).

- **Amabilidad (A):** también conocida como afabilidad o agradabilidad, se refiere al grado en el que la persona es cooperativa, cuidadosa y simpática con los demás (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1989). Se asocia con el altruismo, la compasión, la confianza, la honestidad y la sensibilidad (Alarcón et al., 2009).

Concretamente en la categoría de enfermería, la amabilidad era una característica indispensable en las primeras enfermeras, cuya trayectoria profesional ha estado marcada por una historia relacionada con la religión y el servilismo. Actualmente, se requiere otro tipo de competencias para dar una respuesta metodológica y científica a los retos del siglo XXI (Ali, Wattis & Snowden, 2015; Rodríguez & Cañón, 2015).

En cuanto a la relación de la amabilidad con las tres dimensiones del Burnout, según indican algunos estudios, tiene una relación

negativa y significativa con el cansancio emocional y la despersonalización, y positiva con la realización personal (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009; Ramirez-Baena et al., 2019; Zellars et al., 2004); aunque otros indican que sólo guarda relación con la realización personal (Hudek-Knežević et al., 2011) o que tiene una relación positiva con el cansancio emocional (Ganjeh et al., 2009).

- **Responsabilidad (R):** también conocido como tesón o conciencia, se refiere al concepto del deber y el desarrollo de un trabajo ordenado y sistemático (Alarcón et al., 2009; Zellars et al., 2004). Está relacionada con la orientación a la consecución de logros, ser organizado y confiable en el ámbito laboral (Alarcón et al., 2009; Costa & McCrae, 1989).

Concretamente en la categoría de enfermería, la responsabilidad es característica de personas que no se dejan llevar por sus impulsos, y que cumplen con su trabajo de manera profesional y éticamente (Hurtado & Larraín, 2015).

En cuanto a la relación de la responsabilidad con las tres dimensiones del Burnout, ha sido identificada como un factor que puede proteger a los profesionales de enfermería frente al desarrollo de dicho síndrome, disminuyendo el cansancio emocional y la despersonalización, y aumentando la realización personal (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ramirez-Baena et al., 2019). Aunque otros no encuentran relaciones significativas con cansancio emocional y despersonalización (Ganjeh et al., 2009; Hudek-Knežević et al., 2011).

Una vez analizados los Cinco Grandes, y trasladando dicho análisis al ámbito laboral, cabría concluir que los profesionales con mente más abierta tienen más estrategias para afrontar adecuadamente las situaciones estresantes en su trabajo (Costa & McCrae, 2002). Los trabajadores y, en particular las enfermeras, con factores de personalidad positivos de estabilidad emocional, amabilidad, responsabilidad, extroversión y apertura a la experiencia, pueden manifestar menores niveles de cansancio emocional y despersonalización, así como un nivel más alto de realización personal (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza, 2017). Por el contrario, niveles altos de neuroticismo pueden ser contraproducentes y son desaconsejables para la prevención del Burnout.

3.1.2.2. Ansiedad y Depresión

Además de las variables de personalidad, dentro de las variables intrapersonales y psicológicas hay que destacar dos variables más que pueden producirse como consecuencia del síndrome de Burnout, o por otro lado, pueden darse conjuntamente o incluso anteceder al mismo. Dichas variables son la ansiedad y la depresión, que no siempre aparecen aisladas y pueden ser variables de confusión del síndrome, al igual que el estrés (Peiró, 1993). Y es que existe una comorbilidad asociada entre estos conceptos (estrés, ansiedad y depresión) relacionados con el Burnout que puede llegar a confusiones si no se delimitan los términos de forma clara.

La presencia conjunta de ansiedad y depresión es bien conocida (Wolff & Ollendick, 2006), aunque es complicado diferenciar la ansiedad subjetiva o inquietud de la depresión en algunas ocasiones, ya que coexisten en un 70 u 80% de los casos (Sanz & Vázquez, 1998). Una revisión de 21

estudios realizados con poblaciones generales y con los criterios diagnósticos del DSM-IV (Angold, Costello, Erkanli & Worthman, 1999), encontró que aproximadamente entre el 11 y el 69% de personas con ansiedad tenían un trastorno depresivo comórbido, mientras que entre un 15 y un 75% de personas con trastorno depresivo manifestaban ansiedad comórbida. Estos datos son consistentes con los encontrados por múltiples investigaciones anteriores (Essau, Conradt & Petermann, 2000; Masi, Mucci, Favilla, Romano & Poli, 1999), en los que afirman que los trastornos depresivos tienen una mayor probabilidad de que ocurran en las personas con un trastorno primario de ansiedad y a la inversa.

Una vez desarrolladas dichas variables y volviendo al tema que nos ocupa en esta tesis doctoral, concretamente en el personal de enfermería, entre los factores psicológicos, los estudios han valorado los conflictos interpersonales, no conectar con los pacientes, la ansiedad, la depresión o la baja salud mental como factores relacionados con un aumento del Burnout (Escot, Artero, Gandubert, Boulenger & Ritchie, 2001; Emold, Schneider, Meller & Yagil, 2011; Quattrin, Zanini, Nascig, Annuciata, Calligaris & Brusafarro, 2006).

En los estudios más recientes se informa que las enfermeras con problemas de ansiedad y depresión son más propensas al desarrollo del síndrome (Gómez-Urquiza et al., 2018). Es por este motivo, por el cual resulta necesario diagnosticar adecuadamente y tratar los trastornos de ansiedad y depresión en estos profesionales, debido a la coexistencia de éstos con una alta prevalencia del Burnout.

Y para terminar con este tipo de variables, es importante destacar la asociación que mantienen con las tres dimensiones del síndrome las

variables psicológicas como la depresión, la ansiedad o la presencia de conflictos interpersonales, que actúan como factores de riesgo, aumentando el cansancio emocional y la despersonalización y disminuyendo la realización personal (Borteyrou & Paillard, 2014; Ostacoli, Cavallo, Zuffranieri, Negro, Sguazzotti & Furlan, 2010; Ramirez-Baena et al., 2019):

- El **cansancio emocional** elevado se relaciona con mayores niveles de ansiedad y depresión, al igual que indican otros estudios (Gómez-Urquiza et al., 2018; Ostacoli et al., 2010).
- Los niveles de **despersonalización** covarían positiva y significativamente con la ansiedad y la depresión en las enfermeras, lo que puede deberse a una necesidad de protección frente a los eventos adversos de la práctica asistencial (Gómez-Urquiza et al., 2018). Sin embargo, otros autores no han encontrado relación significativa entre despersonalización y las variables ansiedad y depresión (Ostacoli et al., 2010).
- En los últimos estudios al respecto se ha encontrado una relación negativa y significativa de **baja realización personal** con ansiedad y la depresión (Gómez-Urquiza et al., 2017), ya que es esperable que una enfermera que presenta ansiedad y depresión se sienta menos realizada personalmente. Aunque otros autores indican que esta relación sólo es significativa con depresión (Ostacoli et al., 2010).

3.1.3. Variables Laborales

Las variables laborales han sido las más ampliamente estudiadas en la investigación al respecto.

Este tipo de variables hacen relación a todas aquellas características del puesto de trabajo, englobando no sólo el entorno y la remuneración, sino también cuestiones más abstractas como la relación con los compañeros o el grado de satisfacción laboral.

Hay autores que defienden que el Burnout es más consecuencia de la situación laboral que de las variables de personalidad (Maslach, 1978; Moreno & Oliver, 1993; Olabarría, 1995), mientras que otros hablan de características situacionales y de personalidad como factor clave (Garden, 1987). Pero lo cierto es que todas deben ser consideradas y las de tipo laboral son más accesibles y modificables que el resto.

Las variables laborales más referenciadas en todas las categorías profesionales son (Davis et al., 2013; Gallagher & Gormley, 2009; Quattrin et al., 2006; Tyson & Pongruengphant, 2004; Velando-Soriano et al., 2019):

- La experiencia profesional, diferenciando entre la antigüedad en la profesión y la antigüedad en el puesto de trabajo.
- El turno de trabajo, diferenciando entre fijo o rotatorio.

- La carga de trabajo, que incluye el número de horas y específicamente en la categoría enfermera también es medida dicha carga mediante la ratio enfermera-paciente.
- El sueldo englobado dentro de la remuneración.
- El apoyo social y las relaciones laborales, abarcando tanto las relaciones con los compañeros como con los superiores.
- La satisfacción laboral, que designa, básicamente, un conjunto de actitudes ante el trabajo que depende de numerosos factores como el ambiente físico y relacional, el sentido de logro o realización, etc.

Por otro lado, las variables laborales más referenciadas específicamente para los profesionales sanitarios, y concretamente para la categoría de enfermería, todas ellas de gran interés en el estudio del síndrome de Burnout son (Gómez-Urquiza, 2017; Vargas et al., 2014):

- La diferencia entre unidades ambulatorias o de hospitalización, y dentro de éstas últimas según el área, que puede ser médica, quirúrgica y otras unidades específicas como urgencias, pediatría, etc.
- La especialización, ya que actualmente existen en enfermería las especialidades de matrona, enfermera de salud mental, enfermera del trabajo, enfermera pediátrica, enfermera geriátrica, enfermera

de familiar y comunitaria, y está pendiente la especialidad de enfermería quirúrgica, de urgencias y cuidados críticos.

- La relación con los pacientes y familiares por parte de las enfermeras, ya que una mala relación puede derivar en intimidación verbal, insultos o incluso agresión hacia los profesionales, lo que también ha sido relacionado con el síndrome de Burnout (Gascon, Leiter, Andrés, Santed, Pereira, Cunha et al., 2013).
- Las relaciones y la comunicación entre los distintos profesionales sanitarios, así como el apoyo social recibido por parte de los supervisores y compañeros (Velandó-Soriano et al., 2019), ya que una buena comunicación y coordinación de equipo mejora los resultados de salud de los pacientes (O'Daniel & Rosenstein, 2008).
- La cultura de la organización y el sistema de salud, así como el liderazgo de sus empleados (Tsai, 2011).
- El desequilibrio entre la vida personal y laboral (Klein, Frie, Blum & Knsebeck, 2011), ya que los profesionales sanitarios debido a las características de su trabajo y los tipos de turno, tienen difícil la conciliación con la vida familiar.
- Exposición a riesgos biológicos y químicos, ya que el trabajo asistencial sanitario supone estar en contacto con sustancias químicas altamente tóxicas para la salud, y sustancias o muestras

biológicas que pueden producir graves consecuencias en la salud de los trabajadores (Senthil, Anandh, Jayachandran, Thangavel, Josephin, Yamini & Kalpana, 2015; Xie, Zhou & Wang, 2015).

- Los profesionales de enfermería también están expuestos a riesgos físicos derivados de los esfuerzos para la movilización de pacientes, adecuación de la postura durante la realización de intervenciones o del manejo de material punzante y cortante de forma habitual. Entre los riesgos físicos, son los problemas musculoesqueléticos los más prevalentes (Lee, You, Gillen & Blanc, 2015), además se ha demostrado la relación de estos con el síndrome de Burnout e incluso favorecen somatizaciones y lumbalgias que producen un empeoramiento sintomatológico y una comorbilidad acentuada con dicho síndrome (Gholami, Pahlavian, Akbarzadeh, Motamedzade & Moghaddam, 2016; Sorour & El-Maksoud, 2012).

Una vez detalladas las diversas variables laborales, tanto a nivel general como las que son específicas del personal sanitario y enfermería, se procede al análisis de cada una de ellas en relación con cada una de las tres dimensiones del Burnout, así como sus consecuencias en la salud de los trabajadores:

- **Antigüedad en la profesión:** es un factor que puede influenciar la presencia de Burnout. Algunos autores muestran que los valores más altos de cansancio emocional y despersonalización se dan en aquellos profesionales de enfermería con menos de 10 años de vida profesional, que presentan además los niveles más bajos de

reducida realización personal (Ilhan et al., 2008). Sin embargo, un estudio meta-analítico, que incluye 29 estudios, indica que el cansancio emocional aumenta conforme lo hace la experiencia profesional, mientras que la despersonalización y la baja realización personal disminuyen (Vargas et al., 2014).

- **Turno de trabajo o turnicidad:** los resultados de las investigaciones indican que aquellas enfermeras que trabajan por turnos presentan mayores niveles de Burnout que aquellas con un turno fijo (Ilhan et al., 2008). Entre las consecuencias negativas de la turnicidad los estudios identifican trastornos del sueño, alteraciones de la alimentación y las relaciones sociofamiliares, e incluso afectación generalizada de la salud física y mental (Cañadas-De la Fuente et al., 2016; Wilson, 2002). Todo esto puede favorecer la aparición del síndrome de Burnout, pero la turnicidad no es un aspecto modificable en los profesionales sanitarios y supone un hándicap en la prevención del mismo contra el que irremediamente no se puede luchar (Camerino, Cassitto, Gugiari & Conway, 2013; Caruso, 2015; Deschamps-Perdomo, Olivares-Román, Zabala & Asunsolo del Barco, 2011; Eanes, 2015; Kushner & Ruffin, 2015). Aun así, lo único modificable en la turnicidad es el tipo de turno, la distribución, las horas de la jornada y los descansos posteriores. Los profesionales de enfermería suelen tener dos turnos de 12 horas (un diurno y el segundo nocturno), y posteriormente 4 días de descanso o bien secuencias de mañana, tarde y noche, seguidos de 2, 3 ó 4 días de descanso según corresponda.

- **Carga de trabajo:** también asociada con el número de horas o la ratio enfermera-paciente, como ya se ha mencionado anteriormente, parece existir consenso entre los diferentes autores, que indican que una mayor carga de trabajo y un mayor número de horas de trabajo suponen un aumento de los niveles de Burnout de las enfermeras; es más, consideran éstos como algunos de los principales factores de riesgo del síndrome (Dickinson & Wright, 2008; Ilhan et al., 2008).

- **Apoyo Social:** definido como la asistencia y protección por parte de otras personas, puede ser formal (supervisores y jefes) o informal (familia, compañeros de trabajo) (Velando-Soriano et al., 2019). Se han descrito cuatro características definitorias del mismo: apoyo emocional, que se relaciona con afecto e incluye actitudes como la atención, confianza, empatía, cortesía y afecto; apoyo instrumental, es decir, la provisión de bienes tangibles, servicios o asistencia específica; apoyo informativo, como el suministro de información en momentos de estrés; y evaluativo, por el cual la información se proporciona para permitir la autoevaluación (Shirey, 2006). Una buena relación con los compañeros y superiores está relacionada con menores niveles de Burnout (Ariapooran, 2014; Velando-Soriano et al., 2019), ya que el apoyo social se relaciona directamente con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización (Chana, Kennedy & Chessell, 2015). Buenas relaciones laborales producen una disminución de los niveles de despersonalización (Ilhan et al., 2008), algo que también afirman otros autores (Dickinson & Wright, 2008). Además, que los profesionales de enfermería sean tenidos en cuenta a la hora de la toma de decisiones, un clima de

seguridad, apoyo de la organización y mejores relaciones con los compañeros son factores protectores frente al desarrollo del síndrome (Dos Santos Alves, Da Silva & Brito Guirardello, 2016), mientras que la presencia de conflictos interprofesionales afecta negativamente al Burnout (Dickinson & Wright, 2008).

- **Satisfacción laboral:** también protege frente al desarrollo del Burnout (Vargas et al., 2014; Zangaro & Soeken, 2007). Las correlaciones entre satisfacción en el trabajo y las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización son significativas, de modo que niveles bajos de satisfacción en el trabajo producen como consecuencia altos niveles de cansancio emocional y despersonalización en los trabajadores. La correlación con la baja realización personal es algo más bajo pero significativa. Por lo tanto, los trabajadores que están más satisfechos con su trabajo, se sienten más realizados personalmente (Melchior, Bours, Schmitz & Wittich, 1997; Prins et al., 2007; Vargas et al., 2014; Zangaro & Soeken, 2007).
- **Diferentes áreas o servicios de hospitalización:** algunos autores indican que las enfermeras que trabajan en unidades quirúrgicas son las más afectadas por el síndrome (Vargas et al., 2014), aunque otras especialidades como las unidades de cuidados intensivos y las de urgencias también han sido identificadas como unidades de riesgo para el Burnout (Albendín et al., 2016; Moss, Good, Gozal, Kleinpell & Sessler, 2016). Siendo algo más bajos en enfermeras de atención primaria y de cuidados materno-infantiles (Cañadas et al., 2015; Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016). En esta tesis doctoral, como se explicará más adelante, las investigaciones

se realizarán en el área médica, que comprende un compendio de especialidades que reúnen, en gran medida, unos criterios homogéneos para su agrupación (medicina interna, geriatría, cardiología, neumología, digestivo, endocrinología, hematología, reumatología, neurología, nefrología, toxicología, salud mental e infecciosos).

En definitiva, todos los investigadores que trabajan en este tema parecen estar de acuerdo en que una buena gestión del entorno de los profesionales de enfermería, que favorezca un mejor clima laboral y aumente la satisfacción de las enfermeras, podría facilitar una disminución en los niveles de Burnout de estos profesionales (Gómez-Urquiza, 2017). Y es que, el profesional sanitario que presenta Burnout, es un sujeto con experiencia laboral, que no percibe el grado de reconocimiento mínimo en su labor asistencial, sumado a un alto nivel de insatisfacción laboral (Albaladejo et al., 2004; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000; Díaz, Stimolo & Caro, 2010; Fillion, Tremblay, Truchon, Côté, Struthers & Dupuis, 2007).

El conocimiento de los factores que protegen frente a los que favorecen la aparición del trastorno deben ser tenidos en cuenta por las instituciones sanitarias y sus directivos, para proponer medidas que favorezcan la protección de las enfermeras frente al Burnout, ya que algunas de las tensiones y presiones que genera el trabajo sobre estos trabajadores, pueden ser mitigadas. Una buena actuación en gestión, favorece un incremento de la satisfacción de las enfermeras y puede ser esencial para paliar en ellas los efectos del síndrome de Burnout (Griep, Rotenberg,

Landsbergis & Vasconcellos, 2011; Lorenz et al., 2010; Paschoalini, Martins, Cândida, Ribeiro & Dos Santos, 2008).

3.2. GRUPOS DE RIESGO

Asociado al concepto de perfil tipo, también conocido como perfil de riesgo, se encuentra el término “grupo de riesgo”. Se conoce como grupo de riesgo a aquel conjunto de personas que presentan una acumulación de factores de riesgo que los predispone a padecer cierta situación, enfermedad o síndrome. Al hablar de Burnout, irremediamente los grupos de riesgo se entienden como grupos de profesionales, por la propia entidad laboral del constructo.

A lo largo de sus cuatro décadas de investigación, se han referenciado diversos grupos de riesgo relacionados con el trastorno, que vamos a clasificar en grupos relacionados entre sí:

- **Miembros de la Enseñanza:**
 - Profesores y maestros (Batista, Carlotto, Coutinho & Augusto, 2010; Correa-Correa, Muñoz-Zambrano & Chaparro, 2010).
 - Directores de Colegio (Friedman, 1995).
 - Docentes de Universidad (Gil-Monte, Carlotto & Gonçalves-Camara, 2011; Gamarra & Ferrer-Puig, 2009).
 - Estudiantes (Aguayo, Cañadas, Assbaa-Kaddouri, Cañadas-De la Fuente, Ramirez-Baena & Ortega-Campos, 2019; Bresó et al., 2007; Schaufeli et al., 2002; Hederich-Martínez & Caballero-Domínguez, 2016).

- **Cuerpos y Seguridad del Estado:**

- Policías (Aguayo, Vargas, Cañadas & De la Fuente, 2017; De la Fuente et al., 2013; Silveira, Vasconcellos, Cruz, Kiles, Silva, Castilhos & Gauer, 2005; Lozano et al., 2008).
- Militares (Afonso & Gomes, 2009; López-Araújo, Osa-Segovia & Rodríguez-Muñoz, 2008).
- Bomberos/rescatadores (Argentero & Setti, 2011; Prati, Pietrantoni & Cicognani, 2010).

- **Deportistas:**

- Deportistas de alto rendimiento (Matos, Winsley & Williams, 2011).
- Deportistas profesionales y aficionados (Garcés de Los Fayos & Cantón, 2007; Garcés de los Fayos et al., 2012).
- Futbolistas (Arce et al., 2009; Raedeke & Smith, 2001).

- **Profesionales Sanitarios:**

- Fisioterapeutas (Serrano-Gisbert, Garcés de los Fayos-Ruiz & Hidalgo-Montesinos, 2008).
- Médicos de diversas especialidades (Castañeda-Aguilera & García-de Alba, 2010; Tejada & Gómez, 2009; Valentín-Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio, Ojeda & Bejarano, 2009).
- Personal de Enfermería (Albadalejo et al., 2004; Cañadas-de la Fuente et al., 2015; Deschamps-Perdomo et al., 2011; Díaz et al., 2010; Melita et al., 2008).

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) (Fernandes, Sousa, Santos, Rodrigues & Marziale, 2012; Ríos et al., 2012).

- **Otros Profesionales:**
 - Controladores aéreos (Martinussen & Richardsen, 2003).
 - Abogados (Maslach, 1982).
 - Trabajadores sociales (Chiller & Crisp, 2012; Kim, Ji & Kao, 2011).
 - Terapeutas ocupacionales (Poulsen, Khan, Meredith, Henderson & Castrisos, 2012).
 - Odontólogos (Albanesi-de-Nasetta, Tifner & Nasetta, 2006).
 - Nutricionistas (Gingras, De-Jonge & Purdy, 2010).
 - Veterinarios (Platt, Hawton, Simkin & Mellanby, 2012).
 - Teleasistencia (Farquharson, Allan, Johnston, Johnston, Choudhary & Jones, 2012).
 - Conductores de camión (Kemp, Kopp & Kemp, 2013; Semeijn, Waard, Lambrechts & Semeijn, 2019).

Como se puede observar en esta clasificación, el Burnout afecta a una gran variedad de trabajadores de todo tipo y a nivel mundial, ya que no es un constructo exclusivo de una actividad profesional concreta, sino que puede darse en diversos entornos laborales (Cañadas-de la Fuente et al., 2014; Lozano et al., 2008).

Aunque ya no es una entidad única de profesionales asistenciales que trabajan de cara al público, el desarrollo de una labor profesional que

exige gran implicación emocional hace más probable el desarrollo de dicho síndrome (Jones, Wells, Gao, Cassidy & Davie, 2013). Es la implicación emocional lo que hasta ahora, ha guiado las investigaciones sobre Burnout centradas en grupos de riesgo. Primeramente se estudió el síndrome en los servicios sociales (Freudenberger, 1974), y posteriormente, se fueron ampliando a otros ámbitos como el académico/educativo (Espinoza-Díaz, Tous-Pallarés & Vigil-Colet, 2015; Gil-Monte et al., 2011), en Cuerpos y Seguridad del Estado, principalmente en policías (Blasco, Llor, García, Sáez & Sánchez, 2002; De la Fuente et al., 2013; Figueredo-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte & García-Juesas, 2012) y profesionales sanitarios (Ortega-Ruiz & López-Ríos, 2004).

En España, las publicaciones al respecto siguen la misma línea de evolución, siendo los profesionales sanitarios el grupo de riesgo más investigado (Ortega-Ruiz & López-Ríos, 2004), entre otros grupos, como los policías y los docentes. De hecho, se compararon los niveles de Burnout en estos tres colectivos profesionales (policías, sanitarios y docentes), con los valores obtenidos en las tres dimensiones del Burnout en una muestra de población general (Lozano et al., 2008):

- En la dimensión **cansancio emocional**, los niveles más altos se dieron en el colectivo de profesionales sanitarios en relación con el resto de grupos profesionales considerados. En dicha dimensión, el grupo de docentes tiene la siguiente puntuación más alta, claramente por encima de las muestras de policías y población general.

- En la variable **despersonalización**, es destacable que los valores más altos son los obtenidos por el colectivo de policías seguido del grupo de sanitarios.
- En cuanto a la **realización personal**, cabe destacar que los que se sienten más realizados en su trabajo son los policías. El grupo de población general es el que puntúa en segundo lugar. Por último, son los docentes y en último lugar los sanitarios, los que se sienten menos realizados en su trabajo.

Estos resultados concuerdan con otros estudios de diversos países, que afirman que los colectivos de policías y de enfermeros se consideran grupos de riesgo en el padecimiento del citado síndrome y han mostrado elevados niveles del mismo (Avalos, Jiménez & Molina, 2005; Durán, Montalbán & Stangeland, 2006; Golembiewski & Kim, 1990; Lozano et al., 2008).

Los grupos de riesgo se ven ampliamente influidos por las características y peculiaridades de cada trabajo, así como la idiosincrasia del mismo, ya que no sólo depende de la implicación emocional, como se ha mencionado anteriormente. Los profesionales sanitarios, y concretamente el grupo de las enfermeras, son un colectivo que lidia en su quehacer diario con todos estos aspectos que hay que tener en cuenta (Kanai-Pak et al., 2008):

- Se enfrentan al dolor de pacientes y/o familiares de sus pacientes.
- Establecen relaciones de ayuda con los beneficiarios de su trabajo que tienen connotaciones negativas, tanto si se da un control

inadecuado de las mismas por exceso (sobreimplicación), como si lo es por defecto.

- Se genera una frustración si el objetivo para el que fueron formados, curar al paciente, no se produce.
- Las relaciones entre profesionales a veces son complicadas, tanto por el tipo de funciones que estos desempeñan como por el grado de responsabilidad que tienen, y ello puede generar conflictos.
- La cantidad de pacientes a los que tienen que atender, el tiempo que tienen para dedicarles, los horarios irregulares a los que se enfrentan, así como problemas de “relación ingrata”, en ocasiones, con el equipo del que forman parte, hacen que, muy probablemente, sean uno de los colectivos más perjudicados por el síndrome de Burnout.

Y a todo lo anterior se le une la crisis de los últimos años, los recortes en sanidad, el aumento de la jornada laboral de 35 a 40 horas semanales y el aumento de la ratio enfermera-paciente (Alameddine, Bauman, Laporte & Deber, 2012; Palese, Vianelli, De Maino & Bortoluzzi, 2012), lo cual influye negativamente y aumenta los niveles de Burnout en las enfermeras.

Además, no debemos olvidar que los profesionales sanitarios y concretamente las enfermeras, trabajan con personas prestando cuidados de calidad. Esta calidad puede verse menoscabada por la insatisfacción de los profesionales, lo cual repercute directamente en el paciente, en su

atención, en su satisfacción y lo que es más importante, en su salud. Se han realizado estudios que avalan la relación directa entre el Burnout de los profesionales sanitarios y la mortalidad de los pacientes (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval & Timothy, 2007; Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz, 2004) y también sobre el aumento de las reclamaciones a los profesionales sanitarios por parte de pacientes y sus familiares (Dall’Ora, Griffiths, Ball, Simon & Aiken, 2015), ambos como indicadores directos de la calidad asistencial.

Por lo tanto, es primordial trabajar con los grupos de profesionales que mayor riesgo presenten frente al Burnout, como son los profesionales sanitarios y concretamente las enfermeras, llevando a cabo intervenciones preventivas que eviten el avance del síndrome y sus consecuencias.

4. MARCO MÉDICO-LEGA: EL BURNOUT COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

4.1. BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL

Continuando con los profesionales afectados por dicho síndrome, cabe resaltar lo desamparados que estos se encuentran frente a diversos aspectos. Y es que, desde sus inicios, el Burnout ha tenido que luchar contra la incredulidad de toda la sociedad, pasando por una primera fase de negación del constructo hasta una fase de escepticismo generalizado o incluso definido como un invento de los profesionales para luchar contra la organización de las empresas y el sistema laboral, suponiendo una revolución camuflada que levantaba ampollas a los más altos empresarios.

Actualmente, el Burnout goza del reconocimiento como síndrome y también como enfermedad laboral. Ya en el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) comenzaron a hacerse eco del constructo, pero no es hasta el 2010, cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo incluye en la última revisión de la lista de enfermedades profesionales.

La OIT indica que el Burnout es una enfermedad que pone en peligro las economías de los países y hace que se resienta la productividad de los mismos, al afectar a la salud física y mental de los trabajadores (OIT, 2010). Resalta que el síndrome se caracteriza por la presencia de crisis de ansiedad y angustia, actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento, hipersensibilidad, insomnio, desórdenes metabólicos y desequilibrios en la presión arterial, pérdida de concentración en el trabajo, fijación en la parte oscura y conflictiva de la vida, depresión, falta de realización personal, autoevaluación negativa, baja autoestima, manifestación física del estrés (dolores de espalda, malestar general y otros síntomas) y disminución del rendimiento laboral (Albendín, 2016; OMS, 2005).

Otros autores establecen cuatro grupos sintomáticos mediante los cuales puede manifestarse el síndrome de Burnout (Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa, Rodríguez-Carvajal & Morante, 2005; Velando-Soriano et al., 2019):

- **Síntomas emocionales:** depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, intolerancia, actitudes acusatorias de clientes y la supresión de los sentimientos.

- **Síntomas cognitivos:** pérdida de sentido, pérdida de valores, expectativas discontinuas, autoconcepto alterado, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, cinismo y una perspectiva crítica generalizada.
- **Síntomas comportamentales:** evitación de responsabilidad, absentismo, comportamiento inadaptado, posponiendo las decisiones y un incremento en el consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- **Síntomas sociales:** aislamiento social, conflictos interpersonales, deterioro de las relaciones en el hogar, adherencia a grupos críticos o de riesgo y evitar el compromiso ocupacional.

Estas repercusiones toman cada vez mayor relevancia a nivel mundial, aunque son más notables en los países desarrollados, está aumentando su interés en los países en vías de desarrollo y en los países en transición del modelo económico (Pérez, 2013). Así pues, en Europa, el Burnout se ha convertido en una línea de preocupación prioritaria basada en la identificación de estresores relacionados con el ámbito laboral. Para ello, la Unión Europea creó una Comisión dentro del Programa de Trabajo del Diálogo Social 2003-2005 y el Programa de Trabajo Social 2013-2014 (Albendín, 2016; Pérez, 2013).

El esfuerzo de los países miembros por incluir el Burnout como enfermedad laboral, ha conseguido que, en algunos países como Suiza y Holanda, exista un diagnóstico médico para dicho síndrome (Schaufeli et al., 2009). Aun así, no está incluido en el Manual Diagnóstico y

Estadístico de Enfermedades Mentales en su última versión (DSM-V), ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Pero todavía queda mucho por avanzar en este aspecto en el resto de países europeos y en el mundo, ya que la mayoría no admiten un diagnóstico como tal ni su relación con la medicina del trabajo, evitando su reconocimiento como enfermedad profesional.

España sigue la misma línea, y aunque la Ley de Prevención de Riesgos Laborales hace hincapié en la prevención y detección precoz de riesgos laborales y vela por la seguridad del trabajador, no se hace una mención especial al síndrome ni consta, en la legislación revisada, referencias concretas al Burnout, exceptuando algunas recomendaciones contenidas en las guías de “buenas prácticas”, así como diversas sentencias en los Tribunales de Justicia (Albendín, 2016), que poco han trascendido en la sociedad actual.

4.2. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En cuanto a la herramienta diagnóstica más utilizada actualmente en el síndrome de Burnout, destaca el MBI, como ya se ha mencionado anteriormente.

Existen otras escalas e instrumentos de valoración que ayudan en el diagnóstico y que se han descrito en dicho apartado. Además, el diagnóstico puede ser sintomático e incluso la persona que lo padece refiere “estar quemado”. En líneas generales, quien establece el diagnóstico de Burnout puede ser un facultativo o psicólogos. Aunque existe poca investigación al respecto, algunos autores establecen las

directrices para poder establecer dicho diagnóstico (Verschuren, Nauta, Bastiaanssen, Terluin, Vendrig, Verbraak, et al., 2011):

- Experimentar un sentimiento de presión y cansancio por sobreesfuerzo físico y psíquico.
- Los trastornos se manifiestan desde hace más de 6 meses.
- Predominan sensaciones de cansancio y agotamiento la mayor parte del tiempo.

Y como no está reconocido ni en el DSM-V ni en la CIE-10 como enfermedad, existen otros diagnósticos que se asemejan y que algunos profesionales utilizan señalando que es el síndrome de Burnout lo que padecen y no otro trastorno. Por un lado, tenemos la etiqueta diagnóstica recogida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), Z73.0 que hace referencia a “problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”. Por otro lado, según los criterios diagnósticos del DSM-V en los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, el trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10) especifica la posible ocurrencia de síntomas disociativos como respuesta al factor de estrés, señalando que se pueden presentar síntomas de despersonalización y/o desrealización, criterios que parecen ajustarse mejor al síndrome de Burnout, pese a que este síndrome no se encuentre reconocido en el DSM-V (Carrión-García, López-Barón & Gutiérrez-Strauss, 2015).

Asimismo, el DSM-V se refiere a trastornos de adaptación especificando con alteración mixta de las emociones o la conducta 309.4 (F43.25), donde predominan los síntomas emocionales (ansiedad: nerviosismo,

preocupación, agitación o ansiedad de separación; depresión: estado de ánimo bajo, ganas de llorar o sentimiento de desesperanza) y la alteración de la conducta, siendo este criterio diagnóstico el que más se ajusta al término de desgaste psíquico que se contempla en el presente estudio al que se le añade la respuesta fisiológica al estrés.

Siguiendo con la formulación del diagnóstico, a pesar de las escalas de valoración mundialmente reconocidas y usadas desde antaño, la tendencia actual en la investigación del Burnout se orienta hacia el estudio de los biomarcadores, como indicadores objetivos y fiables del desarrollo del síndrome (Danhof-Pont, Veen & Zitman, 2011). En los últimos años, se está investigando la posibilidad de utilizar marcadores biológicos que permitan la detección precoz y la evaluación del Burnout, complementando así las medidas psicológicas con las biológicas, en un intento de conseguir un abordaje más amplio y satisfactorio.

Un biomarcador es un parámetro biológico medible y cuantificable que sirve como índice para la evaluación de la fisiología y de la salud (Silva-Fernández, Barbadillo-Mateos, Fernández-Castro & Otón-Sánchez, 2011). La posibilidad de utilizar los biomarcadores para la detección precoz del Burnout, radica en la existencia de ciertos cambios en algunos de estos índices, que se producen de forma concurrente a las consecuencias del síndrome. Por ejemplo, han sido observados cambios en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal vinculados directamente a síntomas clave del Burnout como el cansancio.

También se ha observado que algunos biomarcadores mejoran después de un tratamiento dirigido al control de los síntomas del Burnout (Danhof-

Pont et al., 2011; Díaz-Rodríguez, Arroyo-Morales, Fernández-de-las-Peñas, García-Lafuente, García-Royo & Tomás-Rojas, 2011). Los más utilizados para el diagnóstico del mismo son de tipo cardiovascular (tensión arterial, frecuencia cardíaca y variabilidad de la frecuencia cardíaca), de sueño (calidad, fragmentación, latencia y horas de sueño) y biomarcadores salivales (cortisol, IgA salival, α -amilasa salival, lisozima salival, cromogranina A salival) (Gómez-Alcaina, Montero-Marín, Demarzo, Pereira & García-Campayo, 2013).

Pero la investigación al respecto es todavía escasa y analizar la saliva es costoso, por lo que actualmente se están utilizando otros métodos diagnósticos que predicen el desarrollo del síndrome guiados por la personalidad de las enfermeras, de forma que se diseñen modelos explicativos del mismo para poder actuar en la raíz del problema (De la Fuente-Solana et al., 2019).

4.3. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El tratamiento de este síndrome es diverso y variado, oscilando desde un enfoque más alternativo que fomenta la gamificación y el engagement en el entorno laboral hasta un enfoque cognitivo-conductual basado en terapias de grupo e individuales (Schaufeli & Bakker, 2004).

La gamificación es la metodología que utiliza mecánicas de juego en entornos no lúdicos. Su objetivo es conseguir que los participantes de una actividad no recreativa experimenten las mismas sensaciones que cuando juegan (Hamari, Koivisto & Sarsa, 2014).

El engagement primeramente se describió como un estado laboral del trabajador caracterizado por energía, implicación y eficacia (Maslach & Leiter, 1997; Schaufeli & Bakker, 2004). Pero tras su escaso recorrido científico desde que surge el concepto hasta la fecha, se conceptualiza como un constructo motivacional positivo y se define hoy día como “un estado cognitivo-afectivo persistente en el tiempo y no focalizado a una conducta u objeto específico en el ámbito laboral, e integrado por las tres dimensiones de vigor (altos niveles de energía y resistencia mientras se trabaja), dedicación (alta implicación laboral) y absorción (máxima concentración en las tareas laborales) del sujeto en su trabajo” (Salanova, Grau, Cifre & Llorens, 2000; Schaufeli et al., 2002). También ha sido descrito como el empleo de altos niveles de energía mientras se trabaja (Strumpfer, 2003).

Tanto la gamificación laboral como el engagement suponen alternativas en la lucha y prevención del síndrome de Burnout, que cada vez afecta a más trabajadores y que las empresas e instituciones intentan paliar.

Aun así, estos enfoques van más dirigidos a la prevención primaria o son aplicables en fases iniciales. Cuando el síndrome está más avanzado, se llevan a cabo otro tipo de terapias que comprenden terapias complementarias como el mindfulness, yoga, etc.; hasta la terapia cognitivo-conductual tanto a nivel individual como a nivel grupal.

De las terapias complementarias mayoritariamente utilizadas, destaca principalmente el mindfulness. Actualmente, ocupa un lugar importante en la ciencia cognitiva y la neurociencia afectiva (Lutz, Dunne & Davidson, 2007). Además, en diversos servicios de salud, por ejemplo, en Gran

Bretaña, la terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) se ha implementado como tratamiento de elección en pacientes que sufren depresión mayor (Smith, 2014).

Que sepamos, existen pocos artículos sobre mindfulness en relación con enfermería y Burnout, pero en todos se informa de una reducción de los niveles de cansancio emocional y despersonalización, y el aumento de la realización personal al practicar la atención plena (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel, 2013). Revisiones sistemáticas con meta-análisis realizadas en los últimos años en el personal de enfermería (Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou & Hugh-Jones, 2017; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Khoury, Sharma, Rush & Fournier, 2015), recogen la eficacia de los programas de intervención basados en mindfulness y destacan el aumento del bienestar subjetivo, del estrés percibido, de la compasión, el afrontamiento, la resiliencia y la serenidad entre otros aspectos, además de la reducción de los niveles de Burnout. Suelen ser programas de intervención basados en el modelo de reducción del estrés basada en la conciencia plena (MBSR) con sesiones, entre 4 y 8, que pueden realizarse en el mismo lugar de trabajo de las enfermeras y cuyos resultados se mantienen posteriormente con algunas prácticas realizadas en casa por las enfermeras.

Además, existe evidencia científica que relaciona algunos biomarcadores como el cortisol o la amilasa con el uso del mindfulness en profesionales sanitarios con altos niveles de Burnout (Duchemin, Steinberg, Marks, Vanover & Klatt, 2015; Orellana-Rios, Radbruch, Kern, Regel, Anton, Sinclair & Schmidt, 2018). Se ha demostrado una disminución de los niveles de cortisol y amilasa en saliva tras la intervención de mindfulness

en profesionales sanitarios que han participado en dicho programa, lo cual correlaciona con los niveles de Burnout.

4.4. COMPLICACIONES Y SECUELAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Todavía no somos conscientes de la importancia del problema, ya que el Burnout es un síndrome que puede afectar a todos a lo largo de la vida profesional de cada persona, independientemente del puesto que ocupe o la función que realice. Y es que como hemos podido observar, el desarrollo del síndrome no viene determinado únicamente por las características laborales del puesto o del entorno, si no que influyen otro tipo de variables como las sociodemográficas o las intrapersonales, entre las que se abre el famoso debate personal de “vivir para trabajar o trabajar para vivir”. La mayoría de personas viven ajenas a esta problemática y muchos desconocen el propio concepto de Burnout. Esto hace pensar en la poca difusión del constructo y su corta evolución obstaculizada por intereses comerciales, financieros y económicos.

Cada vez más, se está incrementando el número de bajas laborales como consecuencia de los síntomas que acarrea el síndrome de Burnout (Molina-Siguero, García-Pérez, Alonso-González & Cecilia-Cermeño, 2003). Que el Burnout pueda ser motivo de baja laboral en un futuro, y además constituya una enfermedad del trabajo, es un evento muy potente frente al que hay que estar preparados. Y esta preparación incluye una mayor investigación al respecto, que mejore herramientas de prevención, diagnóstico y detección precoz del Burnout, diseñando intervenciones eficaces para paliar sus devastadores síntomas y que no provoque secuelas

en los trabajadores, en las instituciones y en los usuarios de las mismas, haciendo tambalear el sistema.

También hay evidencias de que la persona que desarrolla Burnout puede dar lugar a un efecto de contagio y afianzarse el problema en las relaciones interpersonales en el trabajo (Maslach et al., 2001). Además, la repercusión sobre la incidencia de depresión y ansiedad a nivel mundial es algo ya evidenciado. Incluso puede verse repercutido el aumento en el consumo de psicofármacos para paliar las consecuencias del síndrome en cuanto a depresión, ansiedad e insomnio, o por otro lado en el consumo de drogas psicoactivas como forma de evadirse ante los problemas laborales o como herramienta para luchar contra el cansancio, la desmotivación e incluso la despersonalización (Carreño, Medina, Martínez, Juárez & Vázquez, 2006). A todo esto, hay que sumar a los profesionales sanitarios como un grupo de riesgo para el consumo y abuso de drogas y psicofármacos, que ha sido ampliamente estudiado y en los que se estima un alto consumo, sobretodo en el personal médico (Domino, Hornbein, Polissar Renner, Johnson, Alberti & Hankes, 2005; Otero, Huerta & Duro 2008), pero también en enfermería.

La OMS ya vaticinó al Burnout como la epidemia emergente del siglo XXI (OMS, 2006), ya que en los últimos 20 años se han disparado los niveles de este síndrome (Bacaicoa, Díaz, Gea, Linares, Araya, Alba & Marrero, 2012), debido a la crisis mundial y la inestabilidad laboral con trabajos más sobrecargados y peor pagados (Herrera-Amaya & Manrique-Abril, 2008). Este problema puede agravarse si la situación político-económica actual no mejora, ya que la sobrecarga de trabajo, la insuficiencia de personal, la falta de autonomía y autoridad, la tensión

emocional constante y la responsabilidad profesional (França et al., 2012; Ksiazek et al., 2011), son variables moduladoras que se relacionan con el desarrollo del síndrome de Burnout, como ya se ha visto anteriormente.

Pero el Burnout no solo supone una enfermedad laboral que pueda propagarse mundialmente, también puede constituir un problema de Salud Pública, debido a los efectos sobre la salud de los trabajadores que produce. Los signos y síntomas descritos en este síndrome son insomnio, irritabilidad, consumo de alcohol o drogas, dificultad para concentrarse o ansiedad y depresión (García-Izquierdo & Sáez Navarro, 2000; Mingote-Adán, Moreno-Jiménez & Gálvez-Herrer, 2004). Estos datos coinciden con otros estudios que indican un aumento de la psicomorbilidad en los trabajadores que desemboca en un abuso de fármacos (analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos) (Molina-Siguero et al., 2003), manifestaciones psicósomáticas (dolores de cuello, espalda, contracturas, etc.), alteraciones de memoria (Peterson, Demerouti, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008) y trastornos mentales comunes como ansiedad y depresión (Silva & Menezes, 2008) e incluso suicidio (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaulària, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero & Granell-Navas, 2010).

El impacto sobre la salud de los individuos no es el único motivo, ya que el Burnout supone graves consecuencias para las instituciones y empresas. Hay autores que informan de que existe relación directa entre los niveles de cansancio emocional y despersonalización y la intención del trabajador de cambiar de trabajo (Leiter & Maslach, 2009), algo de lo que también informan otros autores, especificando que el Burnout influye en la

intención de dejar el trabajo en el próximo año (Gasparino, 2014; Gómez-Urquiza, 2017).

En los profesionales sanitarios, no sólo se ve alterado el individuo que lo padece y la institución, sino que el Burnout repercute directamente sobre los resultados de salud y la calidad de los cuidados que se prestan (Salyers, Flanagan, Firmin & Rollins, 2015; Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans & Van de Heyning, 2010). Otros autores han relacionado el Burnout con un aumento en los costes de la atención sanitaria, detectando un aumento innecesario de derivaciones al especialista y a pruebas diagnósticas entre los profesionales con el trastorno (Kushnir, Greenberg, Madjar, Hadari, Yermiahu & Bachner, 2014), lo que supone un aumento del gasto de la institución y la seguridad social.

Es fundamental establecer un marco médico-legal que soporte este problema y dé una respuesta adecuada a todos los frentes que se abrirán en un futuro, conforme evolucione y se instaure el Burnout en nuestra sociedad, normalizado como una enfermedad laboral más.

5. MARCO PRÁCTICO: EL PERSONAL SANITARIO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT

Una vez analizado el marco histórico, teórico y médico-legal del Burnout, procederemos con el último aspecto del síndrome, centrado en el marco práctico del mismo, que hace referencia al concepto aplicado a la práctica asistencial, concretamente en el personal de enfermería, que es el objeto de estudio de esta tesis doctoral.

Este marco, en cuanto a población se refiere, se compone de los profesionales sanitarios y concretamente, los profesionales de enfermería, ya que son uno de los grupos con mayor riesgo de padecer el síndrome (Bernardi, Catania & Marceca, 2005). Además, es uno de los más afectados por el Burnout, existiendo una alta prevalencia dentro de la profesión (Cañadas De la Fuente et al., 2014), que en muchas ocasiones supera a las demás profesiones sanitarias (Khamisa, Peltzer & Oldenburg, 2013), como se informa a continuación.

En cuanto a institución, los profesionales sanitarios ejercen su labor asistencial en los centros sanitarios, ya sean de atención primaria o atención especializada, a nivel intrahospitalario o extrahospitalario. Tanto los profesionales como las instituciones, constituyen el sistema sanitario, cuyos usuarios son las personas y pacientes que demandan cuidados y servicios de calidad. Todo ello forma un sistema cohesionado y

multidisciplinar que rige el entorno sociolaboral de los profesionales sanitarios.

Cada profesional sanitario tiene unas funciones adscritas propias de cada categoría y una idiosincrasia laboral característica que lo condiciona, ya que no solo difieren las competencias profesionales, sino que también existe disparidad en el salario, diversas opciones de promoción, etc., además de la unidad de trabajo o la especialidad de cada uno. Aunque actualmente, se ha desterrado la estructura jerárquica y se ha pasado a una organización matricial, basada en la comunicación y el trabajo en equipo, sigue habiendo diferenciación entre categorías, lo que puede influir en el desarrollo del Burnout a distintos niveles en cada grupo profesional dentro de la rama sanitaria (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal & Daudén, 2016; Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, et al., 2016; Kumar, 2016). Es por este motivo, por el cual, el estudio del Burnout ha estado condicionado por cada categoría.

5.1. EL PERSONAL SANITARIO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

Para obtener una visión general de los profesionales sanitarios en relación con el Burnout y construir así el marco práctico de esta investigación, es necesario realizar primeramente un análisis comparativo entre grupos y posteriormente profundizar en los niveles de Burnout de cada categoría sanitaria desde su alcance internacional hasta el estatal.

En general, entre las últimas investigaciones al respecto, una de ellas realizada en siete países europeos con enfermeras, médicos y médicos

residentes, indica que el 33,2% están despersonalizados, le sigue un 31,9% que presentan alto cansancio emocional, y con niveles altos de ambas dimensiones un 20,9% (Alexandrova-Karamanova, Todorova, Montgomery, Panagopoulou, Costa, Baban et al., 2016). Estudios similares realizados en profesionales sanitarios chinos informan de un 20,5% de la muestra con cansancio emocional alto, un 7,6% con alta despersonalización y un 17,8% con baja realización personal (Qiao, Chen, Chen, Guan, Wang, Jiao et al., 2016).

En las comparaciones entre grupos profesionales y su relación con las dimensiones del Burnout, los resultados obtenidos por diversas investigaciones internacionales y nacionales, indican que los enfermeros presentan niveles ligeramente más bajos que los médicos en cansancio emocional y despersonalización (Benetti, Stumm, Izolan, Ramos & Kirchner, 2009; De Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007), o únicamente en cansancio emocional (Escribá-Agüir, Martín-Baena & Pérez-Hoyos, 2006), mientras que otros afirman que no existen diferencias significativas entre ambas categorías (Escribá-Agüir et al., 2006).

En cuanto al personal de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares en enfermería (TCAE), las últimas investigaciones apuntan a que los profesionales de enfermería son los que parecen estar más afectados por el problema (Albendín et al., 2016). Otros estudios señalan niveles similares en ambos grupos en la dimensión cansancio emocional (Fernandes et al., 2012), mientras que otros concluyen que los enfermeros puntúan más alto (Ríos et al., 2012). Los TCAE despersonalizan más según Fernandes et al. (2012), y los enfermeros son más vulnerables según Ríos et al. (2012). El

nivel de realización personal es mayor en los profesionales de enfermería (Albendín et al., 2016; Fernandes et al., 2012).

En cuanto a los estudios de prevalencia sobre Burnout en profesionales sanitarios, uno de ellos con una muestra de enfermeras, médicos y TCAE, destaca un 27,8% de prevalencia del síndrome (Profit, Sharek, Amspoker, Kowalkowski, Nisbet, Thomas et al., 2014). La prevalencia del trastorno es relativamente alta en la categoría de enfermería, estimándose que hasta un 25% de estos estarían afectados por el síndrome (Demeuroti et al., 2000), mientras que otros autores la sitúan entre el 37,5% y el 43% (Olivar, González & Martínez, 1999). Estos niveles se mantienen también elevados en España (Albadalejo et al., 2004; Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

Aunque la mayoría de estudios se han realizado en profesionales sanitarios en general, hay otros muchos realizados por categorías, y es importante resaltar las diferencias entre grupos profesionales, atendiendo a la clasificación anteriormente realizada en los grupos de riesgo en los de tipo sanitario (Fisioterapeutas, Médicos, TCAE) y Enfermeros, analizando éstos en último lugar):

- **Fisioterapeutas:** son escasos los trabajos disponibles sobre fisioterapeutas en el contexto internacional, a excepción de algunos trabajos que revelan niveles medios de Burnout (Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler & Jette, 1993; Schlenz, Guthrie & Dudgeon, 1995; Wandling & Smith, 1997; Wolfe, 1981). En España los pocos estudios al respecto revelan una prevalencia del 4% y afirman que la práctica asistencial quizá no sea tan exigente

con el fisioterapeuta como para provocarle el síndrome de Burnout severo; sin embargo, sí parece suficientemente intensa como para ocasionarle alguna de las alteraciones implicadas en sus dimensiones (Serrano-Gisbert et al., 2008). De hecho, se encontró que más de la tercera parte de los fisioterapeutas asistenciales padece cansancio emocional y aproximadamente la quinta parte de la misma sufre las otras dos dimensiones del Burnout. En esta misma línea se encuentran otros resultados obtenidos en otras investigaciones en fisioterapeutas (Schlenz et al., 1995; Schuster et al., 1984; Wandling & Smith, 1997).

- **Médicos:** un estudio británico en zonas rurales informó de que el 80%, un 61% y un 44% sufren, respectivamente, de niveles medios y altos de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (Thommasen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz & Grzybowski, 2001). Por otro lado, un estudio europeo encontró niveles altos de cansancio emocional en un 43% de los médicos de familia, un 35% de alta despersonalización y un 32% de baja realización personal, presentando un 12% de la muestra niveles alterados en las tres dimensiones (Soler, Yaman, Esteva, Dobbs, Asenova, Katic et al., 2008). Estudios realizados en médicos estadounidenses encontraron síntomas de Burnout en un 46% de la muestra (Shanafelt, Hasan, Dyrbye, Sinsky, Satele, Sloan & West, 2015) o en un 23% (Yoon, Hunt, Ravella, Jun & Curlin, 2016), mientras que en médicos militares de Estados Unidos hay un 7,7% de profesionales afectados por el síndrome y un 25,6% en riesgo de padecerlo (Jácome, Villaquiran-Hurtado, García & Duque, 2019). Muchos estudios destacan el inicio del Burnout incluso desde su

período de formación como médicos residentes (Msaouel, Keramaris, Tasoulis, Kolokythas, Syrmos & Pararas, 2010; Pereda-Torales, Celedonio, Vásquez & Yáñez-Zamora, 2009), lo que resalta la magnitud del problema.

- **Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE):** aunque la producción científica sobre estos profesionales ha sido menor que en médicos y enfermeros, también existe literatura científica sobre esta categoría profesional sanitaria, aunque casi siempre asociada con enfermería. Un estudio llevado a cabo en Brasil indica que el 5,9% de los TCAE presentan Burnout, estando el 23,6% afectados por alto cansancio emocional, el 21,9% por alta despersonalización y el 29,9% por baja realización personal (Ferreira & De Lucca, 2015). Otros autores informan que, en profesionales de la sanidad militar, los niveles de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal son más altos en los TCAE que en los profesionales de enfermería, existiendo sólo diferencias significativas en despersonalización (Ayala & Carnero, 2013). Otros, por el contrario, muestran que no existen diferencias significativas en la prevalencia de Burnout entre ambos grupos (Verdon, Merlani, Perneger & Ricou, 2008) o que los niveles del síndrome son similares en los dos tipos de categorías (23% TCAE y 24% enfermeros), superando en el nivel de Burnout a médicos, psicólogos y fisioterapeutas en más de un 12% de prevalencia (Gosseries, Demertzi, Ledoux, Bruno, Vanhauzenhuyse, Thibaut et al., 2012).

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

5.2. ENFERMERÍA, BURNOUT Y LAS DIFERENTES ÁREAS DE TRABAJO

Debido a esta variabilidad, y modelando el marco práctico de esta investigación, es preciso continuar el análisis de la relación de este tipo de profesionales como es la enfermería, con el Burnout y sus dimensiones, dependiendo de la unidad o servicio de trabajo. Y es que el personal de enfermería es imprescindible en todas y cada una de las áreas de un centro sanitario: sin las enfermeras, dichas organizaciones no pueden funcionar. Cada rincón es ocupado por una de ellas, desde los servicios más valorados hasta los menos queridos, desde los más saturados hasta los más inhóspitos, desde los más vitales hasta los más esenciales.

Como ya se ha mencionado anteriormente, cada servicio y unidad es diferente y eso puede influir en los niveles de Burnout de este grupo profesional (Ahmadi, Azizkhani & Basravi, 2014). Además, a ello se le suma el “azar de asignación”, ya que la mayoría de las enfermeras no eligen a qué servicio acuden a trabajar, siendo la unidad de trabajo asignada por azar o por requerimientos de personal de cada institución. Esto es algo con lo que se está luchando actualmente y se quiere controlar mediante la especialización de enfermería, pero todavía queda un largo camino por recorrer.

A continuación, se detallan las áreas de enfermería más estudiadas en su relación con el síndrome de Burnout:

- **Área de Atención Primaria:** debido a las características laborales de este ámbito asistencial, donde las enfermeras realizan labores de prevención, educación, seguimiento y tratamiento prolongado y continuo a la población, con patologías principalmente crónicas,

cuidando a la persona y su familia en la comunidad y en el domicilio (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, et al., 2016; Monsalve-Reyes, San Luis-Costas, Gómez-Urquiza, Albendín-García, Aguayo-Estremera & Cañadas de la Fuente, 2018), los estudios sobre Burnout son mucho menores que en otro tipo de servicios con mayor nivel de complicación y exigencia (Adriaenssens et al., 2015; Albendín et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2016). Sin embargo, el interés por el Burnout en enfermeras de Atención Primaria parece estar creciendo, concentrándose la mitad de los estudios realizados al respecto en los últimos años (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015; Lorenz & Guirardello, 2014; Vilá-Falgueras, Cruzate-Muñoz, Orfila-Pernas, Creixell-Sureda, González-López & Davins-Miralles, 2015). Y es que, una parte importante de los profesionales de enfermería de este servicio, padece niveles medios o altos de cansancio emocional y despersonalización, así como baja realización personal (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, et al., 2016; Monsalve-Reyes et al., 2018; Tomás-Sábado et al., 2010).

- **Área de Cuidados Críticos y Urgencias:** los enfermeros dedicados a las urgencias intrahospitalarias y extrahospitalarias muestran valores superiores de Burnout comparados con el resto de servicios (Albendín et al., 2016). En diversas investigaciones al respecto se obtuvo que los niveles de cansancio emocional y despersonalización fueron mayores en los profesionales de urgencias, los cuales, además, se sintieron menos realizados que el resto (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg & Rolniak, 2007). Los

enfermeros de urgencias y los de cuidados intensivos presentaban puntuaciones similares en todas las dimensiones del Burnout (Ahmadi et al., 2014; Gillespie & Melby, 2003; Ríos et al., 2012). Otros estudios no encontraron diferencias en relación con otros servicios como medicina interna o los servicios con pacientes semicríticos (Ibáñez et al., 2004). En relación con otros servicios como diálisis, ortopedia, servicios de cirugía o enfermeros en residencias geriátricas, el nivel de Burnout fue significativamente mayor en las urgencias (Ahmadi et al., 2014; Casa, Rincón & Vila, 2012) y en las unidades de cuidados intensivos (Ríos et al., 2012; Solano et al., 2002), ya que son servicios que atienden a pacientes complejos, inestables y en situaciones críticas que producen un impacto inevitable en las enfermeras que les prestan sus cuidados.

- **Área Materno-Infantil:** la mayoría de estudios realizados en unidades de Pediatría indica una baja prevalencia de los niveles de Burnout en comparación con otros servicios como UCI, urgencias, etc. (Chen & McMurray, 2001; Pera & Serra-Prat, 2002; Pradas-Hernández, Ariza, Gómez-Urquiza, Albendín-García, De la Fuente & Cañadas-De la Fuente, 2018), ya que trabajar con niños resulta más agradable para la mayoría de las enfermeras (Romá, Ribera, Cartagena, Sans & Reig, 1993). Los resultados hallados se encuentran en un rango intermedio, de modo que dos de cada diez trabajadores del servicio de pediatría estarían afectados (Jofré & Valenzuela, 2005). Aún no existen estudios sobre Burnout que comparen prevalencia del síndrome de las enfermeras especialistas en pediatría con las enfermeras que trabajan en dichas unidades, pero sin la especialidad.

Con respecto a las unidades de Ginecología y Obstetricia, en un estudio realizado en España se encontraron grados altos de cansancio emocional en el 52,3% de la muestra, y de despersonalización en el 33,3%, y valores bajos de realización profesional en el 14,2%. Presentaron grados altos en al menos una de las dimensiones el 66,6% de los encuestados; en dos el 33,3% y en las tres escalas simultáneamente el 4,7% (Fontán-Atalaya & Dueñas-Díez, 2008). La mayoría de investigaciones realizadas son en profesionales sanitarios en general, sin especificar los profesionales de enfermería (Fernández, Roldán, Guerra, Roldán, Gutiérrez & De las Mulas, 2006; Fontán-Atalaya & Dueñas-Díez, 2010). Lo que sí se especifica en este tipo de servicio, son las matronas y su relación con el síndrome de Burnout. Tras evaluar el Burnout en 475 matronas de la Asociación Sueca de Matronas, obtuvieron 184 resultados altos en cansancio emocional (39,5%) y un 15% en baja realización personal. Una de cada tres matronas había considerado dejar la profesión, y un tercio de las matronas incluidas en esta encuesta presentó algún grado de despersonalización. La falta de personal y de recursos, sumado a un ambiente estresante y al conflicto con los compañeros fueron las causas principales de estos resultados. El síndrome de Burnout en España es sufrido por un altísimo porcentaje de matronas, en mayor o menor medida, y aunque la mayor parte de las matronas sufre un nivel bajo, es más frecuente en jóvenes con poca experiencia y formadas con el modelo enfermera interna residente (EIR).

- **Área Quirúrgica:** por un lado, están las Unidades Quirúrgicas y de Reanimación, en las que la bibliografía consultada y la mayoría de los trabajos de investigación encontrados, mostraron que la dimensión cansancio emocional concentra el mayor porcentaje de personal afectado (González-Jiménez, Alanis-Niño & Granados-Gutiérrez, 2004; Thommasen et al., 2001). El personal que trabaja en las unidades quirúrgicas está sometido a una serie de condiciones que pueden favorecer el desarrollo de Burnout, como son las propias de un área cerrada con gran intensidad de trabajo tanto en horas continuas como en frecuencia de jornadas laborales, estrés mantenido en la actividad diaria por estar siempre la vida de los pacientes en juego, escasez de personal cualificado, no existencia de un sistema de evacuación de gases anestésicos adecuados en la mayoría de los quirófanos, lo cual repercute a largo plazo sobre la salud de los que trabajan en los mismos; unido todo esto a las insatisfacciones por bajo salario y a la acumulación de problemas personales no resueltos (Cabana-Salazar, García-Ceballos, García-García, Melis-Suárez & Dávila-Ramírez, 2009). Y, por otro lado, está Traumatología, en la que hay muy pocos estudios sobre Burnout en este tipo de unidades, pero la mayoría refieren bajos niveles de prevalencia del síndrome, con la despersonalización como principal dimensión alterada (López & Bernal, 2002; Molina-Linde, Avalos-Martínez & Giménez-Cervantes, 2005), quizá por la alta tasa de mecanismos para la inmovilización y sujeción (poleas, contrapesos, etc.) que desvirtúan los cuidados a los pacientes traumatológicos.

- **Área Médica:** las investigaciones sobre Burnout en esta área, que se explicará a continuación, son escasas, dispersas y contradictorias (Molina-Praena, Ramirez-Baena, Gómez-Urquiza, Cañadas, De la Fuente & Cañadas-De la Fuente, 2018; Ramirez-Baena et al., 2019). Comparando este tipo de unidades con otras en toda España, en Barcelona (Ibáñez et al., 2004), se estudiaron enfermeras de urgencias, semicríticos y área médica, sin encontrar diferencias significativas del nivel de Burnout entre los tres tipos de unidades. En Granada (Molina, Ávalos & Gimenez, 2005), se encontró un mayor desgaste en los bloques de hospitalización y servicios generales, y menor en los bloques de especialidades y quirúrgico. En Madrid (Díaz-Muñoz, 2005), no se encontraron diferencias entre el Burnout de las enfermeras de la UCI de Cardiología y las de hospitalización; tampoco en Vigo (Puialto, Antolín & Moure, 2006), entre enfermeras de servicios especiales (UCI, Salud Mental, Urgencias) y el resto de servicios. En el País Vasco (Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales & Del Valle, 2009), se compararon enfermeras que trabajaban en cuidados paliativos con enfermeras de otras unidades de hospitalización, sin encontrar diferencias en el nivel de Burnout. Concretamente, existen estudios sobre los servicios de neurología, cardiología y neumología en los que sí se encontraban diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de profesionales de enfermería que se dedicaban a áreas más especializadas, como pediatría, oncología y unidad de cuidados intensivos a favor de éstos (Artiga-Ruiz, 2000; Frade-Mera, Vinagre-Gaspar, Zaragoza-García, Viñas-Sánchez, Antúnez-Melero & Álvarez-González, 2009; Ríos et al., 2012; Solano et al., 2002). Sin embargo, otros evidencian niveles más altos de Burnout

en el personal enfermero que trabajaba en el área médica y unidades de hospitalización que en áreas más especializadas (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, Gómez-García & González-María, 2012). Otro de los servicios más estudiados del área médica, es el de Medicina Interna, reportándose un grado medio de cansancio emocional en el personal de enfermería de este servicio, un grado medio de despersonalización o deshumanización y en cuanto a la realización personal un grado medio-alto (Gómez-Sánchez, Álamo-Santos, Amador-Bohórquez, Ceacero-Molina, Mayor-Pascual & Izquierdo-Atienza, 2009).

Existen otras unidades que, aunque también se engloban en el área médica, tienen algunas peculiaridades:

- **Geriátría:** en España, los resultados muestran que los enfermeros que atienden a personas mayores están menos cansados y menos realizados que el resto de enfermeros (Cañadas-De la Fuente et al., 2014). Esto puede deberse a que los enfermeros que trabajan en los geriátricos están vocacionalmente más motivados (De-Guzmán, Ching, Chiong, Chua, Chua & Dumalasa, 2009), o que la media de edad del personal de enfermería en estos centros es mucho menor que en los hospitales, al contrario de lo que sucede en otros países (Kanai-Pak et al., 2008).
- **Oncología y Cuidados Paliativos:** este tipo de servicio cuenta con menos estudios al respecto sobre el Burnout, quizá mediatizado por la obviedad que resulta de la idiosincrasia de las unidades de oncología y el rechazo que produce en la población en general. Las últimas investigaciones al respecto informan sobre una alta

prevalencia del síndrome, acompañada de altos niveles de cansancio emocional, aunque bajos niveles de despersonalización y baja realización personal (Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, Ortega-Campos, Cañadas, Albendín-García & De la Fuente-Solana, 2018; De la Fuente-Solana et al., 2019; De la Fuente-Solana, Gómez-Urquiza, Cañadas, Albendín-García, Ortega-Campos & Cañadas-De la Fuente, 2017; Gómez-Urquiza et al., 2016; Mukherjee, Beresford, Glaser & Sloper, 2009; Toh, Ang & Devi, 2012), lo que contrasta con el resto de servicios en los que enfermería se encuentra más despersonalizada. Los mismos valores de baja despersonalización se da en médicos oncólogos y médicos de cuidados paliativos (Asai, Morita, Akechi, Sugawara, Fujimori, Akizuki et al., 2007), ya que la humanización de los cuidados al final de la vida se está materializando en los últimos años. Sin embargo, otros estudios con oncólogos, pediatras y médicos generales han reportado un mayor nivel de despersonalización (Arigoni, Bovier, Mermillod, Vals & Sappino, 2009) en las unidades de oncología y cuidados paliativos. Aun así, varios estudios refieren niveles altos de cansancio emocional, que afecta a más del 30% de las enfermeras de oncología y cuidados paliativos y de despersonalización, que afecta a más del 20% de estas enfermeras, junto con bajos niveles de realización personal, que parece ser el principal problema en esta área de la salud (Alacacioglu et al., 2009; Gallegos-Alvarado, Parra-Domínguez, Castillo-Díaz, Murillo & Ortiz, 2009).

- **Salud Mental:** las enfermeras de este tipo de unidades manifiestan niveles muy similares de Burnout a los de sus compañeros de otros servicios. En cuanto a la prevalencia, un 66,6% tiene algún síntoma de Burnout (Martín, 2015). Es importante destacar que la dimensión baja realización personal, es la que menor puntúa en las enfermeras de salud mental, lo que se puede ver moderado por el factor motivacional (Molina & Avalos, 2007; Tzeng, 2002) o bien por la actitud de compromiso e implicación relacional no invasiva y contenedora que tienen los profesionales que trabajan con el daño psíquico (Olabarría & Mansilla, 2007). En psiquiatría existen factores que pueden predisponer (exposición al sufrimiento humano y emocional, riesgo de agresión, alteraciones conductuales, formación insuficiente) o proteger (trabajar en equipo) de este síndrome. Convendrían más estudios al respecto y comparando enfermeras especialistas en salud mental y aquellas que no lo son, pero que trabajan en dicho servicio.

Una vez revisados, los servicios de enfermería más estudiados en su relación con el síndrome de Burnout, nos detendremos en el último analizado, ya que son las unidades médicas en las que se realizarán las investigaciones relativas a esta tesis doctoral.

5.3. EL ÁREA MÉDICA EN ENFERMERÍA

Este tipo de unidades, conocidas también como el área médica (AM), se define como el lugar o espacio físico ubicado en las instituciones

dedicadas al estudio o atención de la salud, repartidas en unidades o servicios de hospitalización clínica que engloban servicios que mantienen características comunes (Molina-Praena et al., 2018). La mayoría de centros hospitalarios se dividen en bloques o áreas médico-quirúrgicas entre las que se encuentran el AM y el área quirúrgica, y las áreas materno-infantil y traumatológica y rehabilitación, lo que en la mayoría de los casos supone incluso la creación de diversos centros hospitalarios especializados en cada área, de forma que todos ellos componen un complejo hospitalario.

El AM constituye un área extensa, ocupando la mayoría de las unidades de un Hospital, por lo que un mayor número de enfermeras trabajan en estos servicios y, por tanto, se ven afectadas por el Burnout (Ramirez-Baena et al., 2019), precisando así dicha área de una mayor investigación al respecto. El AM, que será el ámbito de estudio de esta tesis doctoral, como ya se ha mencionado anteriormente, englobará los servicios de medicina interna, geriatría, cardiología, neumología, digestivo, endocrinología, hematología, reumatología, neurología, nefrología, toxicología, salud mental e infecciosos.

Aunque parezcan servicios muy diversos, las enfermeras que trabajan en ellos cuentan con muy parecidas condiciones laborales en cuanto a estructura, organización, turno laboral, salario, carga de trabajo (ratio enfermera-paciente), tipo de cuidados asistenciales que se prestan, competencias profesionales necesarias para trabajar en dichas unidades, etc (Molina-Praena et al., 2018).

Lo único que diferencia cada servicio es el tipo de paciente. Este tipo viene determinado por la patología que padece la persona a efectos médicos, que será lo que determine el lugar y la unidad de ingreso (medicina interna, geriatría, cardiología, neumología, digestivo, endocrinología, hematología, reumatología, neurología, nefrología, toxicología, salud mental e infecciosos). Pero a los ojos de la enfermería, que presta cuidados de suplencia, ayuda o autonomía a las personas que lo necesiten o lo demanden, es indiferente el tipo de patología aguda o descompensación orgánica que el paciente presente. Además, la mayoría de investigaciones no atribuyen la aparición del síndrome al tipo de paciente tratado, si no al contacto continuado con el paciente (Gandoy-Crego, Clemente, Mayán-Santos & Espinosa, 2009; Lin et al., 2009; Pereda-Torales et al., 2009).

Es por este motivo, por el cual, se decide agrupar el AM en un mismo grupo, ya que las enfermeras de cada servicio englobado en esta área están sometidas a los mismos niveles de estrés y a las continuas demandas asistenciales que produce el régimen de hospitalización (Córdoba, Tamayo, González, Martínez, Rosales & Barbato, 2011; Gómez-Sánchez et al., 2009; Palmer, 2014).

Al contrario que en los servicios especiales como urgencias, unidades de cuidados intensivos, quirófano, pediatría, etc., las unidades médicas se distribuyen en plantas de hospitalización dónde el número de camas es muchísimo mayor al del resto de servicios (Molina-Praena et al., 2018; Ramirez-Baena et al., 2019). Además, las plantas de hospitalización están abiertas a las visitas con horarios flexibles que permiten la continua entrada y salida de familiares. Enfermería está continuamente en contacto

con el paciente y su familia, la cual puede suponer una gran ayuda o puede promover dificultades y obstáculos en la atención al paciente.

Otra característica del AM es la ratio enfermera-paciente, ya que mientras en servicios especiales se reduce a 1:2 o 1:5, en estas unidades pasa a 1:15 e incluso 1:30 en los turnos de noche, lo que produce una sobrecarga laboral que incide en la salud emocional de los profesionales de enfermería, afectando a los cuidados que prestan y provocando la deshumanización en muchos de ellos (Lang et al., 2004). Los cuidados dejan de ser personalizados e individualizados, y se transforman en la realización continua de tareas estandarizadas que se aplican igualmente a todos los pacientes según los horarios y el funcionamiento de la unidad (a las 8 horas aseo en cama de pacientes inmovilizados, a las 9 horas realización de la prueba de glucemia y administración de heparina a la mayoría de pacientes, a las 10 horas administración de tratamiento antibiótico intravenoso a los pacientes que lo tienen pautado, etc.).

Estas características son los principales motivos de rechazo por parte de las enfermeras que prefieren trabajar en un servicio especial, con menos carga de pacientes y de tareas, dónde no tengan que lidiar continuamente con los familiares, y de forma que, puedan prestar unos cuidados humanizados, personalizados y de calidad (Dall’Ora et al., 2015)

Otras enfermeras, sin embargo, prefieren ejercer su actividad profesional en el AM encuadrada en las plantas de hospitalización, porque debido a la masificación de pacientes y la sobrecarga de tareas, el tiempo para dedicarse exclusivamente al paciente es reducido, y la propia estructura física de las plantas y las habitaciones, evita interactuar con éste cara a

cara durante largos periodos de tiempo, delegando la enfermera, en la mayoría de los casos, el cuidado en los familiares y acudiendo únicamente a la habitación cuando “llaman al timbre” (Jaracz, Gorna & Konieczna, 2005).

Este modo de trabajo permite la evasión de experiencias, que hace que los profesionales de enfermería modifiquen su forma de actuar para evitar, deliberadamente y mediante técnicas de evasión, experimentar experiencias negativas que se presentan en el entorno hospitalario como la mera relación con el paciente (Gómez-Urquiza, 2017; Losa-Iglesias et al., 2010). Este tipo de defensa que construye la enfermera, en un principio, puede ser beneficioso, pero finalmente le acaba generando mayores problemas de salud, despersonalización y altos niveles de Burnout (Dyrbye, West & Shanafelt, 2008).

Como se puede observar, las variables intrapersonales o psicológicas de cada enfermera, rigen la elección de trabajar en un tipo de servicio u otro, o simplemente la forma de adaptarse al tipo de unidad en la que te ha tocado trabajar. Esto abre el eterno debate sobre los rasgos de personalidad de las enfermeras por áreas de trabajo, que no especifica si las enfermeras con determinados rasgos de personalidad eligen un tipo de servicio adecuado a su perfil, o es el hecho de trabajar en esa unidad lo que moldea la personalidad o condiciona la conducta de cada una, para sobreprotegerse ante las condiciones laborales, emocionales y humanas a las que enfermería se enfrenta cada día.

Por lo tanto, esta tesis doctoral está enfocada al análisis de los diversos perfiles tipo (también conocidos como perfiles de riesgo), mediante las

variables sociodemográficas, laborales y de personalidad (haciendo mayor hincapié en estas últimas), que presentan los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en el AM en centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS), y cómo esto afecta a los niveles de Burnout y su prevalencia.

CAPÍTULO 2
OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Una vez recorrido todo el marco conceptual, histórico, teórico, legal y práctico del síndrome de Burnout, nos adentramos en los objetivos e hipótesis de los que parte esta tesis doctoral.

Como se ha definido anteriormente, los profesionales de enfermería son el objeto de estudio de dicha tesis, dada su vulnerabilidad y el riesgo al que están sometidos.

Además, esta tesis doctoral se centra específicamente en los profesionales de enfermería del área médica, por la idiosincrasia del trabajo y por las peculiaridades de los servicios que se incluyen dentro de esta área tan extensa, pero a la vez paritaria en cuanto a similitud de tareas y carga de trabajo en enfermería. Y es que, el área médica abarca los servicios de medicina interna, geriatría, cardiología, neumología, digestivo, endocrinología, hematología, reumatología, neurología, nefrología, toxicología, salud mental e infecciosos.

Una de las cuestiones que suscita el inicio de esta tesis doctoral es el por qué unos profesionales, en este caso enfermeros y enfermeras, sufren el síndrome de Burnout en mayor medida que otros o unos lo desarrollan antes y otros después, trabajando en el mismo servicio o en la misma área médica.

Por lo tanto, debe haber otras variables que no sean las de tipo laboral que influyan en el desarrollo del síndrome. En todos los aspectos de la vida, el afrontamiento que cada persona hace de las diversas situaciones a las que se tiene que enfrentar en el día a día, cambia la visión y el modo de actuar de cada uno. Pero en el síndrome de Burnout, no solo es cuestión de estilo de afrontamiento, es también la forma de ser de cada uno, en lo que entran en juego las variables de personalidad.

A todas estas variables se le suma el apoyo familiar, no ya el apoyo social que también es importante tenerlo en cuenta, sino la red familiar con la que cuenta la persona, que puede ser tanto protectora como precipitante del síndrome de Burnout. Es bien conocida la difícil conciliación familiar con el trabajo, que supone tener que dedicar tiempo a las dos facetas de la vida y que muchas veces entran en conflicto la una con la otra, pero que otras veces, la familia, la pareja o los hijos, son el motor que impulsa a la persona a desarrollarse laboralmente y a trabajar motivados por y para la familia.

Así pues, esta es otra incógnita que se quiere estudiar con la realización de esta tesis doctoral, abarcando los tres tipos de variables relacionadas con el síndrome de Burnout, para ver hasta qué punto influyen ciertas variables sociodemográficas (como el género, el estado civil o el número de hijos), variables laborales (antigüedad en el puesto, experiencia profesional o turno de trabajo) y variables psicológicas (como los tipos de personalidad, ansiedad y depresión).

A continuación, se detallan los objetivos que guían cada uno de los capítulos que conforman esta tesis doctoral y las hipótesis planteadas.

1. OBJETIVOS

El objetivo general en esta tesis doctoral es recabar información general que permita establecer la prevalencia, identificar los perfiles de riesgo teóricos y comprobar que esos perfiles se reproducen en los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en el AM en centros hospitalarios del SAS.

El objetivo general anterior se desglosa en los siguientes objetivos específicos que responden a las hipótesis previamente planteadas:

Objetivo 1. Identificar perfiles sociodemográficos, laborales y de personalidad asociados al síndrome de Burnout, en profesionales de enfermería.

Objetivo 2. Realizar una descripción preliminar de los niveles de Burnout en los profesionales de enfermería del AM.

Objetivo 3. Estimar la prevalencia de Burnout en enfermeras del AM andaluzas.

Objetivo 4. Comprobar de forma empírica el perfil sociodemográfico, laboral y de personalidad de las enfermeras que desarrollan su labor profesional en el AM en hospitales del SAS.

2. HIPÓTESIS

Hipótesis 1. Los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en el AM en centros hospitalarios del SAS presentan niveles medios-altos de Burnout.

Hipótesis 2. La prevalencia de Burnout en el grupo de enfermería del AM en centros hospitalarios del SAS es considerablemente alta.

Hipótesis 3. Los factores sociodemográficos, las variables propias del entorno laboral y las variables de personalidad, serán factores a incluir en un perfil de riesgo de Burnout en los profesionales de enfermería en servicios de AM en centros hospitalarios del SAS.

CAPÍTULO 3

GÉNERO, ESTADO CIVIL Y NÚMERO DE HIJOS COMO FACTORES DE RIESGO DEL BURNOUT EN ENFERMERAS: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study

Authored by:

Guillermo A. Cañadas-De la Fuente; Elena Ortega; Lucía Ramírez-Baena; Emilia I. De la Fuente-Solana; Cristina Vargas; Jose Luis Gómez-Urquiza

Published in:

Int. J. Environ. Res. Public Health **2018**, Volume 15, Issue 10, 2102

Cómo citar:

Cañadas-De la Fuente, G., Ortega, E., Ramírez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. (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. doi:10.3390/ijerph15102102



© 2018 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. RESUMEN

La correlación entre las variables del síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas en los profesionales de enfermería han sido ampliamente estudiadas pero los resultados son contradictorios. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del género, estado civil y número de hijos sobre las dimensiones del síndrome Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) en profesionales de enfermería, medido con el MBI. La búsqueda se realizó en mayo de 2018 en las siguientes bases de datos: CINAHL, CUIDEN, Dialnet, Psycodoc, plataforma ProQuest, OVID y Scopus con la ecuación de búsqueda ("Maslach Burnout Inventory" OR "MBI") AND "nurs*", sin necesidad de utilizar restricciones de búsqueda. La muestra fue de $n = 78$ estudios: 57 estudios de género; 32 para estado civil; 13 sobre tener hijos. Se halló una relación estadísticamente significativa entre despersonalización y género ($r = 0.078$), estado civil ($r = 0.047$) y los hijos ($r = 0.053$). También se constató una relación significativa entre el cansancio emocional y los hijos ($r = 0.048$). Los resultados mostraron que ser hombre, estar soltero o divorciado y no tener hijos, están relacionados con niveles más altos de Burnout en enfermeras. Además, estas relaciones podrían acentuarse por la influencia de variables moderadoras (edad, antigüedad, satisfacción en el trabajo, etc.), que, en combinación con las relaciones significativas mencionadas anteriormente, deben ser evaluadas para el diseño de perfiles de riesgo de Burnout en los profesionales de enfermería.

Palabras clave: Burnout; Maslach Burnout Inventory; Meta-análisis; Personal de enfermería; Factores de riesgo sociodemográficos.

2. INTRODUCCIÓN

El concepto de Burnout apareció por primera vez en la década de los años 70 (Freudenberger, 1974), cuando se acuñó el término de Burnout para describir el agotamiento emocional y físico que pueden sufrir los empleados que trabajan en diferentes contextos laborales, especialmente en aquellos que proveen algún tipo de servicio a otras personas (Schaufeli et al., 2009). El Burnout se caracteriza por ser un proceso gradual en el que los profesionales se ven sometidos a estresores de forma continuada, lo que hace que se sientan incapaces de hacer frente a dichos factores. Esto hace que se sientan agotados, con falta de energía y mentalmente fatigados (Ecie, 2013).

Maslach y Jackson (1981) conceptualizaron el Burnout como un constructo tridimensional cuya evaluación se realiza mediante el MBI. Las tres dimensiones del Burnout son: (i) cansancio emocional (CE), relacionado con la sensación de agotamiento físico y desgaste mental; (ii) despersonalización (D) o la presencia de actitudes negativas y cínicas hacia pacientes y compañeros; y (iii) baja realización personal (RP), reflejando la tendencia hacia las autoevaluaciones negativas respecto al rendimiento en el trabajo y la competencia general percibida (Maslach et al., 2001; Maslach & Jackson, 1981; Queiros et al., 2013).

Aunque se han elaborado otros instrumentos para evaluar el síndrome de Burnout (De la Fuente et al., 2015; De la Fuente et al., 2013), el MBI el cuestionario más utilizado y aceptado por los investigadores en este campo (Maslach et al., 1996; Okwaraji & Aguwa, 2014). De hecho, hay numerosos estudios psicométricos que apoyan este tipo de evaluación y conceptualización del síndrome (Cañadas-De la Fuente et al., 2014; Meda-

Lara, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Morante-Benadero & Ortiz-Viveros, 2008).

Aunque el síndrome de Burnout se desarrolla en diferentes campos profesionales, el personal sanitario (particularmente las enfermeras) son uno de los colectivos más susceptibles de desarrollar el trastorno, debido a las características de su trabajo y a que pasan la mayor parte de su tiempo de trabajo en contacto con los pacientes (Kavurmacı et al., 2014; Wilkinson, 2014; Zhang, Huang & Guan, 2014). Como se muestra en algunos estudios, la prevalencia del cansancio emocional ronda el 30% en enfermeras de oncología y de urgencias, mientras que la prevalencia de la despersonalización es del 15% en enfermeras oncológicas, frente al 36% en enfermeras de urgencias (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017). El Burnout, además de afectar a la salud mental y física del profesional de enfermería que lo padece, influye en la calidad de los cuidados y los servicios proporcionados. También favorece el absentismo laboral e incluso el abandono de la profesión de enfermería (Epp, 2012; Gasparino, 2014; Gómez-Urquiza et al., 2016).

Para poder avanzar en la prevención del síndrome de Burnout es importante identificar las variables laborales, sociodemográficas y psicológicas que están relacionados con el desarrollo del mismo (Albendín et al., 2016; Gómez-Urquiza, Aneas-López, et al., 2016; Zhang et al., 2014). Hasta la fecha, las variables laborales han sido las más estudiados (Vargas et al., 2014) y se han considerado las más importantes en relación con el desarrollo del síndrome (tales como la experiencia laboral, salario, horario laboral o seguridad laboral) (Khodadadizadeh, Ravari, Sayadi, Khodadadi & Jafarinaveh, 2012; Qu & Wang, 2015). Sin embargo, hay

pocos trabajos de investigación que estudien exclusivamente los factores de tipo socio-demográfico y sus resultados son contradictorios.

Por ejemplo, algunos estudios de investigación informan de que no existe relación alguna entre el Burnout y el género de los profesionales de enfermería (Oliveira & Pereira, 2012; Sabbah, Sabbah, Sabbah, Akoum & Droubi, 2012), mientras otros autores indican lo contrario (Hochwalder, 2009; Meeusen et al., 2010). Contradicciones similares se encuentran en la relación entre el Burnout y el estado civil. Varios estudios indican que estar soltero o casado no tiene relación con las tres dimensiones del Burnout (Bekker et al., 2005; Patrao, 2012). En cambio, de acuerdo con otras investigaciones, los profesionales que están solteros, presentan mayores niveles de Burnout (Gama et al., 2014; Kiekkas et al., 2010), mientras que otros estudios indican que estar casado está relacionado con el síndrome (Cilingir et al., 2012; Hazell, 2010). También hay controversia en cuanto a tener o no tener hijos. Mientras algunos autores indican que esta variable no tiene relación entre este factor y el Burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Coffey & Coleman, 2001) otros han encontrado una relación estadísticamente significativa entre ambos. Algunos estudios indican que las enfermeras sin hijos tienen mayores niveles de Burnout (Lasebikan & Oyetunde, 2012; Queiros et al., 2013), mientras que otros sugieren que las enfermeras con hijos tienen mayores niveles de Burnout (Ayala & Carnero, 2013).

Como hemos mencionado anteriormente, no está clara la relación que estas variables sociodemográficas (género, estado civil y tener hijos) pueden tener en el síndrome de Burnout en enfermería, ya que algunos estudios informan sobre una correlación positiva mientras que otros aseguran una correlación negativa, o sin embargo, otros autores niegan

directamente que exista asociación entre dichas variables. Contradicciones similares en la relación entre el Burnout y otro tipo de variables en profesionales de enfermería, han sido aclaradas mediante estudios meta-analíticos, como, por ejemplo, variables laborales (antigüedad en el puesto, experiencia profesional, satisfacción laboral, especialización o turno de trabajo) o variables sociodemográficas (edad) (Gómez-Urquiza et al., 2017; Vargas et al., 2014). Que sepamos, no existen trabajos de corte meta-analítico que aclaren la contradicción existente entre la relación del Burnout con las variables sociodemográficas género, estado civil y número de hijos en profesionales de enfermería, pero sí que ha sido clarificada la relación de dichas variables con meta-análisis en educadores y agentes de policía (Aguayo et al., 2017; Kis, 2014). De este modo, el estudio de la relación potencial entre estas variables y el Burnout en el personal de enfermería, usando un meta-análisis, puede proporcionar valiosas nuevas ideas que permitirían establecer si las citadas variables son relevantes y deberían ser incluidas en la elaboración de un perfil de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería. Trabajos de estas características servirían como base para el diseño y la implementación de programas preventivos o de intervención dirigidos a las enfermeras que encajen en el perfil de riesgo, evitando así los efectos que el Burnout tiene en estos profesionales, en los pacientes y en las instituciones afectadas.

Los objetivos del presente estudio son: (a) realizar un meta-análisis del tamaño del efecto de la relación entre los factores sociodemográficos género, estado civil e hijos y las tres dimensiones de Burnout medido mediante el MBI en profesionales de enfermería; (b) examinar las variables moderadoras que pueden explicar la heterogeneidad en los resultados obtenidos en previos estudios. De este modo, la pregunta que guió el meta-análisis fue: ¿Cuál es el tamaño del efecto (correlación) entre

las dimensiones del Burnout y los factores sociodemográficos género, estado civil y tener hijos, en los profesionales de enfermería?

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. FUENTES DE DATOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se realizó un estudio meta-analítico siguiendo las indicaciones de la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), que orienta en la realización de la investigación, especificando el criterio de selección de estudios, informando sobre la estrategia de búsqueda y fuentes de información y detallando el proceso relacionado con la revisión de la validez y fiabilidad. Diferentes estrategias se utilizaron para identificar el mayor número de estudios primarios (Perestelso-Pérez, 2013).

Primero, se consultaron las siguientes bases electrónicas: CINAHL, CUIDEN, Dialnet, Psycodoc, ProQuest Platform (ebrary e-books, Health and ProQuest Deep Indexing (Medical), PsycARTICLES, PsycINFO, ProQuest Health & Medical Complete, ProQuest Deep Indexing, Medline), OVID SP Platform (Global Health, Ovid Nursing Database y ERIC) y Scopus. La ecuación de búsqueda fue (“Maslach Burnout Inventory” OR “MBI”) AND “nurs*”, y sin restricciones en ningún campo de búsqueda. En segundo lugar, se consultaron las referencias de otras revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre Burnout en enfermería. En tercer lugar, la literatura gris se obtuvo en Google Scholar, ProQuest Dissertations & Theses y en TESEO. Se accedió a Science Citation Index para encontrar estudios que citasen los trabajos así identificados. Finalmente, las referencias de todos los trabajos incluidos también fueron

revisadas. La búsqueda fue realizada en Mayo de 2018 sin ninguna restricción temporal.

Los criterios de inclusión establecidos para la selección de estudios fueron: (a) ser un estudio empírico; (b) que utilizase el MBI para medir el Burnout; (c) que la muestra estuviera compuesta sólo por profesionales de enfermería; (d) el estudio mostrara el tamaño del efecto entre las variables sociodemográficas (género, estado civil y tener o no hijos), y alguna de las tres dimensiones del MBI, o en su defecto, la información estadística necesaria para el cálculo del tamaño del efecto; (e) que estuviesen publicados en español, inglés, francés, italiano o portugués. El MBI fue elegido como criterio de inclusión porque es el instrumento de medida del Burnout más ampliamente aceptado y usado (Schaufeli et al., 2009). Otros instrumentos no fueron incluidos porque en éstos, las dimensiones en el Burnout consideradas son diferentes y la comparación de correlaciones no sería adecuada. Las referencias de todos los artículos incluidos en la revisión están disponibles bajo petición del autor de correspondencia.

3.2. LECTURA CRÍTICA

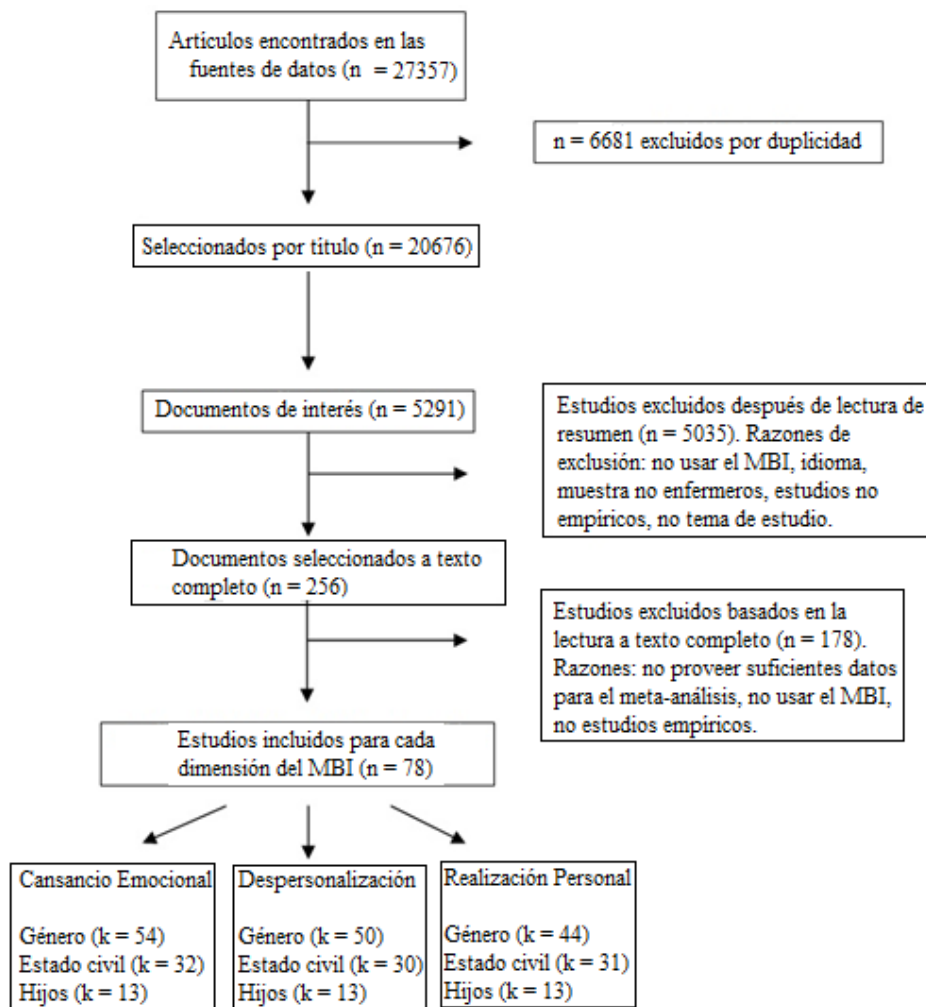
La calidad metodológica fue evaluada por la lista de verificación sugerida por Ciapponi (2010), usando los ítems correspondientes a la validez interna de los estudios: números 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18.

La búsqueda inicial produjo un total de 27357 estudios, los cuales fueron reducidos a 20676, una vez que se eliminaron los títulos duplicados. Sin embargo, después de que los títulos de los se leyeron, este número se redujo a 5291. Tras leer los resúmenes de dichas investigaciones, sólo cumplieron los criterios de inclusión 256 (uso del MBI, tenían una muestra enfermera y eran cuantitativos o empíricos). Después de la lectura del

texto completo y de excluir los artículos que no proveían de datos estadísticos para el meta-análisis, el número final de estudios fue de 78, más específicamente, 57 para género, 32 para estado civil y 13 para hijos.

Estos artículos proporcionaron datos para 54 muestras sobre la correlación entre el género y el cansancio emocional; 50 muestras de género y despersonalización; y 44 muestras de género y baja realización personal. Con respecto al estado civil había 32 muestras para la relación con cansancio emocional; 30 para la relación con despersonalización; y 31 para la relación con baja realización personal. Para el factor de tener o no tener hijos se hallaron 13 muestras para cada una de las dimensiones de Burnout (Figura 5). El número total de sujetos incluidos en el meta-análisis fue 35.925 profesionales de enfermería para género, 9.957 para estado civil y 6.125 para hijos.

Figura 5. Diagrama de flujo para la selección de artículos incluidos en el meta-análisis.



Nota: k = muestra de los estudios; MBI = Maslach Burnout Inventory; n = número de estudios.

3.3. CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Se elaboró un manual de codificación de los estudios que está disponible mediante correspondencia con el autor de correspondencia. Recoge las variables que podrían potencialmente moderar el tamaño del efecto (Cooper, Hedges & Valentine, 2009). Las variables incluidas en el manual

de codificación fueron clasificadas como variables sustantivas, metodológicas o extrínsecas (Lipsey & Wilson, 2000). Las variables sustantivas fueron: edad (valor medio y desviación estándar de la edad de los sujetos de la muestra); género (porcentaje de mujeres); estado civil (porcentaje de sujetos viviendo con la pareja); hijos (porcentaje de sujetos con hijos); antigüedad profesional (valor medio y desviación estándar del tiempo que los sujetos han trabajado como profesionales de enfermería); antigüedad en el puesto (valor medio y desviación estándar del tiempo que los sujetos han trabajado en el puesto actual); satisfacción laboral (valor medio y desviación estándar de la medida de satisfacción laboral); y puntuaciones del MBI (valor medio y desviación estándar de cada dimensión).

Las variables metodológicas fueron: tamaño de la muestra; fiabilidad del MBI mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (valor exacto para cada dimensión); tipo de MBI (original o adaptación); idioma del MBI (Español/Inglés/Otros); diseño del estudio (experimental/quasi-experimental/observacional); número de organizaciones donde se recogieron los datos (una organización o más de una); técnica de muestreo (aleatorio o de conveniencia); y tasa de respuesta.

Las variables extrínsecas fueron: tipo de publicación (revista con índice de impacto JCR/revista sin índice de impacto JCR/tesis doctoral); continente donde se realizó el estudio (África/América/Asia/Europa); y fecha del estudio.

La fiabilidad del proceso de codificación fue evaluada mediante una muestra aleatoria de estudios (20%) por dos investigadores que no estaban involucrados directamente con la investigación. La fiabilidad de las codificaciones fue satisfactoria. El grado medio de convergencia entre las

variables continuas se calculó con el coeficiente de correlación interclase, obteniéndose un valor de 0.94 (mínimo = 0.85; máximo = 1). El grado medio de convergencia en las variables categóricas se calculó usando el coeficiente Kappa de Cohen y se obtuvo un valor de 0.93 (mínimo = 0.83; máximo= 1).

3.4. TAMAÑOS DEL EFECTO

El tamaño del efecto fue determinado como la correlación bivariada de Pearson entre cada una de las tres dimensiones del Burnout (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal) medidas con el MBI y los factores sociodemográficos de género (0 = mujer; 1 = hombre), estado civil (0 = casado/viviendo en pareja; 1 = soltero/divorciado) e hijos (0 = con hijos; 1 = sin hijos), siguiendo las recomendaciones de Rosenthal (1991). De este modo, 9 meta-análisis independientes, fueron realizados entre las tres dimensiones del Burnout y las tres variables sociodemográficas.

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizaron meta-análisis independientes para examinar la relación entre los factores género, estado civil e hijos con las tres dimensiones del MBI.

Previo al cálculo de los tamaños del efecto medio (Correlación de Pearson), se realizó un análisis exploratorio para determinar la normalidad y examinar si existían outliers. Para estabilizar las varianzas y ajustar las distribuciones a la curva de normalidad, se convirtió la correlación de Pearson a la z de Fisher antes de realizar los cálculos meta-analíticos. Una vez calculados, se hizo la conversión inversa, de la z de Fisher a la r de Pearson, para mostrar los tamaños del efecto medios con un intervalo de confianza (IC) del 95% entre las variables sociodemográficas (género,

estado civil e hijos) y cada una de las dimensiones del MBI (Cooper et al., 2009).

Se usaron el Q test para evaluar la presencia de heterogeneidad y el índice I^2 para evaluar el grado de heterogeneidad de los tamaños del efecto medio (Cooper et al., 2009). En la relación entre el género, el estado civil y el número de hijos con las tres dimensiones del MBI, se aplicó un modelo de efectos aleatorios (Cooper et al., 2009; Huedo-Medina, Sánchez-Meca, Marín-Martínez & Botella, 2006).

Se aplicó el test de regresión lineal de Egger para conocer si existía sesgo de publicación y también se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar el impacto de cada estudio sobre los tamaños de los efectos medios obtenidos (Cooper et al., 2009). Se realizaron meta-regresiones simples para analizar el impacto de las variables moderadoras continuas sobre el efecto medio. Para comparar las diferentes subcategorías en las variables categóricas (idioma del MBI, tipo del MBI, muestreo, etc.) en el tamaño del efecto, se utilizaron ANOVAs (Cooper & Hedges, 1994). Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa Comprehensive Meta-analysis 3.0 (Biostat, Englewood, NJ, USA) y usando el paquete estadístico SPSS, versión 22 (IBM, Armonk, NY, USA).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA MUESTRA

La muestra fue $n = 78$ estudios. En cuanto a la procedencia de los estudios, el 44% fue hecho en Europa, el 34% en América y el 22% en Asia. Un

93% de los estudios fue observacional y el 88% fueron artículos de revista, mientras que el 12% fueron tesis doctorales. El 27% de los estudios se publicó en 2010, 2012 y 2013. De acuerdo con el tipo de muestreo utilizado, el 91% de los estudios usó un muestreo de conveniencia.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS TAMAÑOS DEL EFECTO (CORRELACIÓN DE PEARSON)

La correlación media con intervalo de confianza (IC) entre el género de los profesionales de enfermería y las 3 dimensiones del Burnout fueron para cansancio emocional $r = -0.014$ (95% IC: -0.032, 0.003; $p = 0.114$; $k = 54$); despersonalización $r = 0.078$ (95% IC: 0.040, 0.115; $p = 0.042$; $k = 50$); y baja realización personal $r = -0.004$ (95% IC: -0.027, 0.018; $p = 0.711$; $k = 44$). La correlación media entre el factor de estado civil y cada una de las dimensiones del MBI fueron las siguientes: cansancio emocional $r = 0.014$ (95% IC: -0.026, 0.054; $p = 0.480$; $k = 32$); despersonalización $r = 0.047$ (95% IC: 0.006, 0.088; $p = 0.039$; $k = 30$); y baja realización personal $r = -0.006$ (95% IC: -0.045, 0.033; $p = 0.762$; $k = 31$). Finalmente, la correlación media entre tener o no hijos y las dimensiones del MBI fueron las siguientes: cansancio emocional $r = 0.048$ (95% IC: 0.016, 0.081; $p = 0.003$; $k = 13$); despersonalización $r = 0.053$ (95% IC: 0.003, 0.103; $p = 0.036$; $k = 13$); y baja realización personal $r = 0.012$ (95% IC: -0.048, 0.071; $p = 0.703$; $k = 13$). Los tamaños del efecto encontrados entre todas las variables y las dimensiones del Burnout fueron pequeños.

En los análisis de homogeneidad de la variable género, estado civil y tener hijos se encontró variabilidad en los 3 tamaños del efecto medio (correlaciones). El test Q fue significativo para las tres dimensiones del

MBI en relación con el género, el estado civil y tener hijos. El índice I^2 indicó el menor nivel de heterogeneidad para tener hijos y cansancio emocional (31.37%) y el mayor para género y despersonalización (84.48%). El test Q y los valores del índice I^2 indican la necesidad de analizar las variables que pueden estar moderando la heterogeneidad reflejada en algunas de las correlaciones anteriormente mencionadas.

El análisis de regresión lineal de Egger no mostró sesgo de publicación para ninguna de las dimensiones de Burnout en relación al género: cansancio emocional ($p = 0.075$), despersonalización ($p = 0.085$) y baja realización personal ($p = 0.80$). Lo mismo ocurrió con el factor estado civil: cansancio emocional ($p = 0.24$), despersonalización ($p = 0.25$) y baja realización personal ($p = 0.29$) y con la variable hijos para cansancio emocional ($p = 0.10$), despersonalización ($p = 0.22$) y baja realización personal ($p = 0.33$).

4.3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES MODERADORAS

Se hizo un análisis de las variables moderadoras para, como se indicó anteriormente, examinar las variables moderadoras que pudieran explicar los resultados heterogéneos obtenidos por las anteriores investigaciones. Los valores de β y r^2 que se muestran en las tablas se refieren a los resultados del análisis de la regresión y a la proporción de la varianza explicados por las variables moderadoras, mientras que otras variables son constantes. Sólo las variables moderadoras que eran estadísticamente significativas se muestran en las tablas.

El análisis de la correlación entre el género y el cansancio emocional mostró que los siguientes moderadores sustantivos resultaron estadísticamente significativos: DT de la edad media ($p < 0.05$); la media

y DT de despersonalización ($p < 0.01$); la media de baja realización personal ($p < 0.01$) y la DT de la experiencia profesional ($p < 0.01$). Los siguientes moderadores metodológicos y extrínsecos fueron también estadísticamente significativos: Alfa de Cronbach de baja realización personal ($p < 0.01$) y el año de publicación ($p < 0.01$) (Tablas 3 y 4).

En la correlación entre género y D, los moderadores que resultaron significativos fueron los sustantivos media y DT de la antigüedad en el puesto ($p < 0.01$). Observando la correlación entre género y RP, resultaron estadísticamente significativos los siguientes moderadores sustantivos: porcentaje de la muestra con hijos ($p < 0.05$) y la DT de la media satisfacción laboral ($p < 0.05$) (Tablas 3 y 4). La varianza del tamaño de los efectos entre las dimensiones del Burnout y el género de los profesionales de enfermería, se vio más afectado por la antigüedad en el puesto y tener hijos.

Tabla 3. Peso de la regresión simple de las variables cuantitativas moderadoras.

Variab les	<i>k</i>	β	Q_R	Q_E	R^2
Género					
<i>Cansancio Emocional</i>					
DT media de edad	34	-0.0140	5.39 *	33.61	0.138
Media de despersonalización	35	0.0069	10.08 **	30.59	0.247
DT despersonalización	35	0.0095	10.03 **	30.64	0.246
Media realización personal	34	0.0016	9.25 **	30.17	0.234
DT realización personal	34	0.0062	7.39 **	32.00	0.177
DT antigüedad laboral	15	-0.0480	9.20 **	12.86	0.417
Coficiente Alfa realización personal	21	-0.6226	4.37 **	22.13	0.164
Año de publicación	54	-0.0050	7.26 **	53.72	0.119
<i>Despersonalización</i>					
Media antigüedad laboral	5	-0.0368	8.19 **	15.87 **	0.340
DT antigüedad laboral	5	-0.0481	9.65 **	14.41 **	0.401
<i>Baja Realización Personal</i>					
Hijos	9	-0.0030	4.79 *	10.87	0.305
DT satisfacción laboral	6	0.1847	4.01 *	12.49 *	0.243
Estado civil					
<i>Cansancio Emocional</i>					
Media baja realización personal	21	0.0056	8.04 **	24.98	0.243
DT baja realización personal	21	0.0222	7.75 **	22.68	0.254

<i>Despersonalización</i>					
Hijos	5	-0.0057	4.02 *	11.14 **	0.265
Tasa de respuesta	24	-0.0035	9.29 **	26.07	0.262
<i>Baja Realización Personal</i>					
Hijos	8	0.0042	7.40 **	20.02 **	0.269
Antigüedad en el puesto	5	0.0202	4.00 *	2.34	0.630
Hijos					
<i>Despersonalización</i>					
Alfa de Cronbach	5	0.8081	4.36 *	6.38	0.405
<i>Baja Realización Personal</i>					
Género	7	0.0047	4.48 *	5.89	0.432

Nota: β = coeficiente estandarizado de la regresión; DT = desviación típica; k = número de estudios; Q_E = valor estadístico para la homogeneidad del tamaño del efecto en cada grupo; Q_R = valor para los efectos inter-grupos; R^2 = proporción de la varianza explicada por la variable moderadora. *p < 0.05, **p < 0.01.

Tabla 4. Peso de las ANOVAs en el tamaño del efecto para las variables moderadoras.

Variables	k	r	95% IC	ANOVAs	R ²
Hijos					
<i>Despersonalización</i>					
Idioma MBI					
Español	5	0.026	[-0.021, 0.073]	Q _B (2) = 9.398 ** Q _w (10) = 11.140	0.457
Inglés	3	-0.026	[-0.232, 0.183]		
Otros	5	0.126	[0.078, 0.173]		
Muestra					
Aleatoria	3	-0.031	[-0.103, 0.042]	Q _B (1) = 6.485 *	0.266
De conveniencia	10	0.083	[0.034, 0.132]	Q _w (12) = 13.119	
<i>Baja Realización Personal</i>					
Idioma MBI					
Español	5	0.061	[-0.007, 0.129]	Q _B (2) = 8.454 * Q _w (11) = 20.449 *	0.292
Inglés	3	-0.128	[-0.233, -0.020]		
Otros	5	0.015	[-0.106, 0.136]		

Nota: IC = intervalo de confianza; k = número de estudios; Q_B = Q valor inter-categorías; Q_w = Q valor intra-categorías; r = media del tamaño del efecto; R² = proporción de la varianza explicada por la variable moderadora. * p < 0.05, ** p < 0.01.

Respecto a la correlación entre estado civil y cansancio emocional, la media y la DT de baja realización personal fueron las variables sustantivas moderadoras que resultaron estadísticamente significativas (p < 0.01). En la correlación entre estado civil y despersonalización, el único moderador sustantivo que resultó significativo fue el porcentaje de trabajadores con hijos (p < 0.05) y la variable metodológica tasa de respuesta también fue

estadísticamente significativa ($p < 0.01$). Finalmente, sobre la correlación entre estado civil y baja realización personal, los moderadores sustantivos que resultaron estadísticamente significativos fueron el porcentaje de la muestra con hijos ($p < 0.01$) y la media de la antigüedad en el puesto ($p < 0.05$) (Tablas 3 y 4). Los resultados medios de tener hijos y la realización personal fueron las variables que más afectaron a la varianza de los tamaños del efecto entre las dimensiones del Burnout y el estado civil de las enfermeras.

Observando la correlación entre despersonalización y el porcentaje de hijos, de las variables metodológicas fueron estadísticamente significativas: el Alfa de Cronbach de despersonalización ($p < 0.05$), el idioma del MBI ($p < 0.01$) y el tipo de muestreo ($p < 0.05$). Por último, en la correlación entre baja realización personal y el porcentaje de hijos, resultaron estadísticamente significativas la variable sustantiva género ($p < 0.05$) y la variable metodológica idioma del MBI ($p < 0.05$) (Tablas 3 y 4). La varianza de los tamaños del efecto entre las dimensiones del Burnout y tener hijos, fueron más afectadas por el género y el Alfa de Cronbach de baja realización personal.

Para terminar, se utilizaron modelos de regresión múltiple para obtener modelos explicativos de la variabilidad en los tamaños del efecto (correlaciones) (Sánchez-Meca & Botella, 2010). Estas regresiones múltiples no están incluidas en este artículo porque no alcanzaron los criterios de inclusión (por ejemplo: no ser relevantes teóricamente y moderadores estadísticamente significativos), dado el hecho de que no hay un número suficiente de estudios para un buen ajuste del modelo.

5. DISCUSIÓN

Los objetivos del estudio fueron calcular el tamaño del efecto de la correlación entre género, estado civil y tener hijos y las tres dimensiones del Burnout y examinar las variables moderadoras que pudieran explicar los resultados heterogéneos. Los tamaños del efecto encontrados fueron bajos (Cooper et al., 2009). Comparado con estudios similares, se encontraron mayores correlaciones entre factores ocupacionales como satisfacción laboral y especialización con las dimensiones del Burnout (Vargas et al., 2014) y entre la edad y la despersonalización (Kis, 2014).

5.1. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS DIMENSIONES DEL MBI

Los resultados indican que existe relación positiva y estadísticamente significativa, entre el género y despersonalización. Esto podría ser indicativo de una tendencia mayor entre los profesionales de enfermería varones a manifestar actitudes negativas hacia los usuarios de los servicios de salud y a sus compañeros en el puesto de trabajo. Este hecho afecta a las relaciones interpersonales dentro del equipo multidisciplinar, así como a las relaciones interprofesionales entre diferentes equipos. También tiene un impacto negativo en la calidad del servicio proporcionado por los centros sanitarios dónde estos profesionales de enfermería trabajan (Cañadas-De la Fuente et al, 2015; Meeusen et al, 2010).

La relación entre el estado civil y despersonalización, también es positiva y significativa, es decir, los solteros manifiestan niveles mayores de D que los casados. Esto se puede deber a que el estilo de vida en el entorno familiar que implica vivir en pareja puede estar actuando como un factor protector que proporciona seguridad y apoyo ante el desarrollo de

actitudes negativas, cínicas e impersonales hacia las personas con las que se trabaja. Los resultados obtenidos están en la línea de lo informado por algunos autores en este campo (Aytekina et al., 2013; Cañadas-De la Fuente et al., 2014; Mitchell, 2009).

Tener hijos se encuentra relacionado positiva y significativamente, aunque con magnitud baja, con cansancio emocional y despersonalización. El hecho de no tener hijos parece estar relacionado con mayores niveles de cansancio emocional y despersonalización en los enfermeros, lo que podría apuntar a que la existencia de hijos constituye un factor protector en relación con un incremento en los niveles de estas dos dimensiones del Burnout. Parece ser que la responsabilidad de la crianza de los hijos, no acentúa, sino al contrario, aminora la sobrecarga emocional y laboral de estos profesionales. Además del género, el estado civil y tener hijos, estudios similares han identificado la correlación entre el Burnout y otras variables tales como satisfacción laboral, especialización y edad (Kis, 2014; Vargas et al., 2014).

El valor de las relaciones anteriormente mencionadas puede ser ratificado dependiendo de los valores de las variables moderadoras. Es necesario tener en cuenta que estas variables no solo influyen en el Burnout en los profesionales de enfermería individualmente y pueden ser moderadores de las relaciones entre otras variables y el Burnout. Por lo tanto, la unión de algunos de ellos puede constituir un perfil asociado con el incremento o la reducción de la incidencia del síndrome. Como muestran los resultados, ser hombre, ser soltero y no tener hijos está relacionado con niveles más altos de Burnout. Sin embargo, la relaciones entre estas variables y el Burnout está moderado por otras variables y puede ser más fuerte cuando

los hombres tienen menos de 10 años de experiencia profesional o una persona soltera no tiene hijos o cuando la persona sin hijos es un hombre.

5.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES MODERADORAS

La relación entre el género y el cansancio emocional parece estar moderada por la edad y la experiencia profesional, así como por la despersonalización y los niveles de baja realización personal en los profesionales de enfermería. Esta correlación era más fuerte cuando la dispersión en las variables de edad y experiencia profesional fueron eliminadas. En este contexto, los sujetos tenían entre 30 y 40 años de edad y habían estado trabajando como enfermeras durante menos de 10 años (Drach-Zahavy, 2010; Ozcakar et al., 2012).

La correlación entre el género y el cansancio emocional era también superior en el caso de enfermeras con altos niveles de las otras dimensiones del Burnout (Bratis et al., 2009; Tselebis, Moulou & Ilias, 2001). Esta relación podría también ser moderada por ciertas variables metodológicas y extrínsecas, los indicadores psicométricos de los test usados y el año de publicación. Cuando la fiabilidad de los test era superior y la fecha de publicación era más reciente, nuestros resultados confirman que el género no tiene que ser considerado necesariamente como un factor de riesgo de cansancio emocional. La ausencia de la relación entre el cansancio emocional y el género va acorde a lo que citan otros estudios (Gómez-Urquiza, Aneas-López, et al., 2016; Vargas et al., 2014).

Las variables que moderaron la correlación entre el género y la despersonalización fueron el valor medio y la variabilidad de la antigüedad en el puesto. La relación entre el género y la

despersonalización era bastante fuerte y debería ser considerada en el caso de hombres que han estado trabajando durante menos de 10 años en su actual puesto (Kilfedder, Power & Wells, 2001). Debería ser también resaltado, que en el caso de enfermeras con hijos había una fuerte correlación entre el género y la baja realización personal, siendo las enfermeras mujeres las que tenían mayores niveles de sentimientos de realización (Kavurmaci et al., 2014).

La correlación entre el estado civil y el cansancio emocional era más fuerte para aquellos profesionales de enfermería con altas puntuaciones de baja realización personal. Las enfermeras solteras (separadas/divorciadas) podían potencialmente mostrar mayores niveles de cansancio emocional (Kiekkas et al., 2010). Las variables tener hijos y tasa de respuesta, moderaron negativamente la correlación entre estado civil y despersonalización, lo cual era más fuerte en los casos de profesionales de enfermería con hijos. En aquellos profesionales con hijos que estuvieran casados o vivieran en pareja había un mayor riesgo de despersonalización en el trabajo (Detzel & Carlotto, 2008). Asimismo, ya que la correlación entre estado civil y baja realización personal tuvo valores muy bajos, no sería relevante en un posible perfil de riesgo para Burnout. Sin embargo, su relevancia podría aumentar en el caso de profesionales de enfermería sin hijos y con elevada antigüedad en el puesto, ya que, de los dos grupos considerados, los sujetos solteros o divorciados se sentían menos realizados (Beaver, Sharp & Cotsonis, 1986; Molina-Linde et al., 2005).

Las variables que moderaron la correlación entre tener hijos y la despersonalización fueron metodológicas. Esta correlación era más fuerte cuando la fiabilidad de los test era mayor y cuando se usaron adaptaciones del MBI. Esto ha sido observado también por otros autores (Albendín et

al., 2016; Aytakin et al., 2013; Queiros et al., 2013). Basado en los resultados de nuestro estudio, la correlación entre tener hijos y sentirse más o menos realizado no era significativo. Sin embargo, esta correlación podría ser más fuerte cuando los sujetos eran mujeres y cuando el test fue administrado en español (Ayala & Carnero, 2013).

5.3. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA GESTORES HOSPITALARIOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

Como muestran los resultados, variables tales como género, estado civil y tener hijos están relacionados con el Burnout en enfermería. Con respecto a las implicaciones de los resultados, los gestores en enfermería deberían tener en consideración que los enfermeros hombres que están solteros o divorciados y que no tienen hijos pueden ser más propensos al Burnout. Por lo tanto, estos enfermeros deberían ser una población objetivo para los programas de prevención y tratamiento del Burnout y para iniciativas hospitalarias que promuevan mayor bienestar en el trabajo. Además de esto, se debería valorar la necesidad de llevar a cabo programas de acogida para nuevos enfermeros con estas características. Los profesionales sanitarios deberían tener en cuenta el esfuerzo físico, mental y emocional requerido por su profesión y solicitar, si fuera necesario, apoyo entre sus compañeros y otros profesionales para explicar cómo se sienten o para pedir intervenciones para el tratamiento o la prevención del Burnout.

Futuras investigaciones deberían valorar la eficacia en las intervenciones para la prevención del Burnout y el tratamiento en los profesionales de enfermería, así como analizar otras variables que pudieran estar relacionadas con el síndrome de Burnout.

5.4. LIMITACIONES

El trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el número de estudios incluidos en algunos meta-análisis (tener hijos) fue bajo, porque los investigadores han estado centrando su atención en otras variables. En segundo lugar, esas variables con un bajo número de estudios cuyos resultados pertenecen a la moderación de las correlaciones del Burnout deberían ser tenidas en consideración, pero con ciertas precauciones. De hecho, deberían continuar siendo estudiadas para que en el futuro más estudios meta-analíticos puedan ser realizados. Finalmente, la fecha de publicación no fue restringida para poder encontrar el mayor número de estudios posibles.

6. CONCLUSIONES

En conclusión, respecto a los meta-análisis realizados, existe una relación significativa entre el género y la dimensión D, pudiendo existir una mayor D en los varones. El estado civil también presenta una asociación significativa con D y los solteros o divorciados presentan mayores índices. Para la variable hijos, se ha obtenido una relación significativa con las dimensiones de CE y D, estando ligeramente más afectados en enfermeros sin hijos. En otras palabras, ser hombre, ser soltero o divorciado y no tener hijos, parece estar relacionado con mayores niveles de Burnout en los profesionales de enfermería.

Además, las correlaciones analizadas podrían ser acentuadas por diferentes variables moderadoras. Sería por lo tanto necesario, considerar ciertos contextos especiales. Por ejemplo, el cansancio emocional parece incrementarse en enfermeras con una edad de 30 a 40 años, que tengan menos de 10 años de experiencia profesional y también hay altos niveles

de despersonalización en hombres con menos de 10 años de antigüedad en el puesto. Particularmente, las enfermeras que están casadas o viven en pareja y que no tienen hijos, tienen un mayor riesgo de despersonalización.

Estas variables han de ser tenidas en cuenta para la elaboración de perfiles de riesgo del Burnout en profesionales de enfermería. Esto ayudaría a implementar programas preventivos tales como grupos de apoyo en enfermería o mindfulness dirigido a los profesionales de enfermería que tengan un gran riesgo de desarrollar Burnout, y de este modo, se podrían evitar sus graves consecuencias.

CAPÍTULO 4

NIVELES DE BURNOUT Y FACTORES DE RIESGO EN ENFERMERÍA DEL ÁREA MÉDICA: UN ESTUDIO META-ANALÍTICO



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study

Authored by:

Jesús Molina-Praena; Lucia Ramirez-Baena; José L. Gómez-Urquiza; Gustavo R. Cañadas; Emilia I. De la Fuente; Guillermo A. Cañadas-De la Fuente

Published in:

Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, Volume 15, Issue 12, 2800

Cómo citar:

Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J., Cañadas, G., De la Fuente, E., & Cañadas-De la Fuente, G. (2018). Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2800. doi:10.3390/ijerph15122800



© 2018 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. RESUMEN

Los resultados de investigaciones sobre datos de prevalencia de Burnout entre las enfermeras del área médica son contradictorios. El objetivo de este estudio fue analizar factores asociados, para determinar los niveles de Burnout de enfermeras y realizar un meta-análisis sobre la prevalencia de cada dimensión del Burnout. Se llevó a cabo una revisión sistemática con meta-análisis, en Febrero de 2018, consultando las siguientes bases de datos científicas: PubMed, CUIDEN, CINAHL, Scopus, LILACS, PsycINFO y ProQuest Health & Medical Complete. En total, se extrajeron 38 artículos, mediante un procedimiento a doble ciego. Los estudios fueron clasificados por el nivel de evidencia y grados de recomendación. El 63,15% (n = 24) de los estudios utilizaron el MBI. Un alto cansancio emocional fue encontrado en el 31% de las enfermeras, el 24% tuvieron alta despersonalización y la baja realización personal se encontró en el 38% de la muestra. Los factores relacionados con el Burnout incluyeron la experiencia profesional, factores psicológicos y el estado civil. Las tasas de prevalencia de cansancio emocional alto, alta despersonalización y realización personal inadecuada están presentes entre las enfermeras del área médica. El perfil de riesgo podría ser enfermera soltera pluriempleada, que sufre sobrecarga de trabajo y con relativamente poca experiencia en este campo. El problema abordado en este estudio repercute en la calidad de los cuidados proporcionados, en el bienestar de los pacientes y en la salud ocupacional de las enfermeras.

Palabras clave: Burnout; Área médica; Meta-análisis; Enfermería; Prevalencia.

2. INTRODUCCIÓN

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, hasta tal punto, que puede considerarse como una de las grandes pandemias presentes en el siglo XXI (Detzel & Carlotto, 2008). Cuándo aparece en el ámbito laboral, afecta tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva, de forma que puede desembocar en el desarrollo del síndrome de Burnout (Lewis & Cunningham, 2016).

El Burnout es un síndrome tridimensional compuesto por “cansancio emocional” (CE), “despersonalización” (D) y “baja realización personal” (RP), que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico (Schaufeli et al., 2009). El Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981) es el cuestionario usado más comúnmente para evaluar el síndrome. El Burnout es un problema grave que afecta cada vez a más profesiones (Cañadas-De la Fuente et al., 2014), siendo las profesiones sanitarias y, en particular la enfermería, una de las más afectadas (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Patel, Bachu, Adikey, Malik & Shah, 2018). Ciertos factores personales (tales como género, la edad, el estado civil, el número de hijos y personalidad) o factores externos (ambiente hospitalario, especialización y estrés laboral) pueden tener correlación con el desarrollo del Burnout en enfermeras y médicos (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017; Patel et al., 2018). Las enfermeras normalmente trabajan en un área específica dentro del hospital, dividido en unidades o servicios, según la patología tratada (normalmente ordenados por sistemas: cardiológico, neurológico, nefrológico, etc.). Cada servicio tiene diferentes características, lo que puede influenciar en los niveles de Burnout (Albendín et al., 2016; Monsalve-Reyes et al., 2018; Patel et al., 2018).

El área médica (AM) recoge las unidades generales de un centro hospitalario, englobando servicios que mantienen características comunes y con muy parecidas condiciones laborales en cuanto a estructura, organización, turno laboral, salario, carga de trabajo y tipo de cuidados asistenciales (Naz, Hashmi & Asif, 2016). Lo único que diferencia cada servicio dentro del área médica es el tipo de paciente, que viene determinado por la patología que padece la persona a efectos médicos, que será lo que determine el lugar y la unidad de ingreso (Drach-Zahavy, 2010).

Hay conflicto entre los descubrimientos de las investigaciones en cuanto a si la aparición del síndrome de Burnout entre las enfermeras del área médica debería ser atribuida al tipo de paciente (Gandoy-Crego et al., 2009) o a las continuas demandas asistenciales que produce el régimen de hospitalización (Palmer, 2014), lo que no suele ocurrir en servicios de cuidados críticos y urgencias o Atención Primaria. Los niveles de Burnout entre el personal del área médica, tienen una cierta variabilidad; aunque esto hace la pregunta de investigación más compleja podría ser clarificado mediante meta-análisis (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017).

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, los objetivos de este trabajo son: determinar los niveles de Burnout entre las enfermeras del área médica; estimar meta-analíticamente la prevalencia de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; y determinar los factores de riesgo asociados con cada una de estas dimensiones.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. FUENTES DE DATOS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se llevó a cabo una revisión sistemática con meta-análisis en Febrero de 2018, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & Prisma Group, 2015), cuya guía está disponible como material suplementario en el artículo. Se consultaron las siguientes bases de datos científicas: PubMed, CUIDEN, CINAHL, Scopus, LILACS, PsycINFO y ProQuest Health & Medical Complete.

Los criterios de inclusión para la selección de estudios fueron los siguientes: (a) sin restricción temporal; (b) idioma: Inglés, Español, Portugués; (c) estudios primarios cuantitativos; (d) estudios con datos sobre factores de riesgo o prevalencia del síndrome de Burnout; (e) muestra de profesionales de enfermería del área médica, o si la muestra es mixta, que tuviera los resultados por separado para las enfermeras del área médica; (f) estudios realizados en las unidades del área médica; (g) estudios con datos independientes de prevalencia, al menos de una de las tres dimensiones del Burnout (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal). Si el estudio no usaba el MBI, fue incluido para la revisión sistemática, pero no para el meta-análisis, porque los dominios y puntuaciones del test no son lo mismo. Ningún estudio fue excluido por su tasa de respuesta.

3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Las palabras clave utilizadas para identificar los estudios primarios fueron “Burnout” combinado con “nurs*” y con el tipo de servicio hospitalario concreto (“internal medicine”, “cardiology”, “pneumology”, “neurology”, “nephrology”, “dialysis”, “oncology”, “hematology”, “rheumatology”, “endocrinology”). Para abordar toda el área médica también se utilizó la

siguiente fórmula de búsqueda: “Burnout AND nurs* AND medical wards”. Las ecuaciones de búsqueda se hicieron sin ningún tipo de restricción y en los campos título y resumen.

3.3. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

De forma independiente, dos miembros del equipo de investigación, seleccionaron los estudios siguiendo las recomendaciones de Cooper, Hedges y Valentine (2009). Para los estudios seleccionados, se realizó una búsqueda hacia delante y hacia atrás. En caso de desacuerdo entre los dos miembros del equipo que seleccionaron los artículos a doble ciego, respecto a la muestra final de los estudios que iban a ser analizados, se consultó a un tercer miembro (Lipsey & Wilson, 2000). Los estudios fueron clasificados según su nivel de evidencia y grados de recomendación siguiendo la guía del Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) (Phillips, Ball, Badenoch, Straus, Haynes & Dawes, 2011).

3.4. CODIFICACIÓN DE LOS DATOS

Se utilizó un manual de codificación de datos. De cada estudio se extrajeron las siguientes variables: a) autores; b) año de publicación; c) lengua de publicación (Inglés-Español-Portugués); d) país de estudio; e) tipo de estudio; f) total de la muestra de enfermeras; g) servicios del área médica (medicina interna, cardiología, neumología, neurología, nefrología, oncología y/o hematología); h) uso o no del MBI; i) principales resultados de cada estudio en cuanto a los niveles de Burnout; j) muestra con alto CE; k) muestra con alta D; l) muestra con baja RP. La fiabilidad inter-investigador del proceso de codificación de datos fue verificada por el coeficiente de correlación intraclase (0.94) y el coeficiente de Cohen de Kappa para las variables categóricas (0.92).

3.5. ANÁLISIS DE DATOS

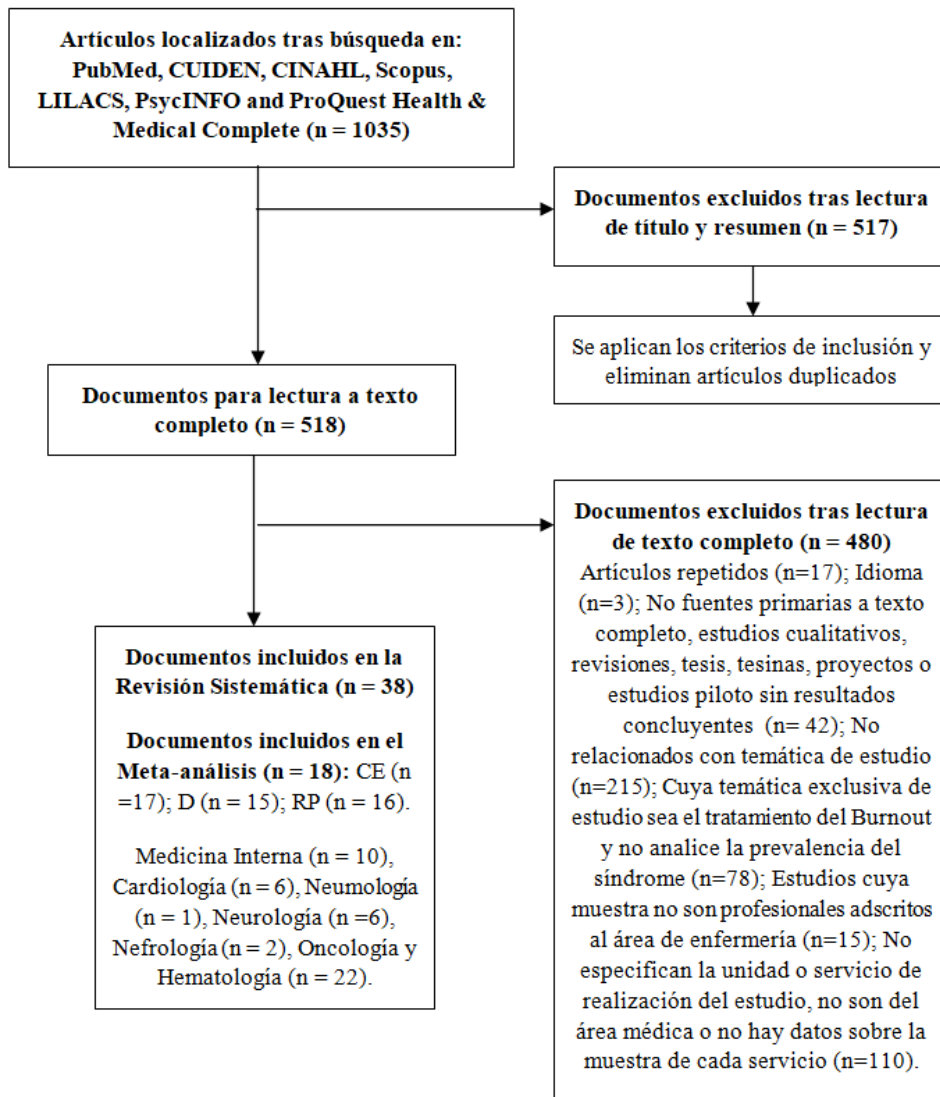
El análisis de datos se realizó mediante el paquete de software de meta-análisis StatsDirect (StatsDirect Ltd, Cambridge, UK). En primer lugar, se realizó un análisis de sensibilidad. El sesgo de publicación fue determinado con la regresión lineal de Egger. La prevalencia e intervalos de confianza fueron calculados mediante tres meta-análisis de efectos aleatorios, uno para cada dimensión de Burnout. La heterogeneidad de la muestra se determinó por la prueba de Q de Cochran y el índice I^2 .

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Se obtuvieron tras la búsqueda un total de $n_{\text{inicial}} = 1035$ artículos. Tras aplicar los criterios de exclusión e inclusión, quedaron $n_{\text{final}} = 38$ (Figura 6).

Figura 6. Diagrama de flujo para la selección de estudios.



Nota: CE = cansancio emocional; D = despersonalización; n = muestra de estudios seleccionados; RP = baja realización personal.

De los 38 estudios incluidos en la muestra todos eran de tipo transversal descriptivo, a excepción de tres longitudinales de cohortes. El 63,16% (n = 24) de los estudios usaron el MBI. Los otros estudios (n = 14) se dividieron como sigue: Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL

por su nombre en inglés: Professional Quality of Life Scale) 7,90% (n = 3), Spielberger-State Trait Anxiety Inventory (STAI) 5,26% (n = 2), Copenhagen Burnout Inventory (CBI) 2,63% (n = 1) y el resto 21,05% (n = 8) usaron cuestionarios basados en el estrés (Occupational Stressors Inventory-OSI-, Moral Distress Scale-Revised-MDSR-, Nurse Stress Thermometer-NST-, etc.) y estilos de afrontamiento (Brief Cope-BF-, The Ways of Coping Questionnaire-WCQ-, Simplified Coping Style Questionnaire-SCSQ-, etc.). Los niveles de evidencia, el grado de recomendación y los resultados del estudio principal se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Características de los estudios incluidos en la muestra.

Autores, País, Año	Diseño del Estudio	Muestra total y AM	Medida de Burnout	CE (k)	D (k)	RP (k)	Resultados principales	NE	GR
Álvarez-Verdugo et al., Colombia, 2013	Descriptivo, transversal	k=22 GINE k=2 PED k=3 TRAUM k=4 NEURO k=5 MI k=5 QFNO k=3	MBI	-	-	-	Mayor CE en los primeros 10 años de trabajo, a medida que aumenta el tiempo de vinculación disminuye el riesgo. El trabajo en horario de noche es un factor de riesgo que determina la aparición de Burnout. La inseguridad en el trabajo supone un riesgo para el CE. El género, la edad, el estado civil y la educación no tiene influencia en la aparición de Burnout.	2c	B
Bacaicoa et al., España, 2012	Descriptivo, transversal	k=71 CARD	MBI	13	7	25	Las enfermeras de cardiología sufren niveles altos de CE y bajos en RP. Los factores que más influyen en el Burnout son la familia, los cambios de servicio, la presión hospitalaria, tener que formarse fuera de las horas de trabajo, trabajar los fines de semana y la poca adherencia al equipo interdisciplinar.	2c	B
Baptista et al., Brasil, 2014	Descriptivo, transversal	k=92 CARD	MBI	16	15	15	El trabajo por turnos afecta a la calidad de vida, influyendo en la calidad de los cuidados. Las tres dimensiones del Burnout presentan niveles de prevalencia similares.	2c	B
Basu et al., UK, 2016	Descriptivo, transversal	k=174 URG k= 61 NEURO k=45	Health and Safety Executive Stress Indicator Tool	-	-	-	La gestión y la participación en el cambio organizacional puede reducir el estrés laboral. La falta de reconocimiento en el trabajo junto con las injusticias institucionales pueden provocar Burnout en las enfermeras de neurología.	2c	B

Bressi et al., Italia, 2008	Descriptivo, transversal	k=350 ONC-HEM	MBI	73	53	35	Hay una alta prevalencia de Burnout en las enfermeras de oncología, asociado al incremento de la depresión y la ansiedad. En este estudio se encontraron altos niveles de CE por encima de la D y la RP. La edad, el género, la insatisfacción personal, el agotamiento y el trabajo con las continuas demandas por parte de los pacientes, predispone al Burnout.	2c	B
Davis et al., USA, 2013	Descriptivo, transversal	k=71 ONC-HEM	MBI	18	-	47	El entorno de trabajo puede provocar CE y D, aunque la RP es la dimensión del Burnout mayoritariamente afectada. El CE es menor en jóvenes y en las enfermeras más ocupadas. La satisfacción laboral está inversamente asociada con el CE en los servicios de oncología.	2c	B
De la Fuente-Solana et al., España, 2017	Descriptivo, transversal	k=101 ONC-HEM	MBI	19	21	46	D y CE correlacionan positivamente con N, ansiedad y depresión e inversamente con A, R, E y O. RP está inversamente correlacionada con todas las variables de rasgos de personalidad y con ansiedad y depresión.	2c	B
Díaz-Muñoz, España, 2005	Descriptivo, transversal	k=26 CARD k=11 UCI k=15	MBI	2	8	10	El CE fue más frecuente en las enfermeras mujeres, solteras y sin hijos. Existían altos niveles de D en las enfermeras con menos experiencia y sin hijos. La RP fue baja en las enfermeras solteras y que hacían guardias, siendo la dimensión mayoritariamente afectada. El grado de Burnout observado fue relativamente bajo, aunque sólo el 8% de las enfermeras informaron puntuaciones normales en las tres subescalas.	2c	B
Duarte et al., Portugal, 2017	Descriptivo, transversal	k=221 ONC-HEM	ProQOL y Interpersonal Reactivity Index	-	-	-	Las enfermeras más propensas a experimentar las consecuencias negativas asociadas con proporcionar atención (Burnout y compasión fatiga) son más auto-críticas y tienen mayor rigidez psicológica. Además, experimentan más sentimientos personales de angustia al ver a otros sufriendo y menos sentimientos de empatía y sensibilidad.	2c	B
Emery, USA, 1993	Descriptivo, transversal	k=155 ONC-HEM	STAI y Pediatric Oncology Nurse Stressor Questionnaire	-	-	-	Las enfermeras que trabajan únicamente en oncología pediátrica por largos periodos de tiempo, presentan mayores niveles de Burnout que aquellas que trabajan en diferentes áreas. La especialización y estudios de máster protegen frente al Burnout. Los estilos de afrontamiento, el refuerzo positivo y el apoyo social son necesarios para lidiar con dicho síndrome.	2c	B

Emold et al., Israel, 2011	Descriptivo, transversal	k=39 ONC- HEM	MBI	12	9	32	CE y RP son diferentes experiencias que pueden ocurrir simultáneamente. Destacan las altas puntuaciones en RP. Herramientas de comunicación, autoeficacia y cinismo están relacionados con el Burnout.	2c	B
Faria & Maia, Brasil, 2007	Descriptivo, transversal	k=43 ONC- HEM	STAI	-	-	-	Las enfermeras de oncología sufren altos niveles de ansiedad y estrés. El número de pacientes tratados, las horas trabajadas, el pluriempleo, la edad y la experiencia laboral pueden influenciar en el desarrollo del Burnout.	2c	B
Fawzy et al., USA, 1983	Longitudinal, cohortes	k=57 ONC- HEM k=12 GINE k=11 MI k=11 CARD k=11 QFNO k=12	Minnesota MultiPhasic Inventory, Locus of Control Test y Work Environment Scale	-	-	-	Las enfermeras de MI tienen menos satisfacción laboral que las enfermeras de oncología, así como baja RP. No existen asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de personalidad y el Burnout. Ser mayor, estar casado y mayor experiencia, aumenta el riesgo de Burnout. El apoyo social es el mayor protector del syndrome.	2b	B
Gama et al., Portugal, 2014	Descriptivo, transversal	k=360 IM k=184 ONC- HEM k=176 (ONC k=48 HEM k=69 PALIAT k=59)	MBI	-	-	-	No se encontraron diferencias significativas entre los servicios en las puntuaciones de Burnout, excepto al comparar aquellos con el servicio de cuidados paliativos, donde destacan bajos niveles de CE y D, además de mayor satisfacción y RP. Las actitudes frente a la vida y la muerte, el apoyo social y una extensa experiencia profesional son factores protectores frente al Burnout.	2c	B
Gomes et al., Portugal, 2013	Descriptivo, transversal	k=96 ONC- HEM	OSI y BC	-	-	-	Las enfermeras de oncología presentan altos niveles de CE y Burnout, debido a la falta de reconocimiento en el trabajo y las peculiaridades del trabajo en oncología frente a la muerte. La depresión y la ansiedad son comunes en las enfermeras oncológicas. Se deben fomentar estilos activos de afrontamiento.	2c	B

Gómez-Sánchez et al., España, 2009	Longitudinal, cohortes	k=132 MI	MBI	-	-	-	Entre 1998 y el 2005 baja el grado de CE, la D se mantiene y la RP aumenta en el personal de enfermería de MI. Reducir las cargas de trabajo y fomentar la seguridad, pueden ser protectores contra el Burnout.	2b	B
Grisales-Romero et al., Colombia, 2016	Descriptivo, transversal	k=174 MI k=89 QFNO k=9 UCI k=36 PED k=29 OTROS k=11	MBI	57	43	58	Con respecto a otros estudios, este revela que la prevalencia del síndrome de burnout en el hospital de referencia es mayor. Ser hombre, pluriempleado y una menor educación están asociados positivamente con el Burnout. En MI, la baja RP está especialmente afectada.	2c	B
Jaracz et al., Polonia, 2005	Descriptivo, transversal	k=173 MI k=101 <hr/> NEURO k=72	MBI	56	27	30 <hr/> 16 10 13	El nivel de estrés influye en el nivel de Burnout de las enfermeras. La correlación entre el Burnout y los estilos de afrontamiento es débil aunque estadísticamente significativo. El CE es la dimensión mayoritariamente afectada en las enfermeras de MI y neurología.	2c	B
Jiang et al., China, 2016	Descriptivo, transversal	k=367 NEURO	MBI	330	340	291	Las enfermeras de neurología presentan altos niveles de Burnout, siendo la D la más afectada. Una amplia experiencia y la antigüedad en el puesto, pueden predisponer a las enfermeras a abandonar la profesión y a sufrir Burnout.	2c	B
Karakoc et al., Turquía, 2016	Descriptivo, transversal	k=171 NEFRO	MBI	-	-	-	No se observaron diferencias entre la prevalencia de Burnout en las enfermeras nefrológicas y el resto de servicios del hospital. El CE y la D son mayores en aquellos que tienen intención de abandonar el servicio, falta de experiencia y aquellos con dificultad para el trabajo en equipo. Ser hombre, joven, con falta de experiencia y trabajar más de 50 horas a la semana predispone a la D. RP es más evidente en enfermeras jóvenes.	2c	B

Karkar et al., Arabia Saudí, 2015	Descriptivo, transversal	k=93 NEFRO	Modified stress and burnout questionnaires	6	-	-	Las enfermeras de diálisis presentan mayores niveles de Burnout que el resto de trabajadores, debido al tipo de pacientes tratados, el equipamiento empleado y el trabajo a turnos. Las agresiones verbales por parte de supervisores y/o pacientes contribuyen a una alta prevalencia de CE. Se deben desarrollar estrategias de afrontamiento.	2c	B
				4	-	-			
Kousloglou et al., Grecia, 2014	Descriptivo, transversal	k=174 PSIQ k=25 PED k=48 MI k=47 QFNO k=54	MBI	-	-	-	Se encontró asociación entre Burnout e insomnio. La correlación fue positiva entre CE y D, y negativa con RP. Las enfermeras jóvenes, con más de 4 turnos nocturnos al mes y las que trabajan en el área quirúrgica, experimentan mayores niveles de insomnio.	2c	B
Ksiazek et al., Polonia, 2011	Descriptivo, transversal	k=60 ONC- HEM	MBI	-	-	-	Los niveles de CE son mayores en las enfermeras de oncología con respecto a otros servicios. Las variables psicológicas, la depresión y la ansiedad, influyen en el desarrollo del Burnout. La toma de decisiones y estar involucrado en el trabajo son factores laborales importantes.	2c	B
Kutluturkan et al., Turquía, 2016	Descriptivo, transversal	k=140 ONC- HEM	MBI	-	-	-	La resiliencia está asociada con bajos niveles de Burnout en las enfermeras de oncología. Los estilos de afrontamiento, habilidades de comunicación y el apoyo social influyen en la resiliencia y en el Burnout.	2c	B
Mealer et al., USA, 2009	Descriptivo, transversal	k=332 UCI k=98 OTROS k=74 MI k=118 AP k=42	MBI	90	53	74	El Burnout tiene un dramático efecto en las percepciones laborales y no laborales. La ansiedad y la depresión son comunes en enfermería. Estos profesionales del AM están más predispuestos al Burnout que en otros servicios. De las tres dimensiones, CE presenta una mayor prevalencia, seguido de RP y D.	2c	B

Nowakowska et al., Polonia, 2016	Descriptivo, transversal	k=405 CARD k=36 NEURO k=32 ONC-HEM k=24	CBI	-	-	-	Los factores organizacionales promueven la efectividad profesional y la eficiencia, además de la calidad de los cuidados por parte de enfermería. Aquellos con baja autoeficacia son más propensos a padecer Burnout.	2c	B
Neumann et al., USA, 2017	Descriptivo, transversal	k=763 ONC-HEM	MBI	255	54	104	El Burnout está moderado por variables como la disciplina y la Resistencia. Las enfermeras que padecen Burnout tienen un desequilibrio en su trabajo y obtienen menor satisfacción. En las dimensiones del Burnout, CE es el más predominante.	2c	B
Ostacoli et al., Italia, 2010	Descriptivo, transversal	k=92 ONC-HEM	MBI	20	15	26	Hay una alta prevalencia de ansiedad y depresión en las enfermeras oncológicas. El CE es mayor en los trabajadores del hospital que en los de otras instituciones, mientras que la baja RP se encuentra con iguales valores en todos los casos. Los factores institucionales son los principales conductores del Burnout, mientras que las variables de personalidad, tienen menos impacto.	2c	B
Quattrin et al., Italia, 2006	Descriptivo, transversal	k=100 ONC-HEM	MBI	35	17	11	La mayoría de enfermeras de oncología presentan altos niveles de estrés y Burnout, debido a la pobre organización de los cuidados de salud de la institución. El CE es la mayor dimension del Burnout, seguido de D y RP. Las mujeres con edades superiores a 40 años, con más experiencia y del servicio de oncología, tienen más riesgo de presentar Burnout.	2c	B
Rodrigues et al., Brasil, 2008	Descriptivo, transversal	k=77 ONC-HEM	WCQ	-	-	-	Las situaciones que predisponen al Burnout a las enfermeras de oncología son la muerte de los pacientes, situaciones de emergencia y problemas de relación entre el equipo de enfermería. Estilos de afrontamiento positivos son protectores frente al Burnout.	2c	B

Sadati et al., Irán, 2016	Descriptivo, transversal	k=371 MI	MBI	-	-	-	El Burnout está asociado con los factores de riesgo sociodemográficos y ocupacionales. El refuerzo personal, la experiencia enfermera y los turnos rotatorios son elementos que reducen el Burnout.	2c	B
Sahraian et al., Irán, 2008	Descriptivo, transversal	k=180 MI k=44 QFNO k=46 PSIQ k=45 QUEMA k=45	MBI	3	1	1	Las enfermeras de MI tienen menos Burnout que otros servicios. CE es la dimensión principal. Estar soltero es un factor de riesgo para el Burnout. Diferentes entornos de trabajo tienen diversos grados de impacto en el desarrollo del síndrome.	2c	B
Sanjuán-Estallo et al., España, 2014	Descriptivo, transversal	k=22 CARD k=8 NEUMO k=7 NEURO k=7	MBI	9	10	13	No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la edad o el tipo de servicio hospitalario. Las enfermeras de neurología presentan los mismos niveles de Burnout que las otras enfermeras del AM. Destaca una alta prevalencia de baja RP en todos los servicios hospitalarios.	2c	B
Shlen et al., Alemania, 2009	Longitudinal, cohortes	k=406 ONC- HEM	Questionnaire for Ascertaining Stress on Doctors and Nurses and Global Job Satisfaction Questionnaire ad hoc	-	-	-	Los profesionales de enfermería son los que mayores niveles de estrés y Burnout relacionados con el trabajo presentan. El ambiente de trabajo tiene un impacto negativo en el desarrollo del síndrome. Los bajos salarios, turnos nocturnos y la edad de las enfermeras tiene una influencia significativa en el Burnout, así como las largas estancias para tratamiento de los pacientes.	2b	B
Sirilla, USA, 2014	Descriptivo, transversal	k=73 ONC- HEM	MDSR	-	-	-	Se detectaron altos niveles de Burnout en las enfermeras oncológicas, a pesar de la experiencia profesional o el servicio hospitalario. Cuanto mayor era el nivel de educación, menor era el grado de Burnout padecido.	2c	B
Wahlberg et al., USA, 2016	Descriptivo, transversal	k=163 ONC- HEM	Nurse Distress Thermometer and Occupational Coping Self-Efficacy Questionnaire for Nurses	-	-	25	Las enfermeras con estilos de afrontamiento activos son menos propensas al Burnout. Hay una relación inversa entre el apoyo institucional y el Burnout en enfermeras de oncología. La baja RP es la dimensión más afectada del síndrome.	2c	B

Wu et al., USA, 2017	Descriptivo, transversal	k=549 ONC- HEM	ProQOL	-	-	-	Un entorno de trabajo saludable y el apoyo institucional son esenciales para la salud de las enfermeras. Mejoras en el área de trabajo pueden ayudar a prevenir el Burnout y mejorar los resultados en salud de los pacientes.	2c	B
Yu et al., China, 2016	Descriptivo, transversal	k=650 ONC- HEM	ProQOL y SCSQ	-	-	-	Se encontraron mayores niveles de Burnout en las enfermeras oncológicas con más experiencia laboral, aquellas que trabajaban en hospitales secundarios o comarcales y con estilos de afrontamiento pasivo. Los rasgos de personalidad de O y R son protectores del síndrome, mientras que N es un factor de riesgo.	2c	B

Note: A= amabilidad; AM = área médica; AP = atención primaria; BC = Brief Cope; CARD = cardiología; CBI = Copenhagen Burnout Inventory; E = extraversión; GINE = ginecología y obstetricia; GR = grados de recomendación según OCEBM; k = muestra de enfermeras; MBI = Maslach Burnout Inventory; MDSR = Moral Distress Scale Revised; MI = medicina interna; N = neuroticismo; NE = nivel de evidencia según OCEBM; NEFRO = nefrología; NEUMO = neumología; NEURO = neurología; O = apertura a la experiencia; ONC-HEM = oncología y/o hematología; OSI = Occupational Stressors Inventory; PALIAT = cuidados paliativos; PED = pediatría; ProQOL = Professional Quality of Life Scale; PSIQ = psiquiatría; QFNO = quirófano y cirugía; R = responsabilidad; SCSQ = Simplified Coping Style Questionnaire; STAI = Spielberger-State Trait Anxiety Inventory; TRAUMA = traumatología; UCI = unidad de cuidados intensivos; URG = urgencias; WCQ = The Ways of Coping Questionnaire.

4.2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y DIMENSIONES DE BURNOUT

La mayoría de los artículos incluidos en la revisión sistemática, destacan la dimensión CE como la más afectada (Álvarez-Verdugo, Bocanegra & Migdolia, 2013; Bacaicoa et al., 2012; Bressi, Manenti, Porcellana, Cevales, Farina & Pescador, 2008; Gomes, Santos & Carolino, 2013; Jaracz et al., 2005; Karkar, Dammang & Bouhaha, 2015; Ksiazek et al., 2011; Mealer et al., 2009; Neumann, Mau, Virani, Denzen, Boyle & Majhail, 2017; Ostacoli et al., 2010; Quattrin et al., 2006; Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh & Toobae, 2008). Otros autores mencionan una mayor puntuación de la dimensión D con respecto a las otras, en el personal de enfermería del AM (De la Fuente-Solana et al., 2017; Díaz-Muñoz, 2005; Jiang, Li, Gi & Lu, 2016; Karakoc, Yilmaz, Alcalar, Esen, Kayabasi & Sit, 2016). Por último, destacar los altos niveles de baja RP que se dan en la mayoría de estos servicios del AM (Davis et al., 2013; Fawzy, Wellisch, Pasnau & Leibowitz, 1983; Gómez-Sánchez et al., 2009; Grisales-Romero, Muñoz, Osorio & Robles, 2016; Sanjuán-Estallo, Arrazola-Alberdi & García-Moyano, 2014; Wahlberg, Nirenberg & Capezuti, 2016).

Los principales factores de riesgo identificados son los sociodemográficos. Algunos autores afirman que las enfermeras jóvenes tienen un mayor riesgo de Burnout (Bressi et al., 2008; Karakoc et al., 2016; Kousloglou, Mouzas, Bonotis, Roupa, Vasilopoulos & Angelopoulos, 2014), mientras que otros apuntan que las enfermeras con edades comprendidas entre 38-40 años son más vulnerables (Faria & Maia, 2007; Fawzy et al., 1983; Quattrin et al., 2006). Con el estado civil también existe controversia

(Díaz-Muñoz, 2005; Fawzy et al., 1983; Sahraian et al., 2008). Además, la mayoría mencionan el apoyo social y familiar como buenos protectores (Bacaicoa et al., 2012; Emery, 1993; Gama et al., 2014; Kutlukturkan, Sozeri, Uysal & Bay, 2016). La influencia del género no está clara, ya que algunos estudios indican que los enfermeros hombres tienen mayores niveles de Burnout, mientras que otros afirman que los niveles más altos los padecen las mujeres, o que la diferencias no son estadísticamente significativas (Álvarez-Verdugo et al., 2013; Bressi et al., 2008; Grisales-Romero et al., 2016; Sadati, Hemmati, Rahnavard, Lankarani & Heydari, 2016).

Entre las variables laborales asociadas con el Burnout, destacan el turno nocturno (Alvarez-Verdugo et al., 2013; Kousloglou et al., 2014; Sehlen, Vordermark, Schäfer, Herschbach, Bayerl & Zehentmayr, 2009), pluriempleo (Faria & Maia, 2007; Grisales-Romero et al., 2016), la falta de reconocimiento laboral (Basu, Yap & Mason, 2016; Gomes et al., 2013), los años de experiencia y la antigüedad en el puesto (De la Fuente-Solana et al., 2017).

Finalmente, hay diversos artículos que observan que las variables de personalidad, junto con la depresión y la ansiedad, pueden tener un impacto negativo en los servicios del AM (Bressi et al., 2008; De la Fuente-Solana et al., 2017; Faria & Maia, 2007; Gomes et al., 2013; Ksiazek et al., 2011; Mealer et al., 2010; Yu, Jiang & Shen, 2016), aunque otros niegan que este tipo de variables tengan una influencia en el desarrollo del Burnout (Fawcy et al., 1983) o indican que la influencia es mínima (Ostacoli et al., 2010).

4.3. META-ANÁLISIS DE PREVALENCIAS DE BURNOUT

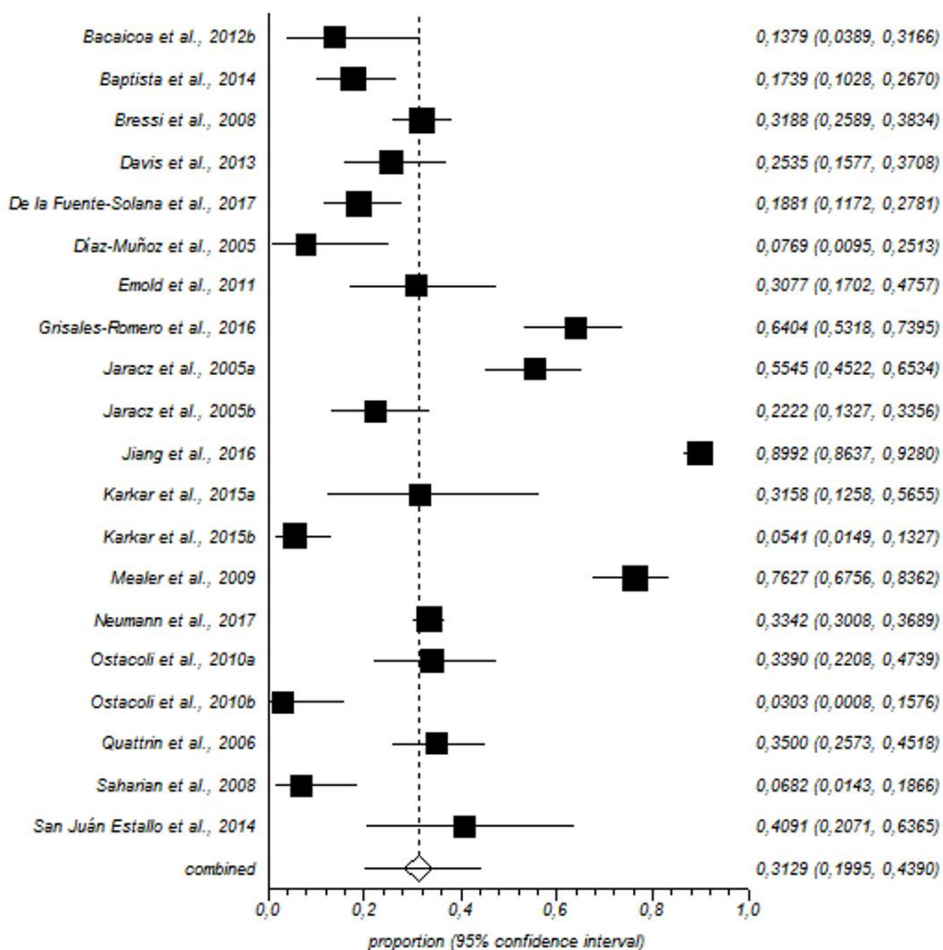
El número total de sujetos a los que alude la información incluida en el meta-análisis fue $k_{\text{final}} = 6092$ (medicina interna $k = 1102$, cardiología $k = 244$, neumología $k = 7$, neurología $k = 528$, nefrología $k = 264$, oncología y/o hematología $k = 3947$). El total de muestras a partir de las cuales se concluye en este trabajo es de 21 para CE, 18 para D y 20 muestras para la baja RP.

En nuestro análisis de sensibilidad, el valor de prevalencia estimado no cambiaba de forma estadísticamente significativa cuando cada uno de los estudios era eliminado del análisis y el análisis de Egger mostró que no existía sesgo de publicación. Se obtuvieron los siguientes valores: CE = -7.13 con $p = 0.07$; -0.69 con $p = 0.88$ para D; y 5.36 con $p = 0.11$ para RP.

En los análisis de heterogeneidad, se obtuvieron los siguientes valores mediante el test de Q de Cochran: CE = 789.31, $p < 0.001$; D = 1162.44, $p < 0.001$; RP = 908.68, $p < 0.001$. El índice I^2 fue del 97.5% para CE, 98.5% para D y 97.9% para RP.

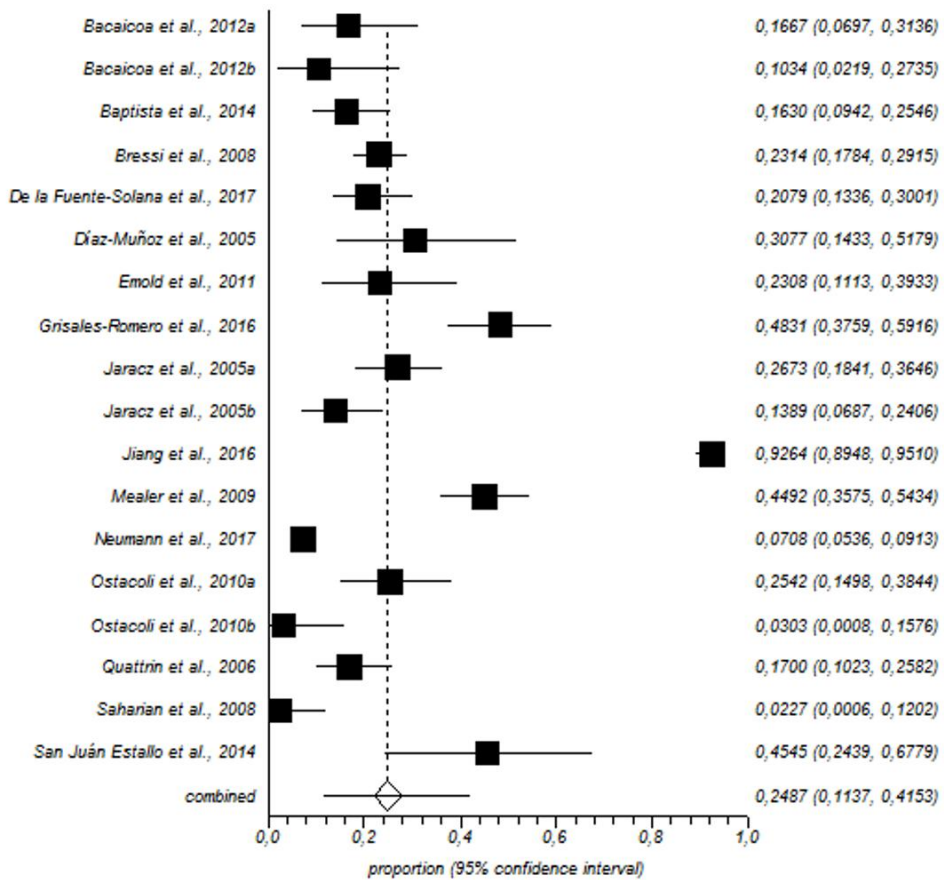
Respecto a los valores de prevalencia obtenidos en el meta-análisis, la prevalencia de CE alto fue del 31% (95% CI = 19%-43%), como se observa en la Figura 7.

Figura 7. Forestplot de alto CE.



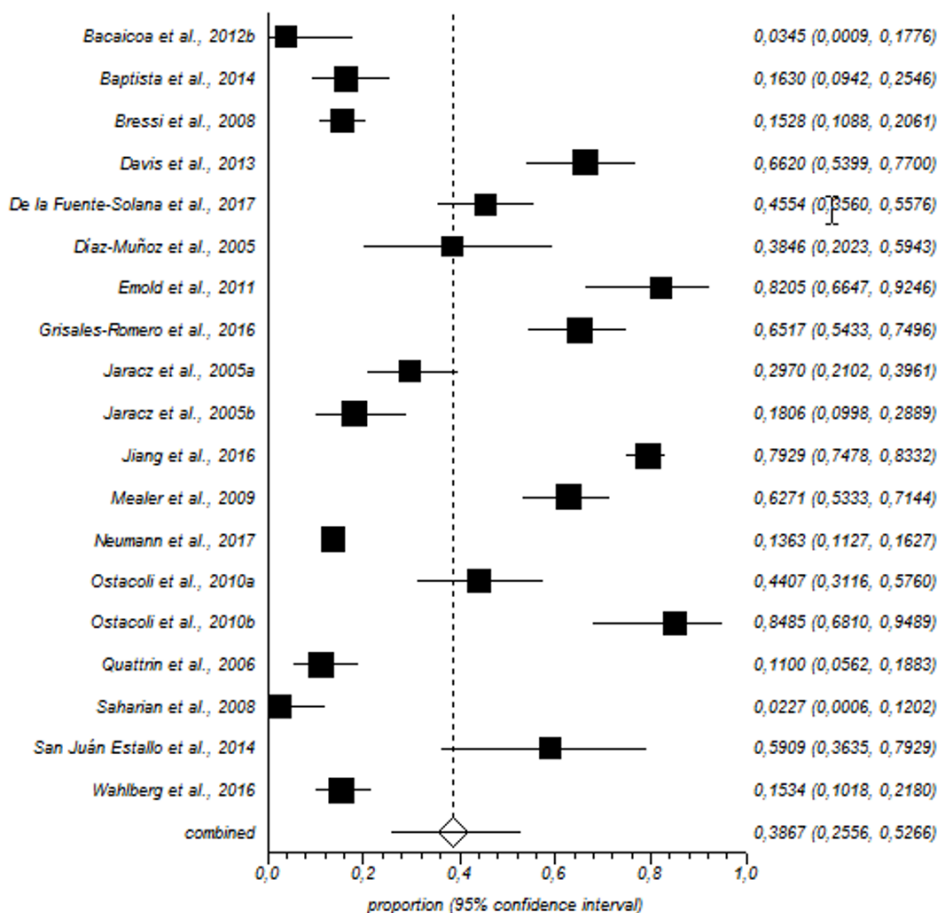
En la Figura 8 se muestra la prevalencia de D alta, que fue del 24% (95% CI= 10%-41%) en las enfermeras.

Figura 8. Forestplot de alta D.



Por último, la prevalencia de baja RP fue del 38% (95% CI=25%-52%). El Forestplot de baja RP se muestra en la Figura 9.

Figura 9. Forestplot de baja RP.



5. DISCUSIÓN

Que sepamos, no existen estudios meta-analíticos sobre el síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería del AM. Los resultados de este trabajo revelan una prevalencia de altos niveles de CE en los profesionales de enfermería del área médica del 31%, lo que está en consonancia con el resto de estudios en enfermeras de urgencias (Gómez-Urquiza et al., 2017) y superior a las enfermeras que trabajan en Atención Primaria (Monsalve-Reyes et al., 2018). Algunos autores afirman que el CE en el AM es menor que en otros servicios de carácter especial

(Roberts, Cannon, Wellik, Wu & Budavari, 2013). Sin embargo, las enfermeras del AM sienten que tareas como el registro en el ordenador y la documentación, reducen el tiempo que pueden dedicar al cuidado directo de los pacientes, lo cual hace que las enfermeras se sientan indefensas y favorece el cansancio emocional (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). Las enfermeras de las unidades hospitalarias también sienten que tienen demasiada carga de trabajo, lo cual puede conducir al estrés laboral e incrementar el cansancio emocional (Günösen, Ustün & Erdem, 2014).

La prevalencia de D supone el 24% de la muestra, lo cual es inferior que en las enfermeras de urgencias (Gómez-Urquiza et al., 2017), pero superior que en las enfermeras de Atención Primaria (Monsalve-Reyes et al., 2018). En algunos países, las enfermeras del AM son responsables de un mayor número de camas y pacientes que en otros servicios (Aronsson, Theorell, Grape, Hammarström, Hogstedt, Marteinsdottir & Hall, 2017), una situación que contribuye a la sobrecarga y la consecuente aparición del Burnout (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012). A lo anterior se suma que estos servicios están abiertos a visitas con horarios flexibles que permiten la continua entrada y salida de familiares, lo que puede favorecer el distanciamiento y la frialdad con el paciente (Martínez & Fischer, 2015). Además de la distribución organizativa y estructural del servicio de hospitalización que dificulta una relación enfermera-paciente de confianza (Van Bogaert, Kowalski, Weeks & Clarke, 2013). Además, las tareas de registro en el ordenador y documentación, hacen que las enfermeras sientan que no pueden prestar cuidados de calidad a sus pacientes (Billeter-Koponen & Fredén, 2005).

Destaca el elevado porcentaje de baja RP en enfermeras del área médica con un 38%, mostrando que las enfermeras de esta área se sienten menos realizadas que las de Atención Primaria (Gómez-Urquiza et al., 2017; Monsalve-Reyes et al., 2018), y son las que más afectación tienen en cada dimensión del Burnout. La mayoría de los estudios revelan la insatisfacción y el sentimiento de abandono que padecen este tipo de profesionales en los servicios del AM, dónde el trabajo enfermero está distribuido por tareas impersonales, evitando los cuidados personalizados dónde estos profesionales puedan sentirse realizados (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane & Aiken, 2011). La satisfacción laboral es muy superior cuando las enfermeras sienten que están prestando cuidados personalizados. De hecho, investigaciones al respecto muestran que establecer lazos con los pacientes y pasar más tiempo con ellos mejora la realización personal en las enfermeras (Billeter-Koponen & Fredén, 2005).

En las variables laborales un factor destacado y poco investigado hasta ahora, es el pluriempleo. Debido a la precariedad laboral, las jornadas reducidas y la escasa contratación en el sector público (Grazziano & Ferraz Bianchi, 2010), muchas enfermeras jóvenes del AM se ven obligadas a compaginar el trabajo en empresas privadas y públicas, mermando su estado de salud (Russo, Fronteira, Jesus & Buchan, 2018) y contribuyendo a la aparición del Burnout (McNeeley, Pérez & Chew, 2013).

En cuanto a las variables de personalidad y su relación con las diferentes dimensiones del Burnout, nuestro estudio obtuvo unos resultados comparables con aquellos publicados con anterioridad (Peters, Cant, Payne, O'Connor, McDermott & Shimoinaba, 2013), aunque el rasgo de personalidad basado en la responsabilidad puede suponer un problema en

estos servicios, por la sobrecarga de trabajo que genera un alto nivel de estrés y por lo tanto, Burnout (Vahedian-Azimi, Hajiesmaeili, Kangasniemi, Fornés-Vives, Hunsucker, Rahimibashar, et al., 2017).

En relación a la aplicabilidad de los resultados, los gestores y directores hospitalarios, deberían considerar que aquellas unidades del AM dónde las enfermeras tengan una alta carga de trabajo, principalmente en el registro por ordenador y documentación, con un escaso contacto enfermera-paciente, tienen más predisposición a desarrollar Burnout (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). Consecuentemente, deberían tomar medidas que favorezcan un mejor ambiente laboral para las enfermeras, con menos tareas de registro y documentación, lo cual permita un mayor tiempo dedicado a prestar cuidados de calidad en los pacientes. Esto podría incrementar la realización personal. Así mismo, respecto a los niveles de Burnout, los gestores y directores hospitalarios en enfermería deberían promover e implementar diferentes actuaciones para reducir el Burnout, tales como programas de orientación o grupos de apoyo profesional (Cañadas-De la Fuente et al., 2018). Reducir y prevenir el Burnout, evitará sus efectos negativos en los profesionales y en la salud de los pacientes (Schaufeli et al., 2009), mejorando la calidad de la salud y los resultados en los cuidados enfermeros.

Los profesionales sanitarios deberían a su vez, ser conscientes de que las tareas diarias en una unidad médica no solo incluyen el cuidado de los pacientes (Drach-Zahavy, 2010; Naz et al., 2016). Las enfermeras afirman que lo que ellas estudiaron es cómo cuidar de los pacientes, y que todas las tareas de registro y documentación, les quitan tiempo para dedicarse a su verdadero objetivo, favoreciendo este hecho, la baja realización personal (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). Para crear unas expectativas más

realistas sobre las tareas diarias en enfermería, los contenidos en el grado de enfermería, deberían incluir más información y educación sobre documentación y tareas de registro. Otro aspecto relacionado con los cuidados por parte de los profesionales de enfermería, es la prescripción de medicamentos, una nueva competencia para la enfermería en Europa. La prescripción de medicamentos ya ha sido identificada como una fuente de estrés en los médicos debido a la posibilidad de errores, y podría tener el mismo resultado en las enfermeras (Stewart, Thomas, MacLure, Pallivalapila, El Kassem, Awaisu, et al., 2018). Sin embargo, también podría ser una fuente de motivación en estos profesionales, ya que supone una forma de desarrollo profesional.

Futuras investigaciones, deberían prestar atención a intervenciones preventivas en el desarrollo de Burnout en enfermeras del AM, así como en intervenciones que puedan reducir el sufrimiento derivado de dicho síndrome. Por ejemplo, algunas intervenciones (tales como mindfulness, meditación y programas de resiliencia y afrontamiento de problemas) han demostrado ser efectivas en la fatiga por compasión y el Burnout entre los profesionales sanitarios de las urgencias y de los servicios extrahospitalarios, con lo cual deberían ser tomadas en cuenta, para las enfermeras del AM (Cocker & Joss, 2016). Sería también de gran interés, analizar qué factores de personalidad son más adecuados para trabajar en unidades del AM sin desarrollar Burnout. Finalmente, otro aspecto importante sobre futuras investigaciones meta-analíticas, es la importancia de garantizar su replicabilidad, lo cual sería posible, mediante la inclusión de información detallada en los artículos primarios de investigación (Grice, Barret, Cota, Felix, Taylor, Garner et al., 2017).

6. CONCLUSIONES

Las enfermeras del AM destacan sobre todo por tener baja RP, seguido por un alto cansancio emocional y unos altos niveles de despersonalización. Hay una gran prevalencia de Burnout entre personas solteras, pluriempleados, con sobrecarga laboral y poca experiencia como profesionales de la salud en este campo.

El problema abordado en este estudio repercute directamente sobre la calidad asistencial, el bienestar de los pacientes y la propia salud laboral de las enfermeras. Puesto que al AM la conforman la mayoría de los servicios de larga estancia en un hospital es necesaria la implementación de mayores medidas de prevención y estrategias de detección que aborden el problema de forma eficaz. Todo ello supone un cambio organizacional, sanitario y laboral que debe sustentarse en la última evidencia científica.

CAPÍTULO 5

**UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA
PREVALENCIA DEL BURNOUT Y
VARIABLES PSICOLÓGICAS
RELACIONADAS EN ENFERMERAS DEL
ÁREA MÉDICA HOSPITALARIA**



Journal of
Clinical Medicine



A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurses

Authored by:

Lucía Ramirez-Baena; Elena Ortega-Campos; Jose Luis Gomez-Urquiza; Gustavo R. Cañadas-De la Fuente; Emilia I. De la Fuente-Solana; Guillermo A. Cañadas-De la Fuente

Published in:

J. Clin. Med. 2019, Volume 8, Issue 1, 92

Cómo citar:

Ramirez-Baena, L., Ortega, 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(1), 92. doi: 10.3390/jcm8010092



© 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. RESUMEN

Antecedentes: El Burnout en enfermería es un problema importante que afecta al bienestar de estos profesionales, a la calidad de los cuidados y a las instituciones sanitarias. **Objetivos:** Los objetivos del estudio fueron (1) estimar los niveles de Burnout; (2) determinar en qué fase de padecimiento del Burnout se encuentran las enfermeras del Área Médica; y (3) analizar la relación de los factores de personalidad y psicológicos con el Burnout. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal y multicéntrico. Se incluyeron hospitales de 8 ciudades. La muestra del estudio fue $n = 301$ profesionales de enfermería del Área Médica de Hospitales pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud, durante el segundo semestre de 2017. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas, laborales y de personalidad, usando el NEO-FFI y para la ansiedad y la depresión el CECAD; el Burnout se midió con el MBI. **Resultados:** Casi el 40% de las enfermeras del estudio manifiestan niveles altos de Burnout. Las tres dimensiones del Burnout (CE, D y RP) presentaron relaciones estadísticamente significativas con los rasgos de personalidad de neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad, así como con las puntuaciones obtenidas para la ansiedad y la depresión. Diversos modelos de regresión lineal mostraron que la amabilidad y la depresión eran predictores estadísticamente significativo de todas las dimensiones del síndrome. **Conclusión:** Las enfermeras del Área Médica de Andalucía tienen niveles altos de Burnout.

Palabras Clave: Área Médica; Burnout; Enfermeras del área médica; Enfermería; Factores de riesgo; Rasgos de personalidad.

2. INTRODUCCIÓN

El Burnout es un síndrome que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico que supone una crisis en la relación con el propio trabajo (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Dichos autores presentaban el Burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por: Cansancio Emocional (CE) o sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío emocional a consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos y con los usuarios de sus servicios; Despersonalización (D) o actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios; y Baja Realización Personal (RP) o pérdida de confianza y un autoconcepto negativo como resultado de las situaciones ingratas.

Para medir el Burnout, se utiliza el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981), un cuestionario de valoración del grado de padecimiento del síndrome, que basa su estructura en las tres dimensiones ya mencionadas (CE, D y RP). El MBI se ha convertido en el instrumento más utilizado para medir el Burnout (De la Fuente et al., 2015; Schaufeli et al., 2009). A partir de la concepción de Burnout que ofrece el MBI, se plantean modelos explicativos que, tras categorizar las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del MBI en altas y bajas, llevan a obtener ocho fases de Burnout progresivo, que permiten valorar la evolución en el desarrollo del trastorno, como queda reflejado en el modelo de Golembiewski (Golembiewski & Munzenrider, 1988).

El síndrome de Burnout se considera enfermedad laboral, desde 2010 por la Organización Internacional del Trabajo. La Organización Mundial de la Salud lo considera la epidemia del siglo XXI (Organización Mundial de la

Salud, 2005), y afecta actualmente a una gran variedad de profesionales (Cañadas-De la Fuente et al., 2014). El hecho de ejercer una labor profesional que exige gran implicación emocional, hace más probable el desarrollo del trastorno (Jones et al., 2013). Por ello, los profesionales sanitarios son uno de los grupos de riesgo más investigados (Ortega-Ruiz & López-Ríos, 2004). Diversos estudios afirman que los datos de prevalencia son elevados (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds & Su, 2016), aunque no existe una estimación precisa. Esto se debe tener en cuenta, ya que las consecuencias en la salud de los trabajadores, en las instituciones y en el propio paciente, son muy graves y afectan a la calidad asistencial ofrecida por el Sistema Sanitario (Dall’Ora et al., 2015). Algunos estudios informan sobre una relación directa entre el Burnout y la mortalidad en los pacientes (Kane et al., 2007; Lang et al., 2004). Otros afirman que el Burnout incrementa las reclamaciones por parte de los pacientes y familiares a las instituciones sanitarias (Dall’Ora, Ball, Recio-Saucedo & Griffiths, 2016). Las enfermeras también pueden presentar ciertos síntomas tales como insomnio, dolor musculoesquelético y dolores de cabeza, mientras que las instituciones pueden sufrir del absentismo laboral de las enfermeras afectados (Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares, Simón-Márquez & Martos-Martínez, 2018).

Los niveles de Burnout pueden ser diferentes en función del tipo de servicio en que trabajan estos profesionales (Albendín-García et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017; Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016; Pradas-Hernández et al., 2018), de ahí la necesidad de analizar los potenciales niveles de Burnout de este grupo profesional en cada servicio (Molina-Praena et al., 2018).

Hay una amplia investigación sobre el Burnout en enfermeras en urgencias o en áreas de cuidados críticos, en servicios de oncología o Atención Primaria realizados en diferentes países y que muestran que el síndrome de Burnout es un problema global (Albendín-García et al., 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza et al., 2017; Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes et al., 2016). Sin embargo, los estudios sobre Burnout en enfermeras del Área Médica (AM) son escasos y contradictorios. El AM se define como el lugar o espacio físico ubicado en las instituciones dedicadas al estudio o atención de la salud, repartidas en unidades o servicios de hospitalización clínica que engloban servicios que mantienen características comunes (cardiología, neumología, hematología, etc.). Constituye un área extensa, ocupando la mayoría de las unidades de un Hospital, por lo que un mayor número de enfermeras con características similares pueden verse afectadas.

Los objetivos de este estudio son: (1) estimar los niveles de Burnout; (2) conocer en qué fase de padecimiento del Burnout se encuentran los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en el Área Médica del Servicio Andaluz de Salud (SAS); y (3) analizar la relación entre variables sociodemográficas, laborales y de personalidad y el síndrome de Burnout, en estos profesionales.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y multicéntrico.

3.1.1. Muestra/Participantes

Un total de 301 enfermeras del Servicio Andaluz de Salud (Sur de España) forman la muestra de este estudio, de un total de 19 centros hospitalarios del área médica de toda la comunidad andaluza (incluyendo los servicios de medicina interna, infecciosos, cardiología, neumología, digestivo, neurología, nefrología, reumatología, endocrinología, oncología, hematología, salud mental y toxicología). La edad media de los participantes es de 44.62 años (DT = 8.08), el porcentaje de mujeres del estudio es del 71.1%. Todos los participantes tenían estudios superiores de Enfermería y estaban contratados en la categoría profesional de enfermeras.

3.1.2. Proceso de selección

Los criterios de inclusión en el estudio fueron aquellas enfermeras que aceptaron participar en el estudio y que llevaban trabajando más de 6 meses en el área médica. Se entregaron los cuestionarios en sobres cerrados a todas las enfermeras de los 19 centros hospitalarios seleccionados. Se distribuyeron un total de 400 cuestionarios con la colaboración del sindicato español de enfermeras (SATSE), de los cuales se recogieron 324 (tasa de respuesta 81%). De estos, $n = 301$ se rellenaron completamente.

3.1.3. Recolección de datos

Para la recogida de información se contabilizaron las siguientes variables sociodemográficas: género (hombre-mujer), edad (años), estado civil (soltero, casado o separado/divorciado) y número de hijos (no tiene hijos, un hijo, dos hijos, tres o más hijos). Las variables laborales estudiadas fueron: turno laboral (fijo-rotatorio), realiza guardias (si-no), antigüedad

en el puesto de trabajo (número de meses) y antigüedad en la profesión (número de meses).

El síndrome de Burnout fue medido utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981) adaptado a población española (Seisdedos, 1997). El instrumento está formado por 22 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos, desde 0 (nunca) a 6 (todos los días). El MBI está formado por tres dimensiones: Cansancio Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Realización Personal (8 ítems). Las puntuaciones de Burnout alto se definieron con los puntos de corte establecidos para la población española, en cada una de las dimensiones del síndrome; puntuación superior a 24 en Cansancio Emocional, puntuación superior a 9 en Despersonalización y puntuación inferior a 33 en Realización Personal. Puntuaciones altas en Cansancio Emocional y Despersonalización y bajas en Realización Personal son indicativos de sufrir el síndrome de Burnout. Se han estimado los coeficientes de fiabilidad (α) para las escalas del MBI: Cansancio Emocional ($\alpha = 0.86$), Despersonalización ($\alpha = 0.61$) y Realización Personal ($\alpha = 0.81$).

Para medir las variables de personalidad, se ha utilizado el instrumento de personalidad *Revised NEO Five Factor Inventory* (NEO-FFI) (Costa & McCrae, 1989) en la versión adaptada a población española (Costa & McCrae, 2002). Está compuesto por cinco factores de personalidad: Neuroticismo, Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión y Apertura, con un total de 60 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos, 12 ítems por cada dimensión. Se han estimado los coeficientes de fiabilidad para las dimensiones del NEO-FFI: Neuroticismo ($\alpha = 0.78$), Amabilidad ($\alpha = 0.70$), Responsabilidad ($\alpha = 0.78$), Extraversión ($\alpha = 0.78$) y Apertura a la experiencia ($\alpha = 0.69$).

El Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano, García-Cueto & Lozano, 2007) ha sido utilizado para medir síntomas de Ansiedad y Depresión siguiendo los criterios del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Está compuesto por 45 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos, 20 ítems para la escala de Ansiedad y 29 para la escala Depresión. Se han estimado los coeficientes de fiabilidad para las dimensiones del CECAD: Ansiedad ($\alpha = 0.92$) y Depresión ($\alpha = 0.93$).

Los datos para este estudio, cuantitativo, transversal y multicéntrico se recogieron por el equipo de investigación de dicho estudio en colaboración con el SATSE, el cuál proporcionó la información necesaria a las enfermeras del AM que trabajaban en el SAS. La participación de las enfermeras en el estudio era voluntaria, individual y anónima. El tiempo estimado para la realización del cuestionario era de 45 minutos. La recogida de datos fue realizada durante el segundo semestre de 2017.

3.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Granada y se han seguido las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000). Los datos fueron tratados conforme a lo indicado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

3.3. ANÁLISIS DE DATOS

Se han realizado análisis descriptivos, media, desviación típica, mínimo y máximo para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. La prueba T-student para medias independientes se ha utilizado para estudiar las diferencias en las dimensiones del MBI en

función de las variables cualitativas del estudio. Se han estimado los coeficientes de correlación de Pearson para estudiar la relación lineal entre las variables cuantitativas. Por último, para cada dimensión del MBI se ha realizado una regresión lineal múltiple hacia atrás. Los análisis se han realizado con el paquete estadístico SPSS 22.0 (IBM, Armonk, NY, USA).

4. RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS, NIVELES DE BURNOUT Y PREVALENCIA ESTIMADA

En la Tabla 6 se presentan porcentajes y frecuencias para los diferentes niveles de las variables cualitativas incluidas en el estudio. Respecto al género de los participantes, el 71.1% eran mujeres, estaban casadas el 75.1% de las enfermeras y el 78.5% tenía al menos un hijo. En las variables laborales, el 66.9% trabajaba en turno fijo (mañana, tarde o noche) y el 89.8% no realizaba guardias.

Tabla 6. Descriptivos de las variables cualitativas incluidas en el estudio.

Variable	%(n)	Variable	%(n)
Género		Estado civil	
Hombre	28.9(87)	Soltero	16.8(50)
Mujer	71.1(214)	Casado	75.1(223)
Turno		Separado/Divorciado	8.1(24)
Fijo	66.9(200)	Hijos	
Rotatorio	33.1(99)	Sin hijos	21.5(64)
Guardias		Un hijo	19.1(57)
Si	10.2(30)	Dos hijos	45(134)
No	89.8(264)	Tres o más hijos	14.4(43)

Nota: n = muestra; % = porcentaje.

En la Tabla 7 se presentan los estadísticos descriptivos media, desviación típica, mínimo y máximo para las variables cuantitativas incluidas en el

estudio. La variable sociodemográfica fue la edad; las variables laborales fueron antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo; y las variables psicológicas fueron las dimensiones de personalidad, ansiedad y depresión, junto a las tres dimensiones del Burnout (CE, D y RP).

Tabla 7. Descriptivos de las variables cuantitativas incluidas en el estudio.

Variable	M(DT)	Mínimo-Máximo
Edad (n = 300)	44.62(8.08)	22-61
Antigüedad en el puesto (n = 289)	121.55(104.10)	1-456
Antigüedad profesional (n = 300)	255.56(100.43)	12-488
NEO-FFI		
Neuroticismo (n = 296)	27.05(7.38)	12-48
Extraversión (n = 299)	43.03(7.05)	20-60
Apertura (n = 298)	39.16(6.74)	21-58
Amabilidad (n = 297)	45.65(6.14)	28-60
Responsabilidad (n = 298)	47.94(6.18)	30-60
CECAD		
Ansiedad (n = 298)	35.65(10.86)	19-71
Depresión (n = 298)	48.89(13.80)	26-91
MBI		
Cansancio Emocional (n = 298)	17.34(10.60)	0-54
Despersonalización (n = 299)	6.10(5.05)	0-23
Realización Personal (n = 299)	36.67(8.15)	14-48

Nota: CECAD = Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión; DT = desviación típica; M = media; MBI = Maslach Burnout Inventory; n = muestra; NEO-FFI = Neo Five Factor Personality Inventory.

En relación con las tres dimensiones del Burnout, el 42,3% de los profesionales presentan nivel bajo de cansancio emocional, el 35,6% nivel medio y el 22,1% nivel alto; el 37.1% presenta nivel bajo de despersonalización, el 39.8% nivel medio y el 23.1% obtuvo nivel alto; por último, 45.5% presenta nivel bajo de realización personal, el 26.1% nivel medio y el 28.4% nivel alto.

A partir del modelo de Golembiewski (Golembiewski & Munzenrider, 1988), se clasifica a los participantes según la fase de evolución del trastorno en la que se encuentran. Las fases 6, 7 y 8 del modelo de Golembiewski indican que el participante presenta un nivel alto de Burnout. En este trabajo se estima que un 39.8% (n= 109) de la muestra de enfermeras presenta niveles altos de Burnout (Tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia de Burnout según las fases del modelo de Golembiewski.

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8
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
n	39	14	57	26	29	59	35	15
(%)	(14.2)	(5.1)	(20.8)	(9.5)	(10.6)	(21.5)	(12.8)	(5.5)

Nota: a = alto; b = bajo; CE = cansancio emocional; D = despersonalización; n = muestra; RP = baja realización personal.

4.2. MODELOS EXPLICATIVOS Y FACTORES ASOCIADOS A CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT

Se han estimado las correlaciones lineales entre las escalas del MBI, las escalas del NEO-FFI y puntuaciones de Ansiedad y Depresión. La escala Cansancio Emocional presenta correlaciones estadísticamente significativas con las cinco dimensiones del NEO-FFI y con las puntuaciones de ansiedad y depresión del CECAD. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la despersonalización y los ítems del NEO-FFI y el CECAD. De igual forma, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre baja realización personal y las puntuaciones del NEO-FFI y Ansiedad y Depresión (Tabla 9).

Tabla 9. Coeficientes de correlación entre las variables psicológicas y Burnout.

	CE	D	RP
NEO-FFI			
Neuroticismo	0.505**	0.392**	-0.357**
Extraversión	-0.361**	-0.307**	0.397**
Apertura	-0.174**	-0.195**	0.218**
Amabilidad	-0.345**	-0.520**	0.417**
Responsabilidad	-0.293**	-0.362**	0.524**
CECAD			
Ansiedad	0.514**	0.397**	-0.326**
Depresión	0.572**	0.446**	-0.372**

Nota: CE = cansancio emocional; CECAD = Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión; D = despersonalización; NEO-FFI = Neo Five Factor Personality Inventory; RP = baja realización personal; ** = $p < 0.001$

Se han realizado pruebas de diferencia de medias entre las variables género, turno, guardias, estado civil e hijos y las dimensiones del MBI. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la escala despersonalización entre hombres y mujeres ($t_{(297)} = 3.210$, $p = 0.001$, $d = 0.41$), presentando los hombres mayores niveles en la dimensión estudiada.

Se ha estimado modelos de regresión lineal múltiple para cada una de las dimensiones del MBI. Para la dimensión cansancio emocional son predictores estadísticamente significativos las variables guardias ($B = 5.385$, $p = 0.002$), Amabilidad ($B = -0.334$, $p < 0.001$) y Depresión ($B = 0.402$, $p < 0.001$). La bondad del ajuste del modelo presenta un valor de $r^2 = 0.377$. En la dimensión despersonalización, las variables Edad ($B = -0.099$, $p = 0.005$), Antigüedad en el puesto ($B = 0.006$, $p = 0.021$), Amabilidad ($B = -0.321$, $p < 0.001$), Responsabilidad ($B = -0.105$, $p = 0.018$) y Depresión ($B = 0.099$, $p < 0.001$) son predictores del modelo. El

40.6% de la varianza está explicada por el modelo. Por último, en la dimensión baja realización personal las variables Depresión ($B = -0.079$, $p = 0.016$), Amabilidad ($B = 0.181$, $p = 0.015$), Responsabilidad ($B = 0.483$, $p < 0.001$), Extraversión ($B = 0.178$, $p = 0.007$), Antigüedad en la profesión ($B = 0.016$, $p = 0.001$) y Antigüedad en el puesto ($B = -0.014$, $p = 0.002$) son predictores. El 39.5% de la variabilidad está explicada por el modelo (Tabla 10).

Tabla 10. Regresión lineal múltiple.

	B	Error Standard	Beta	t	p	95% IC
CE						
Intercepto	12.494	4.835		2.584	0.010	2.977, 22.011
Guardias	5.385	1.722	0.146	3.127	0.002	1.995, 8.774
Amabilidad	-0.334	0.085	-0.193	-3.917	0.001	-0.502, -0.166
Depresión	0.402	0.038	0.521	10.614	0.001	0.328, 0.477
R ² = 0.377						
D						
Intercepto	24.590	3.016		8.152	<0.000	18.651, 30.528
Edad	-0.099	0.035	-0.160	-2.857	0.005	-0.167, -0.031
Antigüedad en el puesto	0.006	0.003	0.129	2312	0.021	0.001, 0.012
Amabilidad	-0.321	0.044	-0.390	-7.326	<0.001	-0.408, -0.235
Responsabilidad	-0.105	0.044	-0.126	-2.388	0.018	-0.191, -0.018
Depresión	0.099	0.019	0.268	5.173	<0.001	0.061, 0.137
R ² = 0.406						
RP						
Intercepto	-0.889	5.061		-1.76	0.861	-10.852, 9.073
Depresión	-0.079	0.033	-0.133	-2.418	0.016	-0.143, -0.015
Amabilidad	0.181	0.074	0.137	2.444	0.015	0.035, 0.326
Responsabilidad	0.483	0.072	0.360	6.697	<0.001	0.341, 0.625
Extraversión	0.178	0.066	0.153	2.702	0.007	0.048, 0.308
Antigüedad en la profesión	0.016	0.005	0.195	3.352	0.001	0.007, 0.025
Antigüedad en el puesto	-0.014	0.005	-0.181	-3.097	0.002	-0.023, -0.005
R ² = .395						

Nota: B = parámetro estimado; CE = cansancio emocional; D = despersonalización; IC = intervalo de confianza; R² = proporción de la varianza explicado por la variable moderadora; RP = realización personal; p = p valor ($p < .05$); t = t-Student.

5. DISCUSIÓN

Este estudio fue realizado con tres objetivos principales. En primer lugar, el objetivo era estimar los niveles de Burnout en una población de

enfermeras del AM de hospitales de Andalucía (Sur de España). En este caso, un 39.8% de la muestra estudiada de enfermeras presenta niveles altos de Burnout, lo que está en consonancia con otros autores del mismo ámbito y con parecido tamaño muestral (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), que estiman que la prevalencia de este síndrome entre las enfermeras profesionales estaría en torno al 37.5%. Aun así, predominan niveles altos en todas las dimensiones del síndrome según los encuestados, lo que está en consonancia con los estudios realizados en otros países (De la Fuente-Solana et al., 2017; Monsalve-Reyes et al., 2018; Nowakowska, Rasinska & Glowacka, 2016). Y es que, las enfermeras estudiadas pertenecen al área médica, que incluye diversos servicios o unidades de hospitalización similar (cardiología, neumología, neurología, etc.), donde la ratio enfermera-paciente es superior al resto de áreas de un hospital (como la quirúrgica, cuidados críticos, pediatría, etc.), y dónde el horario flexible de visitas familiares, constituyen factores que pueden favorecer el Burnout (Van Bogaert et al., 2013).

En cuanto a la dimensión más significativamente afectada, la baja RP de las enfermeras del área médica encuestadas en nuestro estudio comprende un 45.5% de la muestra con niveles bajos, lo que destacan también otros estudios en otros países (Bacaicoa et al., 2012; Díaz-Muñoz, 2005; Sanjuán-Estallo et al., 2014; Wahlberg et al., 2016). Mientras que otros apuntan mayores niveles de RP en el área médica (Gama et al., 2014) o por otro lado, que la dimensión principalmente afectada es el CE en estos servicios (Gómez-Urquiza, Aneas-López et al., 2016; Jaracz et al., 2005; Karakoc et al., 2016; Mealer et al., 2009) o la D, aunque en menor medida (Jiang et al., 2016). Que la dimensión RP sea la más afectada puede deberse a la rutina en las plantas de hospitalización y las funciones de enfermería divididas por tareas. Y es que los cuidados dejan de ser

personalizados e individualizados, y se transforman en la realización continua de tareas estandarizadas que se aplican igualmente a todos los pacientes según los horarios y el funcionamiento de la unidad. Todo esto evita que los profesionales puedan sentirse realizados y desarrollarse como profesionales, mermando la salud emocional de las enfermeras y afectando a los cuidados que prestan, por la deshumanización en muchos de ellos (Arredondo-González & Siles-González, 2009; Głębocka, 2017).

Respecto al segundo objetivo del estudio que era conocer en qué fase de padecimiento del Burnout se encuentran los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en el Área Médica del Servicio Andaluz de Salud (SAS), el mayor porcentaje de la muestra (con un 21.5%) se encuentra con niveles altos según el modelo de Golembiewski (Golembiewski & Munzenrider, 1988). Esto se corresponde con los resultados hallados en otros estudios (De la Fuente-Solana et al., 2017; Książek et al., 2011; Quattrin et al., 2006). Aunque pocos estudios utilizan este modelo por fases, las ventajas que ofrece para abordar el estudio del síndrome de Burnout son muchas, por lo que se recomienda su uso en la clasificación y diagnóstico de este tipo de situaciones (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

En cuanto al tercer objetivo que era analizar la relación entre variables sociodemográficas, laborales y de personalidad y el síndrome de Burnout en estos profesionales, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en despersonalización entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que más despersonalizan. Esto se sustenta en otros estudios al respecto del área médica (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; De la Fuente-Solana et al., 2017). Esto podría estar relacionado con los diferentes estilos de afrontamiento que mantienen

hombres y mujeres y que predispone o protege frente al Burnout, tendiendo los hombres más a la evitación, lo que produce distanciamiento y D (Gomes et al., 2013; Jaracz et al., 2005; Karkar et al., 2015; Rodrigues & Chaves, 2008). De hecho, algunos autores, defienden desde hace mucho tiempo que la dimensión D es un estilo de afrontamiento, lo que sostiene aún más los resultados (Cordes & Dougherty, 1993; Wallace & Brinkerhoff, 1991).

En cuanto a las variables psicológicas, existe relación de todas las dimensiones del Burnout con Ansiedad y Depresión, lo cual destaca la verdadera magnitud del problema y la importancia de su prevención, para evitar trastornos en la salud mental de los profesionales afectados. Aunque estos resultados concuerdan con los hallados en otros estudios del área médica de otros países (Bressi et al., 2008; De la Fuente-Solana et al., 2017; Faria & Maia, 2007; Gomes et al., 2013; Ksiazek et al., 2011; Mealer et al., 2009), se necesita más investigación al respecto para poder determinar si la Ansiedad y Depresión se desarrollan antes, durante o como causa del síndrome.

Analizando cada dimensión del Burnout por separado, encontramos que el CE presenta correlaciones estadísticamente significativas con Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad, Responsabilidad, Ansiedad y Depresión. Para la dimensión CE son predictores las variables Realización de Guardias, Amabilidad y Depresión. Está claro que trabajar de forma continuada, en horario nocturno y los fines de semana predispone al CE en las enfermeras del área médica (Baptista, Tito, Felli, Silva & Silva, 2014; Karkar et al., 2015; Kousloglou et al., 2014; Sadati et al., 2016; Sehlen et al., 2009), al igual que la realización de Guardias. Las enfermeras, con factores de personalidad positivos de estabilidad

emocional, como Amabilidad, pueden manifestar menores niveles de CE, lo que coincide con otros estudios (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). El CE y el agotamiento de la persona conllevan a la apatía, abulia y anhedonia que son síntomas de la Depresión, lo que explicaría la correlación existente entre ambas (Papathanasiou, Tsaras, Kleisiaris, Fradelos, Tsaloglidou & Damigos, 2017; Salvagioni, Melanda, Mesas, González, Gabani & Andrade, 2017; Vasconcelos, Martino & França, 2018).

En D se han encontrado relaciones estadísticamente significativas con Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad, Responsabilidad, Ansiedad y Depresión. En la dimensión D, las variables Edad, Antigüedad en el puesto, Amabilidad, Responsabilidad y Depresión son predictores del modelo. Algunos autores afirman que las enfermeras jóvenes despersonalizan más (Díaz-Muñoz, 2005; Gómez-Urquiza, Vargas et al., 2017; Monsalve-Reyes et al., 2018) y sin embargo otros argumentan que son las enfermeras que llevan más años las que lo hacen (Gama et al., 2014; Jiang et al., 2016; Quattrin et al., 2006). Este último resultado es de gran interés, ya que la antigüedad en el puesto es normalmente una variable moderadora en el Burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

Por último, se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre RP con Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad, Responsabilidad, Ansiedad y Depresión. En la dimensión RP, son predictoras las variables Depresión, Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión, Antigüedad en la profesión y Antigüedad en el puesto. Las enfermeras al sentirse realizadas aumentan su eficacia por lo que controlan más el entorno dónde trabajan, lo que favorece que disminuya el estrés ante la falta de seguridad y aumenta la satisfacción laboral, lo cual se

consigue con los años, la experiencia y la estabilidad laboral (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Gómez-Urquiza, Vargas et al, 2017; Nowakowska et al., 2016). Existen diversos rasgos de personalidad que influyen en la RP, ya que esta depende mucho de cómo se valore la autoeficacia, de las condiciones laborales, de un ambiente de trabajo hostil, la relación con los pacientes, etc. (Geuens, Van Bogaert & Franck, 2017; Ntantana, Matamis, Savvidou, Giannakou, Gouva, Nakos, et al, 2017). Por tanto, si el profesional no tiene un bienestar emocional puede desarrollar Depresión, lo que disminuye la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente (Chana et al., 2015; Johnson, Louch, Dunning, Johnson, Grange, Reynolds et al., 2017).

Las principales limitaciones de este estudio radican en el tamaño muestral, ya que es relativamente bajo para representar la extensa población de enfermeras que desempeñan su función en el área médica de los centros hospitalarios. Aun así, la muestra es variada de diferentes servicios y de diferentes centros hospitalarios de toda una comunidad autónoma, lo que aumenta la representatividad de la muestra.

Otra limitación, es el tipo de diseño del estudio, de tipo transversal, limita establecer asociaciones de causalidad para determinar qué predispone al síndrome de Burnout, por lo que se contempla en futuras investigaciones realizar estudios longitudinales para ampliar la investigación al respecto y profundizar en el análisis de las variables de personalidad.

Finalmente, aunque se han analizado todas las variables de personalidad, está claro que influyen otras variables como el afrontamiento o la resiliencia, que estaría bien estudiar más adelante. Además, es necesario profundizar en herramientas diagnósticas pertinentes en el síndrome de Burnout, siguiendo el modelo de fases y otros métodos basados en

parámetros fisiológicos como los biomarcadores salivales que revelan altos niveles de estrés como causa del síndrome estudiado.

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este trabajo describe un estudio realizado para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en casi el 40% de las enfermeras que trabajan en el área médica de los hospitales de Andalucía. Los resultados obtenidos reflejan altos niveles de Burnout y muy bajos niveles de RP, la cual es la dimensión más severamente afectada en el síndrome.

Todos estos resultados ayudan a conformar un perfil tipo del profesional de enfermería más vulnerable frente al padecimiento del síndrome de Burnout. Elaborar este tipo de perfiles nos ayuda a conocer más en profundidad a los que padecen el síndrome, y por qué unas enfermeras si lo padecen y otras no, trabajando en el mismo servicio y ejerciendo las mismas funciones, cobrando el mismo sueldo, mismos horarios, etc.

Y es que, las variables de personalidad influyen en el padecimiento del mismo, predominando la Amabilidad, la Apertura y la Extraversión como factores protectores, y el Neuroticismo y la Responsabilidad como factores de riesgo.

Además, los resultados de este estudio revelan datos devastadores sobre la íntima correlación del síndrome de Burnout con la Ansiedad y la Depresión, graves enfermedades de salud mental que no se pueden dejar de lado. Ambos trastornos influyen negativamente en la salud de los trabajadores, en su rendimiento y productividad, y en el caso de enfermería, afecta directamente a la salud del paciente y a la calidad de los cuidados. En resumen, la realidad a gran escala de aquellas enfermeras

que sufren de ansiedad, depresión y Burnout profesional, como revelan nuestros descubrimientos, es profundamente insatisfactoria y una situación a ser evitada en cualquier entorno hospitalario.

Para evitar esto, hay terapias complementarias como el yoga o el mindfulness, de las que se reportan efectos beneficiosos sobre el estrés percibido, la compasión, el afrontamiento, la resiliencia y en la reducción de los niveles de Burnout (Atanes, Andreoni, Hirayama, Montero-Marin, Barros, Ronzani et al., 2015; Burton et al., 2017; Grossman et al., 2004; Khoury et al., 2015). Similares resultados se han obtenido sobre la práctica de ejercicio físico y cursos de salud y bienestar para la reducción del estrés y la mejora en el bienestar físico, emocional y mental (Acquadro Maran, Zedda & Varetto, 2018). Finalmente, la autoeficacia y el manejo del estrés pueden actuar como factores protectores (Molero-Jurado et al., 2018).

7. CONCLUSIONES

Existen altos niveles de prevalencia de Burnout en los profesionales de enfermería del área médica del Servicio Andaluz de Salud, concretamente el 39,8% está afecto del síndrome. La fase 6 del síndrome de Burnout según el modelo de 8 fases, es en la que se encuentran la mayoría de enfermeras del área médica del Servicio Andaluz de Salud, concretamente el 21.5% de la muestra, lo que se consideran niveles altos de Burnout. Las cinco variables de personalidad consideradas junto con la Ansiedad y la Depresión, correlacionan con el síndrome de Burnout en las enfermeras del área médica del Servicio Andaluz de Salud. Por lo tanto, se necesita una mayor investigación al respecto que amplíe el estudio y nuestro

entendimiento del rol de las variables de personalidad a fin de determinar si estas son predictoras o protectoras frente al síndrome de Burnout.

CAPÍTULO 6
CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

Esta tesis doctoral hace un recorrido desde los inicios del síndrome de Burnout hasta nuestros días, siguiendo la evolución temporal y científica que ha ido sufriendo dicho constructo. Desde que se mencionó por primera vez, como un síntoma o una simple experiencia que manifestaban los trabajadores dedicados a la atención a otras personas, hasta la fecha, que se considera todo un síndrome con importantes repercusiones psico-socioemocionales y de salud física para todo tipo de trabajadores (aunque no desempeñen su labor de cara al público), para el cliente o paciente que tiene que ser tratado por alguien afecto de dicho trastorno, e incluso para la institución en la que se ejerce la actividad laboral.

Aunque aún falta una mayor consideración al respecto e incluir el Burnout como enfermedad laboral y que conste como tal en el DSM en sus próximas ediciones, estoy segura de que, dentro de unos años, con la ayuda de la investigación esto será posible. Además, es importante desarrollar los métodos diagnósticos que están en auge para detectar a tiempo este trastorno, antes de que constituya un problema mayor del que ya sufrimos actualmente.

Todavía no somos conscientes de la verdadera importancia del síndrome de Burnout y de todo lo que conlleva, sobretodo y especialmente en los profesionales de enfermería y en la calidad de los cuidados que estos prestan. Y aunque el tema de esta tesis doctoral es de vital importancia para los profesionales de la enfermería, para gestores, supervisores y directores sanitarios, también es fundamental para el resto de la sociedad. Todos, a lo largo de nuestra vida, tendremos irremediamente problemas

de salud debido a nuestro estilo de vida o bien al inevitable proceso del envejecimiento. Al menos una vez, estaremos en manos de las enfermeras que nos suplirán, ayudarán o acompañarán, quizá en los peores momentos de nuestra vida. Por supuesto que, esperamos que estos profesionales estén siempre en las mejores circunstancias y lo hagan con toda la dedicación del mundo.

Pues bien, esto no va a ser posible, y ni nosotros como pacientes ni como familiares vamos a poder disfrutar de unos cuidados personalizados y adecuados si dejamos que el síndrome de Burnout arrase con la dedicación, motivación, creatividad, originalidad y profesionales cuidados que prestan las enfermeras. A todo ello se le suma el malestar general vivido hoy día en las instituciones, por falta de personal, de recursos, de estabilidad, de organización y de clima favorable para evitar que este síndrome prolifere como cual bacteria.

También hay que tener en cuenta el importante aumento de agresiones a profesionales sanitarios, que se está produciendo en las últimas décadas. Y no estaría de más, investigar qué motiva esas agresiones y si detrás de esto puede esconderse el síndrome de Burnout como un factor provocador hacia los pacientes, también quemados de que profesionales sanitarios cansados emocionalmente, despersonalizados y con una baja realización personal, no les presten la atención sanitaria de calidad que merecen.

Por otro lado, si analizamos el punto de vista de los profesionales que sufren el síndrome, y no tanto el de pacientes e institución, entran en juego una serie de aspectos que pueden variar o modificar el grado de

padecimiento del síndrome, así como su desarrollo. Y es que, como hemos podido ver a lo largo de esta tesis doctoral, siempre hay una parte de la muestra que escapa a los altos niveles de Burnout. Esto puede suscitar varias preguntas, a partir de una de las cuales, surge esta tesis doctoral. Dicha pregunta se refiere a las variables de personalidad y por qué unas enfermeras padecen más o menos Burnout o se encuentran en diferentes fases del síndrome.

Está claro, que el rasgo de personalidad es un factor influyente, como ya se ha demostrado en los estudios que aquí se presentan, pero también es importante el efecto que producen las variables moderadoras del síndrome. Estas variables se han tenido en especial consideración a lo largo de toda la tesis doctoral, para intentar dar una explicación al respecto y abordar toda la complejidad del síndrome. Esta característica, hace que el trabajo aquí presentado suponga un avance más en la conceptualización del Burnout y en la base para el diseño de un perfil de riesgo, que nos permita prestar especial atención a las personas vulnerables, implementando así estrategias de prevención, de detección precoz y de intervención temprana. Una vez expuesto el proceso seguido para la elaboración de este trabajo de Tesis Doctoral, se enumeran los objetivos ya planteados en el segundo capítulo de este trabajo. Se resaltan los aspectos principales de las discusiones ya realizadas en cada uno de los capítulos que anteceden y se incorporan las conclusiones finales que se derivan de los datos y resultados obtenidos en esta investigación.

1.1. OBJETIVO 1

El primer objetivo de esta tesis doctoral fue “identificar perfiles sociodemográficos, laborales y de personalidad asociados al síndrome de Burnout, en profesionales de enfermería”, al cual se da respuesta en el primer artículo publicado de esta investigación (Capítulo 3).

Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática con meta-análisis en la que se analizaron diversas variables sociodemográficas (edad, género, estado civil y número de hijos), variables laborales (antigüedad profesional, antigüedad en el puesto y satisfacción laboral) y las puntuaciones en cada una de las dimensiones del MBI de los profesionales de enfermería.

En este caso, también se tuvieron en cuenta variables metodológicas (tamaño de la muestra, fiabilidad del MBI mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, tipo de MBI, idioma del MBI, diseño del estudio, número de organizaciones donde se recogieron los datos, técnica de muestreo y tasa de respuesta), así como variables extrínsecas (tipo de publicación, continente donde se realizó el estudio y fecha del estudio), siguiendo así, el modelo de esta tesis doctoral, que dota de importancia no solo a las variables principales en relación con el Burnout, si no también, a aquellas que puedan ser moderadoras e influir indirectamente en el desarrollo del síndrome.

En este artículo, a partir de los 78 estudios finalmente seleccionados, se obtienen resultados que muestran que ser hombre, estar soltero y no tener hijos está relacionado con niveles más altos de Burnout. Sin embargo, la relación entre estas variables y el Burnout está moderada por otras

variables y puede ser más fuerte cuando los hombres tienen menos de 10 años de experiencia profesional o una persona soltera no tiene hijos o cuando la persona sin hijos es un hombre.

Por lo tanto, queda constancia del principal apoyo que supone la familia y su influencia como factor motivacional a la hora de ir a trabajar. Aunque la mayoría de las veces, las personas acudimos a trabajar con el fin de la sustentación económica y el abastecimiento de todo tipo de recursos para nuestros hijos, otras veces, el ir a trabajar puede suponer una evasión de las tareas domésticas y de crianza e incluso un respiro familiar. Esto puede repercutir en el desarrollo del síndrome de Burnout, relativizando los problemas laborales al compararlos con los problemas o responsabilidades familiares.

Esto nos ayuda a elaborar un perfil de riesgo y complementa la suficiente información como para empezar a elaborar programas de prevención y de intervención, dirigidos a los colectivos más vulnerables y dotándolos de estrategias para que sepan hacer frente al síndrome de Burnout.

1.2. OBJETIVO 2

El segundo objetivo de esta tesis doctoral fue “realizar una descripción preliminar de los niveles de Burnout en los profesionales de enfermería del AM”, al cual se da respuesta en el segundo artículo (Capítulo 4).

Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática con meta-análisis de prevalencia de las tres dimensiones del síndrome en profesionales de enfermería que ejercieran su labor en el AM, dentro del cual se

hallaron artículos sobre Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Neurología, Nefrología, Oncología y/o Hematología.

De los 38 estudios finalmente seleccionados, los resultados mostraron que las enfermeras del AM destacan sobre todo por tener baja realización personal, seguido por un alto cansancio emocional y unos altos niveles de despersonalización. Hay una gran prevalencia de Burnout entre personas solteras, pluriempleados, con sobrecarga laboral y poca experiencia como profesionales de la salud en este campo.

Además, se hace especial mención a las tareas de registro en ordenador y documentación sanitaria a la que tienen que enfrentarse a diario estos profesionales, lo cual les resta tiempo para prestar cuidados de calidad y personalizados a sus pacientes. Estas tareas, sumadas a la administración masiva de medicación y antibioterapia que se produce en las plantas de hospitalización, constituyen los principales elementos que menoscaban los sentimientos de autorrealización y satisfacción laboral en las enfermeras. Tanto es así, que la mayoría de profesionales de enfermería prefieren trabajar en otros servicios más especializados o diferentes, para evitar la monotonía y la rutina en la que se ven inmersas las enfermeras del área médica.

A todo esto, se suma el régimen abierto de visitas que existen en las plantas de hospitalización y que supone la entrada y salida continua de los familiares con los que los profesionales de enfermería tienen que interactuar, atendiendo así a las demandas de familiares y pacientes. Esta

interacción con familiares y pacientes, en un estado de despersonalización y cansancio emocional puede suponer un agravante de esta situación que además menoscaba la realización personal y los sentimientos de autoeficacia. Si esta situación se prolonga en el tiempo, aparece la ansiedad y la depresión que complican aún más el proceso del síndrome. Aunque con el tipo de diseño utilizado en las diferentes partes de esta Tesis Doctoral, de corte meta-analítico y descriptivo, es difícil establecer un orden de aparición entre el Burnout y la ansiedad y/o la depresión en el tiempo. Esto imposibilita discernir entre, cuál de ellos se da primero y si un constructo puede ser consecuencia del otro o comórbidos. Por este motivo, se plantean como futuras líneas de investigación la realización de estudios longitudinales dónde se pueda apreciar mejor el proceso evolutivo del Burnout y la secuencia de aparición de sus dimensiones o la covariación con otros constructos relacionados.

Por tanto, el problema abordado en este estudio repercute directamente sobre la calidad asistencial, el bienestar de los pacientes y la propia salud laboral de las enfermeras. Puesto que el AM la conforman la mayoría de los servicios de larga estancia en un hospital, es necesaria la implementación de mayores medidas de prevención e intervenciones dirigidas a paliar los graves efectos del Burnout. Dentro de estas estrategias, no sólo se abordará el síndrome en sí, sino también el estrés, la ansiedad y la depresión, cuyos niveles se ven disminuidos tras la realización de mindfulness, constituyendo así, otra futura línea de investigación.

1.3. OBJETIVOS 3 Y 4

El tercer objetivo fue “estimar la prevalencia de Burnout en enfermeras del AM andaluzas” y el cuarto y último objetivo de esta tesis doctoral fue “comprobar de forma empírica el perfil sociodemográfico, laboral y de personalidad de las enfermeras que desarrollan su labor profesional en el AM en hospitales del SAS”. A ambos se les da respuesta en el tercer artículo publicado para esta investigación (Capítulo 5).

Para ello, se llevó a cabo un estudio cuantitativo, transversal y multicéntrico con una muestra formada por un total de 301 enfermeras del Servicio Andaluz de Salud de un total de 19 centros hospitalarios del área médica, de 8 ciudades de toda la comunidad andaluza (incluyendo los servicios de medicina interna, infecciosos, cardiología, neumología, digestivo, neurología, nefrología, reumatología, endocrinología, oncología, hematología, salud mental y toxicología).

Respondiendo al tercer objetivo, este estudio revela que existen altos niveles de prevalencia de Burnout en los profesionales de enfermería del área médica del Servicio Andaluz de Salud (39.8%) y que la fase 6 del síndrome de Burnout según el modelo de 8 fases de Golembiewski et al. (1986), es en la que se encuentran la mayoría (21.5%) de enfermeras del AM del SAS, lo que se consideran niveles altos de Burnout.

La característica de este estudio, es que analiza principalmente las variables de personalidad según el modelo de los cinco grandes, además de la ansiedad y la depresión, en relación con las tres dimensiones del Burnout. Por lo tanto, respondiendo al cuarto

objetivo, las variables de personalidad influyen en el padecimiento del mismo, predominando la Amabilidad, la Apertura y la Extraversión como factores protectores, y el Neuroticismo y la Responsabilidad como factores de riesgo. A ello se le suma, la alta prevalencia de ansiedad y depresión asociada al nivel de Burnout, influyendo negativamente en la salud, satisfacción y productividad de las enfermeras, lo que repercute indirectamente, pero de lleno, en la calidad de los cuidados y el trato al paciente.

Está claro que la personalidad del individuo no es algo modificable, pero sí que se pueden entrenar otras variables moderadoras que influyen en la forma que tiene la persona de vivir y experimentar el trabajo y los problemas relacionados con el mismo. Por eso, en este trabajo se menciona como otra futura línea de investigación, un mayor estudio de la resiliencia, los estilos de afrontamiento, las habilidades interpersonales y de comunicación, la toma de decisiones y el manejo del estrés. Y es que, estos factores se pueden fomentar y enseñar a los profesionales de enfermería, para que constituyan un arsenal fundamental con el que hacer frente y luchar día a día en la dura batalla contra el Burnout.

1.4. HIPÓTESIS

Asociadas a estos dos últimos objetivos y dentro del tercer artículo que conforma esta tesis doctoral (Capítulo 5), se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. *Los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en el AM en centros hospitalarios del SAS presentan niveles medios-altos de Burnout.*

A partir del modelo de Golembiewski (Golembiewski & Munzenrider, 1988), se clasifica a los participantes según la fase de evolución del trastorno en la que se encuentran. Las fases 6, 7 y 8 del modelo de Golembiewski indican que el participante presenta un nivel alto de Burnout. En este trabajo se estima que un 39.8% (n= 109) de la muestra de enfermeras presenta niveles altos de Burnout

Hipótesis 2. *La prevalencia de Burnout en el grupo de enfermería del AM en centros hospitalarios del SAS es considerablemente alta.*

En relación con las tres dimensiones del Burnout, el 42,3% de los profesionales presentan nivel bajo de cansancio emocional, el 35,6% nivel medio y el 22,1% nivel alto; el 37.1% presenta nivel bajo de despersonalización, el 39.8% nivel medio y el 23.1% obtuvo nivel alto; por último, 45.5% presenta nivel bajo de realización personal, el 26.1% nivel medio y el 28.4% nivel alto.

Hipótesis 3. *Los factores sociodemográficos, las variables propias del entorno laboral y las variables de personalidad, serán factores a incluir en un perfil de riesgo de Burnout en los profesionales de enfermería en servicios de AM en centros hospitalarios del SAS.*

Para las variables sociodemográficas y laborales, en este estudio se han realizado pruebas de diferencia de medias entre las variables género, turno, guardias, estado civil e hijos y las dimensiones del MBI. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la escala despersonalización entre hombres y mujeres ($t_{(297)} = 3.210$, $p = 0.001$, $d =$

0.41), presentando los hombres mayores niveles en la dimensión estudiada.

Para las variables psicológicas (rasgos de personalidad, ansiedad y depresión), se han estimado las correlaciones lineales entre las escalas del MBI, las escalas del NEO-FFI y puntuaciones de Ansiedad y Depresión. La escala Cansancio Emocional presenta correlaciones estadísticamente significativas con las cinco dimensiones del NEO-FFI y con las puntuaciones de ansiedad y depresión del CECAD. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la despersonalización y los ítems del NEO-FFI y el CECAD. De igual forma, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre baja realización personal y las puntuaciones del NEO-FFI y Ansiedad y Depresión.

Se ha estimado modelos de regresión lineal múltiple para cada una de las dimensiones del MBI. Para la dimensión cansancio emocional son predictores estadísticamente significativos las variables guardias ($B = 5.385$, $p = 0.002$), Amabilidad ($B = -0.334$, $p < 0.001$) y Depresión ($B = 0.402$, $p < 0.001$). La bondad del ajuste del modelo presenta un valor de $r^2 = 0.377$. En la dimensión despersonalización, las variables Edad ($B = -0.099$, $p = 0.005$), Antigüedad en el puesto ($B = 0.006$, $p = 0.021$), Amabilidad ($B = -0.321$, $p < 0.001$), Responsabilidad ($B = -0.105$, $p = 0.018$) y Depresión ($B = 0.099$, $p < 0.001$) son predictores del modelo. El 40.6% de la varianza está explicada por el modelo. Por último, en la dimensión baja realización personal las variables Depresión ($B = -0.079$, $p = 0.016$), Amabilidad ($B = 0.181$, $p = 0.015$), Responsabilidad ($B = 0.483$, $p < 0.001$), Extraversión ($B = 0.178$, $p = 0.007$), Antigüedad en la profesión ($B = 0.016$, $p = 0.001$) y Antigüedad en el puesto ($B = -0.014$, p

= 0.002) son predictores. El 39.5% de la variabilidad está explicada por el modelo.

Por lo tanto, se pueden afirmar que los resultados obtenidos a partir de nuestros datos, apoyan las tres hipótesis planteadas al inicio de esta tesis doctoral.

1.5. CONCLUSIONES FINALES

A todo lo expuesto anteriormente y con base en los resultados obtenidos para profesionales de enfermería del AM, hay que añadir las siguientes conclusiones finales:

- Ser hombre, estar soltero y no tener hijos está relacionado con niveles más altos de Burnout.
- Las enfermeras del AM destacan, sobre todo, por tener baja realización personal, siendo la dimensión del Burnout más afectada en este colectivo y en esta área hospitalaria.
- Hay una alta prevalencia de Burnout entre personas solteras, pluriempleadas, con sobrecarga laboral y poca experiencia como enfermeras en el AM.
- Una gran parte de los profesionales de enfermería del AM del Servicio Andaluz de Salud (39,8%), se encuentra en una fase avanzada del Burnout progresivo.
- La mayoría de las enfermeras del SAS del AM, se encuentran en la fase 6 del síndrome de Burnout según el modelo de 8 fases de Golembiewski (21.5%).

- Las variables de personalidad están relacionadas de forma significativa con el padecimiento del síndrome, predominando la Amabilidad, la Apertura y la Extraversión como factores protectores, y el Neuroticismo y la Responsabilidad como factores de riesgo.
- La ansiedad y la depresión están relacionadas con el síndrome de Burnout e influyen negativamente en el desarrollo del mismo.

2. LIMITACIONES DEL TRABAJO

Las principales limitaciones de esta tesis doctoral vienen dadas por el tipo de diseño de los estudios publicados y que conforman esta investigación. En el caso de los dos primeros, estudios meta-analíticos, el análisis de un mayor número de variables moderadoras enriquecería aún más los resultados, aunque en la mayoría de los estudios es difícil recabar información sobre este tipo de variables, ya que no se especifican adecuadamente en los trabajos publicados por los investigadores en este campo.

Otra limitación en ambos, es lo disminuido que se ve el tamaño muestral de artículos seleccionados debido a que sólo se requerían trabajos relativos a profesionales de enfermería en exclusividad. Ya que los niveles de Burnout de médicos y enfermeras son diferentes y considerar documentos en los que aparecen ambos colectivos, considerados simultáneamente, podría dar lugar a conclusiones erróneas.

En cuanto al tercer artículo de esta tesis doctoral, al ser descriptivo y no longitudinal, no se pueden establecer relaciones de causalidad, lo que limita sustancialmente la relación entre Burnout y ansiedad y/o depresión, entre otras variables relacionadas con el síndrome.

Otra limitación radica en el tamaño muestral y en el ámbito del estudio, pudiendo éste ampliarse al resto de España o incluso otros países, para aumentar así la variabilidad de la muestra y esté acorde con el gran número de enfermeras que trabajan en el AM. Además, las diferencias entre los distintos sistemas sanitarios existentes en el territorio español pueden afectar a los niveles y prevalencia del Burnout, e incluso se pueden analizar otras variables laborales y organizacionales influyentes en el mismo.

Y la última limitación, es que esta tesis doctoral se centra más en los factores de riesgo, los factores protectores e incluso las variables moderadoras, dejando algo más desamparadas otras líneas de investigación sobre el Burnout que se centran directamente en su prevención, detección y tratamiento. Aun así, el estudio de estos factores y variables, sirven de base para la creación de un perfil de riesgo que ayude indirectamente a la prevención, detección y tratamiento del síndrome.

3. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Siguiendo en esta misma línea y de lo comentado en el párrafo anterior, surgen las futuras líneas de investigación que se proponen tras la realización de esta tesis doctoral.

La primera y más importante, va enfocada a realizar un estudio longitudinal en una amplia muestra de profesionales de enfermería de diversas áreas, que incluya tanto las hospitalarias como atención primaria, para evaluar no sólo los niveles de Burnout y variables sociodemográficas, laborales o de personalidad, si no otros constructos como resiliencia, estilos de afrontamiento o satisfacción laboral. Además, como protagonistas de este estudio, contaremos con la ansiedad y la depresión para por fin, poder establecer una relación de causalidad y esclarecer la temporalidad con el síndrome de Burnout.

Otra línea futura de investigación y que suscita un gran interés, es la investigación sobre métodos diagnósticos del síndrome de Burnout que complementen a los test y cuestionarios de valoración ya existentes. Actualmente, se están utilizando los biomarcadores salivales como herramienta diagnóstica, en cuyo campo se abre un amplio abanico de investigación y de posibilidades para futuros estudios.

Pero, no solo es importante el diagnóstico, constituyendo el tratamiento o posibles programas de intervención otra futura línea de investigación. Como ya se ha mencionado a lo largo de esta tesis doctoral, el mindfulness reporta beneficios a los profesionales de enfermería que lo practican y que padecen de Burnout. Pero se necesita mayor investigación al respecto,

para poder determinar qué tipo de programa de mindfulness es el más adecuado para las enfermeras, cuántas sesiones son necesarias y en qué fases es más efectivo, ya que esta terapia puede implementarse como preventiva, para frenar el avance del Burnout o incluso como rehabilitadora en casos muy cronificados.

Así pues, como siempre que se cierra una etapa comienza otra, la realización de esta tesis doctoral no ha minado mi interés creciente por este apasionante síndrome que todavía presenta muchos flecos por descubrir. Dentro de unos años, espero que esta tesis forme parte de la base del síndrome, y para entonces se haya avanzado mucho más en otros aspectos innovadores y centrados en la prevención o erradicación del mismo. Esto nos permitirá entonces, hablar del Burnout como hoy día se habla de la polio o cualquier otra enfermedad del pasado; algo que antes afectaba a mucha gente, pero actualmente está controlado y no supone un grave problema de Salud Pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acquadro Maran, D., Zedda, M., & Varetto, A. (2018). Physical practice and wellness courses reduce distress and improve wellbeing in police officers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 578. doi:10.3390/ijerph15040578
- 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.
- Aguayo, R. (2014). *Modelo clásico para la revisión sistemática de la literatura científica y su aplicación al estudio de Burnout* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Aguayo, R., Cañadas, G. R., Assbaa-Kaddouri, L., Cañadas-De la Fuente, G. A., Ramirez-Baena, L., & Ortega-Campos, E. (2019). A Risk Profile of Sociodemographic Factors in the Onset of Academic Burnout Syndrome in a Sample of University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 707. doi:10.3390/ijerph16050707
- Aguayo, R., Vargas, C., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2016). Are socio-demographic factors associated to the Maslach Burnout Inventory dimensions in police officers? A correlational meta-analysis. *Anales de Psicología*, 33(2), 383-392.

- Aguayo, R., Vargas, C., De la Fuente, E. I., & Lozano, L. M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical & Health Psychology, 11*(2), 343-361.
- Ahmadi, O., Azizkhani, R., & Basravi, M. (2014). Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Advanced Biomedical Research, 3*(1), 44. doi:10.4103/2277-9175.125751
- Akhtar, S., Lee, J. S., & Lai, J. (2003). *Influences of stressors and coping resources on job burnout and intention to quit among the nurses in the public hospitals of Hong Kong: implications for human resource management practices* (Tesis Doctoral). Universidad de Hong Kong, Hong Kong, China.
- Akkus, Y., Karacan, Y., Göker, H., & Aksu, S. (2010). Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing Health Sciences, 12*(4), 444-449. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00557
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz., U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology, 18*(5), 543-548. doi:10.1002/pon.14
- Alameddine, M., Baumann, A., Laporte, A., & Deber, R. (2012). A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for policy and planning. *Human Resources for Health, 10*(1), 23. doi:10.1186/1478-4491-10-23
- Alarcón, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and Burnout: A meta-analysis. *Work & Stress, 23*(3), 244-263. doi:10.1080/02678370903282600

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Albanesi de Nasetta, S., Tifner, S., & Nasetta, J. (2006). Estrés en odontología. *Acta Odontológica Venezolana*, 44(3), 310-315.
- Albar, M., & García, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *The European Journal of Psychiatry*, 19(2), 96-106.
- Albendín, L. (2016). *Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España.
- Albendín, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145. doi:10.1016/j.rlp.2015.05.004
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., ... & Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059-1075. doi:10.1007/s00420-016-1143-5
- Ali, G., Wattis, J., & Snowden, M. (2015). Why are Spiritual Aspects of Care so hard to Address in Nursing Education? A Literature Review (1993-2015). *International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies*, 2(1), 7-31.

- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47(1), i.
- *Álvarez-Verdugo, L. P., Bocanegra, P., & Migdolia, B. (2013). Prevalencia de desgasteprofesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería Global*, 12(29), 73-88.
- American Psychiatric Association (1st Ed.). (2013). *The Diagnostic Criteria of DSM 5 Reference Guide*. Arlington, Virginia, EEUU: American Psychiatric Association.
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., ... & Della, P. (2016). Demographics and personality factors associated with burnout among nurses in a Singapore tertiary hospital. *BioMed Research International*, 2016(1), 1-12. doi:10.1155/2016/6960184
- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*, 29(5), 1043-1053.
- Arce, C., De Francisco, C., Andrade, E., Arce, I., & Raedeke, T. (2010). Adaptación Española del Athlete Burnout Questionnaire (ABQ) para la medida del burnout en futbolistas. *Psicothema*, 22(2), 250-255.
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(1), 67-75.
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(3), 279.

- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Supportive Care in Cancer*, *17*(1), 75-81. doi:10.1007/s00520-008-0465-6
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., ... & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, *17*(1), 264. doi:10.1186/s12889-017-4153-7
- Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, *18*(1), 32-36.
- Artiga-Ruiz, A. (2000). La enfermería ante el Síndrome Burnout. Estudio comparativo entre atención primaria y atención especializada. *Enfermería Científica*, *220*(1), 11-16.
- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., ... & Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, *16*(5), 421-428. doi:10.1002/pon.1066
- Atanes, A. C., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., ... & Demarzo, M. M. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *15*(1), 303. doi:10.1186/s12906-015-0823-0
- Avalos, F., Jiménez, I., & Molina, J. M. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, *15*(1), 275-282

- Aveni, M. A., & Albani, F. (1992). The burnout syndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area. En J. M. Vaí & E. Portella (Eds.), *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía (Vol. I)*. Barcelona, España: S.G. Editores.
- *Ayala, E., & Carnero, A. M. (2013). Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. *PLoS ONE*, 8(1), e54408. doi:10.1371/journal.pone.0054408
- *Aytekin, A., Kuguoglu, S., & Yilmaz, F. (2013). Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of life. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 39-47.
- *Bacaicoa, P., Díaz, V., Gea, M., Linares, J., Araya, E., & Domínguez, A. (2012). Comparativa del síndrome burnout entre el personal de enfermería en cardiología de dos hospitales de tercer nivel. *Enfermería en Cardiología*, 19(55-56), 34-40.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104.
- *Bekker, M. H., Croon, M. A., & Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work & Stress*, 19(3), 221-237. doi:10.1080/0267830500286095
- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and Burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31-50. doi:10.3200/SOCP.146.1.31-50

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.
- *Baptista, P., Tito, R., Felli, V., Silva, F., & Silva, S. (2014). The shift work and the Burnout syndrome. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(1), A108-A108.
- *Basu, S., Yap, C., & Mason, S. (2016). Examining the sources of occupational stress in an emergency department. *Occupational Medicine*, 66(9), 737-742. doi:10.1136/oemed-2014-102362.340
- 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.
- Beaver, R. C., Sharp, E. S., & Cotsonis, G. A. (1986). Burnout experienced by nurse-midwives. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31(1), 3-15. doi:10.1016/0091-2182(86)90174-6
- Benetti, E. R., Stumm, E. M., Izolan, F., Ramos, L. P., & Kirchner, R. M. (2009). Variáveis de burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare de Enfermagem*, 14(2), 269-277.
- Bernardi, M., Catania, G., & Marceca, F. (2005). The world of nursing burnout. A literature review. *Professioni Infermieristiche*, 58(2), 75-79.
- Best, R. G., Stapleton, L. M., & Downey, R. G. (2005). Core self-evaluations and job burnout: the test of alternative models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 441. doi:10.1037/1076-8998.10.4.441

- Billeter-Koponen, S., & Fredén, L. (2005). Long-term stress, burnout and patient–nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 20-27.
- 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.
- Borteyrou, X., Truchot, D., & Rascle, N. (2014). Development and validation of the work stressor inventory for nurses in oncology: preliminary findings. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 443-453. doi:10.1111/jan.12231
- Bradley, H. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15(3), 359-370.
- *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
- *Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevalas, D., Farina, L., & Pescador, L. (2008). Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *British Journal of Cancer*, 98(6), 1046-1052. doi:10.1038/sj.bjc.6604270
- Bressó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout"(III): Instrumento de medición. *Nota Técnica de Prevención*, 732, 21.

- 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.
- Browning, L., Ryan, C. S., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 148-154.
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care, 15*(3), 129-140. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x
- Burke, R. J. (1987). Burnout in police work: an examination of the Cherniss model. *Group Organ Studies, 12*(2), 174-188.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. (1994). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations, 47*(30), 1-15.
- Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Science & Medicine, 33*(10), 1179-1187.
- Burke, R. J., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration, 2*(7), 162-188.
- Burke, R. J., Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2006). Gender differences in policing: reasons for optimism?. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, 29*(3), 513-523.

- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health, 33*(1), 3-13. doi:10.1002/smi.2673
- Byrne, B. M. (1994). Testing for the factorial validity, replication, and invariance of a measuring instrument: A paradigmatic application based on the Maslach Burnout Inventory. *Multivariate Behavioral Research, 29*(3), 289-311.
- Cabana Salazar, J. A., García Ceballos, E., García García, G., Melis Suárez, A., & Dávila Ramírez, R. (2009). El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Revista Médica Electrónica, 31*(3), 0-0.
- 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.
- Camerino, D., Cassitto, M. G., Gugiari, M. C., & Conway, P. M. (2013). Burnout: survey of the literature. *La Medicina del Lavoro, 104*(6), 1-4.
- Cañadas-De la Fuente, G. A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en personal de enfermería* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.

- Cañadas-De la Fuente, G. A., Gómez-Urquiza, J. L., Ortega-Campos, E. M., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., & De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: a meta-analytic study. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1426-1433. doi:10.1002/pon.4632
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., 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. doi:10.3390/ijerph15102102
- *Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & De la Fuente, E. I. (2014). Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and Burnout levels among health workers. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.
- *Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout síndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Caruso, A., Vigna, C., Bigazzi, V., Sperduti, I., Bongiorno, L., & Allocca, A. (2012). Burnout among physicians and nurses working in oncology. *La Medicina del Lavoro*, 103(2), 96-105.
- Carreño, S., Medina, M. A., Martínez, N., Juárez, F., & Vázquez, L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental*, 29(4), 63-70.

- Carrión-García, M., López-Barón, F., & Gutiérrez Strauss, A. M. (2015). Influencia de factores negativos del contexto de trabajo en desgaste psíquico de trabajadores en Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud, 1*(20), 111-125. doi:10.17151/hpsal.2015.20.1.8
- Casa, P. P., Rincón, Y. Z., & Vila, R. (2012). Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral, 100*(1), 19-24.
- Castañeda Aguilera, E., & García-de Alba, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39*(1), 67-84.
- Catell, R. B. (1972). *16 PF, form A: Personality questionnaire*. Madrid, España: TEA Ediciones S.A.
- Chana, N., Kennedy, P., & Chessell, Z. J. (2015). Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours. *Journal of Clinical Nursing, 24*(1), 2835-2848. doi:10.1111/jocn.12891
- Chen, S. M., & McMurray, A. (2001). "Burnout" in intensive care nurses. *Journal of Nursing Research, 9*(1), 152-164.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, California, EEUU: Sage.
- Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior, 13*(1), 1-11.
- Chiller, P., & Crisp, B. R. (2012). Professional supervision: A workforce retention strategy for social work. *Australian Social Work, 65*(2), 232-242.

- Chrisopoulos, S., Dollard, M. F., Winefield, A. H., & Dormann, C. (2010). Increasing the probability of finding an interaction in work stress research: A two-wave longitudinal test of the triple-match principle. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 17-37. doi:10.1348/096317909X474173
- Ciapponi, A. (2010). Critical appraisal guide of observational studies in epidemiology. *Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 13(1), 135-140.
- Cilingir, D., Gursoy, A. A., & Colak, A. (2012). Burnout and job satisfaction in surgical nurses and other ward nurses in a tertiary hospital: a comparative study in Turkey. *Health Medicine*, 6(9), 3120-3128.
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 618. doi:10.3390/ijerph13060618
- *Coffey, M., & Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 397-407. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01770.x
- Cooper, H., & Hedges, L. V. (1994). *The Handbook of Research Synthesis*. New York, EEUU: Russell Sage Foundation.
- Cooper, H., Hedges, L. V., & Valentine, J. C. (2009). *The Handbook of Research Synthesis and Meta-analysis*. New York, EEUU: Russell Sage Foundation.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656. doi:10.5465/amr.1993.9402210153

- Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A., & Barbato, S. H. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(3), 286-293.
- 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.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1989). *The neoPI/Neo-FFI manual supplement*. Odessa, Florida, EEUU: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (3ª Ed.). (2002). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.
- Cox, T., & Mackay, C. J. (1981). A transactional approach to occupational stress. *Stress, Work Design and Productivity*, 10(1), 34.
- Da Silva, D., & Brito Guirardello, E. (2017). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 46-55. doi:10.1111/jonm.12427
- Daley, M. R. (1979). 'Burnout': smoldering problem in protective services. *Social Work*, 24(5), 375-379.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 57(1), 12-27. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.007

- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *British Medical Journal Open*, 5(9), e008331. doi:10.1136/bmjopen-2015-008331
- Danhof-Pont, M. B., Van Veen, T., & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(6), 505-524.
- *Davis, S., Lind, B.K., & Sorensen, C. (2013). A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), E303-E311. doi:10.1188/13.ONF.E303-E311
- De Francisco, C., Arce, C., Andrade, E., Arce, I., & Raedeke, T. (2009). Propiedades psicométricas preliminares de la versión española del Athlete Burnout Questionnaire en una muestra de jóvenes futbolistas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 9(2), 45-56.
- De Francisco, C., Garcés de Los Fayos, E. J., & Arce, C. (2015). La medida del síndrome de burnout en deportistas: una perspectiva multidimensional. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(2), 173-178.
- De Guzman, A. B., Ching, M. I., Chiong, E. M., Chua, C. C., Chua, J. E., & Dumalasa, M. C. (2009). At the end of the rainbow, is there always a pot of gold?: Understanding the labor and fervor of filipino geriatric nurses. *Educational Gerontology*, 35(12), 1057-1075.

- De la Fuente, E. I., Aguayo, R., Vargas, C., & Cañadas-De la Fuente, G. (2013). Prevalence and risk factors of burnout syndrome among Spanish police officers. *Psicothema*, 25(4), 488-493. doi:10.7334/psicothema2013.81
- De la Fuente, E. I., García, J., Cañadas, G. A., San Luis, C., Cañadas, G. R., Aguayo, R., De la Fuente, L., & Vargas, C. (2015). Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 130-138. doi:10.1016/j.ijchp.2015.01.001
- De la Fuente, E. I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., San Luis, C., Vargas, C., Cañadas, G. R., Cañadas-De la Fuente, G. A., & 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., 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. doi:10.3390/ijerph16030312
- *De la Fuente-Solana, E. I., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 30(1), 91-96. doi:10.1016/j.ejon.2017.08.004

- De Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing*, 25(8), 60-65.
- De Quirós-Aragón, M., & Labrador-Encinas, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(7), 323-335.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of Burnout and life satisfaction amongst nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x
- Deschamps-Perdomo, A., Olivares-Román, S. B., Zabala, K. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.
- *Detzel, T., & Carlotto, M. S. (2008). Burnout syndrome in nursing staff in a general hospital. *Revista SBPH*, 11(1), 113-130.
- *Díaz-Muñoz, M. J. (2005). Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *Revista NURE Investigación*, 18(1), 1-8.
- Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Fernández-de-las-Peñas, C., García-Lafuente, F., García-Royo, C., & Tomás-Rojas, I. (2011). Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. *Biological Research for Nursing*, 13(4), 376-382.

- Díaz, M. S., Stimolo, M. I., & Caro, N. P. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218), 22-38.
- Dickinson, T., & Wright, K. M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literatura review. *Bristish Journal of Nursing*, 17(2), 82-87.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417-440.
- Domino, K. B., Hornbein, T. F., Polissar, N. L., Renner, G., Johnson, J., Alberti, S., & Hankes, L. (2005). Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *Jama*, 293(12), 1453-1460. doi:10.1001/jama.293.12.1453
- Donohoe, E., Nawawi, A., Wilker, L., Schindler, T., & Jette, D. U. (1993). Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Physical Therapy*, 73(11), 750-756.
- Dos Santos Alves, D. F., Da Silva, D., & Brito Guirardello, E. (2017). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 46-55. doi:10.1111/jonm.12427
- *Drach-Zahavy, A. (2010). How does service workers' behavior affect their health? Service climate as moderator in the service behavior-health relationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(2), 105-109. doi:10.1037/a0018573

- *Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28(1), 114-121. doi:10.1016/j.ejon.2017.04.002
- Duchemin, A. M., Steinberg, B. A., Marks, D. R., Vanover, K., & Klatt, M. (2015). A small randomized pilot study of a workplace mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel: effects on salivary α -amylase levels. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(4), 393.
- Duran, M. A., Montalban, F. M., & Stangeland, P. (2006). Burnout in police work: Incidence profile and influence of socio-demographic factors. *Revista de Psicología Social*, 21(1), 95-107.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., ... & Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical student. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341.
- Eagar, S. C. (2003). *Emergency nurses stress support and Burnout* (Tesis Doctoral). Universidad del Oeste de Sydney, Sidney, Australia.
- Eanes, L. (2015). CE: The Potential Effects of Sleep Loss on a Nurse's Health. *American Journal of Nursing*, 115(4), 34-40. doi:10.1097/01.NAJ.0000463025.42388.10
- *Ecie, M. T. (2013). *Relationships among nursing burnout, the big five personality factors, and overall self-concept: the impact of assessing common method variance* (Tesis de Máster). Universidad de Chattanooga, Tennessee, EEUU.
- Edelwich, J., & Brodsky A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York, EEUU: Human Services Press.

- Elliot, J. L., & Smith, N. M. (1984). Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 12(1), 136.
- 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.
- *Emery, E. J. (1993). Perceived sources of stress among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10(3), 87-92.
- *Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 358-363. doi:10.1016/j.ejon.2010.08.001
- Epp K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31.
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, J. P., & Ritchie, K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health*, 17(5), 273-279. doi:10.1002/smi.907
- Escribá-Agüir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and Burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(2), 127-33.
- *Esfahani, M. S., Mirzaee, M., Boroumandfar, K., & Abedi, M. R. (2012). Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(3), 220-224.

- Espinoza-Díaz, I. M., Tous-Pallarès, J., & Vigil-Colet, A. (2015). Efecto del Clima Psicosocial del Grupo y de la Personalidad en el Síndrome de Quemado en el Trabajo de los docentes. *Anales de Psicología*, 31(2), 651-657.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15(1), 470-481.
- Farber, B. A. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist*, 1(Winter), 10-13.
- Farquharson, B., Allan, J., Johnston, D., Johnston, M., Choudhary, C., & Jones, M. (2012). Stress amongst nurses working in a healthcare telephone-advice service: Relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1624-1635. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06006.x
- *Faria, D., & Maia, E. (2007). Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1131-1137. doi:10.1590/S0104-11692007000600012
- *Fawzy, F., Wellisch, D., Pasnau, R., & Leibowitz, B. (1983). Preventing nursing burnout: A challenge for liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry*, 5(2), 141-149. doi:10.1016/0163-8343(83)90114-7
- Fender, L. K. (1989). Athlete burnout: Potential for research and intervention strategies. *The Sport Psychologist*, 3(1), 63-71.

- Fernandes, M. A., Sousa, F. K., Santos, J. S., Rodrigues, J., & Marziale, M. H. P. (2012). Burnout Syndrome in nursing professionals of emergency medical care service. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(4), 3125-3135.
- Fernández, B. T., Roldán, L. P., Guerra, A. V., Roldán, T. R., Gutiérrez, A. G., & De las Mulas, B. (2006). Prevalence of burnout among anesthesiologists at Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 53(6), 359-362.
- Ferreira, N., & De Lucca, S. R. (2015). Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of Sao Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 68-79. doi:10.1590/1980-5497201500010006
- Figuereido-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., & García-Jueas, J. A. (2012). Burnout and job satisfaction among nursing professionals. *Psicothema*, 24(2), 271-276.
- Fillion, L., Tremblay, I., Truchon, M., Côté, D., Struthers, C. W., & Dupuis, R. (2007). Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: Empirical evidence for an integrative occupational stress-model. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 1.
- Firth, H., McKeown, P., McIntee, J., & Britton, P. (1987). Professional depression, 'burnout' and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24(3), 227-237. doi:10.1016/0020-7489(87)90005-8
- Fontán-Atalaya, I. M., & Dueñas-Díez, J. L. (2008). Síndrome de burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51(9), 531-540.

- Ford, D. L., Murphy, C. J., & Edwards, K. L. (1983). Exploratory development and validation of a perceptual job burnout inventory: Comparison of corporate sector and human services professionals. *Psychological Reports, 52*(3), 995-1006.
- Fornés-Vives, J., García-Banda, G., Frías-Navarro, D., Hermoso-Rodríguez, E., & Santos-Abaunza, P. (2012). Stress and neuroticism in Spanish nursing students: A two-wave longitudinal study. *Research in Nursing & Health, 35*(6), 589-597. doi:10.1002/nur.21506
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *The Annals of Family Medicine, 11*(5), 412-420.
- Frade-Mera, M., Vinagre-Gaspar, R., Zaragoza-García, I., Viñas-Sánchez, S., Antúnez-Melero, E., Álvarez-González, S., & Martín, P. M. (2009). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva, 20*(4), 131-140.
- França, S. P., Martino, M. F., Aniceto, E. V., & Silva, L. L. (2012). Preditores da síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(1), 68-73.
- 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*(1), 159-165.

- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Gómez-García, T., & González-María, E. (2013). Entorno laboral, satisfacción y Burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 104-112.
- Friedman, I. A. (1995). Student behavior patterns contributing to teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, 88(5), 281-289.
- Gallagher, R., & Gormley, D. K. (2009). Perceptions of stress, burnout and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(6), 681-685. doi:10.1188/09.CJON.681-685
- Gallegos-Alvarado, M., Parra-Domínguez, M. L., Castillo-Díaz, R., & Murillo-Ortiz, E. (2009). Síndrome de burnout y factores psicosociales del personal de enfermería al cuidado del paciente oncológico. *Revista CONAMED*, 14(1), 28-33.
- *Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 527-533. doi:10.1016/j.ejon.2014.04.005
- 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.
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayán-Santos, J. M., & Espinosa, P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 246-249. doi:10.1016/j.archger.2008.01.016

- Ganjeh, S. J., Arjenaki, N. O., Nori, A., & Oreyzi, H. R. (2009). The relationship of personality characteristics and burnout among nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 14(4), 190-194.
- Garcés de Los Fayos, E. J. (1994). *Burnout: Un acercamiento teórico-empírico al constructo en contextos deportivos* (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Región de Murcia, España.
- Garcés de los Fayos, E. J., & Cantón, E. (2007). Un modelo teórico-descriptivo del burnout en deportistas: Una propuesta tentativa. *Información Psicológica*, 91-92(1), 12-22.
- 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-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Burnout syndrome and demotivation among health care personnel. Managing stressful situations: the importance of teamwork. *Actas Dermosifiliográficas*, 107(5), 400-406. doi: 10.1016/j.ad.2015.09.016
- García-Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12.
- García-Izquierdo, M., Llor, B., & Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 5(10), 180-184.
- García-Izquierdo, M., & Sáez-Navarro, M. C. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitaria de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.

- García-Izquierdo, M., & Velandrino, A. P. (1992). EPB: una escala para la evaluación del burnout profesionales de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1-2), 131-138.
- Garden, A. M. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout?. *Human Relations*, 40(9), 545-559.
- Gascon, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., ... & Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3120-3129. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04255
- Gasparino, R. C. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare de Enfermagem*, 19(2), 210-216.
- Geuens, N., Van Bogaert, P., & Franck, E. (2017). Vulnerability to burnout within the nursing workforce. The role of personality and interpersonal behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1), 4622-4633. doi: 10.1111/jocn.13808
- Gervás, J. J., & Hernández, L. M. (1989). Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Medicina Clínica*, 93(1), 572-575.
- Gholami, T., Pahlavian, A. H., Akbarzadeh, M., Motamedzade, M., & Moghaddam, R. H. (2016). The role of burnout syndrome as a mediator for the effect of psychosocial risk factors on the intensity of musculoskeletal disorders: a structural equation modeling approach. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22(2), 283-290.
- Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 842-51. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00802.x

- Gillespie, D. F., & Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. San Luis, Misuri, EEUU: Washington University.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1), 33-40.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., & Gonçalves-Câmara, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *The European Journal of Psychiatry*, 25(4), 205-212.
- Gil-Monte, P.R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 11(3), 679-689.
- Gingras, D. J., De Jonge, L. A., & Purdy, N. (2010). Prevalence of dietitian burnout. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(3), 238-243.
- Ginsburg, M. B. (1988). Educators as workers and political actors in Britain and North America. *British Journal of Sociology of Education*, 3(9), 359-367.
- Głębocka, A. (2017). The relationship between burnout syndrome among the medical staff and work conditions in the Polish healthcare system. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 968(1), 61-70. doi: 10.1007/5584_2016_179
- Gold, Y., Roth, R. A., Wright, C. R., Michael, W. B., & 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*, 52(3), 761-768.

- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48(1), 26.
- Golembiewski, R. T. (1979). *Approaches to Planned Change: Pt. 2; Macro-Level Interventions and Change-Agent Strategies (Vol. 2)*. New York, EEUU: M. Dekker.
- Golembiewski, R. T., Boudreau, R., Goto, K., & Murati, T. (1993). Transnational perspectives on job burnout: Replication of phase model results among Japanese respondents. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1(1), 7-27.
- Golembiewski, R. T., & Kim, B. S. (1990). Burnout in police work: Stressors, strain, and the phase model. *Police Studies: The International Review of Police Development*, 13(1), 74.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport, Conética, EEUU: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1993). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations, toward a phase model of burnout*. Nueva York, EEUU: Praeger.
- *Gomes, S. D., Santos, M. C., & Carolino, E. T. (2013). Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282-1289. doi:10.1590/0104-1169.2742.2365

- Gómez-Alcaina, B., Montero-Marín, J., Demarzo, M. M., Pereira, J. P., & García-Campayo, J. (2013). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 245-253.
- *Gómez-Sánchez, M., Álamo-Santos, M., Amador-Bohórquez, M., Ceacero-Molina, F., Mayor-Pascual, A., Muñoz-González, A., & Izquierdo-Atienza, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(215), 52-62.
- Gómez-Urquiza, J. L. (2017). *Prevalencia e identificación de factores de riesgo de padecimiento del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en servicios de oncología* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Prevalence, risk factors and levels of burnout among oncology nurses: a systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104-E120. doi:10.1188/16.ONF.E104-E120
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1-e9. doi:10.4037/ccn2017508

- Gómez-Urquiza, J. 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 of burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99-110. doi:10.1002/nur.21774
- González-Jiménez, R. E., Alanis-Niño, G., & Granados-Gutiérrez, M. G. (2004). Síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado. *Revista Mexicana de Nutrición y Salud Pública*, 12(1), 1.
- Gosseries, O., Demertzi, A., Ledoux, D., Bruno, M. A., Vanhauzenhuyse, A., Thibaut, A., ... & Schnakers, C. (2012). Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Injury*, 26(12), 1493-1499.
- Grantham, H. (1985). Differential diagnosis and treatment of the professional burnout syndrome. *Annales Medico-Psychologiques*, 8(143), 776-781.
- Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 18(1), 0-0.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology*, 39(1), 5-27.

- Grice, J., Barrett, P., Cota, L., Felix, C., Taylor, Z., Garner, S., ... & Vest, A. (2017). Four bad habits of modern psychologists. *Behavioral Sciences*, 7(3), 53.
- Griep, R. H., Rotenberg, L., Landsbergis, P., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2011). Uso combinado de modelos de estrés en el trabajo y la salud auto referida en la enfermería. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 145-152.
- *Grisales-Romero, H., Muñoz, Y., Osorio, D., & Robles, E. (2016). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia enBagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*, 41(1), 244-257.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Günüşen, N. P., Üstün, B., & Erdem, S. (2014). Work stress and emotional exhaustion in nurses: the mediating role of internal locus of control. *Research and Theory for Nursing Practice*, 28(3), 260-268.
- Hai-Xia, H., Li-Ting, L., Feng-Jun, Z., Yao-Yao, Y., Yu-Xia, G., & Gui-Ru, W. (2015). Factors related to job burnout among community nurses in Changchun, China. *Journal of Nursing Research*, 23(1), 172-179. doi:10.1097/jnr.0000000000000072
- Hamari, J., Koivisto, J., & Sarsa, H. (2014). Does gamification work? A literature review of empirical studies on gamification. *47th Hawaii International Conference on System Sciences*, 1(1), 3025-3034.

- *Hazell, K. W. (2010). *Job stress, burnout, job satisfaction and intention to leave among registered nurses employed in hospital settings in the state of Florida* (Tesis Doctoral). Universidad de Lyan, Florida, EEUU.
- Hederich-Martínez, C., & Caballero-Domínguez, C. C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *CES Psicología*, 9(1), 1-15.
- Herrera-Amaya, G., & Manrique-Abril, F. G. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Aquichan*, 8(2), 243-256.
- Hiscott, R. D., & Connop, P. J. (1989). Job stress and occupational burnout: Gender differences among mental health professionals. *Sociology and Social Research*, 74(1), 10-15.
- *Hochwälder, J. (2009). Burnout among Torgersen's eight personality types. *Social Behavior and Personality*, 37(4), 467-479.
- Holland, P. J., & Michael, W. B. (1993). The concurrent validity of the Holland Burnout assessment survey for a sample of middle school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 53(4), 1067-1077.
- Hu, H. X., Liu, L. T., Zhao, F. J., Yao, Y. Y., Gao, Y. X., & Wang, G. R. (2015). Factors Related to Job Burnout Among Community Nurses in Changchun, China. *Journal of Nursing Research*, 23(3), 172-180. doi:10.1097/jnr.0000000000000072

- Hudek-Knezevic, J., Kalebic Maglica, B., & Krapic, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictor of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal*, 52(4), 538-549. doi:10.3325/cmj.2011.52.538
- Huedo-Medina, T. B., Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F., & Botella, J. (2006). Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q statistic or I2 index? *Psychological Methods*, 11(2), 193-206. doi:10.1037/1082-989X.11.2.193
- 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.
- Ibañez, N., Vlaregut, A., & Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-51.
- İlhan, 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. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04476.x
- Jácome, S. J., Villaquiran-Hurtado, A. F., García, C. P., & Duque, I. L. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-12. doi:10.15649/cuidarte.v10i1.543
- *Jaracz, K., Gorna, K., & Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*, 50(1), 216-219.

- *Jiang, H., Li, C., Gu, Y., & Lu, H. (2016). Nurse satisfaction and burnout in Shanghai neurology wards. *Rehabilitation Nursing, 41*(2), 120-127. doi:10.1002/rmj.174
- Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & Gutiérrez, J. L. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16*(2), 151-171.
- Jofré, V., & Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Aquichan, 5*(1), 56-63.
- Johnson, J., Louch, G., Dunning, A., Johnson, O., Grange, A., Reynolds, C., ... & O'Hara, J. (2017). Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: A cross-sectional study in hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing, 73*(7), 1667-1680. doi:10.1111/jan.13251
- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois, EEUU: London House.
- Jones, M.C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology, 22*(1), 46-53. doi:10.1002/pon.2055
- 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. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x

- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Timothy, W. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.
- *Karakoc, A., Yilmaz, M., Alcalar, N., Esen, B., Kayabasi, H., & Sit, D. (2016). Burnout syndrome among hemodialysis and peritoneal dialysis nurses. *Iran Journal of Kidney Disease*, 10(6), 395-404.
- *Karkar, A., Dammang, M. L., & Bouhaha, B. M. (2015). Stress and burnout among hemodialysis nurses: a single-center, prospective survey study. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(1), 12.
- *Kavurmacı, M., Cantekin, I., & Tan, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal Failure*, 36(7), 1038-1042. doi:10.3109/0886022X.2014.917559
- Kemp, E., Kopp, S. W., & Kemp, E. C. (2013). Take this job and shove it: Examining the influence of role stressors and emotional exhaustion on organizational commitment and identification in professional truck drivers. *Journal of Business Logistics*, 34(1), 33-45.
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and Health outcomes among nurses: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2214-2240. doi:10.3390/ijerph10062214
- Khodadadzadeh, A., Ravari, A., Sayadi, A., Khodadadi, H., & Jafarinaveh, H. (2012). Occupational burnout assessment among nurses working in Iranian hospital of Ali-ebn Abitalled, Rafsanjan-Iran. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 1(2), 103-110.

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(6), 519-528.
- *Kiekkas, P., Spyrtatos, F., Lampa, E., Aretha, D., & Sakellaropoulos, G. C. (2010). Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthopedic Nursing, 29*(3), 203-209. doi:10.1097/NOR.0b013e3181db53ff
- *Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing, 34*(1), 383-96. doi:10.1111/j.1365-2648.1985.tb00823.x
- Kim, H., Ji, J., & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Social Work, 56*(3), 258-268.
- Kıř, A. (2014). Marital status differences in burnout among educational stakeholders: A meta-analysis. *Journal of Human Sciences, 11*(2), 543-558.
- Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., ... & Higashiyama, M. (2004). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Stress and Health, 20*(5), 255-260.
- Klein, J., Frie, K. G., Blum, K., & Knesebeck, O. V. (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Service Research, 11*(1), 109. doi:10.1186/1472-6963-11-109
- *Kousloglou, S. A., Mouzas, O. D., Bonotis, K., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., & Angelopoulos, N. V. (2014). Insomnia and burnout in Greek nurses. *Hippokratia, 18*(2), 150-155.

- 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(3), 192-207. doi:10.1080/02678370
- *Ksiazek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., & Ksiazek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 347-350. doi:10.1016/j.ejon.2010.09.002
- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, 4(3), E37. doi:10.3390/healthcare4030037
- Kushnir, T., Greenberg, D., Madjar, N., Hadari, I., Yermiah, Y., & Bachner, Y. G. (2014). Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *BMC Family Practice*, 31(1), 44-50. doi:10.1093/fampra/cmt060
- *Kutluturkan, S., Sozeri, E., Uysal, N., & Bay, F. (2016). Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Annals of General Psychiatry*, 15(1), 33. doi:10.1186/s12991-016-0121-3
- Lang, T. A., Hodge, M. H., Olson, V., Romano, P. S., & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurses staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337.
- *Lasebikan, V. O., & Oyetunde, M. O. (2012). Burnout among nurses in a Nigerian general hospital: prevalence and associated factors. *International Scholarly Research Network*, 2012(1), 402157. doi:10.5402/2012/402157

- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology, 81*(1), 123-133.
- Lee, S., You, D., Gillen, M., & Blanc, P. D. (2015). Psychosocial work factors in new or recurrent injuries among hospital workers: a prospective study. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 88*(8), 1141-1148.
- Leiter, M. P. (1988). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health, 7*(1), 117-234.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior, 12*(2), 123-144.
- Leiter, M. P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work & Stress, 6*(2), 107-116.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (237-250). London, UK: Taylor & Francis.
- Leiter, M., Clark, D., & Durup, J. (1994). Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *Journal of Applied Behavioral Science, 30*(1), 63-82.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior, 9*(4), 297-308.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 331-339. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x

- Lewis, H. S., & Cunningham, C. J. (2016). Linking Nurse Leadership and Work Characteristics to Nurse Burnout and Engagement. *Nursing Research*, 65(1), 13-23. doi:10.1097/NNR.0000000000000130
- Lin, F., St John, W., & McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 294-301. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00914.x
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. (1st Ed.). (2000). *Practical meta-analysis: applied social research methods*. California, EEUU: Sage Publication.
- López, F., & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4), 201-205.
- Lopez-Araujo, 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.
- 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.
- Lorenz, V. R., & Guirardello, E. B. (2014). El ambiente de la práctica profesional y el syndrome de burnout en enfermeros en la atención básica. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(1), 926-933.
- Losa-Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa Vallejo, R., & Salvadores Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30-37. doi:10.1016/ijnurstu.2009.06.014

- 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.
- Lozano, L., García-Cueto, E., & Lozano, L. M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Lutz, A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2007). *Meditation and the neuroscience of consciousness*. Cambridge, UK: Handbook of Consciousness.
- Maher, E. L. (1983). Burnout and commitment: A theoretical alternative. *The Personnel and Guidance Journal*, 61(7), 390-393.
- Manzano-García, G., & Ayala Calvo, J. (2013). New perspectives, towards an integration of the concept burnout and its explanatory models. *Anales de Psicología*, 29(3), 800-809.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 6(2), 321-334. doi:10.4067/S1726-569X2000000200010
- Martín, R. A. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41(1), 9-14.
- Martínez, P., & Cassaretto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63-74.
- Martínez, M., Centeno, C., Sanz-Rubiales, A. Á., & Del Valle, M. L. (2009). Estudio sobre el síndrome de Burnout en profesionales sanitarios de cuidados paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina*, 53(1), 3-8.

- Martinez, M. C., & Fischer, F. M. (2015). A cohort study of psychosocial work stressors on work ability among Brazilian hospital workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(7), 795-806. doi:10.1002/ajim.22476
- Martinussen, M., Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35(3), 239-249.
- Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), 210-215.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9(5), 16-22.
- Maslach, C. (1978). Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36(2), 56-59.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, EEUU: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, 12(12), 59-62.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(1), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (2ª Ed.). (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). En C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (3rd Ed.), *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (3er Ed.). (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, California, EEUU: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Matos, N. F., Winsley, R. J., & Williams, C. A. (2011). Prevalence of nonfunctional overreaching/overtraining in young English athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1287-1294.
- Matthews, D. B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *Career Development Quarterly*, 38(3), 230-239. doi:10.1002/j.2161-0045.1990.tb00385.x
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210. doi:10.1377/hlthaff.2010.0100
- McNeeley, M. F., Perez, F. A., & Chew, F. S. (2013). The emotional wellness of radiology trainees: prevalence and predictors of burnout. *Academic Radiology*, 20(5), 647-655. doi:10.1016/j.acra.2012.12.018
- McCrae, R. R. (2001). Trait psychology and culture: Exploring intercultural comparisons. *Journal of Personality*, 69(6), 819-846.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). The Five-factor theory of personality. En O. P. John, R. W. Robins & L.A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality. Theory and Research* (139-153). New York, EEUU: Guildford Press.
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547.
- *Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118-1126. doi:10.1002/da.20631
- Meda-Lara, M., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante-Benadero, E., & Ortiz-Viveros, G. R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116.
- *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. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57(3), 211-219.
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factor for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2), 53-60.
- Melchior, M. E., Van den Berg, A. A., Halfens, R., Huyer Abu-Saad, H., Philipsen, P., & Gassman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 158-164.

- Melita, A., Cruz, M., & Merino, J. M. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75-85.
- Mingote-Adan, J. C., Moreno-Jiménez, B., & Gálvez-Herrer, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123(7), 265-270.
- Mingote-Adán, J. C., & Pérez-Corral, F. (1999). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. (2005). *Estudio sobre la conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas*. Madrid: GPI Consultores.
- *Mitchell, J. E. (2009). *Job satisfaction and burnout among foreign-trained 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., ... & Stewart, L. A. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. doi:10.1186/2046-4053-4-1
- Molero-Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez-Linares, J., Simón-Márquez, M., & Martos-Martínez, Á. (2018). Burnout risk and protection factors in certified nursing aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1116. doi:10.3390/ijerph15061116

- Molina, J. M., & Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional de personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1), 0-0.
- *Molina-Linde, J. M., Avalos Martínez, F., & Giménez Cervantes, I. (2005). Burnout among hospital nursing staff. *Enfermería Clínica*, 15(5), 275-282. doi:10.1016/S1130-8621(05)71127-X
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical área nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2800. doi:10.3390/ijerph15122800
- Molina-Siguero, A., García-Pérez, M. A., Alonso-González, M., & Cecilia-Cermeño, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31(9), 564-574.
- Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the " Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health*, 10(1), 302. doi:10.1186/1471-2458-10-302
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., & Andrés, E. (2008). Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de burnout. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 88(1), 41.

- 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-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante, M. E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 87-100.
- Moreno, B., & Oliver, C. (1993). El M.B.I. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En: M. Porns & M. T. Anguera (Eds.), *Aportaciones a la evaluación psicológica* (161-174). Barcelona, España: P.P.U.
- Moreno, B., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1991). El " burnout", una forma específica de estrés laboral. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, 1(1), 271-280.
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1), 59. doi:10.1186/s12875-018-0748-z
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An oficial critical care societies collaborative statement: burnout síndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414-1421.

- Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., ... & Lionis, C. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference?. *Human Resources for Health*, 8(1), 16.
- Mukherjee, S., Beresford, B., Glaser, A., & Sloper, P. (2009). Burnout, psychiatric morbidity, and work-related sources of stress in paediatric oncology staff: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1019-1028. doi:10.1002/pon.1534
- Nagy, S. (1985). Burnout and selected variables as components of occupational stress. *Psychological Reports*, 56(1), 195-200.
- Nagy, S., & Nagy, M. C. (1992). Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71(2), 523-531.
- 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.
- Naz, S., Hashmi, A. M., & Asif, A. (2016). Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(5), 532-6.
- *Neumann, J. L., Mau, L. W., Virani, S., Denzen, E. M., Boyle, D. A., & Majhail, N. S. (2017). Burnout, moral distress, work-life balance, and career satisfaction among hematopoietic cell transplantation professionals. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 24(4), 849-860. doi:10.1016/j.bbmt.2017.11.015

- Newman, D. W., & Rucker-Reed, M. L. (2004). Police stress, state-trait anxiety, and stressors among US Marshals. *Journal of Criminal Justice*, 32(6), 631-641.
- *Nowakowska, I., Rasinska, R., & Glowacka, M. D. (2016). The influence of factors of work environment and burnout syndrome on self-efficacy of medical staff. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 23(2), 304-309.
- Ntantana, A., Matamis, D., Savvidou, S., Marmanidou, K., Giannakou, M., Gouva, M., ... & Koulouras, V. (2017). The impact of healthcare professionals' personality and religious beliefs on the decisions to forego life sustaining treatments: an observational, multicentre, cross-sectional study in Greek intensive care units. *BMJ Open*, 7(7), e013916. doi:10.1136/bmjopen-2016-013916
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. En: R. G. Hughes (Eds.), *Patient safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville, Maryland, EEUU: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Okwaraji, F. E., & Aguwa, E. N. (2014). Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African Health Sciences*, 14(1), 237-245. doi:10.4314/ahs.v14i1.37
- Olabarría, B. (1995). El síndrome de "Burnout" ("Quemado") o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 2-3(1), 189-194.
- Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: Cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(1), 1-14.

- Olivar, C., González, S., & Martínez, M. M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 24(1), 352-359.
- Oliver, C., Pastor, J. C., Aragonese, A., & Moreno, B. (1990). Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. *II Congreso Social de Psicología*.
- *Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Anxiety, depression and burnout in nurses - Impact of shift work. *Revista Enfermagem Referencia*, 3(7), 43-54. doi:10.12707/RIII1175
- Orellana-Rios, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., & Schmidt, S. (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job” program. *BMC Palliative Care*, 17(1), 3. doi:10.1186/s12904-017-0219-7
- Organización Internacional del Trabajo (2010). Orígenes e historia. Recuperado de: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). World Health Statistics 2005. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2005en.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Declaration on workers' health. Italia: International Centre for Pesticides and Health Risk Prevention and the World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.pdf

- 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.
- *Ostacoli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., & Furlan, P. M. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliative & Supportive Care*, 8(4), 427-432. doi:10.1017/S1478951510000295
- Otero, C., Huerta, C., & Duro, N. (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(211), 15-23.
- *Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, A. G., & Nil Tekin, D. G. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: ¿what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 266-277.
- Palese, A., Vianelli, C., De Maino, R., & Bortoluzzi, G. (2012). Measures of cost containment, impact of the economical crisis, and the effects perceived in nursing daily practice: an Italian crossover study. *Nursing Economics*, 30(2), 86-93.
- Palmer, S. P. (2014). Nurse retention and satisfaction in Ecuador: implications for nursing administration. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 89-96. doi:10.1111/jonm.12043

- Papathanasiou, I. V., Tsaras, K., Kleisiaris, C. F., Fradelos, E. C., Tsaloglidou, A., & Damigos, D. (2017). Anxiety and depression in staff of mental units: the role of burnout. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 987(1), 185-197. doi:10.1007/978-3-319-57379-3_17
- Paschoalini, B., Martins, M., Cândida, M., Ribeiro, A. L., & Dos Santos, F. (2008). Efectos cognitivos y emocionales del estrés ocupacional en profesionales de enfermería. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 487-492.
- Patel, R., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98.
- *Patrão, C. (2012). *Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos* (Tesis de Máster). Instituto Politécnico da Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.
- Patrick, K., & Lavery, J. F. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Eudema.
- Pera, G., & Serra-Prat, M. (2002). Burnout syndrome: prevalence and associated factors among workers in a district hospital. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480-486. doi:10.1016/S0213-9111(02)71968-7
- Pereda-Torales, L., Celedonio, M., Guillermo, F., Hoyos Vásquez, M. T., & Yáñez Zamora, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32(5), 399-404.

- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal on Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. doi:10.1016/S1697-2600(13)70007-3
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112(1), 42-80.
- Pérez, J. P. (2013). Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455.
- Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7(1), 14-21. doi:10.2174/1874434601307010014
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04580
- Phillips, B., Ball, C., Badenoch, D., Straus, S., Haynes, B., & Dawes, M. (2011). Oxford Centre for Evidence-based Medicine (CEBM). Levels of evidence. *BJU International*, 107(5), 870.
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: causes and cures*. New York, EEUU: Free Press.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York, EEUU: Free Press.

- Pines, A., & Guendelman, S. (1995). Exploring the relevance of burnout to Mexican blue collar women. *Journal of Vocational Behavior*, 47(1), 1-20.
- Pisanti, R., Van Der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., & Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 829-837. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.12.006
- Pisanti, R., Van der Doef, M., Maes, S., Violani, C., & Lazzari, D. (2016). Psychosocial job characteristics and psychological distress/well-being: the mediating role of personal goal facilitation. *Journal of Occupational Health*, 58(1), 36-46.
- Platt, B., Hawton, K., Simkin, S., & Mellanby, R. J. (2012). Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 223-240.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288-298. doi:10.1002/nur.20383
- 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.

- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *13*(1), e0195039. doi:10.1371/journal.pone.0195039
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress, & Coping*, *23*(4), 463-470.
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van Der Heijden, F. M., Van De Wiel, H., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical Education*, *41*(8), 788-800.
- Profit, J., Sharek, P. J., Amspoker, A. B., Kowalkowski, M. A., Nisbet, C. C., Thomas, E. J., ... & Sexton, J. B. (2014). Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Quality & Safety*, *23*(10), 806-813. doi:10.1136/bmjqs-2014-002831
- Proost, K., De Witte, H., De Witte, K., & Evers, G. (2004). Burnout among nurses: extending the job demand-control-support model with work-home interference. *Psychologica Belgica*, *44*(1), 269-288.
- Puialto, M. J., Antolín, R., & Moure, L. (2006). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería Global*, *5*(1), 1-18.
- Purnanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: a meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, *77*(2), 168-185. doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006

- Qu, H. Y., & Wang, C. M. (2015). Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chinese Nursing Research*, 2(2-3), 61-66. doi:10.1016/j.cnre.2015.09.003
- *Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M.A., Calligaris, L., & Brusaferrero, S. (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 815-820. doi:10.1188/06.ONF.815-820
- *Queiros, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335. doi:10.7334/psicothema2012.246
- Raedeke, T. D., & Smith, A. L. (2001). Development and preliminary validation of an athlete burnout measure. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23(4), 281-306.
- Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gomez-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(1), 92. doi:10.3390/jcm8010092
- Revicki, D. A., May, H. J., & Whitley, T. W. (1991). Reliability and validity of the Work-Related Strain Inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*, 17(3), 111-120.
- Ríos, M. I., Martínez, F., Sabuco, E., Lozano, E., & Mateo, G. (2012). Enfermería de urgencias: “quiero cambiar de servicio... ¿estoy quemado?” *Revista ROL de Enfermería*, 35(5), 376-381.
- Roberts, G. A. (1986). Burnout: psychobabble or valuable concept?. *British Journal of Hospital Medicine*, 36(3), 194-197.

- Roberts, D. L., Cannon, K. J., Wellik, K. E., Wu, Q., & Budavari, A. I. (2013). Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hospital Medicine*, 8(11), 653-664.
- *Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28. doi:10.1590/S0104-11692008000100004
- Rodríguez, A. L., & Cañón, W. (2015). Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 879-881.
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G. P., De Bruin, M. B., & Schmidt, A. J. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health*, 21(1), 17-25.
- Romá, M. T., Ribera, D., Cartagena, E., Sans, M. I., & Reig, A. (1993). Estrés laboral en enfermería infantil. Una comparación con los profesionales que cuidan la población no infantil. *Enfermería Clínica*, 3(5), 13-9.
- Rosenthal, R. (2nd Ed.). (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, California, EEUU: Sage.
- Rubio-Jiménez, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria* (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Extremadura, España.

- Russo, G., Fronteira, I., Jesus, T. S., & Buchan, J. (2018). Understanding nurses' dual practice: A scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs. *Human Resources for Health, 16*(1), 14.
- *Sabbah, I., Sabbah, H., Sabbah, S., Akoum, H., & Droubi, N. (2012). Burnout among Lebanese nurses: psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey. *Health, 4*(9), 644-652.
- *Sadati, A. K., Hemmati, S., Rahnavard, F., Lankarani, K. B., & Heydari, S. T. (2016). The impact of demographic features and environmental conditions on rates of nursing burnout. *Shiraz E-Medical Journal, 17*(3), e37882. doi:10.17795/semj37882
- *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*(1), 62-67. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00582.x
- Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. *Papeles del Psicólogo, 29*(1), 59-67.
- Salanova, M., Grau, R. M., Cifre, E., & Llorens, S. (2000). Computer training, frequency of usage and burnout: the moderating role of computer self-efficacy. *Computers in Human Behavior, 16*(6), 575-590.
- Salvagioni, D. A., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE, 12*(1), e0185781. doi:10.1371/journal.pone.0185781

- *Sanjuán-Estallo, L., Arrazola-Alberdi, O., & García-Moyano, L. M. (2014). Prevalencia del síndrome del burnout en el personal de enfermería del servicio de cardiología, neumología y neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*, 13(36), 253-264.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 1-1.
- Salyers, M. P., Flanagan, M. E., Firmin, R., & Rollins, A. L. (2015). Clinicians' perceptions of how burnout affects their work. *Psychiatric Services*, 66(2), 204-207.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*, 2(1), 282-424.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with Burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: a critical analysis*. London, UK: Taylor & Francis.
- 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
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson & M. P. Leiter (3rd. Ed), *The Maslach Burnout Inventory* (19-26). Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.

- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). The future of burnout. *Recent Developments in Theory and Research*, 15(1), 253-259.
- 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.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14(7), 631-647.
- Schlenz, K. C., Guthrie, M. R., & Dudgeon, B. (1995). Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 986-993.
- Schwab, R. L. (1986). Burnout in education. En C. Maslach & S. E. Jackson (2ª Ed.), *Maslach Burnout Inventory* (18-22). Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.
- Schwartz, M. S., & Will, G. T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a hospital ward. *Psychiatry*, 16(1), 337-353.
- *Sehlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., & Zehentmayr, F. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology*, 4(1), 6. doi:10.1186/1748-717X-4-6

- Seidman, S. A., & Zager, J. (1986). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11(1), 26-33
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Semeijn, J., Waard, B., Lambrechts, W., & Semeijn, J. (2019). Burning Rubber or Burning out? The Influence of Role Stressors on Burnout among Truck Drivers. *Logistics*, 3(1), 6. doi:10.3390/logistics3010006
- Senthil, A., Anandh, B., Jayachadran, P., Thangavel, G., Josephin, D., Yamini, R., & Kalpana, B. (2015). Perception and prevalence of work-related Health hazards among Health care workers in public Health facilities in southern India. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 21(1), 74-81.
- Serrano-Gisbert, M. F., Garcés De los Fayos, E. J., & Hidalgo-Montesinos, M. D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361-369.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613.
- Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., & Monson, J. R. (2007). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Psycho-Oncology*, 17(6), 570-576. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01338.x
- Shinn, M., Rosario, M., Mørch, H., & Chestnut, D. E. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 864.

- Shirey, M. R. (2006). Stress and burnout in nursing faculty. *Nurse Educator*, 31(3), 95-97.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (25-48). Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Silva, A. T., & Menezes, P. R. (2008). Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Revista de Saude Publica*, 42(5), 921-929.
- Silva-Fernández, L., Barbadillo-Mateos, C., Fernández-Castro, M., & Otón-Sánchez, T. (2011). Los otros biomarcadores. ¿Qué debe saber el reumatólogo?. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 12(3), 67-72. doi:10.1016/j.semreu.2011.02.002
- Silveira, N., Vasconcellos, S. J., Cruz, L. P., Kiles, R. F., Silva, T. P., Castilhos, D. G., & Gauer, G. J. (2005). Evaluación de burnout en una muestra de policiales civiles. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 159-163.
- Singh, J., Goolsby, J. R., & Rhoads, G. K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31(4), 558-569.
- *Sirilla, J. (2014). Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 536-541.
- Smith, S. A. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2), 119-130. doi:10.1111/2047-3095.12025

- Solano, R., Hernández-Vidal, P., Moreno, V., & Reig-Ferrer, A. (2002). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13(1), 9-16.
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., ... & Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *BMC Family Practice*, 25(4), 245-265. doi:10.1093/fampra/cmn038
- Sorour, A.S., & El-Maksoud, M. (2012). Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and Burnout among emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 34(3), 272-282. doi:10.1097/TME.0b013e31826211e1
- Starrin, B., Larsson, G., & Styrborn, S. (1990). A Review and Critique of Psychological Approaches to the Burn-out Phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83-91.
- Stewart, D., Thomas, B., MacLure, K., Pallivalapila, A., El Kassem, W., Awaisu, A., ... & Dijkstra, A. (2018). Perspectives of healthcare professionals in Qatar on causes of medication errors: A mixed methods study of safety culture. *PLoS ONE*, 13(9), e0204801. doi:10.1371/journal.pone.0204801
- Strümpfer, D. J. (2003). Resilience and burnout: A stitch that could save nine. *South African Journal of Psychology*, 33(2), 69-79.
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19(3), 238-255.
- Tejada, P. A., & Gómez, V. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 1-1.

- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physicians*, 47(1), 737-744.
- Toh, S.G., Ang, E., & Devi, M.K. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(1), 126-141. doi:10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x
- Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaularia, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., & Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20(1), 173-178.
- Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behaviour and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11(1), 98. doi:10.1186/1472-6963-11-98
- *Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3(1), 69-71. doi:10.1046/j.1442-2018.2001.00074.x
- Tyson, P. D., & Pongruengphant, R. (2004). Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand. *International Journal of Nursing Studies*, 41(3), 247-254. doi:10.1016/S0020-7489(03)00134-2
- Tzeng, H. M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 867-878. doi:10.1016/S0020-7489(02)00027-5

- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., Miller, A. C., & MORZAK Collaborative. (2017). Effects of stress on critical care nurses: a national cross-sectional study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 20(10), 1-12. doi:10.1177/0885066617696853
- Valentín-Vega, N., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Osorio, C., Ojeda, C., & Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24(3), 153-164.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1664-1674. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03128.x
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1667-1677. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & De la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 28-38. doi:10.1016/S1697-2600(14)70034-1

- Vasconcelos, E. M., Martino, M. F., & França, S. P. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 135-141. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0019.
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: a systematic review. *Japan Journal of Nursing Sciences*, in press.
- Venturi, P., Dell'Erba, G., & Rizzo, F. (1994). Mental distress, psychoactive drug use and psychosomatic disorders in two groups of subjects at high risk for the burnout syndrome. *Minerva Psichiatrica*, 35(3), 155-167.
- Verdon, M., Merlani, P., Perneger, T., & Ricou, B. (2008). Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Medicine*, 34(1), 152-156.
- Verschuren, C. M., Nauta, A. P., Bastiaanssen, M. H., Terluin, B., Vendrig, A. A., Verbraak, M. J., ... & Loo, M. A. (2011). Richtlijn één lijn in de Eerste lijn bij Overspanning en Burnout. Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burnout voor Eerstelijns Professionals (*Multidisciplinary Guideline for Being Overstrained and Burnout for Front-line Professionals*). Amsterdam/Utrecht.
- Vilá-Falgueras, M., Cruzate-Muñoz, C., Orfila-Pernas, F., Creixel-Sureda, J., González-López, M. P., & Davins-Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31.

- *Wahlberg, L., Nirenberg, A., & Capezuti, E. (2016). Distress and coping self-efficacy in inpatient oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 738-746. doi:10.1188/16.ONF.738-746
- Walker, G. A. (1986). Burnout: From metaphor to ideology. *Canadian Journal of Sociology*, 1(11), 35-55.
- Wallace, J. E., & Brinkerhoff, M. B. (1991). The measurement of burnout revisited. *Journal of Social Service Research*, 14(1-2), 85-111. doi:10.1300/J079v14n01_05
- Wandling, B. J., & Smith, B. S. (1997). Burnout in orthopaedic physical therapists. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 26(3), 124-130.
- 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.
- Whitehead, J. T. (1987). Probation officer job burnout: A test of two theories. *Journal of Criminal Justice*, 15(1), 1-16.
- *Wilkinson, S. (2014). How nurses can cope with stress and avoid burnout. *Emergency Nurse*, 22(7), 27-31. doi:10.7748/en.22.7.27.e1354
- Williams, C. A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health*, 12(3), 169-178. doi:10.1002/nur.4770120307
- Wilson, J. L. (2002). The impact of shift patterns on healthcare professionals. *Journal of Nursing Management*, 10(4), 211-219. doi:10.1046/j.1365-2834.2002.00308.x
- Wolfe, G. A. (1981). Burnout of therapists: inevitable or preventable?. *Physical Therapy*, 61(7), 1046-1050.

- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(3-4), 201-220.
- Worley, J. A., Vassar, M., Wheeler, D. L., & Barnes, L. (2008). Factor structure of scores from the MBI: a review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor analytic studies. *Educational and Psychological Measurement*, 68(5), 797-823. doi:10.1177/0013164408315268
- *Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E161-169. doi:10.1188/16.ONF.E161-E169.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59(3), 662-669. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04301.x
- Xie, M., Zhou, J., & Wang, Y. (2015). Monitoring of hematogenous occupational exposure in medical staff in infectious disease hospital. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 33(10), 766-768.
- You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, & Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154-161. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003

- *Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57(1), 28-38. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458. doi:10.1002/nur.20202
- Zellars, K. L., Hochwarter, W. A., & Perrewé, P. L. (2004). Experiencing job burnout: the roles of positive and negative traits and states. *Journal of Applied Psychology*, 34(5), 887-911. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb02576.x
- *Zhang, X. C., Huang, D. S., & Guan, P. (2014). Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 4(6), e004813. doi:10.1136/bmjopen-2014-004813
- Zubiaga, F. (2016). *Validación del Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout BCSQ-36 en personal de Atención Primaria* (Tesis Doctoral). Universidad de Zaragoza, Aragón, España.