

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT E
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL PERSONAL
DE ENFERMERÍA DEDICADO A LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN
DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

**PRESENTADA POR
MARÍA JOSÉ MEMBRIVE JIMÉNEZ**

**DIRIGIDA POR
EMILIA INMACULADA DE LA FUENTE SOLANA
JOSÉ LUIS GÓMEZ URQUIZA**



**UNIVERSIDAD DE GRANADA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
MAYO DE 2022**

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: María José Membrive Jiménez
ISBN: 978-84-1117-470-1
URI: <http://hdl.handle.net/10481/76796>

A mi gran familia.

AGRADECIMIENTOS

El trabajo realizado estos años ha podido culminar en la lectura de esta tesis doctoral gracias a la ayuda de muchas personas y a las que les debo mi más sentido agradecimiento.

Empezando por mis directores de tesis, la Dra. E. Inmaculada De la Fuente Solana y el Dr. José Luis Gómez Urquiza, quienes admiro y me han transmitido la belleza de la investigación. Agradezco su trabajo incansable y su gran disponibilidad. A José Luis, por los cafés en Plaza de los Reyes, para conseguir entender los metaanálisis. Gracias por darme la posibilidad de compatibilizar todo.

Al Dr. Guillermo A. Cañadas De la Fuente, que me ha visto crecer en la profesión, gracias por creer en mí desde el principio y por los numerosos consejos a lo largo de estos años. Al que admiro profundamente por su fortaleza interior, su valentía y su inmensa comprensión.

Al resto de los miembros del grupo de investigación CTS-1067, especialmente a Begoña por sus videotutoriales, a Laura y Nora por su paciencia, a Luis por su visión legislativa de la vida, a José Luis Romero y a Almudena por la ayuda estadística prestada.

A todas las personas que han ido apareciendo en mi camino, haciendo más dulce los comienzos y aportando luz a mis dudas en la docencia. Especialmente a Lucía, por su ayuda desinteresada a cualquier hora del día, por su generosidad, su hospitalidad, su alegría y el “buen rollito” que trasmite.

A los que fueron mi familia caballa, que aguantaron mis comienzos y escucharon mis inquietudes durante las largas jornadas de trabajo en Ceuta.

A mi familia, mis abuelos, a mi tía y amigos por estar siempre a mi lado, a pesar de mis reiteradas ausencias en los últimos meses.

A mi abuela, que me preguntaba todos los días que cuando terminaba esto. Hoy puedo decirte abuela, que se ha acabado.

A mis padres, por transmitirme la capacidad de superación constante, por sus sabios y numerosos consejos, por darme el tiempo y el espacio necesario para seguir formándome.

A mis hermanos, por la paciencia que tienen conmigo y por estar siempre a mi lado. Especialmente, os dedico esta tesis a mis pequeños, grandes científicos, Cristina y Francisco, sin vuestros consejos de investigación para “dummies” de última hora, no podría haber depositado esta tesis.

Y a Adolfo, por su optimismo ante la vida, su comprensión, los Kinder Bueno motivacionales y por enfangarse en todas mis locuras. En definitiva, gracias por acompañarme en esta andadura.

A todos, muchísimas gracias.

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

PRESENTACIÓN

Durante estos años en los que he estado matriculada en la Universidad de Granada como doctoranda, he compaginado el principio de la elaboración de esta tesis doctoral con mi último año de la especialidad de Enfermería del Trabajo, en la Unidad Docente Multidisciplinar de Ceuta. Una vez finalizado el tiempo de residencia, he tenido la oportunidad de descubrir el mundo de la docencia en el Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla, durante el curso académico 2021-2022.

En mis años como residente de Salud Laboral, he tenido la oportunidad de conocer de “primera mano” la valiosa labor que realizan muchas enfermeras vinculadas a puestos de dirección, supervisión, planificación, formación, comunicación, coordinación y gestión de los recursos materiales y trabajadores del Sistema Nacional de Salud. A la luz de la experiencia vivida surge esta tesis doctoral y así, tener la posibilidad de profundizar en el papel que ejercen las enfermeras a través de un cargo intermedio y su relación con el Burnout.

En trabajos previos, se ha estudiado la influencia que suscita la singularidad de cada paciente y la organización de los diferentes puestos de trabajo adscritos a la categoría profesional de enfermería. Además de investigar las bien conocidas variables sociodemográficas, laborales y psicológicas. Plasmando el trabajo realizado en artículos científicos que estudiaban el desarrollo de Burnout en profesionales que ejercen su labor asistencial en unidades de cuidados intensivos, oncología, pediatría, ginecología y obstetricia, hospitalización, urgencias y atención primaria. A excepción de las enfermeras gestoras, cuyo puesto aún no ha sido estudiado en profundidad.

La tesis doctoral presentada se estructura en seis capítulos:

El primero introduce el marco teórico y contextualiza el Burnout en el colectivo enfermero, especialmente en aquellos profesionales que realizan actividades administrativas y de gestión de los recursos sanitarios.

El segundo capítulo desarrolla los objetivos e hipótesis propuestos para esta tesis doctoral.

El tercer capítulo incluye una revisión sistemática y un metaanálisis sobre la prevalencia, niveles y factores relacionados con el Síndrome de Burnout en enfermeras gestoras. Este estudio ha sido publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health*, incluida en la base de datos *Journal Citation Reports (JCR)* con un factor de impacto de 3,39 en la posición 42/176 (Q1) de la categoría “Public, environmental & occupational health- Social Sciences Citation Index (SSCI)”.

El cuarto y el quinto capítulo presentan dos estudios multicéntricos y descriptivos sobre la prevalencia, niveles y factores relaciones con el desarrollo de Burnout en enfermeras gestoras del Servicio Andaluz de Salud. El primer artículo descrito, ha sido publicado en la revista *Journal of Nursing Management*. Revista, incluida en la base de datos *JCR* con un factor de impacto de 3,325, en la posición 7/124 (D1; Q1) para la categoría “Nursing -SCIE”. El segundo artículo, destinado al estudio específico de las variables psicológicas relacionadas con el Burnout, ha sido publicado en la revista *Journal of Personalized Medicine*, incluida en la base de datos *JCR* con un factor de impacto de 4,945 y está en la posición 15/107 (Q1) para la categoría “Health Care Sciences & Services- Science Citation Index Expanded (SCIE)”.

En el sexto capítulo se incluye la discusión general y conclusiones extraídas de los capítulos anteriores, las limitaciones incurridas en esta tesis doctoral y sugerencias para futuras líneas de trabajo.

Finalmente, se exponen las referencias bibliográficas de los trabajos citados a lo largo de este documento.

No quiero acabar la presentación de esta tesis sin agradecer al Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad de Granada la aceptación de la propuesta de investigación, ofrecerme la formación requerida como doctoranda y finalmente, darme la posibilidad de depositar la tesis para su defensa pública.

Granada, a 06 de mayo de 2022.

La doctoranda.

RESUMEN

La conceptualización del Síndrome de Burnout (SB) ha ido evolucionando a lo largo de la historia, hasta llegar a la definición tridimensional, más utilizada en la actualidad y divulgada por Maslach y Jackson, en 1981. Posteriormente, estos autores crean el instrumento de medida que posibilita la medida del Burnout, denominado Maslach Burnout Inventory (MBI; 1986), el cual se divide en tres subapartados, que coinciden con las dimensiones planteadas para dicho síndrome: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (D) y baja Realización Personal (RP).

El desarrollo de Burnout es más frecuente en trabajadores dedicados al servicio de clientes o pacientes, que basan su labor en el trabajo en equipo. Especialmente, los profesionales de enfermería cuentan con una elevada prevalencia (Gómez- Urquiza et al., 2017), potenciándose en aquellos que realizan tareas de administración y gestión de los recursos sanitarios (Membrive-Jiménez et al., 2020).

Los objetivos planteados en esta tesis doctoral se elaboraron en torno al estudio del desarrollo de Burnout en enfermeras gestoras del Servicio Andaluz de Salud (SAS), su prevalencia, niveles de afectación y de perfiles de riesgo más susceptibles a padecerlo.

Para dar respuesta a los objetivos planteados se realizó el primer artículo de la tesis doctoral, con un diseño meta analítico, basado en una revisión sistemática de la literatura científica al respecto, que actuó como modelo teórico para los siguientes artículos empíricos. En el metaanálisis se estimó la prevalencia de sufrir CE, que fue del 29%, en una muestra de 780 gestoras y se halló correlación estadística entre la edad y el riesgo de desarrollar Burnout. A igual que para otras variables sociodemográficas y laborales. De esta forma, se creó un perfil de riesgo teórico más vulnerable a desarrollar Burnout, conformado por enfermeras gestoras jóvenes, casadas, con hijos y que trabajaban a jornada completa.

Para el segundo y tercer estudio de tipo transversal y multicéntrico, se distribuyeron cuestionarios entre las enfermeras gestoras que trabajaban en centros del SAS. La muestra estaba compuesta por los trabajadores que devolvieron los cuestionarios

rellenos completamente (n=86). Se analizó la prevalencia y los niveles de desarrollo de Burnout, según el modelo de Golembiewski y Munzerider (1988). Encontramos que el 34,1% de los participantes presentó niveles preocupantes de Burnout (fases V, VI, VII) y que el 22,4% mostró altos niveles de CE, el 21% experimentó D y el 57,6% tenía bajo sentimiento de RP. Por otro lado, los factores de riesgo laborales juegan un papel fundamental en el desarrollo de dicho síndrome, especialmente la variable guardias, que actúa como factor protector de RP.

Para estudiar la influencia de los factores de la personalidad en el desarrollo y mantenimiento del Burnout, se elaboraron modelos explicativos para cada dimensión. Los factores negativos de la personalidad se asociaron a un mayor riesgo de desarrollar Burnout, mientras que los factores positivos ayudaron a proteger a las enfermeras gestoras. El factor de riesgo neuroticismo (N) fue significativo para la dimensión del CE, mientras que la responsabilidad (Rp) fue significativa en el modelo estimado para la dimensión RP, actuando como factor protector de Burnout si se asocia a la variable apertura (Ap). La variable psicológica depresión resultó significativa para las tres dimensiones del Burnout, favoreciendo el desarrollo de Burnout.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	VII
PRESENTACIÓN	XIII
RESUMEN	XVII
ÍNDICE	XXI
GLOSARIO DE SIGLAS	XXV
LISTA DE TABLAS	XXVII
LISTA DE FIGURAS	XXVIII
CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN, MEDIDA Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	5
1.1. CONCEPTUALIZACIÓN Y MEDIDA DEL SÍNDROME DE BURNOUT. MODELOS EXPLICATIVOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	3
1.1.1. <i>Introducción al Síndrome de Burnout, Definición y Contexto Histórico</i>	3
1.1.2. <i>Etiología y Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout</i>	5
1.1.3. <i>Instrumentos para la Medición del Síndrome de Burnout</i>	10
1.2. FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT	16
1.2.1. <i>Factores Sociodemográficos</i>	17
1.2.2. <i>Factores Laborales</i>	19
1.2.3. <i>Factores Psicológicos</i>	20
1.2.4. <i>Grupos Profesionales Susceptibles de Padecer Burnout</i>	22
1.3. EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL	24
1.4. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO	26
1.4.1. <i>Burnout en el Personal Sanitario: Profesional de Enfermería.</i>	26
1.4.2 <i>Características Específicas de la Enfermería Dedicada a la Administración y Gestión Sanitaria</i>	27
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	33
2.1. OBJETIVOS.....	36
2.2. HIPÓTESIS	37
CAPÍTULO 3 BURNOUT EN ENFERMERAS GESTORAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS, NIVELES Y PREVALENCIA	41
3.1. RESUMEN.....	43
3.2. INTRODUCCIÓN.....	44

3.3. METODOLOGÍA.....	47
3.3.1. Fuentes de Datos, Ecuación de Búsqueda y Criterios de Inclusión	47
3.3.2. Codificación de Resultados.....	48
3.3.3. Análisis de los Datos.....	48
3.4. RESULTADOS.....	50
3.4.1. Búsqueda Bibliográfica y Estudios Incluidos	50
3.4.2. Niveles y Prevalencia de Burnout entre Gestoras de Enfermería.....	55
3.4.3. Factores de Riesgo y Mediadores de Burnout en Gestores de Enfermería	55
3.4.4. Resultados del Metaanálisis.....	56
3.5. DISCUSIÓN	58
3.6. CONCLUSIONES.....	62

CAPÍTULO 4. PREVALENCIA, NIVELES Y FACTORES RELACIONADOS CON EL BURNOUT EN ENFERMERAS GESTORAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL MULTICÉNTRICO 65

4.1 RESUMEN.....	67
4.2. INTRODUCCIÓN.....	69
4.3. METODOLOGÍA.....	72
4.3.1. Diseño del Estudio	72
4.3.2. Características de la Muestra	72
4.3.3. Recogida de Datos	72
4.3.4. Instrumentos de Medida de los Resultados	73
4.3.5. Consideraciones Éticas	74
4.3.6. Análisis Estadístico	74
4.4. RESULTADOS.....	75
4.4.1. Perfil Sociodemográfico	75
4.4.2. Niveles y Prevalencia Estimada de Burnout	77
4.4.3. Fases del Síndrome de Burnout.....	77
4.4.4. Correlaciones entre Burnout, Factores Sociodemográficos y Laborales	78
4.4.5. Correlaciones entre Burnout y Variables Ppsicológicas: Modelos Exploratorios	78
4.5. DISCUSIÓN	81
4.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	84
4.7. CONCLUSIONES.....	85
4.8. IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA	85

CAPÍTULO 5. MODELOS EXPLICATIVOS DEL DIAGNÓSTICO DE BURNOUT BASADOS EN LOS FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMERAS GESTORAS 89

5.1. RESUMEN.....	91
5.2. INTRODUCCIÓN.....	92
5.3. METODOLOGÍA.....	95

5.3.1. <i>Diseño del Estudio</i>	95
5.3.2. <i>Características de la Muestra</i>	95
5.3.3. <i>Instrumentos de Medida de los Resultados</i>	95
5.3.4. <i>Recogida de Datos</i>	96
5.3.5. <i>Consideraciones Éticas</i>	96
5.3.6. <i>Análisis Estadístico</i>	96
5.4. RESULTADOS	98
5.4.1. <i>Descripción de la Muestra y Niveles de Burnout para cada Dimensión</i>	98
5.4.2. <i>Modelo Explicativo para cada Dimensión del Síndrome de Burnout</i>	100
5.5. DISCUSIÓN	103
5.6. IMPLICACIONES CLÍNICAS	106
5.7. CONCLUSIONES	106
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	109
6.1. DISCUSIÓN GENERAL	111
6.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	112
6.3. CONCLUSIONES FINALES	116
6.4. LIMITACIONES DEL TRABAJO	119
6.5. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

GLOSARIO DE SIGLAS

A: Alto

A: Amabilidad

APA: Asociación Americana de Psicología

AT: Accidente de Trabajo

B: Bajo

B: Parámetro Estimado

BM: Burnout Measure

CBP: Cuestionario de Burnout del Profesorado

CDPE: Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería

CBI: Copenhagen Burnout Inventory

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-11: Clasificación Estadística Internacional De Enfermedades Y Problemas De Salud Conexos

D: Despersonalización

DT: Desviación Típica

ELBOS: Emener-Luck Burnout Scale

E: Extroversión

GNBI: Gillespie-Numerof Burnout Inventory

GR: Grado de Recomendación según OCEBM

IBM: International Business Machines Corporation

IC: Intervalo de Confianza

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

IT: Incapacidad Temporal

J-BI: Japanese Burnout Inventory

JCR: Journal Citation Reports

J-RAS: Versión Japonesa Del Inventario De Asertividad De Rathus

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
N: Neuroticismo
NE: Nivel de Evidencia según OCEBM
NEO-FFI: Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores
O: Apertura a la Experiencia
OCEBM: Oxford Centre for Evidence Based Medicine
OMS: Organización Mundial de la Salud
OIT: Organización Internacional del Trabajo OMS: Organización Mundial de la Salud
OLBI-S: Oldenburg Burnout Inventory
Odds: Odds Ratio
Q1: Primer Cuartil
Q2: Segundo Cuartil (mediana)
Q3: Tercer Cuartil
P: p-valor
PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses
Proqol: Professional Quality of Life
R: Responsabilidad
RP: Realización Personal
SAS: Servicio Andaluz de Salud
SATSE: Sindicato de Enfermería
SB: Síndrome de Burnout
SSCI: Social Sciences Citation Index
SCIE: Science Citation Index Expanded
SD: Sin Datos
T: Estadístico T de Student
TM: Tedium Measure
TSJC: Tribunal Superior de Justicia
Wald: Estadístico
WRSI: Work Related Strain Inventory

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. PRINCIPALES RESULTADOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.	52
TABLA 2. DATOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES CUALITATIVAS.....	75
TABLA 3. DATOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS.	76
TABLA 4. CATEGORIZACIÓN POR NIVELES DE BURNOUT SEGÚN DIMENSIONES.	77
TABLA 5. PREVALENCIA DE BURNOUT SEGÚN LAS FASES DEL MODELO DE GOLEMBIEWSKI	78
TABLA 6. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y BURNOUT.	79
TABLA 7. REGRESIÓN LINEAL MULTIPLE.	80
TABLA 8. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN.	98
TABLA 9. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES LABORALES.	99
TABLA 10. NIVELES DE BURNOUT PARA CADA DIMENSIÓN.	100
TABLA 11. MODELO LOGIT PARA LA DIMENSION DE CE.	100
TABLA 12. MODELO LOGIT PARA LA DIMENSIÓN D.....	101
TABLA 13. MODELO LOGIT PARA LA DIMENSIÓN RP.	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO.....	50
FIGURA 2. FORESTPLOT DE CORRELACIÓN ENTRE CANSANCIO EMOCIONAL Y EDAD.	57
FIGURA 3. FORESPLOT DE TASA DE PREVALENCIA DE CANSANCIO EMOCIONAL.	57

CAPÍTULO 1.

CONCEPTUALIZACIÓN, MEDIDA Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

1.1. Conceptualización y Medida del Síndrome de Burnout. Modelos Explicativos e Instrumentos de Medición.

1.1.1. Introducción al Síndrome de Burnout, Definición y Contexto Histórico

El término “Burnout”, objeto de estudio en esta tesis doctoral, es un anglicismo utilizado en castellano y traducido como “quemarse en el trabajo”, a partir del cual se origina el concepto “desgaste profesional”.

Han sido muchos los autores que han intentado concretar el término Burnout a lo largo de la historia. La primera referencia a dicho término la encontramos en 1953, cuando Schwartz and Will, publicaron el análisis del caso de una enfermera que presentaba un estado de cansancio hacia los pacientes, desmotivación e insatisfacción personal. Años más tarde, Greene (1961) publica su novela denominada “A Burnout Case”, narrando síntomas relacionados con este síndrome en su personaje. Si bien, es cierto que no es hasta 1969, cuando el término Burnout empieza a estudiarse como un fenómeno psicológico, de la mano de Bradley (1969) y cuyo objeto de estudio fueron un grupo de policías, que presentaban ciertos reajustes conducto-organizacionales al trabajar reinsertando delincuentes.

Posteriormente, en la década de los 70, Freudenberger (1974), conocido como el padre del Burnout, explica este término como una patología psiquiátrica, que se caracterizaba por un “estado de fatiga o frustración producido por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Freudenberger (1974) llega a esta definición tras analizar los cambios de conducta de los voluntarios que trabajaban en la clínica St Mark’s Free, dedicada al cuidado de toxicómanos, en Nueva York. La mayoría de estos trabajadores cuando pasaba un año experimentaba una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, desinterés y desmotivación por el trabajo, confluyendo en depresión, ansiedad y conductas hostiles hacia los usuarios y resto de compañeros. Dichas conclusiones fueron publicadas en el artículo denominado

“Staff burn out” y serán, desde una perspectiva clínica (Schaufeli et al., 2009), la base utilizada por la psicóloga Maslach (1976) para el estudio del Síndrome de Burnout (SB). Esta autora define el SB como un “estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo” (Maslach, 1976), tras encuestar trabajadores tanto sanitarios, como del sector servicios. Asimismo, observó que un alto porcentaje de dichos profesionales desarrollaban sentimientos negativos hacia sus pacientes, sintiéndose a menudo emocionalmente exhaustos y experimentando crisis de insatisfacción hacia su capacidad profesional, ambos vinculados al estrés laboral que padecían (Maslach, 1976).

Más tarde, en los años 80, se empiezan a crear las primeras líneas de investigación. Por su parte, Edelwich y Brodsky (1980) atribuyen este síndrome a “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”. Pines et al. (1981) también definen el término Burnout desde una perspectiva unidimensional, como el “agotamiento físico, emocional y mental causado al estar implicada la persona por largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente en el trabajo”.

En contraposición a los autores citados, Maslach y Jackson (1981) vuelven a retomar el término Burnout, conceptualizándolo como una respuesta emocional ante el trabajo desde un enfoque tridimensional. De tal forma, que el SB quedaría enmarcado en las siguientes dimensiones: cansancio emocional (CE), o sentimiento de incapacidad para servir a los demás; despersonalización (D), referido a la animadversión o conducta cínica hacia los demás; y baja realización personal (RP), entendido como una disminución de la autoconfianza, de la tolerancia a la frustración y del rendimiento laboral (Maslach y Jackson, 1981). Dichas dimensiones quedarán plasmadas, a modo de subescalas, en el Maslach Burnout Inventory (MBI). Cuestionario, elaborado para la medición del síndrome y adaptado a distintos colectivos profesionales (Maslach and Jackson, 1986; Maslach et al., 1996). El MBI es la escala más empleada hasta el momento por los científicos y ha servido como marco teórico para la creación de otros instrumentos de medida del Burnout.

Por otro lado, en el contexto español y a raíz de la novela “La insoportable levedad del ser” de Gervás y Hernández, (1989), se designa el calificativo “Enfermedad de Tomás” a los síntomas muy similares a los descritos por H. Freudenberg (1974), que padecía uno de sus personajes. Más tarde, Vega y Pérez-Urdaniz (1998), se refirieron a este constructo como “un síndrome de desgaste profesional” y Mingote-Adán y Pérez-Corral (1999), por su parte, crearán otra de las definiciones más aceptadas en la actualidad. Los últimos autores citados conceptualizan el SB 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 las exigencias laborales excesivas y los limitados recursos de afrontamiento”. Al mismo tiempo, Gil-Monte y Peiró (1999) retoman las dimensiones del SB acuñadas por Maslach y Jackson (1981) y lo califican como la consecuencia de la respuesta individual que cada trabajador le da al estrés percibido (Maslach, 1982; Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 1996; Schaufeli et al., 2009).

1.1.2. Etiología y Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout

A lo largo de los años se han ido desarrollando modelos que pretendían profundizar en el SB. A continuación, se detallan algunos de los modelos más relevantes para esta tesis doctoral:

Modelo de Edelwich y Brodsky. Estos autores entienden el SB como un modelo de cuatro fases, caracterizado por “una pérdida progresiva del idealismo, energía y propósito, como resultado de las condiciones de trabajo que padecen los profesionales asistenciales” y se puede dar este proceso varias veces a lo largo de la vida laboral de una persona (Edelwich and Brodsky, 1980). Las fases descritas coinciden con las dimensiones del modelo de Maslach y Jackson (1986), la segunda fase se correspondería con la RP, la tercera con el CE y la cuarta con la dimensión de D (Albendín, 2016):

1º Fase de idealismo o entusiasmo. El trabajador muestra objetivos laborales bastante inalcanzables.

2º. Fase de meseta o de estancamiento. El trabajador empieza a percibir que no está alcanzando los objetivos planteados y no observa el reconocimiento esperado por parte de sus compañeros, superiores y/o clientes. Fase en la que comenzaría a desencadenarse el SB.

3º. Fase de frustración o apatía. El trabajador se cuestiona acerca de su implicación laboral. Esta fase se potenciaría por la presencia de un entorno laboral hostil.

4º. Fase indiferencia o apatía. El trabajador adopta una actitud de desgana hacia el público al que atiende y ante sus compañeros.

Modelo de Cherniss. Describe el SB como consecuencia de innumerables fuentes de estrés en el trabajo (Cherniss, 1980). En función del acomodamiento psicológico de cada persona a dichas fuentes de estrés, encontraremos tres momentos clave en el desarrollo de Burnout. El trabajador empezaría apreciando un desequilibrio entre los recursos individuales y las demandas laborales; con una posterior respuesta emocional, que se manifestará por cansancio, ansiedad y miedo; finalmente, esta alteración desembocaría en un cambio de actitud hacia un estilo de afrontamiento defensivo en el trabajo (Aguayo, 2014). Asimismo, este autor agrupa las principales fuentes de estrés relacionadas con el desarrollo de SB, en función de:

Marco laboral. Corresponde al estilo de liderazgo y supervisión de los jefes, orientación y apoyo de la organización laboral, carga de trabajo, tipo de relación con los diferentes usuarios, autonomía personal, estimulación laboral percibida por el entorno de trabajo y existencia de aislamiento social en el ambiente laboral.

Características propias de la persona. Expresadas como los factores que potencian o inhiben la tensión psicofísica que experimenta un individuo frente a un factor estresante. Actuarán como mediadores el carácter propio de

la persona, recursos o habilidades emocionales de los que dispone el individuo, orientación profesional, apoyo y demandas existentes fuera del ámbito laboral.

Cambio de actitud del individuo frente a las metas laborales planteadas. Se verá influenciado por el idealismo/realismo en el trabajo, intereses propios, existencia de indiferencia emocional, disposición, compromiso o responsabilidad con el trabajo.

Este modelo ha sido utilizado más ampliamente en policías y docentes (Burke, 1987; Burke and Greenglass, 1994; Burke et al., 1984). Algunos autores lo consideran más apropiado que el modelo de Maslach y Jackson (1981; Whitehead, 1987).

Modelo de Elliot y Smith. Estos autores, basan su modelo en la posible influencia de los rasgos de la personalidad en la susceptibilidad del individuo a desarrollar SB (Elliot y Smith, 1984).

Modelo de Grantham. Autor, que describe el SB como un problema de adaptación y destaca la influencia de los factores de personalidad, la ansiedad y depresión, que a su vez actuarían como fuentes de estrés (Grantham, 1985)

Modelo de Farber. Este autor introduce los conceptos de “agotamiento emocional y físico” y “estrategias de afrontamiento efectivas”. Cada individuo, en función de la estrategia de afrontamiento adoptada padecería de una forma distinta el SB. De esta forma, señala tres tipos subclínicos de padecimiento (Farber, 1985):

Tipo frenético. Individuos que priorizan el éxito profesional a su vida familiar e incluso a su propia salud.

Individuo sin desafíos. Sería el típico empleado infra estimulado, que vive sumido en una rutina laboral y desmotivado.

Individuo desgastado. Subtipo de trabajadores que opinan que el éxito o el reconocimiento laboral es difícil de conseguir a través del propio esfuerzo, por lo que tienden a prestar menor interés y dedicación por su trabajo.

En este modelo se describen una serie de fases, como son: entusiasmo y dedicación; frustración e ira ante estresores laborales; desequilibrio entre el esfuerzo realizado y la recompensa; abandono de la implicación laboral; aumento de la vulnerabilidad personal y finalmente, el agotamiento.

Modelo de Golembiewski. Se trata de un modelo de fases basado en la tridimensionalidad ofrecida por el marco teórico del MBI (Maslach and Jackson, 1981). A diferencia de los autores citados anteriormente, Golembiewski y Munzenrider (1988) priorizan la dimensión de D, como factor desencadenante del SB, seguido de la baja RP y la dimensión de CE. El modelo configura estadios o fases de gravedad del síndrome, mediante la segmentación de las puntuaciones obtenidas en las subescalas, ordenadas previamente según su importancia en el desarrollo de Burnout. Dichas configuraciones (alta o baja) se clasifican en fases del I al VIII, es decir, desde bajas puntuaciones hasta preocupantes puntuaciones, en todas las dimensiones del Burnout. Las fases I, II y III se corresponderían con Burnout leve, mientras que las fases IV, V se catalogarían como medio y VI, VII y VIII pertenecerían a niveles altos de SB (Golembiewski et al., 1986). Este modelo ha sufrido importantes transformaciones a lo largo de los años (Golembiewski, 1979; Golembiewski and Kim, 1990; Golembiewski and Munzenrider, 1988; Golembiewski et al., 1993; Golembiewski et al., 1986), con el objetivo de intentar comprender los factores relacionados con la aparición de dicho síndrome y resolver la controversia generada en torno a las dimensiones del SB publicadas por Maslach y Jackson (1981).

Modelo de Leiter y Maslach. A diferencia de los autores anteriores, éstos parten de la premisa que el CE es fundamental en el desarrollo de Burnout y sería el primer síntoma que aparece. Posteriormente, si la exposición a diversos factores laborales desfavorables continúa, desembocaría en el desarrollo de baja RP y seguido de la D (Leiter, 1991).

Modelo de Williams. Este autor crea un modelo proponiendo la presencia de empatía emocional como factor influyente en el agravamiento del SB. Especialmente se correlacionaría con el CE y la D (Williams, 1989).

Modelo de Lee y Ashforth. La teoría de estos autores sitúa al CE como el desencadenante del síndrome, seguido de la D y de la baja RP, ambos independientemente (Lee y Ashforth, 1993).

Modelo de Cordes y Dougherty. Cordes y Dougherty (1993) concluyen diciendo que el CE sería el principal protagonista del SB, mientras que la D actuaría como mediadora para el desarrollo de baja RP.

Modelo de Moreno, Bustos, Matallana y Millares. Mientras tanto, en España destaca un modelo basado en las premisas arrojadas por Farber (1985). Estos autores confirman la importancia de crear un perfil clínico, en función del subtipo de Burnout que padezca (Moreno et al.,1997).

Modelo de Gil-Monte y Peiró. Los autores Gil Monte y Peiró (1999) analizaron el SB como una respuesta al estrés laboral, cuando fracasan las estrategias de afrontamiento. Establecen un modelo en el que las dimensiones de CE y baja RP, se alteran primero y posteriormente aparece la D.

A la luz de la diversidad de modelos planteados a lo largo de la historia, que han intentado secuenciar temporalmente la evolución del SB y confirmar cual es el factor desencadenante del proceso, encontramos como dato común en los modelos, la mayoritaria aceptación de la tridimensionalidad de dicho síndrome, planteado en el modelo publicado por Maslach y Jackson (1986), como método de estudio del Burnout.

De todos los modelos descritos para esta tesis doctoral, se escogió el realizado por Golembiewski y colaboradores (1986). Este modelo estudia el SB de una manera precisa, basado en la tridimensionalidad del SB, creando una secuencia temporal mediante ocho estadios de gravedad de evolución del proceso de desgaste.

1.1.3. Instrumentos para la Medición del Síndrome de Burnout

Para el estudio del SB y posterior comparación de los resultados, es necesario la creación de instrumentos validados que permitan medir de manera objetiva las emociones que sienten los profesionales vulnerables. A lo largo de los años, se han creado multitud de cuestionarios sobre SB, que han ido evolucionado en función de los modelos planteados anteriormente y de los avances hallados en dicha materia. Además de adaptarse a cada colectivo de profesionales en riesgo de padecer el problema. Si bien, nos centraremos en el estudio del Maslach Burnout Inventory (MBI), ya que es el cuestionario que hemos empleado para la realización de esta tesis doctoral y el más utilizado en investigación (Schaufeli, 2013). Para posteriormente, describir de manera sencilla algunos de los instrumentos de medida observados en la literatura científica, estratificándolos en función de la categoría profesional para la que fueron creados.

Maslach Burnout Inventory (MBI). Maslach y Jackson en 1981 conceptualizaron de manera precisa el SB, trascendiendo este modelo hasta la actualidad. La primera referencia al cuestionario MBI data de 1981 (Maslach and Jackson, 1981). Cinco años más tarde se publicaría una segunda edición del manual (Maslach and Jackson, 1986), en 1996 la tercera edición (Maslach et al., 1996) y finalmente, en 2018 se publicó la última versión del cuestionario (Maslach et al., 2018).

El cuestionario MBI, tras su última modificación, contiene 22 ítems, que evalúan la frecuencia de los síntomas, mediante una escala de respuesta tipo Likert de siete puntos, que van del 0 (“nunca”) hasta el 6 (“todos los días”). El cuestionario se divide en tres dimensiones, con 9 ítems para CE, 5 para D y 8 para RP. En su primera edición (Maslach and Jackson, 1981), el MBI contaba con 47 ítems y cuatro dimensiones CE, D, RP e “implicación emocional”. Ésta última fue eliminada en la segunda versión del cuestionario, junto con la medición de la intensidad de los síntomas.

Las puntuaciones de cada dimensión para establecer un nivel alto de Burnout son las siguientes: CE > 24, D > 9 y RP < 33. La fiabilidad de esta versión del MBI es de 0.89 para el CE, 0.68 para la D y 0.83 para RP, según el alfa de Cronbach (Aguayo et al., 2011; Maslach and Jackson, 1986).

Primeramente, el MBI fue desarrollado para medir el SB en profesionales del sector servicios. En su segunda versión (Maslach and Jackson, 1986), se separa el cuestionario en dos formatos, uno dedicado a los profesionales de la enseñanza (Maslach Burnout Inventory-Educators Survey; MBI-ES) y otro para los profesionales sanitarios (Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey; MBI-HSS). Cambiando el término “recipient” (referencia a las personas destinatarias de un servicio) por “student”. En la tercera edición (Maslach et al., 1996), que presentaba una consistencia interna que oscilaba entre 0,70 y 0,90, las autoras añadieron una adaptación más del cuestionario, el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), aplicable a cualquier colectivo (Schaufeli et al., 1996) y que constaba de 16 ítems. Posteriormente, se adaptó el MBI-GS a la población universitaria (Schaufeli et al., 2002), pasando a denominarse cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS).

El cuestionario MBI ha sido traducido y adaptado a diferentes países, idiomas y poblaciones (Schaufeli et al., 2009; De Francisco et al., 2015), entre ellos al Castellano (Seisdedos, 1997), gracias a sus propiedades psicométricas (Cañadas-de la Fuente et al., 2014; Schaufeli and Enzmann, 1998), además de haber servido de base teórica para múltiples herramientas de medición (De la Fuente et al., 2015).

Instrumentos de Medida Adaptados a la Población Sanitaria. Han sido muchos los autores que han intentado crear cuestionarios para medir el SB en el personal sanitario:

Staff Burnout Scale. Cuestionario conformado por 30 ítems, dividido en cuatro dimensiones del Burnout: cognitivo, afectivo, psico-fisiológico y conductual. “Staff Burnout Scale for Health Professionals” es la versión adaptada a la población sanitaria e incorpora la medición de ítems relacionados con el consumo de drogas, accidentes laborales, absentismo, insatisfacción laboral y síntomas físicos del SB (Jones, 1980).

Tedium Measure (TM). Cuestionario formado por 21 ítems y tres dimensiones del SB (agotamiento físico, emocional y mental). Inicialmente, este instrumento de medida se creó para el análisis del “tedium”, en castellano

“tedio” (sensación de malestar provocada por la falta de diversión o de interés por algo) (Pines et al., 1981). Tras varias investigaciones, se llega a la conclusión que el cuestionario no tiene suficiente consistencia interna para evaluar el Burnout, debido a la ausencia de ítems para medir actitudes frente al SB (Schaufeli and Van Dierendonck, 1993). Años más tarde, se publica una nueva versión del cuestionario, denominándose Burnout Measure (BM; Pines and Aronson, 1988) y se adapta al castellano (Pines and Guendelman, 1995).

Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI). También conocido como “Escala de Indicadores del Burnout”, estaba formada por siete ítems, que estudiaban sentimientos relacionados con ámbito laboral. Además, dicotomiza el concepto de Burnout en activo, relacionado con las estrategias de afrontamiento; y pasivo, como el distanciamiento del trabajador hacia los clientes o pacientes (Gillespie and Numerof, 1984).

Work Related Strain Inventory (WRSI). Inventario formado por 18 ítems, aplicado a contextos asistenciales, que analiza la tensión laboral, basándose en la medición del estrés laboral (Revicki et al., 1991).

Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDP). Consta de 174 ítems, que giran en torno a la medición de los factores de riesgo y consecuencias del SB en los profesionales de enfermería y en su organización hospitalaria. Además, recoge datos sociodemográficos y mide la resistencia al estrés o “hardiness”, junto con las estrategias de afrontamiento presentes (Jiménez et al., 2000).

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT-PS). Inventario formado por cuatro dimensiones: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa (Gil-Monte, 2002).

Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Conformado por tres subescalas independientes que miden diferentes características relacionadas con el SB: personal (grado de cansancio físico y psicológico que experimenta

una persona) con 6 ítems; laborales (grado de cansancio físico y psicológico en relación con el trabajo), con 7 ítems; y relacionadas con el cliente o paciente (grado de cansancio físico y psicológico en el trabajo con el paciente), con 6 ítems (Kristensen et al., 2005).

Professional Quality of Life (ProQOL). Este inventario mide el SB, la exposición a situaciones estresantes y posibles efectos adversos, mediante dos subescalas de compasión-satisfacción y estrés postraumático (Stamm, 2010).

Cuestionario de Burnout Granada (CBG). Conformado por 30 ítems, adaptado a las directrices del MBI. Ha sido validado en profesionales de enfermería (De la Fuente et al., 2015) y en policías (De la Fuente Solana et al., 2013).

Instrumentos de medida adaptados al entorno educativo. Se crearon numerosos cuestionarios centrados en los docentes y estudiantes:

Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS). Versión traducida al francés del MBI, adaptada a docentes y profesionales de enfermería, que consta de 30 ítems y se divide en seis dimensiones: trabajo, sensaciones laborales, ambiente, respuesta negativa, autoconcepto y alternativa de trabajo (Emener et al., 1982).

Escala de Burnout en directores de Colegios. Se centra en medir tres dimensiones: agotamiento, reserva y desprecio (Friedman, 1995).

Teacher Burnout Scale. Inventario formado por 21 ítems, dividido en cuatro dimensiones: las tres que enumera el MBI y una dimensión relacionada con el apoyo percibido por los cargos de inspección (Seidman and Zager, 1986).

Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP). Queda constituido por 16 ítems, centrados en la medición de la dimensión D del MBI (Moreno and Oliver, 1993).

Meier Burnout Assessment. Compuesto por 23 ítems en una escala de verdadero/falso, estudiando las bajas expectativas de recompensa laboral y el agotamiento tanto físico, como emocional (Meier, 1984).

Oldenburg Burnout Inventory. Cuestionario formado por 16 ítems, mide el agotamiento y la falta de vinculación con el trabajo (OLBI-S; Bakker et al., 2004).

Instrumentos de medida del Burnout adaptados a empresas. Se crearon unos pocos cuestionarios que estudiaban el SB en administradores y trabajadores de una misma empresa:

Perceptual Job Burnout Inventory. Cuestionario, adaptado fundamentalmente a trabajadores de grandes empresas, formado por 15 ítems que valoran sentimientos y emociones asociados al desempeño del rol laboral, mediante el estudio de tres dimensiones: cansancio emocional, frustración y excesiva demanda energética y de recurso (Ford et al., 1983).

Rome Burnout Inventory. Esta escala se centra en el estudio del SB mediante seis bloques de variables sociodemográficas (Venturi et al., 1994).

Cuestionario Breve de Burnout. Constituido por 21 ítems y separados en 7 dimensiones: las 3 del MBI, el clima laboral, el “tedio” o sensación de malestar, características de la labor desempeñada y repercusiones en la vida del individuo (Moreno et al., 1997).

Instrumentos para la medición del SB en deportistas. Otros autores crearon cuestionarios dedicados al estudio del Burnout en atletas y deportistas de élite.

Adaptación española de “Athlete Burnout Questionnaire”. Adaptado principalmente a futbolistas, se divide en tres subescalas: agotamiento físico/emocional, mínima sensación de logro y desvalorización de la práctica deportiva (Arce et al., 2010).

Inventario de Burnout en Deportistas Revisado. Utiliza de base las dimensiones de Maslach y Jackson (1981), cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (Garcés de los Fayos et al., 2012).

1.2. Factores y Grupos de Riesgo Asociados al Síndrome de Burnout

Un factor de riesgo es denominado cualquier característica o circunstancia detectable en un grupo de personas, asociada a la probabilidad de exposición a desarrollar o padecer un proceso de daño, que puede estratificarse a nivel individual, familiar, comunitario y ambiental (Senado, 1999).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2005) un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

Gracias al estudio de los factores de riesgo en Ciencias de la Salud, se pueden establecer estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud a nivel comunitario, debido a su papel como predictores del desarrollo de determinadas patologías y síndromes (Aguayo, 2014).

Si nos centramos en el SB, el análisis de las variables que actúan como factores de riesgo o protectores para el desarrollo y evolución de dicho síndrome, nos permitirá crear perfiles de riesgo. Asimismo, la creación de dichos perfiles permite investigar y analizar diferentes intervenciones adaptadas a los grupos poblaciones más susceptibles (Cañadas-De la Fuente, et al., 2018; De la Fuente- Solana et al., 2017; López-López et al., 2019; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

Existen distintas clasificaciones para categorizar los factores de riesgo o predictores del SB. La taxonomía más utilizada es la que divide dichas variables en tres categorías: factores sociodemográficos, laborales y psicológicos (Purvanova and Muros, 2010; Vargas et al., 2014). Dicha clasificación puede ser aplicada tanto a profesionales que trabajan de cara al público (sanitarios, policías o docentes, etc), como a colectivos que no prestan servicios al público. La evidencia científica sugiere que también presentan cierta vulnerabilidad a padecer el SB los siguientes colectivos profesionales: empresarios, militares, informáticos, sacerdotes o deportistas (Maslach et al., 2001).

Esta tesis se desarrolla en torno a la categoría profesional de enfermería, es por ello que nos centraremos en los factores de riesgo concernientes a este colectivo:

1.2.1. Factores Sociodemográficos

Existe cierta controversia en torno a estas variables, puesto que la poca literatura científica al respecto arroja resultados discordantes (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Vargas et al., 2014). Estos factores deben ser escogidos con cautela para la creación de un perfil de riesgo. Las variables de tipo sociodemográfico que resultan ser factores de riesgo de padecimiento de Burnout son: género, edad, estado civil y número de hijos, entre otras (Cañadas-de la Fuente et al., 2018). Cabe destacar la variable “edad”, ya que es una de las que más se ha relacionado a lo largo de la historia con el Burnout.

Género. La literatura científica sugiere que, en todas las categorías profesionales, las mujeres presentan una mayor tendencia a desarrollar niveles elevados de CE (Adebayo et al., 2006; Brondolo et al., 1998), mientras que los hombres presentan mayores niveles de D (Cañadas-De la Fuente et al., 2018). Aunque existen estudios que no comparten tal afirmación (Briones, 2007; Chrisopoulos et al., 2010; Grau et al., 2007; Martinussen et al., 2007). Si nos centramos en el colectivo enfermero, altamente feminizado (Albendín et al., 2016), también encontramos discrepancias en los resultados analizados. Autores como Adriaenssens et al. (2015) y Pisanti, et al. (2016), confirman la relación significativa entre el desarrollo del Burnout y el sexo femenino. Mientras que otros ultiman que el sexo masculino es un factor de riesgo para desarrollar SB y presenta mayores niveles altos (Cañadas-De la Fuente et al., 2018).

Edad. Al igual que la variable anterior, los resultados encontrados en otros artículos arrojan datos contradictorios. Hay autores que confirman la asociación entre esta variable y el desarrollo de SB, relacionado con la antigüedad en la profesión (Adriaenssens et al., 2015). En cuanto a enfermería, la edad se relaciona inversamente con el nivel de Burnout (Molina-Praena et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018), debido a que una mayor experiencia profesional conlleva una disminución de la tensión

laboral, que afecta directamente al desarrollo de SB (Alacacioglu et al, 2009). Aunque se reconoce el rango de edad más joven como un factor protector del CE (Gómez-Urquiza et al., 2017).

Estado Civil. Teniendo en cuenta las variables soltero, casado, emparejado y viudo. Algunos autores afirman que esta variable puede actuar como un factor protector o de riesgo para el desarrollo del SB (Benetti et al, 2009). Si nos centramos en el sector de la enfermería, encontramos que vivir en pareja ejerce cierta protección frente al Burnout (Cañadas-de la Fuente et al., 2014; Gómez-Urquiza et al., 2017) y estar soltero actuaría incrementando el riesgo de padecerlo (Pradas-Hernández et al., 2018), especialmente en las dimensiones de CE (López-López et al., 2019) y D (Cañadas-De la Fuente et al., 2018). Mientras que otros autores, contradicen estos resultados, aportando datos sobre la influencia de vivir en pareja y el aumento de la puntuación en las dimensiones de D y RP (Kavurmaci et al., 2014).

Número de Hijos. Esta variable también genera controversia, ya que encontramos artículos en los que no se muestra relación entre el riesgo de desarrollar SB en la población enfermera y el número de hijos (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Mientras que estos mismos autores, años más tarde, encuentran una asociación positiva entre la variable “sin hijos” y las dimensiones de CE y D (Cañadas-De la Fuente et al., 2018). Varios autores confirman que tener hijos actúa como factor protector en las dimensiones CE, D y RP, del SB (Aytekin et al., 2013; Esfahani et al., 2012; Lasebikan and Oyetunde, 2012; Queiros et al., 2013) y otros sugieren, que tenerlos aumenta el CE (Ayala and Carnero, 2013), la D (França et al., 2012) y la baja RP (Aytekin et al., 2013).

Las variables vivir en pareja y tener hijos, se complementan entre ellas y actúan a modo de apoyo informal para el trabajador. De esta forma, el ámbito familiar y social actuaría a modo de soporte, aportando estabilidad afectiva a los profesionales de la enfermería (Albar and García, 2005; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Hu et al., 2015) y como factor protector frente al SB.

Dichas variables se ven influenciadas, a la vez, por el apoyo afectivo recibido en el ámbito laboral, estilos de liderazgo de sus superiores y una buena comunicación con los compañeros de trabajo (Mcvicar, 2016). Muchos autores priman las variables relacionadas con el entorno laboral a las sociodemográficas. Debido a que se relacionan con un aumento de las estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes en el trabajo y entre compañeros, además de proteger frente al SB (Cañadas- De la Fuente, et al., 2018; Taylor et al., 2019; Velando-Soriano et al., 2019;

1.2.2 Factores Laborales

La mayoría de las investigaciones sobre Burnout centran sus estudios en las variables laborales, como principal desencadenante de dicho síndrome (Maslach, 1976; Moreno and Oliver, 1993; Olabarría, 1995). Siendo éstas, las variables que nos permitirán mayor accesibilidad para su estudio y podrían ser modificadas más fácilmente.

Las variables laborales, que han sido ampliamente estudiadas en el sector sanitario, están relacionadas con la especialidad (Martínez-Cuervo, 2017); el puesto de trabajo, atención primaria o especializada (Galindo et al., 2002); la relación entre los compañeros y con los supervisores (Tsai, 2011); la comunicación con los pacientes y familiares (Gascón et al., 2013); la conciliación familiar; la exposición a riesgos biológicos (Senthil et al., 2015; Xie et al., 2020), como la exposición a determinados virus (Lai et al., 2020); y riesgos físicos (Gholami et al., 2016). Todas estas variables pueden influir en la salud de los sanitarios y ser consideradas como factores de riesgo en el desarrollo de Burnout. Las principales variables laborales más referenciadas por su relación con el SB (Davis et al., 2013; Velando-Soriano et al., 2019) han sido recogidas en esta tesis doctoral:

Experiencia Laboral. Referida a la antigüedad en el puesto y en la profesión. Una experiencia profesional inferior a diez años podría aumentar el desarrollo de CE, D y disminuir el sentimiento de RP (Ilhan et al., 2008). Aunque otros estudios indican que, a mayor experiencia, mayores son los niveles de Burnout para la dimensión CE,

mientras que la D y RP se verían reducidas (López-López et al., 2019; Vargas et al., 2014)

Tipo de Turno Laboral. Referido a la turnicidad, mediante horarios rotatorios o fijos, tanto de mañanas, como tardes o noches. El turno rotatorio y la organización de los turnos de trabajo, junto con los descansos, influye en el desarrollo de SB (Gómez-Urquiza et al., 2017), ya que afecta al ritmo circadiano, al sueño, a la alimentación y a la conciliación familiar (Eanes, 2015).

Carga de Trabajo. Relacionada con la realización de un exceso de trabajo vinculado al puesto de trabajo y al ratio paciente-enfermero. La sobrecarga de trabajo y pacientes genera el desarrollo de D hacia los pacientes y compañeros (Cañadas- De La Fuente et al., 2016).

Realización de Jornada Física Complementaria. A modo de jornada extraordinaria o “guardias” retribuidas en el sueldo final. Un mayor número de horas de trabajo provocarían un aumento de los niveles de Burnout en las enfermeras (Cañadas de la Fuente et al., 2016).

Las variables citadas anteriormente son el resultado del tipo de entorno de trabajo, que actúa como factor protector o de riesgo del SB (Gómez-Urquiza, 2017; Velando-Soriano et al., 2019).

1.2.3. Factores Psicológicos

El estudio de aspectos psicológicos, como potenciales factores de riesgo o protectores frente al SB, cobró una mayor importancia al descubrir que algunos profesionales tenían una mayor predisposición a desarrollar Burnout, frente a otros profesionales expuestos a las mismas condiciones laborales y sociodemográficas. De esta forma, se planteó que

dicha diferencia radicaba en algunos aspectos de la personalidad de cada trabajador (Martínez and Cassaretto, 2011).

Catell (1972) fue pionero en el estudio de los rasgos de la personalidad, agrupando los 171 rasgos, en función de la semejanza, en 16 factores de personalidad (Catell, 1972). A partir de esta teoría, diferentes autores trabajan en la creación del Modelo de los Cinco Grandes de la personalidad, conocido en inglés como “Big Five Models” (Digman, 1990; Goldberg, 1993; McCrae, 2001; McCrae and Costa, 1999; McCrae and Terracciano, 2005). De tal forma, que engloban distintas características de la personalidad en el Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores (NEO-FFI; Costa and McCrae, 1989), mediante los siguientes factores:

Neuroticismo (N). Relacionado con un estado emocional inestable, que provoca en los profesionales sanitarios una baja aceptación al cambio, reacciones emocionales exageradas y confluencia en un aumento de CE, D y disminución del sentimiento de RP (Albendín, 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ramírez-Baena, 2019).

Extraversión (Ex). Manifestada mediante una personalidad asertiva (Alarcón et al., 2009), mejora la implicación y dedicación de los sanitarios con el entorno laboral. La Ex actúa como variable protectora frente al desarrollo de Burnout (Ramírez-Baena, 2019; Rodríguez and Cañón, 2015).

Apertura a la experiencia (Ap). Los profesionales innovadores, con ganas de aprender y abiertos al cambio (Costa and McCrae, 1989) representarían esta variable, influyendo directamente en la calidad de los cuidados prestados. Estos profesionales suelen reciclarse (Albendín, 2016), tienen una mayor capacidad de manejar el estrés y se asocian a un aumento de la RP (Ramírez-Baena, 2019).

Amabilidad (Am). Referida a la compasión y el altruismo del trabajador. Distintos autores concluyeron que la variable Am posee una relación negativa con CE y D, mientras que es positiva con RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ramírez-Baena et al., 2019).

Responsabilidad (Rp). Relacionado con el sentimiento del deber, el tesón, la conciencia de trabajo y suelen ser empleados muy cumplidores (Costa and McCrae, 1989; Hurtado and Larraín, 2015). La Rp actuaría como factor protector del SB en todas sus dimensiones (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ramirez-Baena et al., 2019).

Los factores Am, Ex, Ap y Rp son variables positivas de la personalidad, que protegen del SB, mediante el uso de estrategias de afrontamiento (Ang et al., 2016; Cañadas-de la Fuente, Ortega, et al., 2018), a diferencia de N, que actuaría como un factor de riesgo (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza, 2017).

Además de estas variables de la personalidad, existen otros factores que se relacionan con el desarrollo del SB y a la vez son consecuencia de éste, como: la ansiedad y depresión. Ambas variables se suelen manifestar de manera conjunta y se relacionan con un aumento de CE y D, junto con una disminución del sentimiento de RP (Peiró, 1993; Wolff and Ollendick, 2006).

Por lo tanto, conocer a los profesionales con rasgos de la personalidad más vulnerables de desarrollar Burnout o con ansiedad y depresión, así como, profesionales influenciados de manera negativa por los factores laborales y sociodemográficos, es fundamental para la creación e implementación de estrategias de medidas de prevención en las organizaciones sanitarias, encaminadas a informar, mitigar o tratar el SB (Albendín, 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2019; Fornés- Vives et al., 2012; López-López et al., 2019; Pradas- Hernández et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

1.2.4. Grupos Profesionales Susceptibles de Padecer Burnout

Existen algunos grupos profesionales cuyo perfil laboral, psicológico y sociodemográfico, acumula diferentes factores de riesgo, creándoles cierta susceptibilidad a padecer el SB y con tendencia a cronificarse.

Algunos de estos profesionales se incluyen a continuación: docentes, directores y los estudiantes de colegios y universidades (Aguayo et al., 2019; Correa-Correa et al., 2010; Friedman, 1995; Gil-Monte et al., 2011); cuerpos y fuerzas de seguridad del estado (Aguayo et al., 2017); deportistas de alto rendimiento y aficionados, así como futbolistas (Arce et al., 2010; Garcés de los Fayos et al., 2012; Matos et al., 2011); profesionales sanitarios: fisioterapeutas, médicos, enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (Castañeda- Aguilera and García-de Alba, 2010; Fernandes et al., 2012; Velando-Soriano et al., 2020); y otros profesionales: nutricionistas, controladores aéreos, veterinarios, camioneros, abogados (Gingras et al., 2010; Martinussen and Richardsen, 2003; Maslach, 1982; Platt et al., 2012; Semeijn et al., 2019).

1.3. El Síndrome de Burnout como Enfermedad Laboral

Una vez estudiados los factores que se asocian con el desarrollo y cronificación del Burnout, encontramos que el entorno laboral adopta un papel central en la vulnerabilidad a padecerlo.

De esta forma, cabe destacar en el estudio del SB en profesionales, la inclusión de dicho síndrome en la revisión del listado de enfermedades profesionales, realizada por Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 2010. Argumentado la relevancia del estudio del SB en trabajadores y la influencia negativa que ejerce en el rendimiento laboral de éstos (Albendín, 2016; Wang et al., 2017) y manifestado mediante el aumento de la solicitud de Incapacidades Temporales (IT; Gasparino, 2014).

Previamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), la Asociación Americana de Psicología (APA) y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2005), ya habían mencionado la importancia de los riesgos psicosociales que conlleva cada puesto de trabajo y repercuten en el cumplimiento de los derechos fundamentales de los trabajadores, además de la problemática generada por el SB en la economía de las empresas.

Posteriormente, la Unión Europea creará una Comisión incluida dentro del Programa de Trabajo del Diálogo Social entre 2003-2005 y en el Programa de Trabajo Social 2013-2014 (Albendín, 2016; Pérez, 2013), dedicada a la investigación de los estresores relacionados con el ámbito laboral. Mientras tanto, en España, se crea la Ley 31/1995 de 8 de noviembre Prevención de Riesgos Laborales, en un intento de garantizar la protección de los trabajadores frente a los riesgos inherentes al puesto de trabajo, así como de velar por la seguridad de los mismos. (Albendín, 2016). Además de las numerosas actualizaciones en materia de prevención que se han realizado sobre esta ley, existen numerosas sentencias del Tribunal Superior de Justicia (TSJC) que han

intentado reconocer el Burnout como un Accidente de Trabajo (AT; Canarias, 2437, 2012).

En el año 2019, la OMS presentó en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, la inclusión del SB en la última revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, versión 11 (11th ed.; CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2019), dentro de la entidad “problemas asociados con el empleo y el desempleo”, con el código “QD85 Síndrome de Desgaste Profesional”. En la CIE-11 (2019), la cual ha entrado en vigor el 1 de enero de 2022, se conceptualiza el SB como el resultado de un cuadro de estrés crónico en el lugar de trabajo, gestionado de forma incorrecta y que ha confluído en un escenario de agotamiento extremo (OMS, 2019). Esta nueva definición permite profundizar en la identificación de profesionales “quemados”, prevenir el SB y tratarlo a tiempo.

Actualmente, España cuenta con 18 meses, para adaptar las estrategias recogidas en la CIE-11 al marco normativo nacional y su posterior aplicación a todos los trabajadores del país.

1.4. El Síndrome de Burnout en el Ámbito Sanitario

Una vez conceptualizado el síndrome como un fenómeno laboral en auge, que repercute especialmente a los profesionales que ofrecen un servicio a los clientes y cuya repercusión afecta de manera directa a los empresarios, se procederá a ubicar a los profesionales sanitarios, como objeto de estudio en esta tesis doctoral, al ser el grupo de riesgo con mayor prevalencia de padecer Burnout (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Qiao et al., 2016).

1.4.1. Burnout en el Personal Sanitario: Profesional de Enfermería.

La categoría profesional de enfermería cuenta con una prevalencia ligeramente superior (Albendín et al., 2016; Ang et al., 2016; Cañadas De la Fuente et al., 2014) al resto de categorías sanitarias, aportándole mayor vulnerabilidad. Hecho, que se atribuye a la reiterada exposición a estresores laborales (Triolo, 1989), violencia en el ámbito laboral recibida, por parte de pacientes y familiares (Vidal-Martí and Pérez-Testor, 2015), así como riesgos biológicos, físicos y químicos inherentes al puesto de trabajo (Triolo, 1989).

La mayoría de los estresores laborales provienen de situaciones que conllevan una sobre implicación emocional, propia de la estrecha relación terapéutica establecida con los pacientes y de la sobrecarga de trabajo diaria (Kristoffersen and Friberg, 2017). Así mismo, a lo largo de la jornada laboral las enfermeras pueden verse sometidas a una fuerte tensión emocional, relacionada con situaciones de muerte en los pacientes a su cargo; dificultades en el trabajo en equipo (Veland-Soriano et al., 2019); conflictos con el resto del personal de la unidad (Chana et al., 2015); y escasez de tiempo para realizar los procedimientos requeridos (Dos Santos-Alves et al., 2016). La suma de todos los estresores con los que lidian las enfermeras en su día a día, unido a la precariedad laboral y una insuficiente remuneración (Esteban-Sepúlveda et al., 2019). Todo esto desemboca en el desarrollo de insatisfacción laboral al no poder prestar unos cuidados de calidad (Bloxsome et al., 2019; Demerouti et al. 2012; Vargas et al., 2014),

mediando el desarrollo del SB y, en muchas ocasiones, al abandono de la profesión (Duffin, 2013).

Estos datos fluctúan en función de las características intrínsecas a la organización de cada unidad sanitaria, en la que trabajan los profesionales de enfermería (Favrod et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2016; López-López et al., 2019; Moss et al., 2016; Pradas-Hernández et al., 2018; Ramírez- Baena et al., 2019).

Además, cabe añadir a todas las anteriores, las funciones adscritas a cada puesto de trabajo, que condicionan la denominación de cada puesto y su correspondiente posición en el convenio salarial (García-Campayo et al., 2016).

1.4.2 Características Específicas de la Enfermería Dedicada a la Administración y Gestión Sanitaria

En la categoría profesional de enfermería existe el puesto de trabajo centrado en la administración y gestión de los recursos, tanto materiales como humanos, de los centros sanitarios (Moran et al., 2021). Este puesto se clasificaría como intermedio en el sistema sanitario y será en el que centremos nuestro interés en esta tesis doctoral (Gunawan et al., 2019).

El perfil de enfermera gestora ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Los nuevos enfoques en esta materia se encuadran en los valores de la ética pública democrática, a partir de las Recomendaciones del Consejo Europeo, en el que se apuesta por un modelo de liderazgo que reconoce la peculiaridad del sistema sanitario y los objetivos planteados para la atención de la salud y la salud pública (Anders et al., 2021). A partir de este modelo, cobra vital importancia el papel de los cargos directivos e intermedios, como puestos estratégicos para el logro de las metas de la organización y en los resultados sanitarios, en los procesos de transparencia y rendición de cuentas y en la eficiencia del sistema (Seto et al., 2021).

Las funciones del puesto de enfermera dedicada a la gestión parten de la responsabilidad intrínseca de que se cumplan los estándares de calidad en los cuidados. Además de dirigir y coordinar los cuidados de enfermería y los recursos materiales y humanos, en una determinada área sanitaria (Haas et al., 2021). Esta tarea se realiza en función de las directrices aportadas por la jefatura de enfermería y siguiendo los valores de misión y visión planteados por cada institución (Díaz and Soto, 2020).

Asimismo, se encargarán de enseñar y gestionar el desarrollo laboral de los profesionales a su cargo y de promover la investigación en el centro de trabajo (Ojanperä et al., 2021). Las enfermeras gestoras son clave para garantizar una comunicación eficaz entre los profesionales involucrados en el cuidado del paciente e intervenir en la resolución de conflictos, con suficiente inteligencia emocional para poder implementar una adecuada gestión de la calidad y optimizar el control de registros y documentos (Decreto 132 de 2021, de 6 de abril).

Por lo tanto, estas enfermeras tienen la responsabilidad de dominar el área administrativa, poseer los suficientes conocimientos del área para dar unos cuidados de calidad, habilidades comunicativas empáticas (Procter et al., 2021), amplia capacidad para la toma de decisiones, organización de descansos y turnos de trabajo de sus empleados y ser altamente resolutivo (Del Barrio-Linares and Pumar-Méndez, 2015).

El perfil de la enfermera dedicada a la gestión y administración sanitaria debe desarrollarse conforme a los avances tecnológicos (Procter et al., 2021) y la evidencia científica del momento (Guerrero Fernández, 2015). Para ello, la enfermera que quiera este puesto debe contar con la suficiente preparación académica y la especialización en gestión sanitaria tras acabar la carrera de enfermería, mediante la realización de: un máster, cursos de liderazgo, etc (Castillo et al., 2021; Fernández and Rodríguez, 2018).

Asimismo, deberán formarse y optar por un determinado método de supervisión específico, en función del cargo desempeñado (Labrague, 2021; Moraes et al., 2021):

Directa. El gestor de enfermería tiene contacto directo con los profesionales a su cargo, lo que le permite conocer de manera personal las necesidades y problemas del servicio o unidad asistencial, así como interactuar con los pacientes y los cuidados que éstos reciben.

Indirecta. El gestor de enfermería no tiene contacto personal con el supervisado; se realiza a través de instrumentos (análisis de documentos, informes, historias clínicas y registros de enfermería). Se encargan de redactar manuales de procedimientos, protocolos e informes sanitarios.

Además de conocer y aplicar los distintos tipos de liderazgo, entendido como la capacidad para utilizar distintos sistemas de pensamiento y comunicación (Lucido Martín, 2021):

Autocrática. No tiene en cuenta la opinión de sus trabajadores y se espera un alto cumplimiento por su parte.

Democrática. Aquella que permite la comunicación directa y toma de decisiones por parte de los profesionales a su cargo.

Liberal. Este tipo de liderazgo se basa en la exclusiva toma de decisiones de los profesionales de enfermería, sin necesidad de contar con la aprobación de sus superiores.

Integrante. Integra los estilos de liderazgo anteriores y es la más adecuada. En la práctica clínica se puede aplicar todos estos estilos liderazgo en función de las características de cada momento (Xie et al, 2020).

Si nos centramos en nuestro país, los cargos intermedios suelen organizarse en turno fijo de mañanas, aunque algunos poseen turnos rotativos (con turnos de mañana o tarde) para realizar guardias en horario extendido (Sánchez-Bermejo and Cortés-Fadrique, 2014).

En el Servicio Andaluz de Salud (SAS) la provisión de cargos intermedios de los centros sanitarios está regulada por el sistema de provisión de cargos superiores del Decreto 75/2007, de 13 de marzo de 2007. Gracias a dicho Decreto, la provisión se realizará por el procedimiento de concurso de méritos y convocatoria pública, abandonando los procesos denominados de “libre designación”. (Decreto 132/2021, de 6 de abril). Según lo publicado en la web del Sistema Público de Salud de Andalucía, la población de enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria está conformada por 1.064 puestos intermedios (Servicio Andaluz de Salud, s.f.).

Si nos centramos en el problema estudiado a lo largo de la tesis doctoral, encontramos como los gestores de enfermería están especialmente expuestos a altos niveles de estrés relacionado con la gran responsabilidad que conlleva el puesto y la amplia carga de trabajo (Lee and Henderson, 1996). De esta forma, vemos que las enfermeras gestoras son más vulnerables a desarrollar baja RP (Cao and Naruse, 2019; Membrive-Jiménez et al., 2022) y CE (Membrive-Jiménez et al., 2020; Laschinger, 2015), el cual está íntimamente relacionado con bajos niveles de asertividad (Segarra-Cañamares and Garrido-Santiago, 2000), pero estos profesionales son menos propensos a desarrollar D (Heeb and Haberey-Knuessi 2014).

Si nos centramos en el perfil de riesgo a desarrollar Burnout, encontramos estudios que avalan que su protagonismo entre mujeres de mediana edad (Cao and Naruse, 2019), casadas (Karsavuran and Kaya, 2017) y con hijos (Heeb and Haberey-Knuessi, 2014). Aunque encontramos otros estudios que confirman la relación inversa entre la edad y el SB (Membrive-Jiménez et al., 2020).

Las gestoras que trabajan a tiempo completo están más expuestas a desarrollar Burnout que los que trabajan a tiempo parcial (Adriaenssens et al., 2017; Cao and Naruse, 2019), aunque encontramos discrepancias con otro artículo, que confirma que la realización de horas extraordinarias a modo de guardia y bien organizadas mejora la RP (Membrive-Jiménez et al., 2022). La falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo, subordinados y superiores provoca un impacto negativo en los gestores de enfermería, incidiendo en el rechazo de su papel como supervisor (Adriaenssens et al., 2017) y un

abandono precoz del puesto de trabajo (Karsavuran and Kaya, 2017; Pucheu-Moris, 2010).

Por otro lado, las enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria también son figuras importantes para ayudar a evitar el desgaste del personal de los profesionales a su cargo (Membrive-Jiménez et al., 2020; Sánchez-Bermejo and Cortés-Fadrique, 2014).

Por lo tanto, esta tesis doctoral está orientada al estudio del grupo de riesgo conformado por los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en áreas administración y gestión de los distintos centros hospitalarios del SAS. Mediante el análisis de las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad, comentadas anteriormente, y su influencia en la prevalencia y niveles de Burnout.

CAPÍTULO 2.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Tras haber examinado el marco teórico que conceptualiza el SB y sus consecuencias en los profesionales sanitarios, se procede a explicar los objetivos e hipótesis de esta tesis doctoral.

A la luz de lo explicado anteriormente, la categoría profesional de enfermera se plantea como una de las profesiones potencialmente vulnerables a desarrollar el SB. Dentro de la enfermería existen distintos puestos de trabajo o especialidades, cada una cuenta con unas peculiaridades distintas exige unas habilidades específicas al personal que trabaja en ella y precisa, en mayor o menor medida, de un constante manejo del estrés ambiental. Hecho, que hace indispensable el estudio del SB en profesionales de enfermería, estratificado según el puesto que desempeñan. Por este motivo, analizar la prevalencia y niveles de Burnout en el área de administración y gestión de enfermería nos permitiría proporcionar datos acerca del grado de afectación que sufren estos profesionales e incorporar en la gestión sanitaria programas de prevención del Burnout y promoción de la salud mental entre estos trabajadores. Por otro lado, se pretende estudiar el SB desde todas sus dimensiones, partiendo de las características sociodemográficas, laborales y psicológicas que influirán en el afrontamiento del estrés del medio laboral.

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

2.1 Objetivos

El objetivo general de esta tesis doctoral es estudiar la prevalencia y niveles de Burnout en los profesionales de enfermería dedicados a la administración y gestión sanitaria en los centros que conforman el SAS, además de examinar los factores de riesgo que predisponen a las gestoras a desarrollar dicho síndrome.

El objetivo planteado anteriormente se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

Objetivo I

Conceptualizar, mediante revisión sistemática y metaanálisis de la literatura científica, el desarrollo de Burnout en enfermeras dedicadas a la gestión sanitaria y los perfiles sociodemográficos, laborales y de personalidad que favorecen la aparición de dicho síndrome.

Objetivo II

Estimar la prevalencia y analizar los niveles de Burnout en enfermeras gestoras de centros sanitarios del SAS.

Objetivo III

Analizar de forma empírica el perfil sociodemográfico y laboral de las enfermeras gestoras que desarrollan su labor en centros sanitarios del SAS.

Objetivo IV

Identificar los factores de riesgo relacionados con las características psicológicas de los gestores de enfermería del SAS y medir el impacto de dichas variables en el pronóstico del nivel de Burnout para cada dimensión.

2.2. Hipótesis

Tras la lectura y análisis de la bibliografía científica relacionada con la temática y con el fin de alcanzar los objetivos propuestos anteriormente, se plantean las hipótesis que orientan la metodología de cada artículo publicado para esta tesis doctoral.

Hipótesis 1

La prevalencia de Burnout y los niveles en CE, D y RP en enfermeras gestoras de centros sanitarios del SAS serán elevados.

Hipótesis 2

Determinados factores sociodemográficos y laborales estarán relacionados con el desarrollo de Burnout, lo que determinará perfiles de riesgo asociados a una mayor susceptibilidad de desarrollar dicho síndrome en las enfermeras gestoras de centros del SAS.

Hipótesis 3

Existirán ciertas características psicológicas de los gestores de enfermería del SAS, que serán factores de riesgo del SB e influirán en el pronóstico del nivel de Burnout para cada dimensión.

CAPÍTULO 3.

BURNOUT EN ENFERMERAS GESTORAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS, NIVELES Y PREVALENCIA



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



Review

Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Related Factors, Levels and Prevalence

María José Membrive-Jiménez ¹, Laura Pradas-Hernández ², Nora Suleiman-Martos ³,
Keyla Vargas-Román ⁴, Guillermo A. Cañadas-De la Fuente ⁵,
José Luis Gomez-Urquiza ^{5,*} and Emilia I. De la Fuente-Solana ⁶

¹ Ceuta University Hospital, National Institute of Health Management, Loma del Colmenar s/n,
51003 Ceuta, Spain; mariajose.membrive@gmail.com

² Virgen de las Nieves University Hospital, Andalusian Health Service, Avenida del Sur N. 11,
18014 Granada, Spain; lauraphl9@gmail.com

³ Faculty of Health Sciences, University of Granada, Cortadura del Valle s/n, 51001 Ceuta, Spain;
norasm@ugr.es

⁴ Faculty of Psychology, University of Granada, Campus Universitario de Cartuja s/n, 18071 Granada, Spain;
keyvarom@ugr.es

⁵ Faculty of Health Sciences, University of Granada, Avenida Ilustración, 60, 18016 Granada, Spain;
gacf@ugr.es

⁶ Brain, Mind and Behaviour Research Center (CIMCYC), University of Granada, Campus Universitario de
Cartuja s/n, 18071 Granada, Spain; edfuente@ugr.es

* Correspondence: jlguirquiza@ugr.es

Received: 17 April 2020; Accepted: 2 June 2020; Published: 4 June 2020

Membrive-Jiménez, M. J., Pradas-Hernández, L., Suleiman-Martos, N., Vargas-Román, K., Cañadas-De la Fuente, G. A., Gomez-Urquiza, J. L., and De la Fuente-Solana, E. I. (2020). Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Related Factors, Levels and Prevalence. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3983. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113983>

3.1. Resumen

El SB es un problema de salud laboral, que afecta especialmente a las enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria. El objetivo principal de este estudio fue analizar el nivel, la prevalencia y los factores de riesgo de Burnout en enfermeras gestoras.

Se realizó una revisión sistemática con metaanálisis. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, PsycINFO, CINAHL, LILACS, Scielo y Scopus. La ecuación de búsqueda utilizada fue “Burnout AND nurs* AND (health manager OR case managers)”.

Las enfermeras gestoras presentan altos niveles de CE y un alto grado de D. Algunos estudios muestran que variables sociodemográficas, como: edad, género, estado civil, tener hijos; y variables laborales, como: el mobbing; están íntimamente relacionadas con el desarrollo de Burnout. La estimación de la prevalencia del CE en el metaanálisis fue alta (29%; IC 95% = 9-56) para una muestra de 780 enfermeras gestoras. La estimación de la correlación entre el Burnout y la edad en el metaanálisis fue de $r = -0,07$ (IC 95 % = $-0,23-0,08$).

La sobrecarga de trabajo, la necesidad de mediar en los conflictos entre el personal de enfermería a su cargo, la falta de tiempo y de apoyo de los mandos superiores, contribuyen a favorecer el desarrollo de Burnout entre las enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria.

Palabras clave

Burnout; Gestión de Enfermería; Salud Laboral; Prevalencia; Factores de Riesgo

3.2. Introducción

En los últimos años se ha podido observar un aumento de los niveles del SB en la población trabajadora, fenómeno que ha atraído la atención tanto de investigadores como de profesionales del sector (Stamm, 2002), pretendiendo analizar este problema desde las diferentes perspectivas psicológicas (Schaufeli et al., 2009). El término “Burnout” fue empleado por primera vez en la década de los setenta, para describir el cansancio físico y emocional que los trabajadores pueden experimentar en el trabajo, especialmente aquellos que proporcionan algún tipo de servicio a los demás (Freudenberg, 1974). De esta forma, el Burnout aparecería cuando los trabajadores estuvieran continuamente expuestos a factores estresantes y no fueran capaces de afrontarlos, provocando que se sientan agotados, sin energía y cansados mentalmente (Stamm, 2002).

Dicho síndrome cuenta con una elevada prevalencia entre los profesionales de la salud y más concretamente entre las enfermeras (Gómez-Urquiza et al., 2017). Existen numerosos estudios que demuestran la vulnerabilidad de este colectivo a padecer los efectos del Burnout (Cañadas de la Fuente et al., 2015; Molina-Praena et al., 2018). El SB en el personal enfermero se caracteriza por la aparición de los siguientes efectos: CE, asociado a una pérdida progresiva de energía; D, caracterizado por actitudes negativas hacia pacientes y compañeros; y sentimientos de baja RP o pérdida de la confianza en uno mismo (Maslach and Jackson., 1981).

La enfermería se considera una profesión particularmente estresante debido, en gran parte, a su alto grado de relación con el paciente y la fuerte implicación emocional que ello conlleva (Parada et al., 2005). Las enfermeras que padecen Burnout suelen tener una visión negativa de la institución sanitaria. Además, de presentar un mayor absentismo laboral, aumento de la intención de abandonar el puesto de trabajo, sufren un empeoramiento del clima de trabajo y de la relación con los trabajadores de la unidad (Adriaenssens et al., 2019). Esta situación repercute directamente en la calidad de los cuidados prestados y es perjudicial para los usuarios del servicio de asistencia sanitaria (Franco et al., 2011).

Por otro lado, los gestores de enfermería actúan como líderes, que deben orientar a las enfermeras de la unidad que tienen a su cargo y ayudan a implementar nuevas ideas y procedimientos, que mejoran la calidad de los servicios. Además, las enfermeras gestoras actúan como puesto intermedio entre el personal de enfermería y los superiores. Asimismo, son los responsables de supervisar el trabajo de las enfermeras a su cargo, administrar los recursos con los que cuenta la unidad y, si fuera necesario, brindar la mejor atención posible a los pacientes del departamento. Si nos fijamos en el trabajo de los gestores de enfermería, podemos observar cómo están expuestos diariamente a altas exigencias y constantes factores estresantes, que exigen largas jornadas de trabajo (Madsen et al., 2016). Si sumamos esto a los altos niveles de responsabilidad social con los que cuenta la profesión y a los problemas surgidos en los servicios sanitarios que lideran dichos gestores, se traduce en una importante sobrecarga de trabajo (Gómez-Urquiza et al., 2017), que dificulta la conciliación de la vida familiar y laboral (Gallagher et al., 2009).

A su vez, los principales signos y síntomas de Burnout que vamos a encontrar en las enfermeras gestoras incluyen: sensación de cansancio, dificultad para concentrarse, mala organización, aumento del número de errores asociado a una disminución de la calidad del trabajo, falta de energía (tanto en el trabajo, como en otros lugares), ansiedad y frustración (Parada et al., 2005). Son numerosos los factores que podemos relacionar con la aparición de este síndrome, pero cabe destacar la presión del tiempo y la necesidad de mediar en los conflictos surgidos en el medio de trabajo, como las dos fuentes más importantes de estrés, que mantenidas en el tiempo conllevan la aparición del Burnout (Qucik, 1990).

Por otro lado, los gestores de enfermería también son figuras importantes en la prevención del SB en el personal de enfermería a su cargo (Gómez-Urquiza et al., 2017). Por lo que es importante, analizar si las enfermeras gestoras se ven afectadas por el SB, cuáles serían los posibles factores de riesgo de padecerlo y estimar su prevalencia, con el objetivo de evitar que los trabajadores a su cargo sufran las mismas consecuencias (Gómez-Urquiza et al., 2017; Molina-Praena et al., 2018).

Ante esta situación, surgen diferentes pensamientos para solucionar o evitar este problema de salud laboral. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar los niveles de Burnout, la prevalencia, y los factores de riesgo en los gestores de enfermería.

3.3. Metodología

3.3.1. Fuentes de Datos, Ecuación de Búsqueda y Criterios de Inclusión

Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis, siguiendo las directrices de PRISMA. El primer paso de este proceso fue buscar publicaciones en las siguientes bases de datos electrónicas: Pubmed, Psycinfo, CINAHL, LILACS, Scielo y Scopus. La ecuación de búsqueda utilizada fue “Burnout AND nurs* AND (health managers OR case managers)”. No se aplicaron restricciones en la fecha de publicación, los métodos de estudio o el tamaño de la muestra, minimizando así el sesgo de publicación.

El segundo paso fue examinar y evaluar todos los estudios y revisiones obtenidos sobre este tema. Después, se analizaron todas las referencias incluidas en los estudios seleccionados.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: (a) estudios publicados un máximo de cinco años atrás; (b) estudios que analizaron una muestra de gestores de enfermería; (c) estudios que midieran el Burnout en esta muestra y especificaran en sus resultados el número o proporción de personas con Burnout; (d) el idioma utilizado en el documento (español, inglés, portugués o italiano); (e) se incluyeron en el metaanálisis los estudios que utilizaron el MBI (cuestionario psicológico, que consta de 22 ítems, que mide las diferentes dimensiones de Burnout, CE, D y RP) o similares.

Los criterios de exclusión fueron: (a) muestras de enfermeras que no se dedicaban a la administración gestión sanitaria; (b) estudios con muestras mixtas que no proporcionan información independiente para enfermeras gestoras; (c) estudios con baja calidad metodológica, estudios con más de 3 respuestas negativas a la lista de verificación de lectura crítica de Ciapponi (2010).

3.3.2. Codificación de Resultados

Dos miembros del equipo, de forma independiente, realizaron la búsqueda, selección y lectura detallada de las publicaciones. En caso de desacuerdo, también se consultó al resto de investigadores del grupo.

Las siguientes variables fueron consideradas y registradas en una tabla específica de registro de datos (ver Tabla 1): (a) autores; (b) año de publicación; (c) país de publicación; (d) idioma; (e) tamaño de la muestra; (f) porcentaje de gestoras de enfermería en la muestra; (g) edad, en años, de la población de la muestra (media, desviación estándar, mediana o rango) y género de esta. Junto con las variables metodológicas: (h) instrumento de medición del Burnout; (i) en el caso del Maslach Inventario de Burnout (MBI), especificación de los subtipos de la escala MBI (MBI-HSS, MBI-GS); (j) uso del instrumento original o de una versión adaptada del mismo.

Las variables que reflejan el impacto del Burnout se clasificaron en función de los principales resultados de la presencia de Burnout en enfermeras gestoras y a partir de los niveles de Burnout (bajo, medio o alto) para cada dimensión, según lo establecido en el MBI.

3.3.3. Análisis de los Datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio, referentes a la calidad de cada publicación seleccionada, en función de los niveles de evidencia y los grados de recomendación propuestos por el Grupo de Trabajo sobre los Niveles de Evidencia del Centro de Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia (OCEBM; Howick, 2011).

Para analizar los principales datos se utilizó el paquete estadístico de StatsDirect, software diseñado para usuarios de ciencias de la salud en general. Primer, se ejecutó un análisis de sensibilidad y se determinó el sesgo de publicación, evaluado mediante la prueba de regresión lineal de Egger. Se efectuaron dos metaanálisis de efectos aleatorios

para calcular las estimaciones y sus intervalos de confianza. Uno para la correlación entre edad y Burnout y otro metanálisis para la prevalencia de Burnout.

El análisis de heterogeneidad de la muestra se llevó a cabo mediante el índice I². Los puntos de corte del MBI se utilizaron en los estudios incluidos para conocer la prevalencia de un alto CE. Esa información se utilizó para la estimación de la prevalencia en el metaanálisis.

3.4. Resultados

3.4.1. Búsqueda Bibliográfica y Estudios Incluidos

La búsqueda se realizó en marzo de 2020. Las bases de datos mostraron 438 estudios, que fueron reducidos a 25, tras la lectura del título y el resumen de los mismos. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión correspondientes, se seleccionaron un total de n = 11 estudios. Excluyendo 10 artículos por no estar relacionados con el tema de estudio y 4 por no tener datos suficientes (Figura 1). A parte, se excluyeron 14 estudios por su baja calidad metodológica.

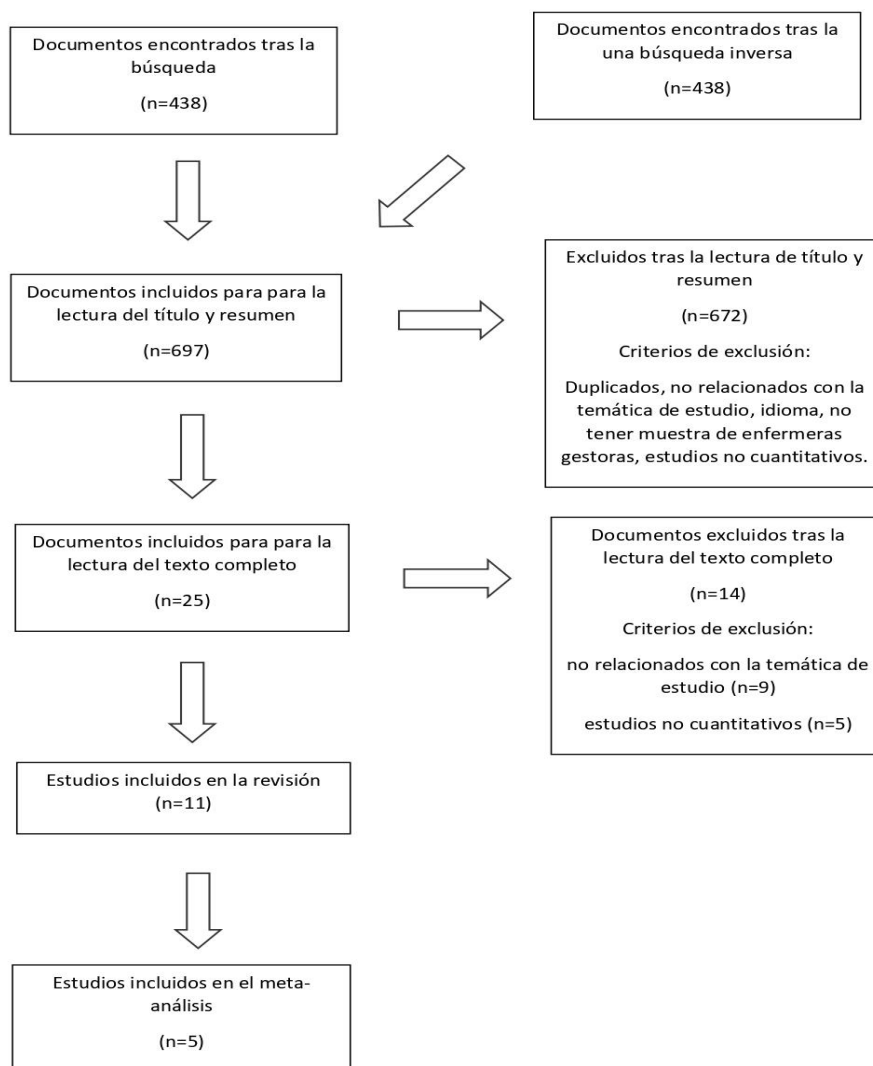


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de los artículos incluidos en el estudio.

Más de la mitad de los estudios incluidos se publicaron entre 2014 y 2020 y describen investigaciones realizadas en: Canadá, Japón, Suiza, Bélgica, EE. UU. y Finlandia. La muestra estaba compuesta por gestores de enfermería, que trabajan en hospitales, la mayoría eran mujeres, siendo más del 90% de la población de estudio en la mayoría de los casos (Cao and Naruse, 2019; Wong and Laschinger, 2015). La edad media de las enfermeras estaba en torno a los 45 años.

En la mayoría de los estudios incluidos, los investigadores utilizaron el MBI, para medir las diferentes dimensiones del SB en la muestra, a excepción de un estudio seleccionado, en el que los investigadores usaron el Cuestionario Japonés de Burnout (J-BI; Cao and Naruse, 2019), presentes en la Tabla 1.

TABLA 1. Principales resultados incluidos en la revisión.

Autores (año publicación), país	Instrumento de medida de Burnout	Tamaño de la muestra	Características de la muestra	Principales resultados Media (DT)	Diseño del estudio / OCEBM
Suzuki et al. (2009), Japón.	MBI J-RAS	172	Edad: 43.8 Casados: 30.2% Hijos: 29.9%	Burnout total= 11.0 CE= 1.4 D= 3.6	Transversal/ NE: 2C GR: B
Wong and Laschinger (2015), Canadá.	MBI	159	Mujeres: 143 (92.3%) Hombres: 12 (7.7%)	CE= 2.91(1.44) D= 1.58(1.44)	Transversal/ NE: 2C GR: B
Heeb and Haberey- Knuessi (2014), Suiza.	MBI-HSS	257	Edad: 46.7 Mujeres: 58.0% Casados: 58% Hijos: 56.4%	CE= 16.9(7.1) D= 5.4(4.2) RP= 35.6(6.9)	Transversal/ NE: 2C GR: B
Laschinger and Finegan (2008), Canadá.	MBI	134	Edad: 48.04 Mujeres: 129 (95.3%) Hombres: 5% (4.7)	CE= 3.14(1.15)	Transversal/ NE: 2C GR: B

Autores (año publicación), país	Instrumento de medida de Burnout	Tamaño de la muestra	Características de la muestra	Principales resultados Media (DT)	Diseño del estudio / OCEBM
Adriaenssens et al. (2017), Bélgica.	MBI-HSS	319	Edad: 45.7 Mujeres: 59.1% Hijos: 86.2% Trabajo a tiempo completo: 85.8%	CE= 1.42(0.71)	Transversal/ NE: 2C GR: B
Kanste (2008), Finlandia.	MBI-HSS	627	Mujeres: 94% Hombres: 6% Edad: 41% (40-49)	CE= 2.95 D= 1.82 RP= 6.18	Transversal/ NE: 2C GR: B
Cao and Naruse. (2019), Japón.	J-BI	93	Mujeres: 97.8% Hombres: 2.2% Edad: 43.26 Trabajo a tiempo completo: 67.7%	CE= 2.46 (0.91) D= 1.70 (0.70)	Transversal/ NE: 2C GR: B
Lee and Henderson (1996), EEUU.	MBI	78	Mujeres: 93% Casado: 79%	SD	Transversal/ NE: 2C GR: B

Autores (año publicación), país	Instrumento de medida de Burnout	Tamaño de la muestra	Características de la muestra	Principales resultados Media (DT)	Diseño del estudio / OCEBM
Hewko et al. (2015), Canadá.	MBI	95	Mujeres: 87 (92%) Hombres: 8 (8%) Edad: 75% (40-59)	CE= 3.57 (1.38) D=3.58 (1.50) RP=5.08(1.09)	Transversal/ NE: 2C GR: B
Karsavuran and Kaya (2017), Turquía.	MBI	244	Mujeres: 78 (32%) Hombres: 166 (68%) Casados: 75.4%	Alta puntuación en CE y D, baja puntuación para RP, asociado a altos niveles de Burnout.	Transversal/ NE: 2C GR: B
Ceravolo and Raines. (2019), EEUU.	ProQOL CBI	12	SD	La intervención de mindfulness tuvo un impacto positivo en la puntuación de ProQOL y CBI.	Longitudinal Prospectivo / NE: 2C GR:B

Nota: CE [Cansancio Emocional]; D [Despersonalización]; RP [Realización personal]; SD [Sin datos]; OCEBM* [Niveles de Evidencia del Centro de Oxford para Medicina Basada en la Evidencia]; NE [Nivel de Evidencia del Estudio]; GR [Grado de recomendación]; MBI [Maslach Burnout Inventory] J-RAS: [Versión Japonesa del Inventario de Asertividad de Rathus]; MBI-HSS [Maslach Burnout Inventory-Human Services]; J-BI [Japanese Burnout Inventory]; PROQOL [Professional Quality of Life]; CBI [Copenhagen Burnout Inventory].

3.4.2. Niveles y Prevalencia de Burnout entre Gestoras de Enfermería

El Burnout se entiende como un riesgo frecuente en los trabajadores de muchas áreas, incluyendo a los profesionales de atención sanitaria (Karsavuran and Kaya, 2017). Los estudios han justificado que los gestores de enfermería están especialmente expuestos al CE (Cao and Naruse, 2019; Heeb and Haberey-Knuessi, 2014; Laschinger and Finegan, 2008; Wong and Laschinger, 2015), dimensión del SB íntimamente relacionada con niveles altos de estrés laboral (Lee and Henderson, 1996) y bajos de asertividad (Suzuki et al., 2009).

La D se considera menos virulenta que el CE, pero cuando aparece, éste suele ser causa evidente de insensibilidad hacia compañeros de trabajo y pacientes. La aparición de D dificulta las relaciones entre enfermeras gestoras y el resto del personal (Heeb and Haberey-Knuessi 2014).

Los profesionales con bajo nivel de RP son menos eficaces en su trabajo, presentan menos motivación y experimentan dificultad para realizarlo (Heeb and Haberey-Knuessi 2014). Esta dimensión del Burnout se altera cuando los trabajadores estaban sometidos a una sobrecarga laboral y un alto grado de responsabilidad. Por tanto, los gestores de enfermería presentan una gran propensión a sufrir una baja RP (Cao and Naruse, 2019).

3.4.3. Factores de Riesgo y Mediadores de Burnout en Gestores de Enfermería

Entre otros factores sociodemográficos, los estudios han demostrado que la probabilidad de padecer Burnout está relacionada con la edad (Adriaenssens et al., 2017; Cao and Naruse, 2019; Heeb and Haberey-Knuessi, 2014; Kanste, 2015; Laschinger and Finegan, 2008 Suzuki et al., 2009) y el género (Adriaenssens et al., 2017; Heeb and Haberey-Knuessi, 2014; Kanste, 2015; Laschinger and Finegan, 2008; Wong and Laschinger, 2015). Por lo tanto, el riesgo de desarrollar Burnout fue especialmente mayor entre mujeres de 40 a 50 años. Otros factores mediadores fueron el estado civil y la maternidad. La mayoría de la muestra afectada estaba casada (Heeb and Haberey-

Knuessi, 2014; Karsavuran and Kaya, 2017; Lee and Henderson, 1996; Suzuki et al., 2009) y tenía hijos (Heeb and Haberey-Knuessi, 2014; Suzuki et al., 2009). Además, los trabajadores a tiempo completo estuvieron más expuestos a desarrollar Burnout que los trabajadores a tiempo parcial (Adriaenssens et al., 2017; Cao and Naruse, 2019).

La falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo, subordinados y superiores tuvo un fuerte impacto negativo en los gestores de enfermería y se asoció directamente con el rechazo de su papel como supervisora (Adriaenssens et al., 2017). Algunos estudios observaron la influencia de sufrir mobbing (comportamiento nocivo hacia un determinado compañero de trabajo) en el agravamiento del SB, provocando un abandono precoz del puesto de trabajo (Karsavuran and Kaya, 2017).

3.4.4. Resultados del Metaanálisis

No se encontró sesgo de publicación, siendo el análisis de Egger no significativo. Con respecto al análisis de sensibilidad, los valores de estimación metaanalítica no variaron al eliminar cualquiera de los estudios.

En el análisis de heterogeneidad, el índice I² fue del 48,1% para el metaanálisis de correlación y 96,6% para el metaanálisis de prevalencia. La estimación de la correlación entre las variables Burnout y edad fue $r = -0,07$ (IC 95% = -0,23-0,08), lo que indica que a medida que la edad es menor, los niveles de Burnout son más altos (Figura 2).

Con respecto a la prevalencia del CE, la estimación metaanalítica fue de 29% (95%, IC = 9–55), con una muestra de 780 gestores de enfermería, como se muestra en la Figura 3. No hubo suficientes estudios para realizar el metaanálisis de las dimensiones de D y RP.

Figura 2. Forestplot de correlación entre CE y edad.

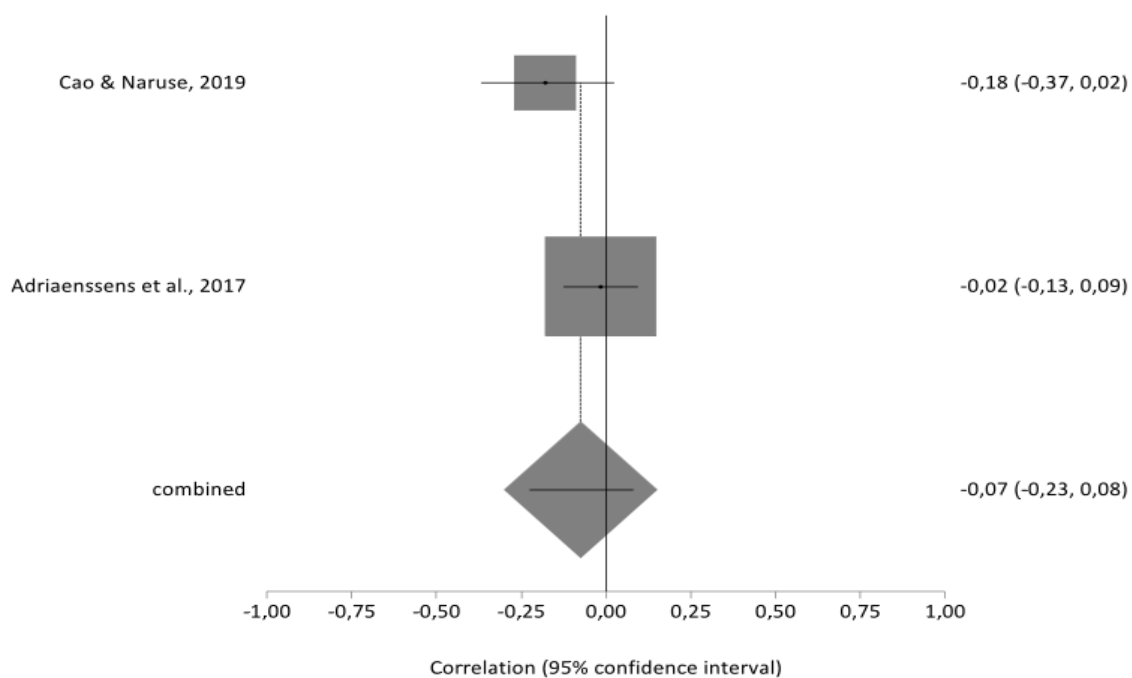
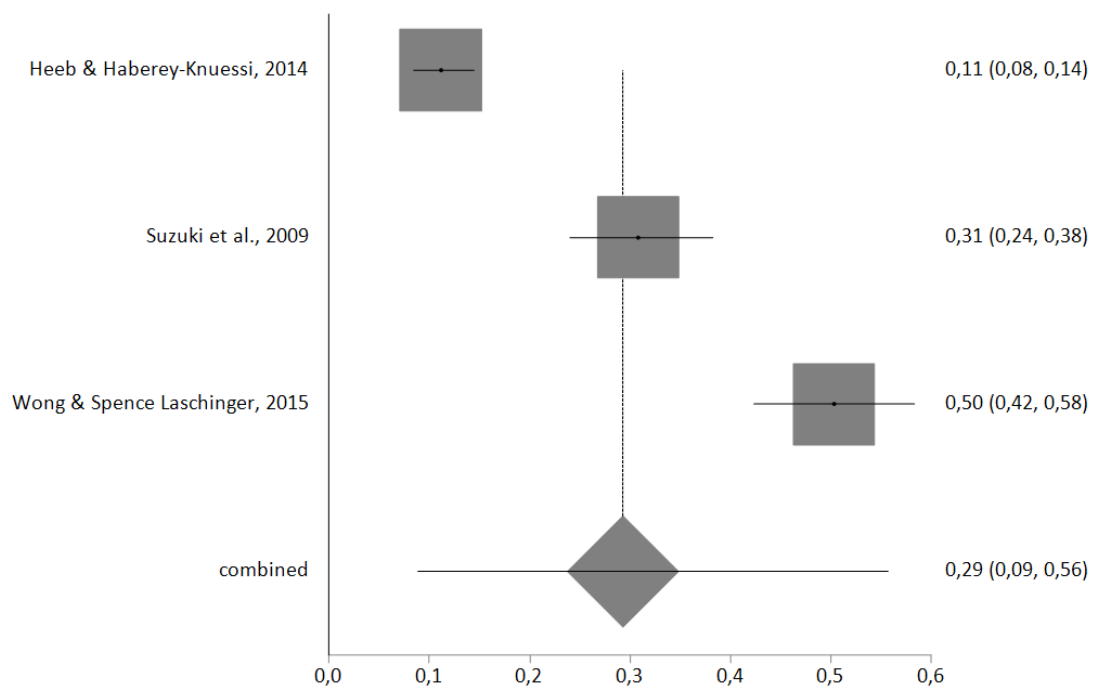


Figura 3. Foresplot de tasa de prevalencia de CE.



3.5. Discusión

Generalmente, se considera que el SB se compone de tres dimensiones: CE, D y RP. Se ha verificado que las enfermeras gestoras son particularmente vulnerables al CE, debido a la sobrecarga de trabajo que a menudo experimentan. Hecho, que a la vez está influenciado por la escasez de personal, dificultando la prestación de los servicios como respuesta a las demandas de atención sanitaria (Grazziano and Ferraz, 2010; Ramírez-Baena et al., 2019). Este problema, unido a la falta asertividad, bastante común en la comunicación con los directivos; y además, relacionado con la percepción de falta de apoyo; desencadena una gran insatisfacción laboral (Ramírez-Baena et al., 2019; Tully and Tao, 2019) y altos niveles de estrés entre los gestores (Alarcón et al., 2003; Grazziano and Ferraz, 2010). Todo ello supone en estos profesionales un alto grado de CE y con ello, mayores niveles de Burnout.

La D también es habitual entre los gestores de enfermería, llevándolos a reducir el contacto con otros trabajadores y pacientes. Todo ello se traduce en serios problemas de insensibilidad hacia compañeros de trabajo, afectando tanto a las relaciones interlaborales, como al ambiente y la calidad del trabajo realizado. Esta manifestación de Burnout es consecuencia fundamentalmente del intento de adaptación a la situación estresante y de aliviar la tensión vivida en el ámbito laboral. Sin embargo, este hecho es percibido por el resto de los compañeros como una falta de liderazgo (Guo et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

Algunos autores han atribuido la baja RP a sentimientos de incomodidad y desconexión del lugar de trabajo y del resto de compañeros. A su vez, estos sentimientos están causados por una falta de implicación laboral y altos niveles de responsabilidad, que el trabajo conlleva inherentes, perjudicando la productividad laboral (Khan et al., 2018). El alto nivel de responsabilidad al que están sometidos los gestores de enfermería, añadido a la presión que experimentan al tener demasiadas competencias laborales, que deben realizar en un corto periodo de tiempo, agrava esta situación de incomodidad en el puesto de trabajo (Boamah et al., 2017).

Entre otros factores de riesgo de desarrollar Burnout, el hecho de estar expuesto a situaciones donde las demandas de trabajo superan la capacidad de hacerles frente, pone en peligro el bienestar emocional del profesional (Naruse et al., 2012). Tales situaciones surgen del aumento excesivo del número de pacientes para atender en cada servicio, unido a la disminución de personal contratado o la diversidad de competencias que engloban las enfermeras gestoras (Cañadas-De La Fuente et al., 2016; Portero et al., 2019).

Por otro lado, la sobrecarga laboral conduce a una pérdida de productividad en el medio de trabajo, demostrado mediante problemas a la hora de desempeñar las competencias que exige el puesto de trabajo. Además de, presentar cierta dificultad para cumplir los plazos solicitados y un déficit de concentración. Hechos, que provocan un aumento del número de errores cometidos (Sharma et al., 2014) y un perjuicio inmediato en los profesionales a cargo de los gestores de enfermería que sufren SB, repercutiendo directamente en sus pacientes.

A estos problemas, debemos añadirle que los gestores de enfermería deben abordar y resolver los conflictos que puedan surgir entre el personal a su cargo. Se ha observado que fomentar un ambiente de trabajo saludable y el intento por resolver los conflictos requiere un esfuerzo constante esfuerzo para los gestores (De Carvalho et al., 2018; Guo et al., 2018). Si a esta obligación, le sumamos la falta de apoyo percibida por parte de los superiores, compañeros del puesto y personal subalterno (Hewko et al., 2015), hace que estos gestores sean más susceptibles a desarrollar Burnout.

Además, no existen suficientes investigaciones que estudien el Burnout en gestores médicos, por lo que no se pueden establecer comparaciones con nuestra población de estudio (Wei et al., 2019).

Los gestores de enfermería a menudo soportan una gran carga de trabajo, el cual se identifica como el principal factor de riesgo para el desarrollo de Burnout. En determinadas ocasiones, además de prestar cuidados de enfermería, deben tratar con el personal a su cargo, resolver conflictos (Heeb and Haberey-Knuessi, 2014), establecer relaciones productivas con el resto del personal, tanto dentro de su servicio sanitario

como en otros departamentos clínicos y gestionar el buen uso de los recursos sociales y de salud (Cao and Naruse, 2019; Ceravolo and Raines, 2019). Cuando los gestores de enfermería desarrollan Burnout, no pueden satisfacer adecuadamente las necesidades de sus pacientes y empleados, disminuyendo la productividad del servicio sanitario y generando sentimientos de insatisfacción (Cao and Naruse, 2019; Karsavuran and Kaya, 2017).

Asimismo, el desarrollo de Burnout entre las enfermeras gestoras parece estar relacionado con la aparición de dicho síndrome entre otros miembros del personal laboral. Por lo tanto, para mantener un clima de trabajo saludable y preservar el bienestar psicológico del personal sanitario, se deben emplear todos los esfuerzos posibles para minimizar los niveles de Burnout entre los gestores de enfermería (Kanste, 2015). Las posibles intervenciones para lograr este objetivo incluyen un mayor apoyo y ayuda por parte de los directivos, que permita reducir las responsabilidades que recaen sobre las enfermeras gestoras. Por ejemplo, aportando más personal de apoyo, que se encargue las tareas de carácter administrativo (Adriaenssens et al., 2017). Asimismo, diferentes estudios han confirmado que las intervenciones basadas en mindfulness pueden aliviar significativamente el grado de Burnout experimentado por los gestores de enfermería (Ceravolo and Raines, 2019). Un amplio acceso a los recursos pertinentes, tanto materiales como inmateriales, también podría ayudar a prevenir el SB (Karsavuran and Kaya, 2017).

Además, se han propuesto varios métodos para abordar o prevenir este problema, ya que los gestores de enfermería, ya sea de manera directa o indirecta, ejercen una gran influencia en la calidad de la atención sanitaria brindada a los pacientes (Alarcón et al., 2003; Huyghebaert et al., 2019). Se han propuesto cambios en la forma de organizar las tareas en los servicios sanitarios, por ejemplo: establecer rotaciones, para que los profesionales no pasen demasiado tiempo en un mismo espacio de trabajo y fomentar las relaciones de apoyo entre compañeros dentro del entorno de trabajo (Gómez del Pulgar and Meléndez-Moreno, 2017; Maza et al., 2016). Se ha demostrado que la introducción de estos cambios en la organización del trabajo previene el desarrollo del SB, fortaleciendo las relaciones entre empleados de un mismo equipo de salud y

generando actitudes positivas hacia los pacientes y así poder mejorar el bienestar de los participantes de estas actividades (Knupp et al., 2018; Lindholm, 2006).

Este estudio ha presentado algunas limitaciones. En primer lugar, el número de estudios incluidos no fue lo suficientemente elevado y éstos se realizaron en diferentes países, con sistemas de salud propios. De esta manera, algunos resultados tendrían que considerarse con cautela y se deberían realizarse más investigaciones centradas en este tema en el futuro.

3.6. Conclusiones

Los resultados de este estudio ayudan a describir como el SB afecta a los profesionales de enfermería dedicados a la administración y gestión de los servicios sanitarios y sus factores de riesgo. Este artículo de metaanálisis es útil para reconocer los desafíos en materia de salud mental para los gestores enfermería. Además, conlleva un aumento del conocimiento sobre la prevalencia y el impacto emocional del SB en estos profesionales. Este dato debería contribuir a promover el tratamiento del Burnout en trabajadores dedicados a la gestión de los servicios de salud.

Al mismo tiempo, la realización de este estudio se ha basado en la evidencia científica y suscitando el uso de nuevas estrategias en el ambiente sanitario para prevenir el desarrollo del SB en gestores de enfermería.

El perfil de riesgo más vulnerable a padecer Burnout entre las enfermeras gestoras está integrado por mujeres, de mediana edad (de 40 a 50 años), casadas, con hijos y que trabajan a tiempo completo.

CAPÍTULO 4.

PREVALENCIA, NIVELES Y FACTORES RELACIONADOS CON EL BURNOUT EN ENFERMERAS GESTORAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL MULTICÉNTRICO



Received: 15 December 2021 | Revised: 3 February 2022 | Accepted: 1 March 2022

DOI: 10.1111/jonm.13575

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Prevalence, levels and related factors of burnout in nurse managers: A multi-centre cross-sectional study

María José Membrive-Jiménez Master Degree, RN, Associate Professor¹  |
Almudena Velando-Soriano PhD, RN² | Laura Pradas-Hernandez PhD, RN² |
José Luis Gomez-Urquiza PhD, Associate Professor³  |
José Luis Romero-Béjar PhD, Associate Professor⁴ |
Guillermo A. Cañadas-De la Fuente PhD, Full Professor⁵ |
Emilia I. De la Fuente-Solana PhD, Full Professor⁶

Membrive-Jiménez, M. J., Velando-Soriano, A., Pradas-Hernandez, L., Gómez-Urquiza, J. L., Romero-Béjar, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., and De la Fuente-Solana, E. I. (2022). Prevalence, levels and related factors of burnout in nurse managers: A multi-centre cross-sectional study. *Journal of nursing management*, <https://doi.org/10.1111/jonm.13575>

4.1 Resumen

Antecedentes

El SB, definido como una respuesta emocional ante el estrés crónico, es un problema de gran importancia entre los gestores de enfermería.

Objetivos

Los objetivos de este estudio fueron analizar la prevalencia, los niveles del SB en enfermeras gestoras y evaluar su relación con los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos.

Metodología

El estudio se realizó mediante un diseño transversal, utilizando los siguientes cuestionarios: MBI, NEO FFI y el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD). La muestra estaba compuesta por 86 enfermeras gestoras de diferentes centros del Servicio de Salud de Andalucía, España.

Resultados

El 22,4% de los participantes presentaron altos niveles de CE, el 21% experimentó D y el 57,6% tenía bajo sentimiento de RP. Las dos primeras dimensiones se relacionaron estadísticamente con la depresión, mientras que la RP se asoció a la responsabilidad, amabilidad y apertura.

Conclusiones

El 34,1% de los participantes presentó niveles elevados de Burnout, manifestado principalmente por sentimientos de baja RP. Los factores psicológicos y laborales juegan un papel fundamental en el desarrollo de dicho síndrome.

Implicaciones para la gestión de enfermería

Los gestores de enfermería deberían reconocer a los profesionales que coinciden con el perfil de riesgo a desarrollar Burnout y promover en ellos estrategias que les ayuden a prevenirlo.

Palabras clave

Burnout; Gestión Enfermería; Salud Laboral; Predictores; Prevalencia.

4.2. Introducción

Consolidando las definiciones anteriores, el concepto de Burnout fue firmemente establecido por Maslach y Jackson (1981). Estas autoras lo definen como una respuesta emocional al trabajo, caracterizada por las siguientes dimensiones: CE, entendido como sentimiento de incapacidad para proporcionar un servicio a los demás; D, referido a la animadversión o conducta cínica hacia los demás; y baja RP, entendido como intolerancia a la frustración, disminución de la autoconfianza, y del rendimiento laboral (Maslach & Jackson, 1981).

En la actualidad, el SB cuenta con una presencia creciente entre los profesionales de distintos sectores, especialmente en aquellos expuestos a estresores ambientales de manera crónica. Uno de los colectivos más afectados por el SB es el sector sanitario, siendo el colectivo enfermero la categoría profesional más vulnerable a sufrirlo (Molina-Praena et al., 2018). Dicho colectivo basa su labor diaria en el trabajo en equipo y cuidado del paciente, generando un estrecho vínculo emocional con los enfermos a su cargo (De Oliveira et al., 2019). Las consecuencias de esta elevada prevalencia de enfermeras que sufren Burnout se ven reflejadas directamente en la institución sanitaria que las contrata, mediante un aumento del absentismo laboral, deseos de abandonar el puesto de trabajo por parte de los profesionales “quemados” y un empeoramiento del clima laboral, dañando las relaciones entre compañeros (Adriaenssens et al., 2017). Este problema va a repercutir directamente en la calidad de la atención prestada y en los usuarios de los servicios sanitarios (De la Fuente-Solana et al., 2021). En cuanto a las repercusiones personales que padecen estos profesionales, encontramos una mayor sensación de cansancio físico y mental, dificultad para concentrarse, mala organización del trabajo, aumento del número de errores, falta de energía, síntomas somáticos, insomnio, ansiedad y frustración (Velandó-Soriano et al., 2020).

Por otro lado, la gestión de profesionales sanitarios ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. El nuevo enfoque del sistema actual se enmarca en los valores éticos públicos y propone un modelo de gestión que responda a la singularidad del sistema y a las metas establecidas en la planificación de la atención sanitaria y la salud pública. Dentro de

este modelo, se plantea como esencial el papel de los gestores sanitarios. Estos puestos intermedios son clave en el logro de los objetivos planteados por las organizaciones sanitarias, así como, en los procesos de transparencia y responsabilidad de los recursos, además de en el logro de resultados de salud y en la mejora de la sostenibilidad del sistema sanitario (Royal Collegue of Nursing, 2018).

Específicamente, dentro del colectivo sanitario se ubica el papel de la enfermera dedicada a la gestión y administración de los recursos del Sistema Nacional de Salud. Las tareas realizadas por las enfermeras gestoras han evolucionado con el tiempo, aunque siempre han basado en priorizarn al paciente como el centro de los cuidados (Heeb and Haberey-Knuessi, 2014), a partir de la evidencia científica disponible.

El objetivo de la creación de estos puestos intermedios es facilitar la prestación de una atención óptima (Phillips et al., 2018) y de calidad, eficaz y eficiente. Además de mantener la continuidad los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales (Warshawsky, 2018). Estas enfermeras también intervienen a modo de nexo de unión entre los mandos directivos y los trabajadores (Furukawa and Kashiwagi, 2021). Esto implica identificar y resolver problemas derivados de la práctica clínica diaria, organizar los turnos y tareas prioritarias a realizar por las enfermeras a su cargo (Cañadas-De la Fuente et al., 2016), mediar en conflictos en el lugar de trabajo y responder a importantes sobrecargas de trabajo. Finalmente, dichas competencias acaban perjudicando el equilibrio entre la vida laboral y personal (Warshawsky, 2018), además de aumentar la insatisfacción laboral (Ogbolu et al., 2018). Si este desequilibrio persiste en el tiempo puede promover la aparición de Burnout. (Gómez-Urquiza et al., 2017).

Entre las competencias profesionales, los gestores de enfermería deben emplear un estilo de liderazgo que promulgue la motivación del personal y seguridad, una comunicación respetuosa, manejar el trabajo en equipo y fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades adaptadas a cada servicio sanitario (Silva et al., 2017).

Además, las enfermeras gestoras actúan como modelos a seguir por parte del personal de enfermería, en torno a las relaciones con los pacientes y compañeros de trabajo (Furukawa and Kashiwagi, 2021). Igualmente, las enfermeras gestoras deben ayudar a

su personal a prevenir y/o manejar la aparición de síntomas relacionados con el Burnout (Cao and Naruse, 2019).

Si profundizamos en las largas jornadas de trabajo que realizan las enfermeras gestoras, observamos como su labor diaria está íntimamente relacionada con la exposición a constantes factores estresantes, como son: la presión del tiempo, altas exigencias, fuertes niveles de responsabilidad y toma de decisiones en torno a la resolución de problemas éticos (Madsen et al., 2016). A la par, deben mediar en los conflictos que surgen en el entorno laboral entre los empleados, provocando una sobrecarga de trabajo (Warshawsky, 2018).

Ante la necesidad de estudiar este problema de salud laboral se plantearon los siguientes objetivos: (a) estudiar la prevalencia y niveles de Burnout que sufren las enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria en el SAS; (b) analizar la relación entre el SB y las características sociodemográficas, laborales y de personalidad; (c) describir las fases de Burnout según el modelo propuesto por Golembiewski (1–8).

4.3. Metodología

4.3.1. Diseño del Estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal multicéntrico, entre agosto y octubre de 2021, en hospitales y distritos de Atención Primaria del SAS, en el sur de España.

4.3.2. Características de la Muestra

La muestra estaba formada por 86 enfermeras gestoras, que pertenecían SAS. El muestreo realizado fue por conveniencia, entre profesionales de 13 hospitales y 18 distritos de Atención Primaria.

4.3.3. Recogida de Datos

Tras informar a los centros, los autores contactaron con las enfermeras dedicadas a la administración y gestión de servicios sanitarios, para que recibieran información sobre el estudio y el tiempo estimado para completar la encuesta (40-45 minutos). Las enfermeras que dieron su consentimiento verbal para participar en el estudio recibieron la batería de cuestionarios validados. La participación en nuestro estudio fue voluntaria, individual y anónima. Los cuestionarios se administraron presencialmente.

Aproximadamente una población de 1.064 personas desempeña un puesto intermedio en el Sistema Público de Salud de Andalucía y se dedica a la administración y gestión de los profesionales, así como a su coordinación dentro de las Unidades Clínicas. De todas éstas, conseguimos la participación de 122 enfermeras gestoras. En total, se devolvieron 100 cuestionarios rellenos, de los cuales 86 habían sido completados en su totalidad (tasa de respuesta 70%).

4.3.4. Instrumentos de Medida de los Resultados

Los cuestionarios entregados incluían los siguientes ítems sobre las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y número de hijos. Las variables relacionadas con el trabajo incluyeron la antigüedad en el puesto y en la profesión (tanto como enfermera gestora, como en la profesión de enfermería); y el tipo de turno de trabajo (fijo o rotatorio). Aunque en nuestro país casi todos los gestores de enfermería trabajan en turnos de mañana fijos, algunos tenían turnos rotatorios y guardias.

Además, se distribuyeron los siguientes cuestionarios:

Cuestionario MBI. Realizado por Maslach and Jackson (1981), su versión en Castellano, validado por Seisdedos (1997). Cuestionario autoadministrado, que consta de 22 ítems, con repuesta múltiple estilo Likert de siete puntos y formado por tres subescalas que coinciden con las dimensiones del Burnout: CE con 9 ítems, D con 5 ítems y RP con 8. Las puntuaciones de cada dimensión para establecer niveles altos de Burnout son las siguientes: CE > 24, D > 9 y RP < 33. Esta versión del MBI cuenta con una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.89 para la dimensión de CE, 0.68 para la D y un 0.83 para RP. Ha sido comprobado metaanalíticamente que sus datos de fiabilidad pueden ser generalizados (Aguayo et al., 2011).

Inventario NEO- FFI. Publicado por Costa y McCrae (1992). Estudia las características de la personalidad en función de los “cinco grandes” rasgos de la personalidad. Como son: N, entendido como inestabilidad emocional; Ex, relacionado con la tendencia a interactuar con los demás estableciendo relaciones interpersonales de distinta intensidad; Rp, capacidad de regular y controlar los impulsos, sentido del deber y capacidad para conseguir los objetivos marcados; Am, entendido como el respeto y tolerancia hacia los demás; y Ap, como la tendencia a buscar nuevas experiencias personales. La versión del NEO-FFI adaptada y validada para la población hispanohablante consta de 60 ítems, 12 de cada dimensión, con una escala de tipo Likert de cinco puntos (Costa and McCrae, 2002). Los coeficientes de fiabilidad para cada dimensión son: alfa de Cronbach igual a 0.76 en N; 0.79 para la dimensión de Ex; Rp con una alfa de 0.82; en Am una puntuación de 0.73; y un 0.70 para la dimensión de Ap.

Cuestionario CECAD. Promulgado por Lozano et al. (2007), fue empleado para evaluar los trastornos de las emociones, como son la ansiedad y la depresión. Consta de 45 ítems, de los cuales 19 ítems pertenecen al trastorno por ansiedad y 26 para la depresión. Puntuados en una escala Likert del 1 al 5. El coeficiente de fiabilidad para la ansiedad es $\alpha = 0.88$ y para depresión $\alpha = 0.92$.

Modelo de ocho fases de Golembiewski. Modelo publicado en 1988 para clasificar a los trabajadores en función del nivel de Burnout que presentan. A partir de la puntuación obtenida para cada dimensión del cuestionario MBI, los trabajadores se clasifican en alto o bajo grado de Burnout. A su vez, se dividen a los sujetos estudiados en distintas fases, según la evolución del SB que presentan. Siendo las fases I y II clasificadas como bajo nivel de Burnout; las fases III, IV y V como Burnout moderado y las VI, VII y VIII como alto nivel (Golembiewski and Munzenrider, 1984).

4.3.5. Consideraciones Éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación local (1961-N-21) y cumplió en todo momento con las directrices éticas de la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000).

4.3.6. Análisis Estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables numéricas para obtener las medias, desviaciones típicas y los valores máximos y mínimos de los datos recogidos. Para las categóricas se emplearon porcentajes y frecuencias. Se utilizó la prueba t de Student para comparar las variables numéricas CE, D y baja RP, en función de las variables independientes. El coeficiente de correlación de Pearson se empleó para estimar la relación lineal entre las variables cuantitativas. Finalmente, se aplicó una regresión lineal múltiple para cada dimensión del cuestionario MBI. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 25.0. (IBM, Armonk, NY, EE. UU.).

4.4. Resultados

4.4.1. Perfil Sociodemográfico

Un total de 86 enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria conformaron la muestra del estudio. El 58.1% de la muestra fueron mujeres. El estado civil más predominante fue el de casado o en una relación (82.6%) y el 88.4% de los sujetos tenían hijos. El 80.2% de las enfermeras trabajaban en turno fijo de mañanas y el 48.8% realizaba guardias (Tabla 2).

Tabla 2. Datos descriptivos de las variables cualitativas.

Variable	%(n)	Variable	%(n)
Sexo		Estado civil	
Hombre	41.9 (46)	Soltero	11.6 (10)
Mujer	58.1 (50)	Casado/En una relación	82.6 (71)
Turno de trabajo		Divorciado	1.2 (1)
Rotatorio	17.4 (15)	Separado	4.7 (4)
Fijo de mañanas	80.2 (69)	Viudo	0
Fijo de tardes/	2.3 (2)	Nº de hijos	
Fijo de noches	0	Ninguno	11.6 (10)
Guardias		Uno	18.6 (16)
Si	48.8 (42)	Dos	53.5 (46)
No	48.8 (42)	Tres o más	16.3 (14)

La media de edad de la muestra fue 46.65 años. La puntuación media de antigüedad en el puesto actual fue de 128.24±114.41 meses y para la antigüedad en la profesión fue de 281.67±90.192 meses (Tabla 3). Las puntuaciones medias del MBI, NEO-FFI y del CECAD se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Datos descriptivos de las variables cuantitativas.

Variable	Media (DT)	Min-Max	Q1 - Q2 - Q3
Edad , años (n = 86)	46.65 (7.16)	32 – 63	41.75 – 45.50 – 51.25
Antigüedad: puesto de trabajo (n = 86)	128.24 (114.41)	1 – 432	48.00 – 84.00 – 195.00
Antigüedad: Profesión (n =86)	281.67 (90.192)	72 – 504	216.00 – 276.00 – 348.00
NEO-FFI			
Neuroticismo (n = 86)	26.08 (6.045)	12 – 41	
Extroversión (n = 85)	44.71 (6.665)	31 – 58	
Apertura (n = 86)	38.86 (6.349)	21 – 52	
Amabilidad (n = 83)	47.04 (4.738)	35 – 58	
Responsabilidad (n = 84)	48.76 (5.091)	37 – 59	
CECAD			
Ansiedad (n = 85)	32.93 (9.675)	19 – 66	
Depresión (n = 85)	44.07 (12.946)	26 – 92	
MBI			
CE (n = 85)	16.94 (11.225)	0 – 46	
D (n = 86)	5.64 (5.22)	0 – 25	
RP (n = 85)	39.80 (6.914)	11 – 48	

Nota: CECAD = Cuestionario Educativo-Clínico:cecad

; MBI = Maslach Burnout Inventory; NEO-FFI == Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores; DT =Desviación Típica; Antigüedad =Medida en Meses. Q1 = Primer Cuartil; Q2 = Segundo Cuartil (mediana); Q3 = Tercer Cuartil.

4.4.2. Niveles y Prevalencia Estimada de Burnout

Según los puntos de corte propuestos por Ortega-Campos et al. (2019), en su adaptación del cuestionario MBI al castellano, se determinaron los niveles de Burnout, mediante la categorización de la puntuación obtenida, como bajo, medio o alto para cada dimensión (Tabla 4). Los resultados obtenidos mostraron que el 22.4% de las enfermeras participantes presentaron un alto nivel de CE. En la dimensión D, el 21% de los sujetos mostraron un nivel alto de Burnout y 57.6% de las enfermeras presentaban niveles bajos de RP.

Tabla 4. Categorización por niveles de Burnout según dimensiones.

Nivel de Burnout	CE % (n)	D % (n)	RP % (n)
Bajo	47.1 (40)	43 (37)	57.6 (49)
Medio	30.6 (26)	36 (31)	28.2 (24)
Alto	22.4 (19)	21 (18)	14.1 (12)

Nota: CE=Cansancio Emocional; D= Despersonalización; RP= Realización Personal

4.4.3. Fases del Síndrome de Burnout

El modelo de ocho fases (Golembiewski and Munzenrider., 1988) fue empleado para clasificar los participantes en diferentes fases, según el nivel de Burnout que presentasen. El 34.1% de enfermeras que participaron en nuestro estudio presentaba niveles altos de Burnout (Tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de Burnout según las fases del modelo de Golembiewski

Fase	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
CE	B	B	B	B	A	A	A	A
D	B	A	B	A	B	A	B	A
RP	B	B	A	A	B	B	A	A
<i>N</i>	10	5	18	13	10	10	12	7
(%)	11.8	5.9	21.2	15.3	11.8	11.8	14.1	8.2

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

4.4.4. Correlaciones entre Burnout, Factores Sociodemográficos y Laborales

Se compararon las medias de cada una de las dimensiones del MBI ,en función de ciertas variables sociodemográficas y laborales, como son: género, estado civil, turno de trabajo y guardias. Se hallaron diferencias significativas entre la variable laboral: guardias y la dimensión RP (RP₍₆₈₎ (t=2.21; p=0.031 d=3.331)). Las enfermeras que dijeron realizar guardias presentaron mayores niveles de RP.

4.4.5. Correlaciones entre Burnout y Variables Psicológicas: Modelos Exploratorios

Se calculó una correlación lineal entre las dimensiones del cuestionario MBI y las variables psicológicas analizadas mediante las subescalas del NEO-FFI, y las puntuaciones para ansiedad y depresión del CECAD. Todas las variables psicológicas estudiadas presentaron correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones del Burnout, englobadas en el MBI. A excepción de la variable Ap, perteneciente a la escala NEO-FFI, que solo se correlacionó significativamente con la dimensión de RP (0.231**), pero no con la de CE y la de D (Tabla 6).

Tabla 6. Coeficiente de correlación entre las variables psicológicas y Burnout.

Variables Psicológicas		CE	D	RP
	Neuroticismo	0.566*	0.368*	-0.325*
	Extraversión	-0.311*	-0.381*	0.484*
NEO-FFI	Responsabilidad	-0.389*	-0.264**	0.424*
	Amabilidad	-0.283*	-0.371*	0.376*
	Apertura	-0.078	0.025	0.231**
CECAD	Depresión	0.645*	0.495*	-0.507*
	Ansiedad	0.611*	0.420*	-0.392*

Nota: CE= Cansancio Emocional; D=Despersonalización; RP=Realización Personal; CECAD = Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión; NEO-FFI == Inventario de Personalidad NEO Revisado de los Cinco Factores; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Se estimaron los modelos de regresión lineal múltiple para cada dimensión del cuestionario MBI (Tabla 7). Para la dimensión de CE, las variables psicológicas depresión ($B=0.023$, $p=0.002$) y N ($B=0.040$, $p=0.011$) fueron predictores estadísticamente significativos. La bondad del ajuste del modelo presentó un valor $r^2=0.376$, siendo $p=0.11$. En la dimensión de D, la variable De ($B=0.020$, $p=0.003$) vuelve a ser predictora del modelo, significativa al 5%. El 10.1% de la varianza de esta dimensión fue explicado por el modelo ($r^2=0.101$). Para la variable RP son predictores la Rp ($B=-0.038$, $p=0.024$), la Ap ($B=-0.027$, $p=0.025$) y la Am ($B=-0.032$, $p=0.058$), siendo significativas al 5% para Rp y la Ap. Estos predictores explicarían el 20.19% de la variabilidad de esta dimensión del Burnout, $p=0,058$.

Tabla 7. Regresión lineal múltiple.

	B	Desv. Error	t	p	95% IC	
					Inf	Sup
CE						
Depresión	0.023	0.007	3.279	0.002	0.009	0.037
Neuroticismo	0.040	0.015	2.614	0.011	0.009	0.070
R²=0.376; F_{1,75}=6.836; p=0.11						
D						
Depresión	0.020	0.006	3.123	0.003	0.007	0.033
R²=0.101; F_{1,77}=9.752; p=0.003						
RP						
Responsabilidad	-0.038	0.017	-2.312	0.024	0.071	0.005
Apertura	-0.027	0.012	-2.288	0.025	0.050	0.003
Amabilidad	-0.032	0.017	-1.928	0.058	0.065	0.001
R²=0.2019; F_{1,74}=3.719; p=0.058						

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

4.5. Discusión

La prevalencia de enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria que sufre un nivel alto de CE es de 22.4% y un 21% de las mismas, sufre un alto nivel de D. Cifras que concuerdan con los resultados arrojados por los estudios realizados por de la Fuente-Solana et al. (2017; 2021), cuya población de estudio fueron los profesionales de enfermería que trabajaban en pediatría y en servicios de oncología. En cambio, encontramos discrepancias con la prevalencia de profesionales que presenta niveles bajos de RP (De la Fuente-Solana et al., 2021), siendo bastante superior en nuestro estudio (57.6%). Estos datos podrían ser explicados por el tipo de trabajo que realizan las enfermeras gestoras, ya que además de ayudar a sus empleados a realizar los cuidados a los pacientes (Cao and Naruse, 2018), deben gestionar los recursos del centro, resolver conflictos laborales, crear un ambiente saludable de trabajo (Ceravolo and Raines, 2019), velar por la seguridad de los pacientes, además de mediar con sus superiores y el resto de los gestores (Carvalho et al., 2018).

Si nos centramos en la población de enfermeras gestoras, encontramos estudios que difieren de nuestros resultados, con menores prevalencias para el alto nivel de CE y D. Al igual que para el bajo nivel de RP (Heeb and Haberey-Knuessi, 2014). Aunque existen otras investigaciones que se asemejan más a nuestros resultados, presentando el 29% de los sujetos de su estudio un alto grado de CE (Membrive-Jiménez et al., 2020). Estos resultados tan diversos pueden ser explicados por las diferencias en la distribución del sistema sanitario de cada país y los recursos destinados a la dirección y organización de los profesionales de enfermería. Esta desigualdad acentúa en las gestoras la sensación de falta de desarrollo profesional, impactando en la salud emocional de las mismas. Głębocka (2017) explicó como en los países en los que se destinan menos recursos a la gestión sanitaria se acentúa la deshumanización profesional.

Para dar respuesta al segundo objetivo planteado, se analizó la influencia de las variables independientes en las dimensiones del cuestionario MBI. No se obtuvieron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y las dimensiones del MBI. Al contrario que otros estudios analizados (Heeb and Haberey-Knuess, 2014; Karsavuran and Kaya, 2017).

En cuanto a las variables laborales, solo se pudo establecer correlación positiva y estadísticamente significativa entre RP y la variable guardias. Sin embargo, los hallazgos de este estudio no apoyan las conclusiones obtenidas en anteriores investigaciones, siendo la RP menor y D mayor entre los encuestados que realizaban numerosas horas extras (Heeb and Haberey-Knuess, 2014) o turnos regulares a jornada completa (Membrive-Jiménez et al., 2020). Este resultado puede deberse a que las guardias, bien organizadas y estructuradas de manera rotatoria, permiten a las enfermeras gestoras tener un mayor control de las enfermeras a su cargo y del entorno laboral, a la vez que posibilita establecer relaciones con profesionales de distintas áreas (Knupp et al., 2018) y una retribución económica añadida. En definitiva, fomenta un empoderamiento en el puesto de trabajo, promueve el liderazgo enfermero y aporta una mayor satisfacción laboral. Actitudes que repercuten directamente en la dimensión de RP (Adriaenssens et al., 2017).

Siguiendo las variables psicológicas estudiadas, encontramos que el CE se correlaciona positivamente con el N (Ang et al., 2016) y con las variables del cuestionario CECAD: Depresión y Ansiedad (Favrod et al., 2018). Por otro lado, el CE se correlaciona negativamente con las variables de la personalidad: Ex, Rp, Am, como indicaron previamente otros autores (De la Fuente-Solana et al., 2021) y parecen proteger de la cronificación del estrés (Grigorescu et al., 2018). Según distintos autores, el estrés y neuroticismo que conlleva la profesión (Gómez-Urquiza et al., 2017; Ortega-Campos et al., 2019) favorece la intención de dejar el puesto de trabajo y disminuye la confianza en sí mismo (Hewko et al., 2015). Igualmente, los posibles problemas de comunicación, socialización o para mantener cierta reputación social con los profesionales a su cargo (Karsavuran and Kaya, 2017), median la aparición de CE en las gestoras, que en ocasiones desemboca en síntomas de ansiedad y depresión (Favrod et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019).

La dimensión D se asoció a un mayor nivel de N, Depresión y Ansiedad, al igual que indicaron previamente otros autores (De la Fuente-Solana et al., 2020). Esta dimensión del Burnout es consecuencia del intento de la enfermera gestora por adaptarse a la situación estresante y de aliviar la tensión experimentada en el lugar de trabajo (Ramírez-Baena et al., 2019). Aunque en ocasiones puede ser percibida por los

empleados como una falta de liderazgo (Guo et al., 2018) y autoridad (Adriaenssens et al., 2017). En cambio, la D se relacionó inversamente con los siguientes factores de la personalidad: Ex, Rp y Am (Cañadas-De la Fuente et al., 2016). Resultado en el que radicaría la importancia de prestar atención a la salud mental de los profesionales y de prevención de la D, fomentando una mayor autoeficacia e involucrarse activamente en las tareas diarias (Heeb and Haberey-Knuessi, 2014). Además de reconocer su trabajo como una estimulación intelectual. Otros autores sugirieron que la intención de dejar el puesto de trabajo y el rechazo del rol de gestión (Adriaenssens et al., 2017), como otras posibles causas del alto nivel de D en enfermeras gestoras (Hewko et al., 2015).

Por otro lado, la RP se vio afectada de manera negativa por la presencia de un alto grado de N, Depresión y Ansiedad (Geuens et al., 2015). A diferencia de los rasgos positivos de la personalidad, como son: Ex, Apa, Rp y Am, los cuales otorgan estabilidad emocional al trabajador y se mostraron como protectores de padecer un descenso en la RP (De la Fuente-Solana et al., 2020). Aunque en ocasiones, la excesiva responsabilidad que conlleva la administración y gestión hospitalaria, unido a una falta de motivación prolongada en el tiempo y la gran carga de trabajo, pueden disminuir la RP en las estas enfermeras (Khan et al., 2018).

La regresión lineal mostró que las variables psicológicas: Depresión, Rp y Ap, son predictores estadísticamente significativos de las dimensiones de D y RP (Ortega-Campos et al., 2019). Mientras que las variables Depresión y N son predictores significativos de CE y la variable Am es de la dimensión RP.

Finalmente, el porcentaje de enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria que se encontraban en las fases VI, VII y VIII del modelo de Golembiewski y Munzenrider (1988), correspondiente a los niveles más altos de Burnout, fue del 34.1%. Resultado que se corresponde con los estudios realizados por Gómez-Urquiza et al. (2017) y Ramírez-Baena et al. (2019). Por tanto, es necesario establecer medidas de prevención del SB, accesibles tanto para enfermeras empleadas como gestoras, que promuevan la satisfacción en el ámbito laboral y mejoren el apoyo social entre compañeros (Adriaenssens et al., 2017). Asimismo, la actividad física y las terapias complementarias, como el mindfulness, permiten mejorar el bienestar físico y

emocional de los profesionales, además de reducir los niveles de estrés y optimizar las estrategias de afrontamiento, resiliencia y la autoeficacia (Burton et al., 2017).

4.6. Limitaciones del estudio

El diseño metodológico del estudio, al ser de tipo transversal, no permitió establecer relaciones de causalidad.

En cuanto a la muestra, sería necesario un mayor número de sujetos para mejorar el ajuste de dichos modelos de regresión. También, se preguntó el número de hijos, en vez del número de hijos en edad escolar o hijos a su cargo. El alto porcentaje de hombres que participaron en el estudio también debería ser considerado.

Finalmente, existen más variables psicológicas, además de las analizadas en nuestro estudio, que se relacionan íntimamente con el SB como por ejemplo la resiliencia, la tolerancia al estrés y mecanismos de afrontamiento. Variables, que podrían contemplarse en investigaciones futuras, con un diseño longitudinal y en las que se incluyera la medición de biomarcadores.

4.7. Conclusiones

El 34.1% de las enfermeras gestoras, que trabajan en el SAS, se encuentran en fases altas de Burnout. Siendo la dimensión baja RP la más acentuada para este colectivo. Las guardias, la Rp y la Ap permiten a las enfermeras gestoras mejorar la RP, mientras que las variables psicológicas de depresión y N, son las que más influencia ejercen en la predisposición a padecer Burnout.

4.8. Implicaciones para la Gestión de Enfermería

Los resultados obtenidos en este estudio destacan la importancia de detectar las enfermeras gestoras que coincidan con el perfil de riesgo para el SB, para así, poder abordar el problema de manera efectiva. Una inadecuada gestión de los recursos sanitarios, junto con la insatisfacción laboral y el estrés crónico que experimentan muchos gestores degrada el ambiente de trabajo para el resto de los compañeros. Es importante implementar programas de prevención del Burnout, que permitan a los gestores de enfermería detectar los síntomas de dicho síndrome en una etapa temprana.

CAPÍTULO 5.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL DIAGNÓSTICO DE BURNOUT BASADOS EN LOS FACTORES DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMERAS GESTORAS



Journal of
*Personalized
Medicine*



Article

Explanatory Models of Burnout Diagnosis Based on Personality Factors and Depression in Managing Nurses

María José Membrive-Jiménez ¹, José L. Gómez-Urquiza ², Nora Suleiman-Martos ²,
Carolina Monsalve-Reyes ³, José Luis Romero-Béjar ^{4,*}, Guillermo A. Cañadas-De la Fuente ⁵
and Emilia Inmaculada De la Fuente-Solana ⁶

¹ Red Cross Nursing Center, University of Sevilla, 41009 Sevilla, Spain; mariajose.membrive@gmail.com

² Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Campus Universitario de Ceuta, University of Granada, 51001 Ceuta, Spain; jlurquiza@ugr.es (J.L.G.-U.); norasm@ugres (N.S.-M.)

³ Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Católica de La Santísima Concepción, 4030000 Concepción, Chile; carolinamonsalve@ucsc.cl

⁴ Statistics and Operational Research Department, University of Granada, 18071 Granada, Spain

⁵ Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Granada, 18016 Granada, Spain; gac@ugres

⁶ Brain, Mind and Behaviour Research Center (CIMCYC), Campus Universitario de Cartuja, University of Granada, 18011 Granada, Spain; edfuente@ugres

* Correspondence: jlrbjar@ugres

Membrive-Jiménez, M. J., Gómez-Urquiza, J. L., Suleiman-Martos, N., Monsalve-Reyes, C., Romero-Béjar, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., & De la Fuente-Solana, E. I. (2022). Explanatory Models of Burnout Diagnosis Based on Personality Factors and Depression in Managing Nurses. *Journal of personalized medicine*, 12(3), 438. <https://doi.org/10.3390/jpm12030438>

5.1. Resumen

Los gestores de enfermería se ven afectados por el Burnout debido al alto grado de interacción entre los puestos superiores y las enfermeras a su cargo.

Los modelos explicativos basados en las variables psicológicas y de personalidad permiten estimar los cambios de nivel en las tres dimensiones del SB, por lo que para cada dimensión se realizó un modelo de regresión logística ordinal de respuesta categórica y basado en un estudio cuantitativo, transversal, multicéntrico, descriptivo con una muestra de 86 gestores de enfermería del SAS, España.

Los tres modelos incluyeron diferentes variables relacionadas con la personalidad, siendo la depresión la única variable explicativa adjunta a todos los modelos. El factor de riesgo N fue significativo a nivel poblacional para la dimensión relacionada con el CE, mientras que la Rp fue significativa en el modelo estimado para la dimensión RP. Finalmente, la depresión resultó significativa para las tres dimensiones del Burnout.

Este análisis aporta información útil para ayudar al diagnóstico y evolución del SB en dicho colectivo.

Palabras clave: Burnout; Depresión; Regresión Logística; Enfermeras Gestoras; Factores de Riesgo De Personalidad.

5.2. Introducción

El SB es un problema de salud mental prevalente en la población trabajadora, que ha llamado la atención de los académicos a lo largo de la historia (Schaufeli et al., 2009; Stamm, 2002). El Burnout surge como consecuencia de sufrir estrés laboral crónico y provoca un fuerte impacto negativo en los profesionales que lo padecen, así como, en su entorno de trabajo (Iserson, 2018). El término “Burnout” se utilizó por primera vez en la década de los 70. Desde aquel momento, han sido muchos los autores que han tratado de profundizar en la conceptualización del estrés emocional sufrido en el lugar de trabajo. Especialmente, los profesionales que aportan un servicio a clientes o pacientes estarían más expuestos a desarrollar dicho síndrome (Bradley, 1969; Freudenberg, 1974).

La definición más aceptada del SB en la actualidad fue descrita por Maslach y Jackson (1981). Ambos autores definen el Burnout como una respuesta emocional a la presencia de estresores laborales crónicos en personas cuyo trabajo diario involucra cierta interacción con otras personas (Maslach et al., 1997) y se compone de tres dimensiones diferentes: alto CE, alta D y baja RP (Maslach and Jackson, 1986; Maslach et al., 2001). A partir de esta conceptualización, dichos autores construyen el Maslach Burnout Inventory (MBI), siendo una de las escalas más utilizadas para cuantificar el grado de Burnout experimentado, en tres niveles: bajo nivel, medio o alto (Maslach and Jackson, 1981).

El desarrollo de Burnout por parte de los trabajadores conlleva ciertas consecuencias en su ambiente laboral, afectando de manera directa al funcionamiento de la empresa y a la productividad del resto de empleados. Las consecuencias de sufrir este síndrome también recaen en el bienestar físico y mental del empleado, por lo que a menudo se asocia a problemas de insomnio, depresión o incapacidad para concentrarse (Bagheri et al., 2019).

Siguiendo las conclusiones de Maslach y Jackson (1986), los puestos de trabajo que implican un nivel elevado de interacción entre los trabajadores conllevan implícito una mayor probabilidad de sufrir Burnout. El sector sanitario (Gómez-Urquiza et al., 2017)

y concretamente, las enfermeras gestoras presentan una elevada probabilidad de sufrir Burnout (Furukawa and Kashiwagi, 2021). Las enfermeras gestoras deben actuar como líderes que organizan y supervisan las tareas realizadas por los profesionales de un determinado servicio de salud, con el objetivo final de mejorar la calidad de la atención prestada (Molina-Praena et al., 2018). Además, desempeñar un cargo intermedio conlleva actuar como mediador entre los trabajadores y los mandos superiores (Aitamaa et al., 2019). Hecho que provoca situaciones altamente estresantes, difíciles de manejar y sobrecarga laboral (Hewko et al., 2015; Karsavuran and Kaya, 2017).

Muchos autores han investigado los factores de riesgo que conducen a las enfermeras gestoras a desarrollar SB (Adriaenssens et al., 2017; Madsen et al., 2016; Membrive-Jiménez et al., 2020). Siendo las variables sociodemográficas (Gómez-Urquiza et al., 2017; Cañadas-De la Fuente et al., 2018) y las relacionadas con el trabajo las más asociadas en la literatura científica al SB (Ang et al., 2016). Del mismo modo, hay menos estudios publicados que analicen la susceptibilidad a sufrir SB generada por determinadas variables psicológicas (Geuens et al., 2017).

Las enfermeras gestoras que poseen una fuerte personalidad, caracterizada por una alta afectividad negativa y una marcada inhibición social presentarían una mayor predisposición a desarrollar SB (Cao and Naruse, 2019). En cambio, las gestoras que poseen una personalidad resistente y un buen autocontrol de sus emociones (Ramírez-Baena et al., 2019), tienen una menor probabilidad de desarrollar SB a lo largo de su trayectoria profesional. Determinados autores han estudiado el impacto del modelo de los factores básicos de la personalidad en el progreso del SB (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2020; Ramírez-Baena et al., 2019), relacionados con el neuroticismo, la amabilidad, el sentimiento de responsabilidad, extraversión y apertura al cambio (McCrae and Costa, 1999). El factor de personalidad del neuroticismo parece estar íntimamente ligado al progreso del Burnout, mientras que los otros factores parecen proteger a los gestores de enfermería de padecer dicho síndrome (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2020).

Si nos centramos en nuestro país, determinados estudios sobre Burnout estimaron una prevalencia del 43,4% en profesionales sanitarios y explicaron la influencia de los

factores psicológicos, detallados anteriormente, en el desarrollo de Burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; De la Fuente-Solana et al., 2020; McCrae and Costa, 1999; Torrente et al., 2021). Igualmente, Ramírez-Baena et al. (2019) concluyeron que un 44% de las enfermeras hospitalarias padece SB, pero no incluyeron en su estudio al colectivo de enfermeras dedicadas a la administración y gestión de los servicios.

Asimismo, no encontramos muchas publicaciones en la literatura científica que profundizaran en el estudio del SB en gestoras, como colectivo diferente al resto de sanitarios. Tampoco hay un gran volumen de investigaciones sobre los factores de riesgo sociodemográficos, laborales ni psicológicos, que nos permita predecir dicha vulnerabilidad a desarrollar Burnout en gestoras (Ceravolo and Raines, 2019). De esta forma, sería especialmente útil para la organización de los servicios de enfermería, la creación de perfiles de riesgo psicológicos que predican la vulnerabilidad a padecer SB mientras dure el desempeño de un cargo de supervisión (Adriaenssens et al., 2017).

El objetivo de este trabajo fue analizar los factores de riesgo relacionados con las variables de la personalidad y depresión, así como, medir el impacto de éstas en el pronóstico de desarrollar SB en función de los diferentes niveles de cada dimensión para gestores de enfermería.

5.3. Metodología

5.3.1. Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en Andalucía (España), con una muestra de enfermeras gestoras.

5.3.2. Características de la Muestra

La muestra estaba compuesta por 86 enfermeras gestoras, que trabajan en el SAS. Se realizó un muestreo por conveniencia. Los profesionales fueron clasificados en función de su lugar de trabajo, distritos de Atención Primaria de Salud (25,6%) o bien, servicios hospitalarios (74,4%). La edad media de los participantes fue de 46,65 años (DT = 7,16) y el 58,1% eran mujeres.

5.3.3. Instrumentos de Medida de los Resultados

Los datos relacionados con las medias de las variables sociodemográficas (edad y sexo), junto con las variables de personalidad y de depresión (Costa and McCrae, 1992), fueron recogidos mediante un cuestionario ad hoc, la versión española del cuestionario NEO-FFI (McCrae and Costa, 1999) y el inventario CECAD (Lozano et al., 2010).

El SB fue cuantificado por la versión adaptada al castellano del MBI (Seisdedos, 1997), compuesto por 22 ítems, divididos en tres dimensiones: 9 ítems para el CE, 5 ítems para D y 8 ítems para RP. Se aplicaron los estándares sugeridos en la guía de uso del MBI (Maslach and Jackson, 1981), para evaluar los niveles bajos, medios o altos de Burnout, para cada dimensión.

5.3.4. Recogida de Datos

Tras informar a los hospitales, los delegados locales del SATSE explicaron a las enfermeras gestoras el propósito de nuestro estudio y gestionaron la recepción de las encuestas ya completadas, junto con la colaboración con nuestros investigadores. Los cuestionarios se recopilaron, mediante un sistema no aleatorio, en 31 hospitales públicos y centros de Atención Primaria, pertenecientes al SAS, en el último trimestre de 2021.

Aproximadamente, un total de 1064 profesionales desempeñan un puesto intermedio en el Sistema Público de Salud de Andalucía, dedicado a la administración y gestión del personal de enfermería, además de coordinar las respectivas unidades clínicas. Se obtuvo la participación de un total de 122 enfermeras gestoras en nuestro estudio y se devolvieron 100 cuestionarios rellenos, de los cuales 86 habían sido cumplimentados en su totalidad (tasa de respuesta: 70%).

5.3.5. Consideraciones Éticas

La participación en nuestra investigación fue voluntaria, individual y anónima. Los participantes obtuvieron información sobre la investigación y el tiempo necesario para rellenar la encuesta (45 min). También dieron su consentimiento informado por escrito. Esta investigación fue aceptada por el Comité de Ética de la Universidad de Granada (1961-N-21) y realizada siguiendo los requisitos éticos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

5.3.6. Análisis Estadístico

Se utilizó un modelo de regresión logística ordinal (Agresti, 2015) para cada una de las dimensiones del Burnout, considerando como variables explicativas los factores psicológicos y los relacionados con la personalidad. Estos modelos se usaron para demostrar qué variables eran realmente factores de riesgo al implicar un cambio en los niveles de Burnout.

Un modelo sin interacciones entre los factores mencionados anteriormente fue considerado como el mejor que se ajustaba a los datos registrados. Este modelo se ajustó paso a paso, mediante una selección adelante- atrás (forward-backward) de las variables. La bondad del ajuste del modelo se discutió con la prueba de verosimilitudes y la prueba chi-cuadrado de Stukel.

Se utilizó la prueba de Wald para evaluar la significación a nivel poblacional de los distintos factores que se introdujeron en los modelos.

Se analizó la fuerza con la que variaciones de cada factor de riesgo influía en el pronóstico en un nivel con respecto al contiguo, en cada dimensión del Burnout.

El software de cálculo estadístico R (versión 4.1.1) fue la herramienta informática utilizada para el análisis estadístico.

5.4. Resultados

5.4.1. Descripción de la Muestra y Niveles de Burnout para cada Dimensión

El estudio descriptivo de las variables de personalidad y depresión estudiadas se muestra en Tabla 8. Las variables laborales se describen en la Tabla 9.

Tabla 8. Estudio descriptivo de las variables de personalidad y depresión.

Variabales (N = 86)	M	DT
N	26.08	6.05
Am	46.85	4.76
Rp	48.62	5.12
Ex	44.69	6.63
Ap	38.86	6.35
Depresión	44.00	12.89

Nota: N = Neuroticismo, Am= Amabilidad, Rp = Responsabilidad, Ex = Extraversión, Ap = Apertura, M = Media, DT = Desviación Típica.

Tabla 9. Estudio descriptivo de las variables laborales.

Variables Laborales	Nivel	% (N)
Turno de trabajo (N = 86)	(1) Rotatorio	17.4 (15)
	(2) Fijo	82.6 (71)
Guardias (N = 86)	(1) No	51.2 (44)
	(2) Si	48.8 (42)
Desempeño de un puesto intermedio anteriormente (N = 86)	(1) No	75.6 (65)
	(2) Si	24.4 (21)
Antigüedad Laboral	Media (DT)	Min-Max
En el sitio de trabajo en meses (N = 86)	84.0 (114.4)	1.0-432.0
En la profesión en meses (N = 86)	276.0 (90.2)	72.0-504.0
En gestión de enfermería en meses (N = 86)	54.0 (63.6)	0.0-288.0

El 22,1% de los participantes presentó una puntuación elevada para CE, mientras que un 30,2% presentaban una puntuación media para esta dimensión. Por otro lado, el 20,9% de los participantes obtuvieron puntuaciones altas para D y el 36,0% obtuvo una puntuación media. Finalmente, el 58,1% presentó una baja puntuación para la dimensión RP y el 27,9% obtuvo una puntuación media. La Tabla 10 muestra la prevalencia de los niveles para cada dimensión de Burnout.

Tabla 10. Niveles de Burnout para cada dimensión.

Niveles	CE			D			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
%	47.7	30.2	22.1	43.0	36.1	20.9	58.1	27.9	14.0
M (DT)	16.90 (11.17)			5.64 (5.22)			39.85 (6.89)		

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

5.4.2. Modelo Explicativo para cada Dimensión del Síndrome de Burnout

Los modelos ajustados para las diferentes dimensiones del Síndrome de Burnout, se incluyeron las variables descriptivas asociadas a los factores de personalidad y depresión. En las tablas 11-13 se evalúan los parámetros estimados para cada variable explicativa incluida en el modelo, para cada una de las dimensiones de dicho síndrome.

Tabla 11. Modelo logit para la dimension de CE.

$$\hat{L}_s(Nm, De) = \hat{B}_0 + \hat{B}_{Nm}Nm + \hat{B}_{De}De; s = 1, 2$$

Factores	B	DT	Wald	p	Odds	IC para 95% odds	
						Inferior	Superior
N	0.140	0.054	2.596	<0.001	1.150	1.137	1.163
Depresión	0.077	0.026	2.948	<0.001	1.080	1.074	1.086

Nota: CE = Cansancio Emocional, N = Neuroticismo, B = Parámetro, Wald = Estadístico, P = P-Valor, Odds = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confianza, Inferior = Límite Inferior del IC, Superior = Límite Superior del IC, DT = Desviación Típica.

Tabla 12. Modelo logit para la dimensión D.

$$\hat{L}_s(\text{Fr}, \text{De}) = \hat{B}_0 + \hat{B}_{\text{Fr}}\text{Fr} + \hat{B}_{\text{De}}\text{De}; s = 1, 2$$

Factores	B	DT	Wald	p	Odds	IC para 95% odds	
						Inferior	Superior
Am	-0.084	0.048	-1.745	0.081	0.919	0.910	0.929
Depresión	0.038	0.018	2.111	0.035	1.039	1.035	1.043

Nota: D = Despersonalización, Am = Amabilidad, B = Parámetro, Wald = Estadístico, P = P-Valor, Odds = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confianza, Inferior = Límite Inferior del IC, Superior = Límite Superior del IC.

Tabla 13. Modelo logit para la dimensión RP.

$$\hat{L}_s(\text{Ry}, \text{De}) = \hat{B}_0 + \hat{B}_{\text{Ry}}\text{Ry} + \hat{B}_{\text{De}}\text{De}; s = 1, 2$$

Factores	B	Desv. Error	Wald	p	Odds	IC para 95% odds	
						Inferior	Superior
Rp	-0.102	0.051	-2.011	0.044	0.903	0.893	0.913
Depresión	0.050	0.020	2.469	0.014	1.051	1.047	1.056

Nota: RP = Realización Personal, Rp = Responsabilidad, B = Parámetro, Wald = Estadístico, P = P-Valor, Odds = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confianza, Inferior = Límite Inferior del IC, Superior = Límite Superior del IC, DT = Desviación Típica.

El test Chi-cuadrado de razón de verosimilitudes para estos modelos fue $X^2(5, N = 86) = 89.71, p < 0.001$ para la dimensión de CE; $X^2(5, N = 86) = 106.18, p \leq 0.001$ para D y $X^2(5, N = 86) = 96.09, p \leq 0.001$ para RP. Por lo tanto, el ajuste del modelo mejoró

significativamente en comparación con un modelo que solo contiene la constante en mente.

La prueba de bondad de ajuste de Stukel para estos modelos fue $X^2(2, N = 86) = 2.49, p = 0.288$ para la dimensión de CE; $X^2(2, N = 86) = 3.13, p = 0.209$ para D y $X^2(2, N = 86) = 2.32, p = 0.313$ para RP. Estos resultados determinaron, por tanto, que los modelos ajustaban bien a nivel poblacional con todas las dimensiones.

Según la prueba de Wald (véanse las tablas 11-13), la variable Depresión es significativa a nivel poblacional para los tres modelos ($p < 0.001$) o dimensiones. El N es significativo para el modelo referido a CE ($p < 0.001$) y la variable Rp es significativa para el modelo implicado en los cambios de nivel de Burnout en la dimensión RP ($p = 0.044$).

Las Odds-ratio (consulte las tablas 11-13) para las variables significativas se puede interpretar como una medida de fuerza relacionada con la severidad creciente o decreciente en cada una de las dimensiones. Todos los factores relacionados con la personalidad son variables discretas; por lo tanto, no se espera que haya cambios relevantes referidos a incrementos unitarios en estas variables (las odds-ratios están cerca del uno), pero sí con incrementos mayores. De hecho, si la variable Depresión es aumentada en 6 unidades, la posibilidad de subir el nivel de CE (respectivamente subir el nivel de D y RP) fue 2.94 (respectivamente 2.83 y 2.86) veces mayor que si la variable Depresión no aumentara. El mismo efecto se mostró con N para CE. Por lo tanto, si N aumentaba en 6 unidades, la Odds-ratio de pasar a un nivel más alto de CE fue 3.16 veces mayor. Finalmente, se comprobó que un aumento de 6 unidades en el valor de Rp produjo una Odds-ratio de 2.47 veces mayor para pasar a un nivel alto de RP.

5.5. Discusión

El objetivo de esta investigación fue detectar factores de riesgo ligados a las variables de personalidad y depresión, así como, medir su impacto en el pronóstico de Burnout en los diferentes niveles de cada dimensión del síndrome en gestores de enfermería.

En cuanto al primer objetivo, se obtuvieron tres modelos que proporcionaban una primera aproximación a los cambios de nivel en cada dimensión del SB. Estos modelos incluían a modo de variables explicativas los factores relacionados con la personalidad: N y Rp, así como la variable Depresión. Ésta última actuó como un factor de riesgo incluido en los tres modelos o dimensiones del Burnout. El neuroticismo como factor de riesgo incluido en el modelo relacionado con el CE, está involucrado en cambios de nivel para esta dimensión del SB. La responsabilidad se asoció a los cambios de nivel en la dimensión de RP. Estos modelos pueden predecir la probabilidad que tiene una enfermera gestora de pasar a un nivel superior de Burnout, en función de los cambios de las variables explicativas.

Los resultados basados en el segundo objetivo mostraron valores altos de Depresión, asociados a situaciones de mayor severidad en las tres dimensiones del Burnout. Resultados que se asemejan a otros estudios (Ang et al., 2018; Geuens et al., 2017), mientras que para la variable N se asoció a situaciones de mayor severidad del SB para la dimensión de CE. Del mismo modo, la variable Rp actuó como factor de riesgo que implica un aumento de la gravedad del Burnout para la dimensión de RP.

Algunos estudios manifestaron que el desarrollo de depresión en enfermeras gestoras puede ser causado por problemas de comunicación con los profesionales de enfermería a su cargo (Karsavuran and Kaya, 2017) y deriva en un ascenso de nivel de Burnout superior (De la Fuente-Solana et al., 2020; Favrod et al., 2018; Ramírez-Baena et al., 2019; Toh and Devi, 2012). Además, se han analizado otros factores que deterioran el estado psicológico de los gestores de enfermería, como son: los bajos salarios, las políticas laborales duras, la sobrecarga de trabajo y las altas exigencias de directivos superiores (Ahmed, 2019), unido a la falta de crecimiento profesional y la presencia de

recursos insuficientes (Labrague and McEnroe-Petitte, 2017). Todas las estas condiciones pueden influir en el desarrollo de D.

En cuanto a la asociación entre N y CE, el estudio realizado por De la Fuente et al (2019), en enfermeras del servicio de oncología, está en la misma línea que nuestros hallazgos. La variable N se describe como un alto grado de inestabilidad emocional, resultado del intento por parte de los gestores de enfermería de aclimatarse al ambiente estresante en el que trabajan y como forma de canalizar o aliviar la presión experimentada en la jornada laboral (Ramirez-Baena et al., 2019). En ocasiones, la expresión de N en la actitud de las gestoras puede entenderse por parte de los profesionales a su cargo como una falta de liderazgo (Guo et al., 2017) y autoridad (Adriaenssens et al., 2017). Las enfermeras gestoras, que sufren N, tienden a utilizar estrategias afrontamiento improductivas, como la evitación y la distracción (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Estas estrategias conducen finalmente al desarrollo de CE y si se mantienen en el tiempo, esta condición incrementaría el deseo de dejar el cargo desempeñado (Hewko et al., 2015).

Asimismo, la asociación estadística entre Rp y RP en gestores de enfermería podría explicarse mediante la excesiva responsabilidad y compromiso que el puesto conlleva. Hecho, que se convierte en fuente de estrés a largo plazo y disminuye la motivación, junto con la satisfacción laboral de los gestores (Boamah et al., 2016; Cao and Naruse, 2019; Khan et al., 2018). A la variable de Rp se le podría agregar la falta percepción de liderazgo por parte de los profesionales a su cargo empoderamiento y reconocimiento que conlleva el desempeño de un cargo intermedio (Hewko et al., 2015). De esta forma, se podría confirmar que una sensación excesiva de responsabilidad modificaría el sentimiento de RP en las enfermeras gestoras.

Limitaciones del Estudio

Este estudio presentó ciertas limitaciones en torno al diseño planteado, puesto que imposibilita la instauración de relaciones de causalidad entre los resultados obtenidos. En futuros estudios, se podría solucionar este problema implementando un diseño

longitudinal, que permita analizar la progresión del Burnout a lo largo del desempeño de un puesto intermedio.

Otras limitaciones planteadas se relacionaron con la muestra, la cual fue seleccionada mediante métodos no aleatorios y algunos grupos analizados eran relativamente pequeños. Estas limitaciones se vieron compensadas por la diversidad de centros sanitarios, en los que trabajaban los participantes del estudio.

Finalmente, la investigación llevada a cabo no incluyó la influencia de la pandemia de Covid-19, como variable de estudio en el desarrollo de Burnout.

5.6. Implicaciones Clínicas

Las enfermeras gestoras tienen un papel fundamental en el liderazgo de profesionales de enfermería y en el correcto funcionamiento de las diferentes unidades de atención clínica. Los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de Burnout en gestores de enfermería son: la sobrecarga de trabajo, insuficientes recursos, tener que lidiar con los problemas en torno personal a su cargo, falta de tiempo y la carencia de respaldo por parte de los superiores (Hewko et al., 2019; Membrive-Jiménez et al., 2020). Conocer la influencia de los factores psicológicos y de la personalidad (neuroticismo, depresión y responsabilidad) en el desarrollo del SB, permite a los gestores de enfermería reconocer los síntomas y prevenir precozmente a los profesionales en riesgo de desarrollar dicho síndrome.

Igualmente, las enfermeras gestoras que posean los factores de riesgo explicados anteriormente deberían recibir una intervención temprana, basada en la terapia cognitivo-conductual y en la mejora de las estrategias de afrontamiento del estrés. Con el objetivo de prevenir y promover la detección precoz de Burnout (Ayala and García, 2018; Bagheri et al., 2019). La detección e intervención temprana sobre el Burnout en enfermeras gestoras, es fundamental para evitar que este problema de salud mental afecte a la calidad de la organización y gestión de los empleados, además de dañar el clima de trabajo y la atención prestada.

5.7. Conclusiones

Si nos centramos en el sector sanitario, las enfermeras gestoras están altamente expuestas a desarrollar SB. Principalmente, tienen un mayor riesgo de desarrollar Burnout las que poseen neuroticismo y sentimiento de responsabilidad en su personalidad, además de padecer síntomas depresivos. Los profesionales que presentan estos factores de riesgo deben ser especialmente considerados, debido a su predisposición a sufrir cansancio emocional, despersonalizar las relaciones con los profesionales a su cargo y desarrollar sentimientos de baja realización personal.

CAPÍTULO 6.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1. Discusión General

A lo largo de esta tesis doctoral hemos pretendido recoger suficientes datos en torno a la prevalencia, niveles y factores de riesgo que predisponen a los profesionales de enfermería dedicados la administración y gestión de los recursos sanitarios a desarrollar Burnout.

La investigación se ha desarrollado en dos fases. Una primera fase de tipo teórico, en la que hemos pretendido crear una base para los siguientes estudios, mediante una revisión sistemática de corte metaanalítico.

En este primer estudio, analizamos la literatura científica más contemporánea respecto a la prevalencia, niveles y factores de riesgo que influyen en el desarrollo y mantenimiento del SB en enfermeras gestoras. Para la medición del Burnout se incluyeron estudios que utilizaran cualquier cuestionario validado, para realizar posteriormente un metaanálisis centrado en los estudios que emplearon el MBI. De esta forma, encontramos que las enfermeras gestoras están altamente expuestas a estresores ambientales que incrementan la posibilidad de desarrollar SB, siendo las dimensiones CE y baja RP, las más afectadas en este colectivo. En cuanto a los factores de riesgo, encontramos los sociodemográficos (la edad, el género, la presencia de hijos a su cargo, el estado civil) y los laborales (tipo de turno de trabajo), como los factores más prevalentes en la literatura científica.

Posteriormente, la segunda fase se desarrolló con base a los resultados encontrados en el primer artículo. Se llevaron a cabo dos estudios empíricos que nos permitieron concretar el foco de nuestro trabajo en las enfermeras gestoras del SAS, estudiando la prevalencia y los niveles de Burnout, clasificados en fases por Golembiewski y Munzerider (1988). El tercer estudio nos permitió crear un perfil de riesgo psicológico más vulnerable a desarrollar SB.

A continuación, se enumeran los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo dos y se presentan los resultados obtenidos.

6.2. Objetivos E Hipótesis

Objetivo I

Conceptualizar, mediante revisión sistemática y metaanálisis de la literatura científica, el desarrollo de Burnout en enfermeras dedicadas a la gestión sanitaria y los perfiles sociodemográficos, laborales y de personalidad que acentúan la aparición de dicho síndrome.

A continuación, se detallan los resultados encontrados en el primer artículo de corte meta analítico, que nos permitió dar respuesta al objetivo planteado.

Los estudios analizados han verificado que una elevada prevalencia de enfermeras gestoras sufre Burnout, especialmente baja RP (Khan et al., 2018) y CE (Cao and Naruse, 2019), coincidiendo con la estimación de la prevalencia de CE en nuestro metaanálisis, que fue del 29% (IC 95% = 9-56), para una muestra de 780 enfermeras gestoras. Posteriormente, si los mecanismos de afrontamiento no habían sido suficientes, las gestoras generarían conductas de D (Heeb and Haberey-Knuessi 2014), con consecuencias inminentes en el clima de trabajo y en la percepción del liderazgo por parte de los trabajadores a su cargo (Guo et al., 2018).

En cuanto a los factores de riesgo, encontramos en la literatura científica que el desarrollo de Burnout por parte de gestoras está altamente influenciado por el género femenino (Kanste, 2015); estar casada (Karsavuran and Kaya, 2017), tener hijos (Heeb and Haberey-Knuessi, 2014); trabajar a tiempo completo (Adriaenssens et al., 2017); y la edad influyó en la puntuación del MBI (Adriaenssens et al., 2017). Dato, que confirmamos al estimar la correlación entre el Burnout y la edad en el metaanálisis realizado ($r = -0,07$; IC 95 % = $-0,23-0,08$);

A los factores de riesgo ya descritos debemos añadir las siguientes variables: falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo (Karsavuran and Kaya, 2017) y sufrir mobbing (Adriaenssens et al., 2017). Ambos asociados con el rechazo del rol de supervisión (Tully and Tao, 2019) y abandono precoz del puesto de trabajo (Karsavuran and Kaya, 2017).

Objetivo II

Estimar la prevalencia y analizar los niveles de Burnout en enfermeras gestoras de centros sanitarios SAS.

Objetivo III

Analizar de forma empírica el perfil sociodemográfico y laboral de las enfermeras gestoras que desarrollan su labor en centros sanitarios del SAS.

Objetivo IV

Identificar los factores de riesgo relacionados con las características psicológicas de los gestores de enfermería del SAS y medir el impacto de dichas variables en el pronóstico del nivel de Burnout para cada dimensión.

Para dar respuesta a estos objetivos se realizaron varios estudios utilizando un diseño transversal y multicéntrico. Se administraron los siguientes cuestionarios: MBI, el NEO-FFI y el CECAD, a enfermeras gestoras que pertenecían a 31 centros sanitarios del SAS. La muestra estaba compuesta por 86 enfermeras que devolvieron los cuestionarios rellenos adecuadamente.

Asociados a estos objetivos, se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1

La prevalencia de Burnout y los niveles en CE, D y RP en enfermeras gestoras de centros sanitarios del SAS son elevados.

El 22,4% de las gestoras presentan altos niveles CE, el 30,6% presenta niveles medios y el 47,1% bajos. Para la variable de D, el 21% experimentó altos niveles, el 36% medios y un 43% bajos niveles. El 57,6% tenía bajo sentimiento de RP, el 28,2% medio y un 14,1% alto nivel de RP. Según el modelo de Golembiewski y Munzenrider (1988), el

34.1% de los gestores presenta niveles altos de Burnout, correspondientes con las fases V, VI, y VII.

Hipótesis 2

Determinados factores sociodemográficos y laborales están relacionados con el desarrollo de Burnout, determinando un perfil de riesgo que genera susceptibilidad a desarrollar dicho síndrome en las enfermeras gestoras de centros del SAS.

Se realizó una comparación de medias para cada una de las dimensiones del MBI en función de las variables sociodemográficas y laborales. Se hallaron diferencias significativas entre la variable laboral: guardias y la dimensión RP (RP₍₆₈₎ (t=2.21; p=0.031 d=3.331)). En contraposición con los datos arrojados por el primer artículo de la tesis (Membrive-Jiménez et al., 2020), las enfermeras que dijeron realizar guardias presentaron mayores niveles de RP. Hecho, que podría interpretarse según la organización y estructuración de manera rotatoria de las guardias (Knupp et al., 2018), con los días de libranza correspondientes fijados previamente, que se realiza en el SAS. De manera, que las guardias permiten a los gestores incrementar su desarrollo profesional, empoderarse en el entorno sanitario y conocer al resto de profesionales a su cargo (Adriaenssens et al., 2017).

Hipótesis 3

Existen ciertas características psicológicas de los gestores de enfermería del SAS, que actúan como factores de riesgo e influyen en el pronóstico del nivel de Burnout para cada dimensión.

Se estudió la relación entre las dimensiones del cuestionario MBI y las variables psicológicas, analizadas mediante las subescalas del NEO-FFI, y las puntuaciones para ansiedad y depresión del CECAD. Se clasificaron como factores de riesgo las variables N, depresión y ansiedad, al correlacionarse de manera positiva con las dimensiones del Burnout (CE, D y RP). Por otro lado, las variables positivas de la personalidad: Rp, Am y Ex, se mostraron como factores protectores frente al Burnout. A excepción de la

variable Ap, que solo obtuvo una relación significativa con la dimensión de RP (0.231**).

Asimismo, se estimaron los modelos de regresión lineal múltiple para cada dimensión del cuestionario MBI. Para la dimensión de CE, las variables psicológicas N (B=0.040, p=0.011) y depresión (B=0.023, p=0.002), fueron predictores estadísticamente significativos. Siendo esta última predictora del modelo creado para la dimensión de D (B=0.020, p=0.003), esta vez significativa al 5%. Para la variable RP son predictores la Am (B=-0.032, p=0.058), además de las variables Rp (B=-0.038, p=0.024) y O (B=-0.027, p=0.025), éstas últimas significativas al 5%.

Una vez estudiado el papel fundamental que juegan los factores de riesgo psicológicos en el desarrollo del Burnout, se estimaron los cambios de nivel en las tres dimensiones que pronosticaban cada variable de la personalidad. Para ello, se llevó a cabo un nuevo estudio con un modelo de regresión logística ordinal de respuesta categórica para cada dimensión. El factor de riesgo depresión fue significativo a nivel poblacional para los tres modelos, es decir, la presencia de este rasgo psicológico potencia situaciones de mayor severidad de Burnout y un aumento acentuado hacia un nivel superior en las dimensiones de CE y D, además de provocar un cambio a un nivel inferior para la dimensión de RP (Ang et al., 2018; Geuens et al., 2017). En cuanto al N, es significativo para el modelo referido a CE. De esta forma las enfermeras gestoras que presentan este rasgo de la personalidad tendrán un mayor riesgo de evolucionar rápidamente hacia niveles altos de CE. La variable Rp es significativa para el modelo implicado en los cambios de nivel de Burnout en la dimensión RP.

Al perfil de riesgo a desarrollar SB para las enfermeras gestoras creado anteriormente, habría que añadirle la presencia de una personalidad neurótica, con rasgos depresivos, en gestoras que no realizan guardias. Asimismo, la presencia del sentimiento de responsabilidad unido a una mayor apertura a los cambios generaría en las gestoras una mayor protección frente al desarrollo de Burnout.

6.3. Conclusiones Finales

Ante los resultados expuestos anteriormente, pasamos a detallar las conclusiones finales de esta tesis doctoral:

Siguiendo los resultados del primer estudio realizado, concluimos que las enfermeras gestoras desempeñan un puesto de trabajo que conlleva inherentes niveles elevados de estrés, debido a las numerosas tareas que deben realizar, ya sea de índole administrativo, como de gestión o asistencial. A partir del metaanálisis realizado, podemos concluir que la edad juega un papel fundamental en la instauración del SB, siendo las gestoras más jóvenes, rango de 40-50 años como la edad a la que se suele alcanzar este puesto intermedio, las más propensas a desarrollar CE. Apoyándonos en la revisión sistemática, concluimos que el perfil de riesgo teórico más susceptible a desarrollar Burnout dentro de las enfermeras gestoras, está compuesto por mujeres de mediana edad, casadas, con hijos y que trabajan a jornada completa.

Ante los datos teóricos expuestos y con base en los resultados derivados de los estudios empíricos, debemos añadir las conclusiones obtenidas a partir del análisis del SB en profesionales de enfermería dedicados a la administración y gestión de los recursos sanitarios del SAS.

- Una importante parte de las enfermeras que gestionan los recursos sanitarios del SAS están en riesgo de desarrollar Burnout o lo tienen ya instaurado. La dimensión más afectada en esta población es la baja RP, con una prevalencia de 85.8% para niveles medios y bajos. Seguido de la dimensión de D, con un 57% de las gestoras afectadas y una prevalencia de 53% para las que presentan niveles medios y altos de CE.
- El 34.1% de las enfermeras gestoras del SAS, se encuentran en fases preocupantemente graves de Burnout, según el modelo de fases de Golembiewski.

-
- Las “guardias”, bien organizadas y planificadas en el calendario, con sus correspondientes días de libranza y bonificación salarial, parecen actuar como factor protector del desarrollo de Burnout, manteniendo elevados los niveles de sentimiento de RP.
 - En cuanto al perfil de riesgo psicológico más vulnerable a desarrollar Burnout, podemos concluir que las enfermeras gestoras con cierta tendencia depresiva están en riesgo de desarrollar Burnout y de que éste se cronifique, además de tener cierta predisposición a desarrollar CE y D, independientemente. En cuanto a las enfermeras que presentan rasgos neuróticos en su personalidad, tendrán una mayor predisposición a desarrollar CE y a cambiar a un nivel alto rápidamente. Por otro lado, los factores positivos de la personalidad juegan un papel fundamental en la protección frente al SB. Especialmente, las gestoras que presentan una mayor apertura al cambio asociada al sentimiento de responsabilidad contarían con una protección extra frente al descenso de los niveles de RP.

Las conclusiones de esta tesis doctoral resaltan el impacto emocional que conlleva el ascenso a un puesto de nivel intermedio, por parte de los profesionales de enfermería y los desafíos en materia de salud mental presentados a los directivos sanitarios. De esta manera, el análisis de la prevalencia, niveles y perfiles de riesgo aporta información útil para predecir el desarrollo y la evolución del SB en las enfermeras dedicadas a la administración y gestión sanitaria del SAS. Prestando especial atención a las gestoras que presentan algún factor de riesgo en su personalidad.

A la luz de los datos arrojados, se plantea la necesidad de crear medidas de apoyo a las gestoras, que permitan mantener unas estrategias de afrontamiento del estrés adecuadas a cada situación y mientras dure el desempeño de dicho cargo. Estrategias, basadas en la prevención del CE, que fomenten la RP y eviten despersonalizar la gestión sanitaria. Además de promover protocolos de Prevención de Riesgos Laborales, que estudien los riesgos para la salud mental de cada puesto de trabajo. De tal forma, que los gestores de enfermería mejoren sus habilidades de autoconocimiento y adquieran la capacidad de detectar de manera precoz los síntomas relacionados con el SB y solucionarlos a tiempo.

Asimismo, las enfermeras gestoras actúan como modelo para los profesionales a su cargo y juegan un papel fundamental en el desarrollo de Burnout en éstos. Las gestoras deberían implantar medidas que prevengan dicho síndrome en la organización de las unidades que lideran y que fomenten el autocuidado del bienestar psicológico en sus trabajadores.

Finalmente, se propone la creación de un puesto de apoyo a las enfermeras gestoras, con el objetivo de reducir la carga de trabajo y responsabilidades que las susodichas acaparan. Así como, un paquete formativo de acogida a las nuevas gestoras, que les permita adquirir conocimientos sobre administración, planificación de turnos y gestión de recursos sanitarios. Estas medidas permitirían a estas enfermeras reducir el número de fuentes de estrés en el entorno laboral, mejorar la autoeficacia y fomentar un buen clima de trabajo.

6.4. Limitaciones Del Trabajo

En primer lugar, cabe destacar como limitación los resultados del primer estudio presentado en esta tesis doctoral, diseñado a partir de una revisión sistemática con metaanálisis. El número de artículos incluidos en el metaanálisis no fué muy elevado, debido al criterio de exclusión que nos impedía contener profesionales sanitarios de otras categorías en nuestro estudio. Además de la gran heterogeneidad de las muestras escogidas en los artículos seleccionados, en cuanto a localización, sistema de salud, recursos sanitarios, instrumentos de medida del SB, etc.

En cuanto a los dos estudios empíricos, encontramos que el diseño metodológico de ambos artículos fue de corte transversal, limitando el establecimiento de relaciones causales entre resultados.

El tamaño muestral fue bajo debido a que acotamos la población de estudio a profesionales que trabajaban en el SAS, perdiendo muestra de otras comunidades autónomas y del sector sanitario privado. Un mayor tamaño muestral nos hubiera permitido mejorar el ajuste de los modelos de regresión. Para la selección de la muestra se emplearon métodos no aleatorios, provocando que los grupos de sujetos estratificados según las variables sociodemográficas no estuvieran equilibrados y se podían haber estudiado más variables psicológicas relacionadas con el SB. A pesar de que estas limitaciones se vieron parcialmente compensadas por la diversidad de centros sanitarios en los que trabajan los participantes del estudio, un mayor tamaño muestral nos permitiría extrapolar mejor los datos al resto de población de enfermeras dedicadas a las administración y gestión sanitaria.

Finalmente, como ya se ha indicado en esta Tesis, no se incluyó la influencia de la pandemia de Covid-19 en el desarrollo de Burnout, como variable de estudio en la investigación.

6.5. Líneas Futuras De Investigación

A tenor de las limitaciones de los estudios planteadas anteriormente en este trabajo de Tesis Doctoral, se proponen algunas líneas de investigación, que permitirían en un futuro solventar los problemas descritos.

En primer lugar, se deberían realizar más estudios de corte metaanalítico, que incluyeran una mayor variedad de factores de riesgo sociodemográficos, por ejemplo: estratificar el número de hijos o personas dependientes a su cargo, número de hijos en escolar o adolescentes, etc. Con el objetivo de erradicar las contradicciones que existen en torno a dichas variables.

Asimismo, se plantea como mejora para un futuro, la inclusión de más variables psicológicas, como: la resiliencia, la tolerancia al estrés, mecanismos de afrontamiento, y la práctica de yoga, meditación o mindfulness, tanto estudios observacionales como corte de metaanalítico.

Los estudios descriptivos realizados deberían servirnos como base para la realización de estudios longitudinales, a lo largo del desempeño del puesto intermedio, por parte de las enfermeras comentadas. Este tipo de metodología nos permitiría establecer relaciones de causalidad entre los factores de riesgo que conviven en el contexto de un cargo de supervisión y su relación con el SB. La medida de los biomarcadores cardiovasculares: tensión arterial, frecuencia cardiaca y su variabilidad; marcadores del sueño: calidad, latencia y horas de sueño; del sistema endocrino mediante la extracción de saliva: cortisol y lisozima, α -amilasa; del sistema inmunitario anticuerpos mononucleares CD57 y CD16; y los mediadores de la inflamación: TNF- α , fibrinógeno y proteína c-reactiva; todos ellos asociados al SB, nos permitiría explorar un ámbito poco estudiado en torno a dicho síndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adebayo, D. O., Udegbe, I. B., & Sunmola, A. M. (2006). Gender, Internet use, and sexual behavior orientation among young Nigerians. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 9(6), 742–752. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.742>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Adriaenssens, J., Hamelink, A. & Van Bogaert, P. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007>
- Agresti, A. (2015). *Foundations of linear and generalized linear models*. John Wiley & Sons.
- 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]. Repositorio de la Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/31728>.
- Aguayo, R., Vargas, C., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2017). Are socio-demographic factors associated to burnout syndrome in police officers? A correlational meta-analysis. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 33(2), 383-392. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.2.260391>.
- Aguayo, R., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Lozano, L. M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 343– 61.
- Aitamaa, E., Suhonen, R., Puukka, P., & Leino-Kilpi, H. (2019). Ethical problems in nursing management: a cross-sectional survey about solving problems. *BMC health services research*, 19(1), 417. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4245-4>
- 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
- Alarcón, C., Cervantes, M.E., **Domínguez**, A., Hernández, J., Velázquez, M. (2003). Evaluación de la conducta asertiva y no asertiva en enfermeras jefe de planta. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 11, 133-142.

- Alarcón, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and Burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244–263. <https://doi.org/10.1080/02678370903282600>
- Albar Marín, M., & García-Ramírez, 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)]. Repositorio de la Fundación Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=66170>
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Davas, A., Milosevic, M., & 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. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1143-5>
- Anders, R. L., Jackson, D., Davidson, P. M., & Daly, J. P. (2021). Nursing Leadership for 21st Century. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, 3472. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3472>
- 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. <https://doi.org/10.1155/2016/6960184>
- Arce, C., De Francsico, C., Andrade, E., Arce, I., & Raedeke, T. (2010). Adaptación Española del Athlete Burnout Questionnaire (ABQ) para la medida del burnout en futbolistas. *Psicothema*, 22(2), 250–255.
- Ayala Calvo, J. C., & García, G. M. (2018). Hardiness as moderator of the relationship between structural and psychological empowerment on burnout in middle managers. *Journal of Occupational and Organizational psychology*, 91(2), 362-384. <https://doi.org/10.1111/joop.12194>
- 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), 54408. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054408>
- Aytekin, A., Yilmaz, F., & Kuguoglu, S. (2013). Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of life. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 39–48.

- Bagheri Hosseinabadi, M., Ebrahimi, M. H., Khanjani, N., Biganeh, J., Mohammadi, S., & Abdolahfard, M. (2019). The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1868-1878. **Doi:** 10.1111/jocn.14778
- Bagheri, T., Fatemi, M. J., Payandan, H., Skandari, A., & Momeni, M. (2019). The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. *Annals of burns and fire disasters*, 32(3), 184.
- 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. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>
- 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. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i2.15613>
- Bloxsome, D., Ireson, D., Doleman, G., & Bayes, S. (2019). Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 28(3-4), 386-399. <https://doi.org/10.1111/jocn.14651>
- Boamah, S. A., Read, E. A. & Laschinger, H. K. S. (2017). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1182–1195. <https://doi.org/10.1111/jan.13215>
- Bradley, H. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15(3), 359–370. <https://doi.org/10.1177/001112876901500307>
- Briones, D. (2007). Presencia de síndrome de Burnout en poblaciones policiales vulnerables de Carabineros de Chile. *Ciencia y trabajo*, 9(24), 43-50
- Burke, R. J. (1987). Burnout in police work: an examination of the Cherniss model. *Group Organ Studies*, 12(2), 174-188. <https://doi.org/10.1177/105960118701200205>
- Burke, R. J., & Greenglass, E. (1994). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 47(30), 1-15.
- 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.

- 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. <https://doi.org/10.1002/smi.2673>
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., de la Fuente, E. I., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas, G. R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias [Burnout in Nursing Professionals Performing Overtime Workdays in Emergency and Critical Care Departments. Spain]. *Revista española de salud pública*, 90, 1–9.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R. & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Cañadas-de la Fuente, G., San Luis, C., Lozano, L., Vargas, C., García, I., & De la Fuente, E. (2014). Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and Burnout levels among health workers. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44–52.
- 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
- Cañadas-De la Fuente, G.A., Albendín-García, L., De la Fuente Solana, E.I., San Luis Costas, C., Gómez-Urquiza, J.L., & Cañadas, G.R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 14(90), 1-9.
- Cao, X., & Naruse, T. (2019). Effect of time pressure on the burnout of home-visiting nurses: The moderating role of relational coordination with nursing managers. *Japan Journal of Nursing Science*, 16, 221–231. <https://doi.org/10.1111/jjns.12233>
- Carvalho, D.P., Rocha, L.P., Barlem, E.L.D., Barlem, E.L.D., Cecagno, D., & Dalmolin, G.D.L. (2018). Productivity versus workloads in the nursing working environment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017028903301>

- 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
- Castillo, A., Padilla, M., & Hernández, D. G. (2021). Self-evaluation and evaluation of nursing leaders' Leadership Styles. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3393. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3435.3393>
- Catell, R. B. (1972). *16 PF, form A: Personality questionnaire*. TEA Ediciones
- Ceravolo, D., & Raines, D. A. (2019). The impact of a mindfulness intervention for nurse managers. *Journal of Holistic Nursing*, 37(1), 47-55. <https://doi.org/10.1177/0898010118781620>
- Chana, N., Kennedy, P., & Chessell, Z. J. (2015). Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1), 2835–2848. <https://doi.org/10.1111/jocn.12891>
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job stress in the human services*. Sage.
- Chrisopoulos, S., Dollard, M. F., Winefield, A. H., & Dormann, C. (2010). Increasing the probability of finding an interaction in work stress research: A two-wave longitudinal test of the triple-match principle. *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. *Evid Actual Pract Ambul*, 13, 135–140. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v14i1.6075>
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656. doi:10.5465/amr.1993.9402210153
- Correa-Correa, Z., Muñoz-Zambrano, I., & Chaparro, A. F. (2010). Síndrome de Burnout en docentes de dos universidades de Popayán. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 589–598. **Doi:** 10.1590/s0124-00642010000400006
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). *The neoPI/Neo-FFI manual supplement*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.5>
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (2002). *Inventario de Personalidad NEO Revisado de Cinco Factores (NEO-FFI)*. TEA Ediciones.

- Davis, S., Lind, B. K., & Sorensen, C. (2013). A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), E303-E311. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.E303-E311>
- 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*. 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., Suleiman-Martos, N., Velando-Soriano, A., Cañadas-De la Fuente, G. R., Herrera-Cabrerizo, B., & Albendín-García, L. (2020). Predictors of burnout of health professionals in the departments of maternity and gynaecology, and its association with personality factors: A multicentre study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 207-216. Doi: 10.1111/jocn.15541
- De la Fuente-Solana, E.I., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas, G.R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 91-96.
- De la Fuente-Solana, E.I., Pradas-Hernández, L., González-Fernández, C.T., Velando-Soriano, A., Martos-Cabrera, M.B., & Gómez-Urquiza, J.L. (2021). Burnout syndrome in paediatric nurses: a multi-centre study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1324. Doi: 10.3390/ijerph18031324
- De Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Gadelha, M. D. S. V., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention actions of burnout syndrome in nurses: an integrating literature

- review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 15, 64. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- Decreto 132 de 2021 [Boletín Oficial de Andalucía (BOJA)]. Por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. 09 de abril de 2021, 66. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/66/5>
- Del Barrio-Linares, M., & Pumar-Mendez, M. J. (2015). Differences and similarities between the competencies of a nursing supervisor and an advanced clinical nurse specialist *Enfermería Intensiva*, 26(3), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.03.001>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Sonnentag, S., & Fullagar, C. J. (2012). Work-related flow and energy at work and at home: A study on the role of daily recovery. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 276-295. <https://doi.org/10.1002/job.760>
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417-440. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002221>
- Dos Santos Alves, D. F., da Silva, D., & de Brito Guirardello, E. (2017). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 46-55. <https://doi.org/10.1111/jonm.12427>
- Duffin, C. (2013). Quarter of emergency nurses may leave specialty by 2015. *Emergency Nurse : The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(10), 6-7. <https://doi.org/10.7748/en2013.03.20.10.6.p10731>
- Eanes, L. (2015). CE: The Potential Effects of Sleep Loss on a Nurse's Health. *American Journal of Nursing*, 115(4), 34-40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000463025.42388.10>
- Edelwich, J., & Brodsky A. (1980). Burnout: stages of disillusionment in helping professions. *Human Services Press*. <https://doi.org/10.1176/ps.32.5.353>
- 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

- 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
- Esteban-Sepúlveda, S., Moreno-Casbas, M. T., Fuentelsaz-Gallego, C., & Ruzafa-Martinez, M. (2019). The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1294-1303. <https://doi.org/10.1111/jonm.12811>
- Farber, B. A. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist*, 1, 10–13
- Favrod, C., Jan du Chêne, L., Martin Soelch, C., Garthus-Niegel, S., Tolsa, J. F., Legault, F., & Horsch, A. (2018). Mental health symptoms and work-related stressors in hospital midwives and NICU nurses: a mixed methods study. *Frontiers in psychiatry*, 364. **Doi:** 10.3389/fpsy.2018.00364
- Fernández, 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, F. J. L., & Rodríguez, J. C. F. (2018). La metodología Lean Startup: desarrollo y aplicación para el emprendimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (84), 79-95.
- 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. <https://doi.org/10.2466/pr0.1983.52.3.995>
- 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. <https://doi.org/10.1002/nur.21506>
- 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), 6873. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100012>
- Franco, G. P., de Barros, A. L. B. L., Nogueira-Martins, L. A. & Zeitoun, S. S. (2011). Burnout in nursing residents. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 45(1), 12–18. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100002>

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Friedman, I. A. (1995). Student behavior patterns contributing to teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, 88(5), 281-289. <https://doi.org/10.1080/00220671.1995.9941312>
- Furukawa, A., & Kashiwagi, K. (2021). The relationship between leadership behaviors of ward nurse managers and teamwork competency of nursing staff: a cross-sectional study in Japanese hospitals. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13382>
- Galindo, A., Escobar, M. A., Corrales, D., & Palomo, L. (2002). Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enfermería Clínica*, 12(4), 157–165. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(02\)73746-7](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(02)73746-7)
- Gallagher, R.M. & Gormley, D.K. (2009). Perceptions of stress, burnout, and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 13 (6), 681-5. Doi: 10.1188/09.CJON.681-685
- 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 Dermo-Sifiliográficas*, 107(5), 400-406. Doi: 10.1016/j.ad.2015.09.016
- Gascon, S., Leiter, M. P., Andres, 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>
- Gasparino, R. C. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare de Enfermagem*, 19(2), 210–216.
- Gervás, J. J., & Hernández, L. M. (1989). Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Medicina Clínica*, 93(1), 572-575.
- Geuens, N., Braspenning, M., Van Bogaert, P. & Franck, E. (2015). Individual vulnerability to burnout in nurses: the role of type D personality within different nursing specialty areas. *Burnout Research*, 2, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.05.003>

- 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. Doi: 10.1080/10803548.2016.1147876
- Gillespie, D., & Numerof, R. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. 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., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679–689.
- 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.
- Gingras, D. J., De Jonge, L. A., & Purdy, N. (2010). Prevalence of dietitian burnout. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(3), 238-243. [https://doi.org/ 10.1111/j.1365-277X.2010.01062.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01062.x)
- 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-Neuroscience and Respiration*, 30, 61-70. [https://doi.org/ 10.1007/5584_2016_179](https://doi.org/10.1007/5584_2016_179)
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48(1), 26. Doi: 10.1037//0003-066x.48.1.26
- Golembiewski, R. T. (1979). *Approaches to Planned Change: Pt. 2; Macro-Level Interventions and Change-Agent Strategies*. M. Dekker
- Golembiewski, R. T., & Kim, B. S. (1990). Burnout in police work: Stressors, strain, and the phase model. *Police Studies: The International Review of Police Development*, 13(1), 74–80.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. 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. [https://doi.org/ 10.1177/002188638301900408](https://doi.org/10.1177/002188638301900408)
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations, toward a phase model of Burnout*. Praeger

- Gómez del Pulgar, E. & Meléndez Moreno, A. (2017). Mindfulness, prevención y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española. *Revista Enfermería del Trabajo*, 7, (3), 70-75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112220>
- 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), 1-9. <https://doi.org/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. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49(2), 77–85. <https://doi.org/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. (2016). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in nursing & health*, 40(2), 99–110. <https://doi.org/10.1002/nur.21774>
- Grantham, H. (1985). Differential diagnosis and treatment of the professional burnout syndrome. *Annales Medico-Psychologiques*, 8(143), 776–781
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. y Braga, F. (2007). El Burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información Psicológica*, 91, 64-79.
- Grazziano, E. & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*.
- Greene, G. (1961). *A Burnt-Out Case*. The Viking Press.
- Grigorescu, S., Cazan, A. M., Grigorescu, O. D., & Rogozea, L. M. (2018). The role of the personality traits and work characteristics in the prediction of the burnout syndrome among nurses-a new approach within predictive, preventive, and personalized medicine concept. *The EPMA journal*, 9(4), 355–365. <https://doi.org/10.1007/s13167-018-0151-9>
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., & Fisher, M. L. (2019). Competence-based human resource management in nursing: A literature review. *Nursing forum*, 54(1), 91–101. <https://doi.org/10.1111/nuf.12302>

- Guo, Y., Luo, Y., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., & Zhang, J. (2018). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 441–449. <https://doi.org/10.1111/jocn.13952>
- Haas, O., Hutzler, M., Egginger, T. H., Maier, A., & Rothgang, E. (2021). Automating Time-Consuming and Error-Prone Manual Nursing Management Documentation Processes. *Computers, informatics, nursing*, 39(10), 584–591. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000790>
- Heeb, J.L. & Haberey-Knuessi, V. (2014). Health professionals facing burnout: what do we know about nursing managers? *Nursing Research and Practice*, 2014, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/681814>
- Hewko, S. J., Brown, P., Fraser, K. D., Wong, C. A. & Cummings, G. G. (2015). Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave: A quantitative analysis. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1058–1066. <https://doi.org/10.1111/jonm.12252>
- Howick, J. (2011). The Oxford 2011 levels of evidence. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
- 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. *Journal of Nursing Research*, 23(3), 172–180. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000072>
- 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
- Huyghebaert, T., Gillet, N., Audusseau, O. & Fouquereau, E. (2019). Perceived career opportunities, commitment to the supervisor, social isolation: Their effects on nurses' well-being and turnover. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 207–214. <https://doi.org/10.1111/jonm.12666>
- Ílhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: Questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04476.x>
- Iseron K. V. (2018). Burnout Syndrome: Global Medicine Volunteering as a Possible Treatment Strategy. *Journal of emergency medicine*, 54(4), 516–521. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.062>
- 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

- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS- HP)*. London House.
- Kanste, O. (2015). The association between leadership behaviour and burnout among nursing personnel in health care. *Nordic Journal of Nursing Research*, 28(3), 4–8. <https://doi.org/10.1177/010740830802800302>
- Karsavuran, S. & Kaya, S. (2017). The relationship between burnout and mobbing among hospital managers. *Nursing Ethics*, 24(3), 337–348. <https://doi.org/10.1177/0969733015602054>
- Kavurmacı, M., Cantekin, I., & Tan, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal Failure*, 36(7), 1038-1042. doi:10.3109/0886022X.2014.917559
- Khan, B. P., Quinn Griffin, M. T. & Fitzpatrick, J. J. (2018). Staff nurses' perceptions of their nurse managers' transformational leadership behaviors and their own structural empowerment. *The Journal of Nursing Administration*, 48(12), 609–614. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000690>
- Knupp, A. M., Patterson, E. S., Ford, J. L., Zurmehly, J. & Patrick, T. (2018). Associations among nurse fatigue, individual nurse factors, and aspects of the nursing practice environment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(12), 642–648. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000693>
- 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. <https://doi.org/10.1080/02678370>
- Kristoffersen, M., & Friberg, F. (2017). Relationship-based nursing care and destructive demands. *Nursing Ethics*, 24(6), 663–674. <https://doi.org/10.1177/0969733015623097>
- Labrague L. J. (2021). Use of Simulation in Teaching Nursing Leadership and Management Course: An integrative review. *Sultan Qaboos University medical journal*, 21(3), 344–353. <https://doi.org/10.18295/squmj.4.2021.007>
- Labrague, L. J., & McEnroe-Petitte, D. M. (2017). An integrative review on conflict management styles among nursing students: Implications for nurse education. *Nurse education today*, 59, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.001>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus

Referencias bibliográficas

- Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Laschinger, H. K. S. & Finegan, J. (2008). Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout: A time-lagged analysis. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 601–607. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00904.x>
- 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. <https://doi.org/10.5402/2012/402157>
- Lee, R., & Ashforth, B. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3–20. <https://doi.org/10.1002/job.4030140103>
- Lee, V. & Henderson, M. C. (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*. 26, 21-28. <https://doi.org/10.1097/00005110-199605000-00006>
- 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., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>
- Ley 31/1995, de 8 de **noviembre**, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 95. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
- Lindholm, M. (2006). Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 300–309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00636.x>
- López-López, I.M., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas, G.R., De la Fuente, E.I., Albendín-García, L., Cañadas-De la Fuente, G.A. (2019). Prevalence of Burnout in mental health nurses and related factors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 1032–1041, doi:10.1111/inm.12606.
- Lozano, L., García-Cueto, E., & Lozano, L.M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*. TEA Ediciones.
- Lucido Martín, L. (2021). *Gestión en enfermería*. Análisis del liderazgo.

- M. Guerrero Fernández (2015). *Informe de SEDISA sobre la profesionalización de los Directivos de la Salud*. Ergon,
- Madsen, J.B., Kaila, A., Vehviläinen-Julkunen, K. & Miettinen, M. (2016). Time allocation and temporal focus in nursing management: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 24, 8, 983–993. <https://doi.org/10.1111/jonm.12411>
- Martínez Cuervo, F. (2017). Una mirada a la especialidad de enfermería geriátrica. *Revista Rol de Enfermería*, 40(5), 343–345
- Martínez, P., & Cassaretto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63–74.
- Martinussen, M., Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35(3), 239–249. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2007.03.001>
- Maslach, C. (1976). 'Burned-out.' *Human Behavior*, 5(9), 16–22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice-Hal
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory (2ª ed.)*. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual (3ª ed.)*. Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (2018). *Maslach Burnout Inventory Manual. Fourth edition*. Mind Garden
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review Of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mass, D. C. D., & Lesmes, V. I. S. (2020). Nurse Competences for Managing Direct Care in an Adult Intensive Care Unit. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(3), 1-13.

- Matos, N. F., Winsley, R. J., & Williams, C. A. (2011). Prevalence of nonfunctional overreaching/overtraining in young English athletes. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(7), 1287–1294. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318207f87b>
- Maza, Y., Shechter, E., Pur Eizenberg, N., Segev, E. G., & Flugelman, M. Y. (2016). Physician empowerment programme; a unique workshop for physician-managers of community clinics. *BMC Medical Education*, 16(1), 1-6 <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0786-y>.
- McCrae R. R. (2001). Trait psychology and culture: exploring intercultural comparisons. *Journal of personality*, 69(6), 819–846. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.696166>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). *The Five-factor theory of personality. Handbook of Personality. Theory and Research*. Guilford Press.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (1999). *Handbook of personality: Theory and research*. Guilford.
- McCrae, R. R., Terracciano, A., & Personality Profiles of Cultures Project (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of personality and social psychology*, 88(3), 547–561. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.547>
- Mevicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000-2013) using the job demands-resources model of stress. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 112–136. <https://doi.org/10.1111/jonm.12326>
- Meier, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57(3), 211–219.
- Membrive-Jiménez, M. J., Gómez-Urquiza, J. L., Suleiman-Martos, N., Monsalve-Reyes, C., Romero-Béjar, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., & De la Fuente-Solana, E. I. (2022). Explanatory Models of Burnout Diagnosis Based on Personality Factors and Depression in Managing Nurses. *Journal of personalized medicine*, 12(3), 438. <https://doi.org/10.3390/jpm12030438>
- Membrive-Jiménez, M. J., Pradas-Hernández, L., Suleiman-Martos, N., Vargas-Román, K., Cañadas-De la Fuente, G. A., Gómez-Urquiza, J. L., & De la Fuente-Solana, E. I. (2020). Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Related Factors, Levels and Prevalence. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3983. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113983>
- Membrive-Jiménez, M. J., Velando-Soriano, A., Pradas-Hernandez, L., Gómez-Urquiza, J. L., Romero-Béjar, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., & De la Fuente-Solana, E. I. (2022).

- Prevalence, levels and related factors of burnout in nurse managers: A multi-centre cross-sectional study. *Journal of nursing management*, <https://doi.org/10.1111/jonm.13575>
- Mingote-Adán, J. C., & Pérez-Corral, F. (1999). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. 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
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2800. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>
- Moraes, M., Dutra, G. O., Ferreira, T., Dias, F., Balsanelli, A. P., & Gasparino, R. C. (2021). Nursing coaching leadership and its influence on job satisfaction and patient safety. Liderança coaching na enfermagem e sua influência na satisfação profissional e segurança do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 55, 03779. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020042103779>
- Moran, V., Israel, H., & Sebelski, C. (2021). Leadership development of nursing professionals: Education and influences of self-efficacy. *Nursing outlook*, 69(4), 589–597. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.002>
- Moreno, B., & Oliver, C. (1993). *El M.B.I. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones*. P.P.U
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A., & Millares, T. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 1(1), 185–207
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 25(4), 368–376. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
- Naruse, T., Taguchi, A., Kuwahara, Y., Nagata, S., Watai, I., & Murashima, S. (2012). Relationship between perceived time pressure during visits and burnout among home

- visiting nurses in Japan. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 9(2), 185–194. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2011.00201.x>
- Ogbolu, Y., Scrandis, D. A., & Fitzpatrick, G. (2018). Barriers and facilitators of care for diverse patients: Nurse leader perspectives and nurse manager implications. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/jonm.12498>
- Ojanperä, H., Korhonen, A., Meriläinen, M., Syrjälä, H., & Kanste, O. (2021). The role of managers in promoting good hand hygiene in a Finnish tertiary care hospital. *American journal of infection control*, 49(6), 753–758. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.11.026>
- 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
- Oliver, R. L., & Westbrook, R. A. (1993). Profiles of consumer emotions and satisfaction in ownership and usage. *The Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 6, 12-27.
- 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. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84394/sa4.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *World Health Statistics 2005*. Recuperado de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whost_at2005en.pdf?ua=1
Organización
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos 11ª ed.* <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *La organización del trabajo y el estrés*. Recuperado de https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
- Ortega-Campos, E., Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., & de la Fuente-Solana, E. I. (2019). A Multicentre Study of Psychological Variables and the Prevalence of Burnout among Primary Health Care Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3242. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183242>
- Parada, M. E., Moreno B, R., Mejías M, Z., Rivas F, A., Rivas F, F., Cerrada S, J. & Rivas P, F. (2005). Job satisfaction and burnout syndrome in the nursing staff of the Instituto

- Autónomo Hospital Universitario Los Andes, Mérida, Venezuela, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 33–45.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Eudema.
- Pérez, J. P. (2013). Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455
- Phillips, T., Evans, J. L., Tooley, S., & Shirey, M. R. (2018). Nurse manager succession planning: A cost-benefit analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(2), 238–243. <https://doi.org/10.1111/jonm.12512>
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: causes and cures*. Free Press.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. 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., 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. <https://doi.org/10.1539/joh.15-0117-OA>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0328-6>
- Portero de la Cruz, S. P.; Cebrerino- Cruz, J.C., Herruzo- Cabrera, J. H. & Vaquero-Abellán, M. V. (2019). Factores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(0), e3144. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of Burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(4), 25–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>
- Procter, P. M., Boyd, J., Yap, K., Foster, J., McGillion, A., & Lee, J. (2021). Disruptive Technology, Leadership and the Future of Nursing. *Studies in health technology and informatics*, 284, 87–89. <https://doi.org/10.3233/SHTI210675>

- Pucheu Moris, J. A. (2010). ¿Cómo el Liderazgo Transformacional de Supervisoras de Enfermería Afecta el Burnout de Enfermeras Clínicas?: Evidencia de dos Hospitales Chilenos. *Ciencia & Trabajo*, 38, 403-409
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in Burnout: a meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Qiao, Z., Chen, L., Chen, M., Guan, X., Wang, L., Jiao, Y., Zhai, X. (2016). Prevalence and factors associated with occupational burnout among HIV/AIDS healthcare workers in China: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2890-7>
- Quick, T. L. (1990). Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. *National Productivity Review*, 9(4), 475-479.
- Ramírez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas- De la Fuente-Solana, G., 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. <https://doi.org/10.1080/08964289.1991.9937554>
- Rodríguez, A. L., & Cañón, W. (2015). Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 879-881
- Royal Collegue of Nursing (2018). *Improving Continuing Professional Development: How reps can make a difference in the workplace*. Recuperado de <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007215>
- Sánchez Bermejo, R., & Cortés Fadrique, C. (2014). Burnout y satisfacción laboral de los supervisores de Enfermería. *Metas Enferm*, 68-75.
- Sánchez Bermejo, R., & Cortés Fadrique, C. (2014). Burnout y satisfacción laboral de los supervisores de Enfermería. *Metas enferm*, 68-75.
- Schaufeli, W. B. (2013). *The measurement of work engagement*. Taylor & Francis
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14(7), 631-647.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>

- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory-General Survey (3ªEd)*. Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92.
- Schwartz, M., S., & Will, G., T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 16(4), 337–353.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1953.11022937>
- Segarra Cañamares, M. L., & Garrido Santiago, J. (2000). La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. *Gest. hosp*, 165-169.
- Seidman, S. A., & Zager, J. (1986). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11(1), 26-33
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. TEA..
- 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. <https://doi.org/10.3390/logistics3010006>
- Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista cubana de medicina general integral*, C15(4), 453-460.
- Senthil, A., Anandh, B., Jayachandran, 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.
<https://doi.org/10.1179/2049396714Y.0000000096>
- Servicio Andaluz de Salud. (s.f.). *Plantilla del Servicio Andaluz de Salud. Sistema de Información de Recursos Humanos SAS*.
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-3>
- Seto, R., Hosaka, R., Ishida, K., Shibasaki, A., Nakamoto, M., & Miyakoshi, H. (2021). Perceptions About Nursing Practice Based on the Internet of Things: A Survey of Nursing Managers. *Studies in health technology and informatics*, 284, 215–219.
<https://doi.org/10.3233/SHTI210707>

- Shahzad, M. N., Ahmed, M. A., & Akram, B. (2019). Nurses in double trouble: Antecedents of job burnout in nursing profession. *Pakistan journal of medical sciences*, 35(4), 934–939. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.4.600>
- Sharma, P., Davey, A., Davey, S., Shukla, A., Shrivastava, K. & Bansal, R. (2014). Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(2), 52–56. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.146890>
- Silva, V. L., Camelo, S. H., Soares, M. I., Resck, Z. M., Chaves, L. D., Santos, F. C., & Leal, L. A. (2017). Leadership Practices in Hospital Nursing: A Self of Manager Nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 51, e03206. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016099503206>
- Stamm BH (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue. *Treating Compassion Fatigue*, 1, 107-119.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Recuperado de http://www.proqol.org/ProQol_Test.html
- Suzuki, E., Saito, M., Tagaya, A., Mihara, R., Maruyama, A., Azuma, T. & Sato, C. (2009). Relationship between assertiveness and burnout among nurse managers. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(2), 71–81. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2009.00124.x>
- Taylor, B., Cross-Sudworth, F., Goodwin, L., Kenyon, S., & MacArthur, C. (2019). Midwives' perspectives of continuity based working in the UK: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 75, 127–137. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.005>
- 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(2), 126–141. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x>
- Torrente, M., Sousa, P. A., Sánchez-Ramos, A., Pimentao, J., Royuela, A., Franco, F., Collazo-Lorduy, A., Menasalvas, E., & Provencio, M. (2021). To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 11(2), e044945. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044945>
- Triolo P. K. (1989). Occupational health hazards of hospital staff nurses. Part II: Physical, chemical, and biological stressors. *AAOHN Journal : Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 37(7), 274–279.

- Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11, 98. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-98>
- Tully, S. & Tao, H. (2019). CE: Original research: work-related stress and positive thinking among acute care nurses: a cross-sectional survey. *The American Journal of Nursing*, 119(5), 24–31. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000557886.73585.d2>
- 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
- Vega, E., D. & Pérez-Urdaniz, A. (1998). *El síndrome de burnout en el médico*. Smith Kline Beecham.
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez- Baena, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: a systematic review. *Japan Journal of Nursing Sciences*, 17(1), 12269. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 17(1), e12269. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Venturi, P., Dell'Erba, G., & Rizzo, F. (1994). Disagio mentale, uso di psicofarmaci e malattie psicosomatiche in due gruppi di soggetti a rischio per la sindrome del burnout: 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.
- Vidal-Martí, C., & Pérez-Testor, C. (2015). Violencia laboral hacia los profesionales sanitarios en España. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(3), 123-130.
- Wang, P. H., Ku, Y. C., Chen, C.C., Jeang, S. R., Chou, F. H. (2016). Work- related frustration among senior nurses at a medical centre. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2040-2051. <https://doi.org/10.1111/jocn.13241>
- Warshawsky, N. E. (2018). Promote nurse manager job satisfaction and retention. *American Nurse Today*, 13(8), 33-34.
- Wei, H., Roberts, P., Strickler, J. & Corbett, R. W. (2019). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *Journal of Nursing Management*, 27, 681-687. <https://doi.org/10.1111/jonm.12736>

- Whitehead, J. T. (1987). Probation officer job burnout: A test of two theories. *Journal of Criminal Justice*, 15(1), 1-16.
- Williams, C. A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health*, 12(3), 169–178. <https://doi.org/10.1002/nur.4770120307>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0011-3>
- Wong, C. A. & Laschinger, H.K.S. (2015). The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1824–1833. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.006>
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Xie, Y., Gu, D., Liang, C., Zhao, S., & Ma, Y. (2020). How transformational leadership and clan culture influence nursing staff's willingness to stay. *Journal of nursing management*, 28(7), 1515–1+A1:A263524. <https://doi.org/10.1111/jonm.13092>

