



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

¿Están quemados nuestros enfermeros?

**Revisión bibliográfica sobre el Síndrome *Burnout* en la
enfermería española.**

Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

Autora: Camila Alejandra Hidalgo Blanco

Dirigido por: Dr. Josep Barceló Prats

Tarragona, septiembre de 2017

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS E ILUSTRACIONES	4
ACRÓNIMOS	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	14
MARCO TEÓRICO	16
METODOLOGÍA	36
RESULTADOS	40
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	72
APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA REVISIÓN	74
BIBLIOGRAFÍA ARTÍCULOS REVISADOS	76
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	80
ANEXO 1. DESCRIPCIÓN DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY	84
ANEXO 2	86
AGRADECIMIENTOS	98

Índice de tablas, gráficos e ilustraciones

Tabla 1. Diferencias entre el estrés y el «SB».....	21
Tabla 2. Instrumentos de medida del «SB»	29
Tabla 3. Etapas «MBI». Extraído de INSHT, 2005-2006.....	32
Tabla 4. Estrategia de búsqueda	36
Gráfica 1. Tamaño de las muestras de los artículos revisados. Elaboración propia	40
Gráfica 2. Áreas geográficas y estudios publicados. Elaboración propia	42
Gráfica 3. Publicaciones por año. Elaboración propia	42
Ilustración 1. Proceso del «SB». (Leiter, 1993)	19
Ilustración 2. Desarrollo del «SB»	23
Ilustración 3. Fases del «SB»	24
Ilustración 4. Proceso y consecuencias del «SB»	26
Ilustración 5. Análisis de Búsqueda de Artículos. (Elaboración propia)	37

Acrónimos

SB: Síndrome de *Burnout*

CE: Cansancio Emocional

DP: Despersonalización

RP: Realización Personal y/o Profesional

VSDL: Variables Sociodemográficos y Laborales

MBI: *Maslach Burnout Inventory*

SL: Satisfacción Laboral

CVP: Calidad de Vida Profesional

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

CAP: Centro de Atención Primaria

AP: Atención Primaria

SM: Salud Mental

UC: Unidades de Críticos

URG: Urgencias

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UMQ: Unidades Médico-Quirúrgicas

AE: Técnicos en Auxiliar de Enfermería

Resumen

Introducción: El Síndrome de Burnout (SB), es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico, prolongado en el tiempo, que representa un problema de salud debido a las consecuencias sobre la integridad física y emocional de los trabajadores, deteriorando de esta manera también el ambiente de trabajo. El personal de enfermería es un grupo vulnerable de sufrir este síndrome por su contacto directo con situaciones difíciles de atención al dolor, la muerte o situaciones terminales.

Objetivo general: Aproximarse a la realidad del «SB» en el contexto profesional de la enfermería española.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos CINAHL, Cuiden, Dialnet y Pubmed de artículos científicos publicados durante el periodo 2012 -2017, según criterios de inclusión.

Resultados: Una vez analizados los 21 artículos, se constata la existencia de una gran controversia en la incidencia de *burnout* entre los profesionales de enfermería de España, tanto en su prevalencia (entre 0 y 67%), como en las unidades donde se presenta con mayor frecuencia o las variables asociadas a éste.

Discusión: Algunos autores coinciden en la existencia de variables sociodemográficas e institucionales que favorecen el desarrollo de éste o por el contrario actúan como factor protector. Una vez se sabe cuáles son las variables y factores estresantes que influyen en el desarrollo del «SB», algunos autores coinciden en describir el perfil de persona susceptible de padecerlo como una enfermera de entre 35-50 años, casada o con pareja y con hijos. Contratada fija, que cuenta con una alta experiencia en la profesión (entre 16 – 24 años), una antigüedad en la unidad de entre 1 a 6 años y que manifiesta depresión o ha causado baja por esta.

Conclusiones: A pesar de la discrepancia entre los valores estadísticos del «SB», éste representa una realidad suficientemente importante para el uso de medidas, tanto en el ámbito institucional, laboral y personal, que contribuyan a incrementar el bienestar de los profesionales y mejorar el ambiente laboral. Paralelamente, esto proporcionará una mejor atención a los usuarios y un mejor funcionamiento de la organización sanitaria.

Palabras Clave: Burnout, Desgaste profesional, Agotamiento Profesional, Enfermería, Personal de enfermería.

Abstract

Introduction: The Burn Out Syndrome (BOS), is a response to a situation of chronic stress at work, prolonged in time, which represents a health issue due to the consequences it implies in the physical and emotional integrity of the employees, thus deteriorating the work environment. The nursing personnel is a susceptible group of suffering this syndrome because they are constantly dealing with difficult situations, such as handling pain or death.

General objective: To approach the BOS reality in the Spanish nursing professional context.

Methodology: A systematic literature search was conducted using CINAHL, Cuiden, Dialnet and Pubmed data bases, and selecting articles published between 2012 and 2017, according to the inclusion criteria.

Results: Once the 21 articles were analyzed, the existence of a major controversy about the incidence of the BOS among the nursing professionals in Spain is noted. Not only about its prevalence (between a 0 and a 67%) but also about in which units is presented more frequently and which variables are related to this phenomenon.

Discussion: Some authors agree with the existence of socio-demographic and institutional factors which encourage the development of the Burn Out Syndrome or, on the contrary, act as a suppressor factor. Once the variables and stressing factors that influence the development of the BOS are identified, some authors agree when describing the profile of a person who would be more susceptible to suffer it, such as a nurse between the ages of 35-50, married or in a relationship and who also had children. It's more likeable to happen to a permanently employed nurse, with a high level of experience in the profession (between 16 to 24 years), with a seniority in the same unit of 1 to 6 years and who also has manifested signs of depression or even has taken a leave because of it.

Conclusions: In spite of the discrepancy between the data found about the BOS, it represents a reality important enough to take into account and apply some measures in the institutional field, such as in the labor and personal one, which could contribute to increase the well-being of the professionals and to improve the work environment. Simultaneously, this would provide quality attention for the users and a better functioning of the health organization.

Key words: Burnout professional; Nursing Staff, Hospital; Nurses; Nursing Staff

Introducción y justificación

El «SB», también conocido como síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de desgaste profesional, es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico, prolongado en el tiempo. A éste, se le relaciona como probable responsable de los elevados porcentajes de absentismo laboral que presentan los trabajadores y de la desmotivación en su centro laboral²³.

Dicho síndrome, fue descrito por primera vez por Freudenberger (Freudenberger, 1974), pero la definición mayormente aceptada ha sido la de Maslach y Jackson, considerando el *burnout* como “un síndrome tridimensional de agotamiento o cansancio emocional («CE»), despersonalización («DP») y baja realización personal («RP»)”.^{1,3} En su fase inicial, el «CE» se produce ante un exceso de estrés y un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos. A continuación, ante el intento de resolver este desgaste emocional, el profesional responde deshumanizando su práctica con el paciente en forma de «DP». Y, finalmente, se produce una baja «RP», es decir, sentimientos inadecuados, fracaso personal y baja autoestima laboral¹⁰.

El «SB» se considera un problema de salud pública, debido a las consecuencias sobre la integridad física y emocional de los trabajadores, deteriorando de esta manera también el ambiente de trabajo²³. Aparece fundamentalmente en sujetos que tienen profesiones de ayuda que implican contacto directo y continuo con personas, donde el profesional se involucra emocionalmente¹⁰, por lo que se puede encontrar también en profesiones como la docencia, trabajadores sociales, así como el resto de profesiones de la salud.

Por ello, el personal de enfermería se considera un grupo vulnerable de sufrir este síndrome; ya que son profesionales que conviven diariamente con situaciones difíciles de atención al dolor, la muerte o situaciones terminales, presentando sensación de no poder hacer nada, sobre todo cuando las situaciones a enfrentarse son de urgencia, requiriendo actuaciones que necesitan una gran capacidad de adaptación, pudiendo ir en deterioro de la integridad física y psicológica del profesional de enfermería (Frade Mera, y otros, 2008).

Durante las diferentes prácticas realizadas a lo largo de la carrera, he podido comprobar en primera persona que, aunque la profesión de enfermería sea una de las más bonitas del mundo, precisamente, por toda la parte humana que contiene y por el estrecho acercamiento que solo nosotros tenemos la oportunidad de tener con los pacientes, el estrés y la ansiedad formen parte de nuestra profesión día a día. Pero, también es

verdad que, según pude observar, dependiendo del área o servicio en el que estuviera realizando las prácticas, se percibía en mayor o menor intensidad el estrés entre sus profesionales. Por otra parte, también me encontré profesionales que, aunque trabajaran en una unidad que se podría considerar muy estresante, como urgencias «URG», por lo general tenían un buen control de las situaciones y de sus emociones, sin llegar a demostrar estrés por el trabajo. Por el contrario, en áreas que a priori podrían pensarse como poco estresantes, me he encontrado con profesionales de enfermería que no sabían controlar sus emociones o a los cuales se les veía muy agobiados.

Estas experiencias despertaron en mí un cierto interés sobre el mundo del estrés laboral en la esfera enfermera, donde más adelante descubriría lo que es el «SB». También me hizo plantear dudas relacionadas con aspectos más específicos, como por ejemplo preguntarme cuáles eran las unidades y servicios donde se da con más frecuencia este síndrome; ¿existen factores que condicionen o favorezcan la aparición del *burnout* tales como la crisis y los recortes que vivimos actualmente? ¿Hay personas o características propias de la personalidad que pueden condicionar o proteger al desarrollo del «SB»? Y, por último, ¿cuál es la situación actual de este problema en nuestro entorno?, ¿se estudia, se previene o se toman medidas para erradicarlo si se padece?

Dado mi interés, al consultar bibliografía sobre el tema he podido comprobar que se han realizado numerosos estudios de todo tipo acerca del *burnout*; sus indicadores, estresores laborales, factores sociodemográficos y de tipo laboral que influyen en el mismo; incluso hay estudios acerca de cómo afecta el *burnout* a la salud mental («SM») de los enfermeros y cómo ha afectado la crisis en su incidencia. Pero, aunque se sabe que las consecuencias del desgaste profesional en enfermería son fatídicas para el personal, repercutiendo de forma directa en la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes y por ende a la seguridad de éstos, no es tan claro que se tomen las medidas preventivas suficientes para detectarlo, prevenirlo y tratarlo, si ya está instaurado.

Por todo ello, me pareció interesante realizar una revisión bibliográfica sobre el estado actual del «SB» en nuestro país, que pudiera aportar algunas luces sobre su incidencia, las especialidades o unidades más afectadas y los factores sobre los cuales se pueden tomar medidas preventivas y de tratamiento.

Creo que la profesión de enfermería es dura de por sí, por lo que es necesario entender y combatir activamente el *burnout* si se quiere cuidar la «SM» del profesional de enfermería y, en consecuencia, mejorar la calidad de la atención que presta.

Objetivos

Objetivo general: Aproximarse a la realidad del «SB» en el contexto profesional de la enfermería española.

Objetivos específicos:

- Describir los artículos revisados con la finalidad de realizar un análisis crítico de sus características, tales como lugar/año de publicación, objetivos planteados, escalas para determinar el grado de «SB» y los datos más relevantes que aportan.
- A través una revisión bibliográfica, recopilar los factores que los artículos revisados consideran como determinantes del «SB».
- Conocer el perfil del profesional de enfermería que, actualmente es más vulnerable de sufrir *burnout* en nuestro entorno.

Marco teórico

El estrés se encuentra muy presente en la sociedad en la que vivimos, formando parte de nuestra vida cotidiana, hasta el punto de considerarse el malestar de nuestra civilización¹, afectando tanto a la salud y bienestar de los individuos como a su rendimiento y satisfacción laboral y colectiva (Frade Mera, y otros, 2008). De esta manera, la Organización Mundial de la Salud («OMS») define el estrés como “*el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción*”¹ y uno de los condicionantes de este puede ser el medio de trabajo.

Así pues, surge el llamado estrés laboral, el cual se define como “*un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación*” (Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Garrosa Hernández, & Morante Benadero, 2005).

Si el estrés se presenta en el ambiente laboral de forma crónica y sostenida, los sujetos pueden desarrollar vivencias emocionalmente agotadoras y con actitudes negativas hacia otras personas con quienes trabajan, de lo cual surge un nuevo proceso denominado síndrome de *burnout* o agotamiento profesional que tiene una gran relevancia y repercusión social.

El término *burnout* (“estar quemado”) surge de la industria aeroespacial, significando en ese contexto el agotamiento del carburante de un cohete, como resultado de un excesivo sobrecalentamiento². De aquí proviene el término anglosajón «SB», cuya mejor traducción literal, semántica y de sinonimia es la “*de estar quemado por el trabajo*”, desgastado y exhausto¹.

Dicho síndrome, aparece por primera vez en 1974 de la mano del psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger, tras observar a un grupo de jóvenes voluntarios de una clínica para la deshabituación de drogodependientes de Nueva York, que al cabo de entre uno y tres años trabajado, sufrían una pérdida de la energía, desmotivación y falta de interés que poco a poco los llevaba al agotamiento, además de síntomas asociados a la ansiedad y depresión (Calero Romero, 2012) (Maslach & Jackson, The measurement of experienced burnout, 1981) (Ayuso Murillo, Colomer Sánchez, Herrera Peco, & López Peláez, 2015).

Freudenberger lo definió como “*una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza*

espiritual del trabajador y que no produce, por tanto, el esperado refuerzo" ⁵ (Trabadela Almagro & López Alonso, 2015) (Maslach & Jackson, The measurement of experienced burnout, 1981). Según Freudenberger, este síndrome aparece en profesionales idealistas, especialmente jóvenes, volcados en exceso al trabajo, propio de las llamadas profesiones de ayuda a otras personas⁵. Tales profesiones, como son la docencia, trabajo social y el personal sanitario en general, que implican contacto directo y continuo y están habitualmente enfrentadas ante emociones intensas de dolor, enfermedad y/o sufrimiento psíquico⁴.

En 1976 la psicóloga norteamericana Christina Maslach, de la Universidad de California (USA), estudió que el síndrome se podía dar exclusivamente en "*profesiones de ayuda*" (Maslach C. , Burned-out, 1976), es decir, en personas que trabajaban durante largas horas en contacto con sus pacientes, describiéndolo como "*un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a una extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en el trabajo*"¹. Así pues, Maslach lo definió, primariamente, como un cansancio emocional que conlleva una pérdida de interés y que suele desarrollarse hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (Trabadela Almagro & López Alonso, 2015).

En 1981, Maslach y Jackson definieron el «SB» como "*un síndrome que es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas*" (Maslach & Jackson, 1986) (Maslach & Jackson, 1981) (Gutiérrez Aceves , Celis López, Moreno Jiménez, Farias Serratos, & Suárez Campos, 2006). Actualmente, esta última definición es la más admitida entre los investigadores.

En 1998 Pines y Aronson presentan una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "*estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales*" (Pines & Aronson, 1998). De esta manera, defienden que las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales. Pines destaca la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuente el trabajador.

Tal es la importancia de este síndrome, que en el 2000 la «OMS» lo calificó como riesgo laboral (OMS, 2000). Y es que el desgaste profesional no sólo afecta la calidad de vida y la «SM» del profesional que lo padece, sino que, en muchas ocasiones, a causa de este síndrome, se llega a poner en peligro la salud de los pacientes.

A partir de esto, en 2001 Maslach, Schaufeli y Leiter establecieron las tres dimensiones clave que definían esta respuesta al estrés (Maslach, Schaufeli, & Leiter, Job burnout, 2001) (Sanclemente Vinué, Elboj Saso, & Iñiguez Berrozpe, 2014) (López, 2011):

- **Cansancio (agotamiento) emocional («CE»):** (*“no puedo más”*) es la dimensión principal del síndrome y su manifestación primaria. Se trata de una sensación de agotamiento, cansancio o sentimiento de estar exhausto que provoca acciones para separarse emocionalmente del trabajo. El trabajador siente que ya no puede dar más de sí mismo en el ámbito afectivo.
- **Despersonalización («DP»):** (*“no me importa”*) supone el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas hacia uno mismo, hacia los compañeros y hacia la vida en general; y de sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Conlleva al distanciamiento del receptor de los servicios ignorando activamente las cualidades que les hacen personas únicas, provocando una respuesta impersonal y fría, en ocasiones insolente y desconsiderada hacia los receptores de los servicios y cuidados. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.
- **Realización personal («RP»):** (*“no valgo”*) es la dimensión más compleja del síndrome. Hace referencia al estado de ánimo del trabajador y se relaciona con la dificultad de obtener un sentimiento de realización personal y profesional cuando se siente agotado o cuando hay que ayudar a gente que le resulta indiferente. Conlleva la tendencia de estos profesionales a evaluarse negativamente definiéndose como el sentimiento de incompetencia y falta de éxito profesional.

En consecuencia, teniendo en cuenta lo expuesto, se define como: *"una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización."* (INSHT, 2005-2006)

Se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento para manejar las demandas, emocionales fundamentalmente, que sobrepasan la capacidad y "tolerancia" del trabajador. Con lo cual, se puede decir que el «SB» es una variable mediadora entre estrés percibido y sus consecuencias (INSHT, 2005-2006). En la "Ilustración 1. Proceso del «SB». (Leiter, 1993)" se describe el proceso del «SB».

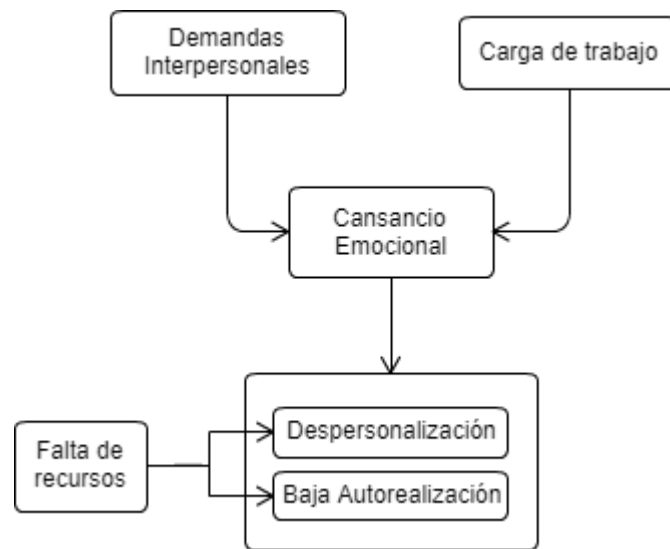


Ilustración 1. Proceso del «SB». (Leiter, 1993)

Sin embargo, el término «SB» es un concepto resbaladizo, intentado definir por diferentes autores. Así en 2008, Farrerons y Calvo unieron diferentes conceptos y definieron el *burnout* como “un proceso de desarrollo gradual debido al estrés crónico laboral (que deriva de las altas demandas y escasos recursos) y estrechamente vinculado a actividades profesionales, cuyo objetivo es prestar algún tipo de ayuda a otras personas en unas circunstancias tales que, difícilmente su tarea pueda practicarse sin un compromiso o implicación afectiva, habitualmente intensa, lo que aboca a un fracaso adaptativo que se caracteriza por la presencia de un significativo agotamiento físico, emocional y mental, despersonalización, y baja realización personal laboral, volviéndose los trabajadores apáticos, cínicos, escépticos e intransigentes” (Farrerons Noguera & Calvo Francés, 2008). Este enunciado engloba definiciones de diferentes autores expertos en el tema (Berlote y Fleischmann, 2002; Freudemberger, 1974; Gil-Monte y Peiró, 1999; Lee y Ashforth, 1996; Maslach, 1976; Maslach y Jackson, 1981; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991)

En España, Gil-Monte y Peiró (1999) desarrollaron otra teoría en la que los sentimientos de baja realización personal y altos sentimientos de agotamiento emocional pueden

aparecer de manera paralela en un primer momento, como respuesta inicial al estrés laboral percibido. Ello ocurriría en la fase de reevaluación cognitiva, desde el momento en el que el profesional percibe la situación amenazante. Posteriormente, la elección de una estrategia de afrontamiento de evitación y defensa conduciría al desarrollo de la fase de «DP». Para ello, se apoyan en que el enlace entre «CE» y «DP» está claro, no así con la baja «RP».

El estudio de este síndrome, como se ha podido evidenciar, ha sido acometido por muchos autores, en los que a menudo se encuentran algunas diferencias de matiz conceptual. Esto deriva de la dificultad de definir un proceso complejo como es este síndrome, así como de discriminarlo del concepto de estrés laboral.

Por esto es importante no confundir los conceptos de estrés laboral y *burnout*, ya que son constructos diferentes. Nos encontramos ante un fenómeno tanto cuantitativa como cualitativamente diferente, donde el «SB» se considera una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico, en contextos de servicios humanos; mientras que, el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante un desequilibrio entre las demandas y exigencias laborales y las capacidades de la persona para enfrentarlas.

En la Tabla 1. Diferencias entre el estrés y el , se muestran algunas diferencias entre el estrés y el «SB» (INSHT, 2005-2006).

Estrés	<i>Burnout</i>
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
El daño fisiológico es el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento afecta a motivación y a energía psíquica

La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La depresión en <i>burnout</i> es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas	El «SB» sólo tiene efectos negativos
Se puede generar sólo con carga cuantitativa	No se genera tan solo con la carga cuantitativa, deben darse otro tipo de elementos
El individuo afectado puede sobreponerse después de un descanso	No se repone después del descanso, ni siquiera tras unas vacaciones
No exige una motivación previa del trabajador ni expectativas altas.	Exige una motivación previa: es necesario haber estado ilusionado, haber tenido determinadas expectativas para que luego estas mismas se derrumben.

Tabla 1. Diferencias entre el estrés y el «SB»

Por otro lado, y gracias al estudio del «SB», se sabe que el origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. Si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del «SB». Por lo tanto, se ha evidenciado la existencia de gran cantidad de factores relacionados con el síndrome, que se pueden clasificar en (Frade Mera, y otros, 2008) (INSHT, 2005-2006):

1. **Factores profesionales:** posibilidad de cometer errores con graves consecuencias, contacto directo con el sufrimiento, dolor y la muerte, miedo al contagio de enfermedades, ambigüedad y conflicto del rol por poca definición de rol/objetivos, tareas poco gratificantes, acontecimientos que desvalorizan, escasa autonomía en la toma de decisiones, falta de habilidades específicas, formación insuficiente...
2. **Factores institucionales:** se refiere, entre otros, a factores de la organización como las actividades de coordinación y de distribución de tareas, las cuales

están condicionadas por la transmisión eficaz de la información entre los miembros del equipo de salud (Gil-Monte & Peiró J, Perspectivas teóricas y modelos, 1999). Pueden ser también conflictos entre las prioridades de la atención de enfermería y las prioridades de gestión o financieras que pueden dar lugar a una atmósfera organizacional estresante (Manzano García & Ayala Calvo, 2012). Falta de recursos materiales y humanos, baja remuneración por su trabajo, una organización muy jerarquizada, turnos de trabajo, largas jornadas, sobrecarga cuantitativa y cualitativa del trabajo, ausencia de conocimientos, , excesiva burocracia, falta de compañerismo, conflictos interpersonales, espacio inadecuado, baja promoción interna, contratos eventuales, plantillas flotantes, y cambios constantes en las condiciones laborales que crea una la inseguridad y precariedad en el puesto de trabajo.

3. **Factores personales:** sentimientos de impotencia y soledad, falta de reconocimiento social y profesional, desmotivación, cargas familiares, etc. También, factores que componen la personalidad del individuo como la resiliencia y la personalidad resistente, aminoran los efectos del estrés en el *burnout* y se asocian con una mejor salud física y mental, y, en caso de enfermedad, con una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal (Arrogante, 2014). Es importante resaltar el rol de las variables de personalidad, que sin duda muestran una relación con las respuestas de estrés que manifiestan los individuos.

Sin embargo, aunque existan factores endógenos y de personalidad que predisponen al «SB», estos no son su origen. Son el estrés laboral, las características del puesto de trabajo y el clima organizacional las causas de *burnout* y de la alteración de la «SM» en el trabajador de la salud (Meléndez Chavez, Huerta González, Hernández Velázquez, Lavoignet Acosta, & Santes Bastián, 2016).

En este sentido, López Bernués (2011) apunta que el contexto sociocultural donde se trabaja también modulará la aparición del «SB». Y, dado que, en nuestro contexto sociocultural la crisis económica está produciendo recortes a todos los niveles incluyendo el sanitario y se está manteniendo lo suficientemente en el tiempo como para que la respuesta de estrés implícita a ella afecte a nuestro organismo, es importante tenerla en cuenta a la hora de estudiar el *burnout* en nuestro entorno.

Con respecto a esto, esta situación financiera, que comenzó a manifestarse a finales del 2007, produce, como consecuencia directa, recortes desproporcionados en los recursos y restricciones en la oferta de servicios, conduciendo a efectos potencialmente

negativos sobre la igualdad, eficiencia y calidad de los servicios sanitarios. Estas repercusiones negativas de la crisis económica sobre la salud de la población general son un incremento de la mayoría de las enfermedades, con especial relevancia de las enfermedades y problemas de salud crónicos y mentales y un aumento de la mortalidad (Muñoz Sánchez, Martínez, Lázaro Sahuquillo, Carranza Román, & Martínez Cantó, 2017).

Además, esta situación económica ha repercutido sobre los profesionales de enfermería, de modo que, a partir de 2010, muchas administraciones no han tenido más remedio que reducir los recursos humanos y materiales como medida inmediata de ahorro, generando una sobrecarga laboral y empeoramiento de la atención que se presta en los centros sanitarios. Esta medida, sumada a otras impuestas como la reducción de salarios o congelación salarial, aumento de la jornada laboral, disminución de plantillas enfermeras, empeoramiento de la posibilidad, ya precaria, de conciliación de la vida laboral y personal, etc.; están conformando un nuevo contexto para la enfermería española en el que se está actuando de manera directa sobre el entorno laboral, deteriorándolo y provocando desmotivación a nivel profesional (Sindicato de enfermería (SATSE), 2012).

El *burnout* es, por tanto, un proceso que nace y se desarrolla en base al entorno laboral, las características propias del individuo y que puede remitir dependiendo de los recursos que tenga el individuo y tipo de afrontamientos que sea capaz de hacer ante la situación (Ayuso Murillo, Colomer Sánchez, Herrera Peco, & López Peláez, 2015). De forma general, en la ilustración 2 se describe un modelo explicativo del desarrollo del «SB» (INSHT, 2005-2006), concurrente por los diferentes autores consultados.

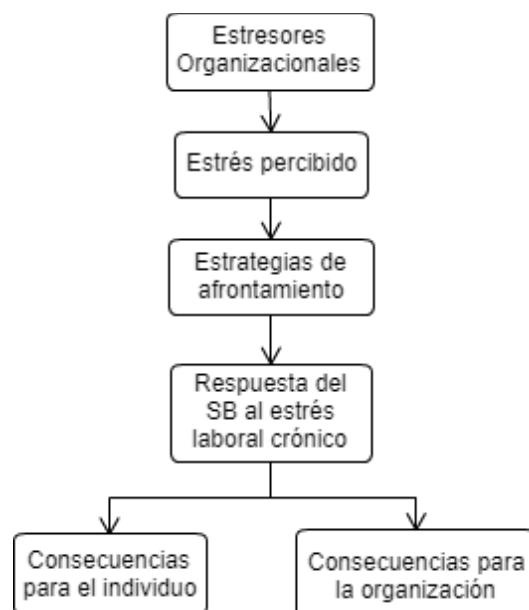


Ilustración 2. Desarrollo del «SB»

De esta manera, diversos autores coinciden en que el *burnout* aparece de manera gradual y se da en cinco etapas (Frade Mera, y otros, 2008) (INSHT, 2005-2006):

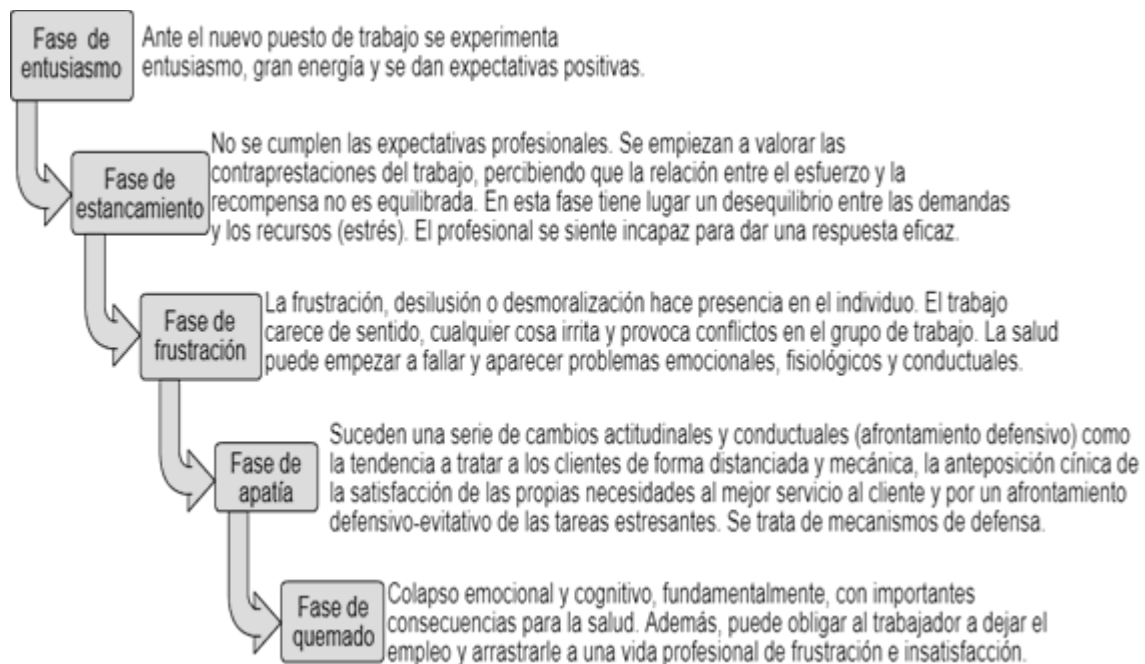


Ilustración 3. Fases del «SB»

El desgaste profesional, por tanto, suele presentarse en grado variable y no ser necesariamente total y permanente, y aunque produzca alguno de los cambios de conducta, su presencia puede ser moderada y temporal. El proceso es cíclico, repetible y su evolución, paulatina en el tiempo, puede detenerse con la introducción de ajustes y cambios. El punto clave radica en la interacción desigual entre el entorno y los recursos del individuo (López, 2011).

De esta manera y teniendo en cuenta la naturaleza del *burnout*, es importante saber identificar las manifestaciones de este, que pueden ser consideradas como signos de alarma o ya parte del cuadro clínico (Gutiérrez Aceves, Celis López, Moreno Jiménez, Farias Serratos, & Suárez Campos, 2006):

- Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema
- Aislamiento: es frecuente que se aísle de la familia y amigos
- Ansiedad: es la sensación persistente de que algo malo va a suceder
- Miedo o temor: una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo
- Depresión: es uno de los síntomas más frecuentes y peligrosos de este síndrome

- Ira: las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación con la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes
- Fuga o anulación: la persona muestra un desinterés en el trabajo
- Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, legales o ilegales
- Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el individuo
- Culpabilidad: sienten que lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensables en el trabajo
- Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital es otra manifestación de autonegación para comprobar que todo está bien
- Comportamiento de riesgo: es impropio de la persona y puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo; hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida
- Sensación de estar desbordado y con desilusión: sensación de no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio. Sensación de fatiga crónica
- Abandono de sí mismo: Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal. Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada
- Pérdida de la memoria y desorganización. Existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales. Puede haber trastornos del sueño

Aunque la OMS, en su última edición de la clasificación internacional de enfermedades CIE- 10, considera este síndrome como “*un diagnóstico adicional no especificado*”, sin establecer unos criterios diagnósticos claros (Torres Moreno-Cid, Sánchez Castro, & Salamanca Castro, 2015), diversos estudios coinciden en que las consecuencias del agotamiento profesional son desbastadoras¹³ (Frade Mera, y otros, 2008) (Meléndez Chavez, Huerta González, Hernández Velázquez, Lavoignet Acosta, & Santes Bastián, 2016) (Torres Moreno-Cid, Sánchez Castro, & Salamanca Castro, 2015) (Gómez, Puga, Mayán, & Gandoy, 2012) (López, 2011) (Ríos Risquez, Peñalver Hernández, & Godoy Fernández, 2008). Así, se han descrito más de 100 síntomas relacionados con el «SB» que afectan a las emociones y los afectos, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico. Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación (INSHT, 2005-2006).

Esta respuesta surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales. Lo que supone para el trabajador una sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los usuarios. En esta situación, la respuesta desarrollada está constituida por sentimientos de baja «RP» en el trabajo y de «CE». Ante esos sentimientos, el individuo genera actitudes y conductas de «DP» como una nueva forma de afrontamiento.

Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés que, si perdura en el tiempo, tendrá consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud, con alteraciones psicosomáticas y también para la organización (INSHT, 2005-2006). En la ilustración 3 se muestra el proceso y consecuencias del «SB», descritas por Gil Monte (2005).

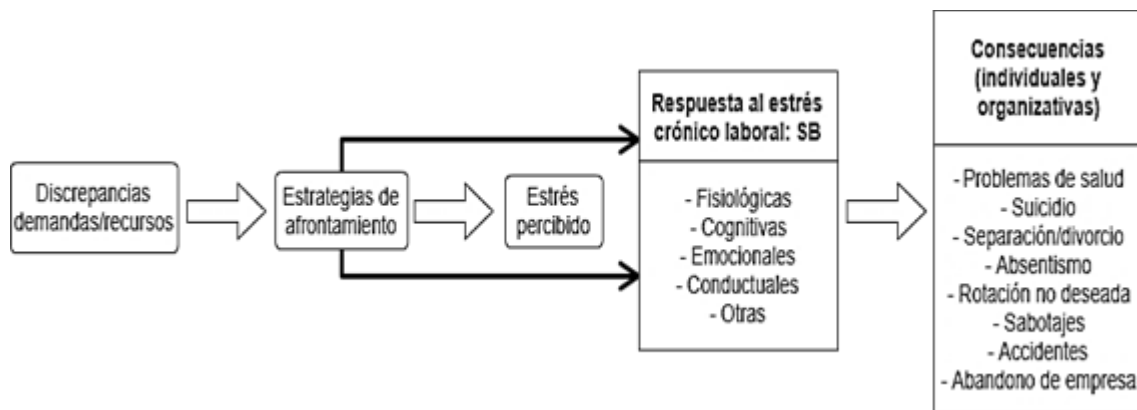


Ilustración 4. Proceso y consecuencias del «SB»

De esta manera, entre los principales síntomas del «SB» en el trabajador que lo padece se encuentran (INSHT, 2005-2006):

- **Psicosomáticos:** cansancio hasta el agotamiento y malestar general (que deterioran la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.
- **Conductuales:** conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de riesgo y de exceso como abuso de barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.); cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

- **Emocionales:** predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.
- **Actitudinales:** actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, agresividad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.
- **Sociales y de relaciones interpersonales:** actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.).

Así mismo, dentro de las consecuencias que se podrían denominar de carácter organizativo se encuentran: disminución de la capacidad de trabajo, deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales en el trabajo, y deterioro del compromiso; bajan el rendimiento y la eficacia, se da una mayor desmotivación e incrementa la accidentalidad, la rotación y el absentismo de la organización (Ríos Risquez, Peñalver Hernández, & Godoy Fernández, 2008). Todo esto afecta la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo y se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes (INSHT, 2005-2006).

Por todo esto, el diagnóstico y la evaluación de «SB» tienen una gran relevancia. Es imprescindible, poder decir cuándo, dónde y sobre quién se debe intervenir para prevenir o tratar este síndrome, así como discriminar los grados de incidencia del mismo.

Para obtener un diagnóstico adecuado se han de valorar los síntomas que presenta el trabajador, analizar su proceso de aparición, discriminar el proceso de otros similares, y evaluar la intensidad y/o frecuencia con que el sujeto presenta los síntomas. Es también necesario identificar cuáles son las fuentes de estrés que han originado la aparición de esos síntomas.

Para alcanzar estos objetivos, se debe utilizar procedimientos cualitativos y cuantitativos de diagnóstico y evaluación. Con cual, para medir el desgaste profesional se hizo necesario un instrumento de medida que determinará de manera objetiva y cuantitativa el comportamiento de este fenómeno; aunque inicialmente las primeras evaluaciones

sobre el *burnout* consistieron en meras descripciones a través de la observación clínica u otras técnicas, que no han tenido desarrollo posterior, como la “entrevista estructurada o métodos proyectivos (Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Garrosa Hernández, & Morante Benadero, 2005).

De esta manera, a lo largo de la historia del *burnout* se han desarrollado múltiples instrumentos para cuantificar y diagnosticar este síndrome y los cuales ayuden a detallar los conceptos asociados al mismo.

En 1997, Garcés de Los Fayos, López, Soler y García Montalvo (Garcés de Los Fayos, López Soler , & García Montalvo, 1997) realizaron una revisión de los diferentes instrumentos de medición, centrándose en investigaciones que aportaran datos esclarecedores sobre las distintas propiedades psicométricas de los mismos: fiabilidad, validez o análisis factoriales principalmente. Más adelante, en 2005 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, desarrolló unas notas técnicas de prevención sobre el «SB», donde se reúne algunas de las herramientas más usadas de estimación psicométrica de este síndrome. Este mismo año, la Universidad Autónoma de Madrid publicó un artículo sobre la historia del *burnout* a través de sus instrumentos de evaluación (Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Garrosa Hernández, & Morante Benadero, 2005). Y, por último, en 2008, los investigadores Salanova y Llorens (Salanova & Llorens , 2008) realizaron una revisión de la investigación más actual aplicada del «SB», en el cual describían otros instrumentos de medida y evaluación del *burnout*.

Así, en la «*Tabla 2. Instrumentos de medida del* », se recogen todos los instrumentos de medida del «SB» encontrados por dichos autores:

Autores / año	Instrumento de medición
Jones, 1980	Staff Burnout Scale (SBS)
Gillespie, 1980	Indicadores del burnout
Emener y Luck, 1980	Emener-Luck Burnout Scale
Pines, Aronson y Kafry, 1981	Tedium Measure (Burnout Measure)
Maslach y Jackson, 1981	Maslach Burnout Inventory (MBI)
Emener, Luck y Gohs, 1982	Emener-Luck Burnout Scale” (ELBOS)
Ford, Murphy y Edwards, 1983	Perceptual Job Burnout Inventory
Meier, 1983	Meier Burnout Assessment
Gillespie y Numeroff, 1984	The Gillespie-Numeroff Burnout Inventory”
Kremer y Hofman, 1985	Burnout Scale (BS)

Seidman y Zager, 1986	Teacher Burnout Scale
Mattews, 1986	Mattews Burnout Scale for employees
Garden, 1987	Energy Depletion Index (EDI)
Pines y Aronson, 1988	Burnout Measure (BM)
Mattews, 1990	Mattews Burnout Scale for Employees
García Izquierdo, 1990	Efectos De Psíquicos del Burnout (EPB)
Revicki, Harold, May y Whytley, 1991	Work Related Strain Inventory
Aveni y Albani, 1992	Escala de Variables Predictoras del Burnout
García Izquierdo, 1992	Escala para la evaluación del Burnout (EPB)
Moreno y Oliver, 1993	Cuestionario de Burnout del Profesorado
Melamed, Kushnir y Shiron, 1992	Shirom – Melamed Burnout Questionnaire
Holland y Michael, 1993	Holland Burnout Assessment Survey (HBAS)
Venturi, Rizzo, Porcus y Pancher, 1994	Rome Burnout Inventory (RBI)
Friedman, 1995	Escala de Burnout de Directores de Colegios
Moreno y Cols, 1997	Cuestionario Breve de Burnout (CBB)
Demerouti, Bakker, Janssen, y Schaufeli, 2001,	Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)
Kristensen, Borritz, Villadsen, y Christensen, 2005	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Tabla 2. Instrumentos de medida del «SB»

Dentro de este marco, en nuestro país, las investigaciones más recientes surgen de una perspectiva interactiva, donde no sólo se consideran las variables de carácter organizacional, sino que también se indaga sobre por qué las personas responden de manera diferente a los estresores laborales. De esta forma, se plantea que factores propios de la personalidad de cada individuo pueden predisponer o proteger a desarrollar el desgaste profesional. Estas cuestiones llevan a la integración variables organizacionales, con las variables personales, como pueden ser la competencia emocional, la personalidad resistente o la resiliencia en la investigación del *burnout* (Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Garrosa Hernández, & Morante Benadero, 2005).

En este contexto, y en un marco más actual, Moreno Jiménez junto con Garrosa y González publicaron en el 2000 (Moreno Jiménez, Garrosa Hernández, & González Gutiérrez, 2000) un cuestionario para la evaluación específica del desgaste profesional (*burnout*) en el colectivo de enfermería, el Cuestionario de Desgaste Profesional de

Enfermería (CDPE). Más adelante, en 2011 Gil Monte publicó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (Gil Monte, 2011).

Sin embargo, y a pesar de las múltiples medidas e instrumentos de evaluación del «SB», numerosos autores coinciden en que fueron Maslach y Jackson (1981) quienes, desde un enfoque psicosocial, comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas de este síndrome, desarrollando el primer instrumento de evaluación sistemático: el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Este, sigue siendo hoy en día el instrumento por excelencia para la medida y evaluación del *burnout*. Es por esto por lo que, a continuación, profundizaré en este instrumento exclusivamente.

Originariamente, el «MBI» publicado en 1981 por las psicólogas Maslach y Jackson, se construyó de manera exclusiva para medir *burnout* en personal del sector servicios (personal sanitario, asistentes sociales psicólogos, etc.) (Maslach & Jackson, 1981). A partir de esta publicación se establecieron unos criterios de evaluación del *burnout* y se extendió el uso de un instrumento estandarizado para la evaluación del mismo. No obstante, desde entonces el instrumento de evaluación del «SB» ha pasado por diferentes etapas. (*Tabla 3. Etapas*).

De esta manera, el primer cuestionario para la evaluación del *burnout*, como he mencionado anteriormente, estaba pensado exclusivamente para profesionales dedicados a trabajos “de contacto” con personas y recibió el nombre de *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS). En su versión original (Maslach & Jackson, 1981), la escala constaba de dos formas para valorar los ítems: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Sin embargo, en la versión de 1986 del MBI-HSS (Maslach & Jackson, 1986) no se presenta la forma de intensidad, porque las autoras consideraron que ambas formas se solapaban.

Esta escala, evalúa el *burnout* mediante tres dimensiones: «CE», «DP» y reducida «RP». De este modo, el síndrome de “estar quemado” comienza cuando el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo. Su reacción es distanciarse de las fuentes que le generan tal malestar, desarrollando paralelamente actitudes negativas hacia las personas con quienes tiene contacto. Para así, por último, experimentar sentimientos de baja realización profesional y personal (Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Garrosa Hernández, & Morante Benadero, 2005). Debido a que el cuestionario podía aplicarse de una forma rápida y sencilla ha sido muy

utilizado, facilitando así que la definición de *burnout* implícita en el «MBI» se convirtiese en la más aceptada (Salanova & Llorens , 2008) (INSHT, 2005-2006).

No obstante, aunque el «MBI» permitía la evaluación operativa, sistematizada y objetivada del síndrome en tres factores, también tenía ciertas carencias como que, al haber sido pensado para utilizarlo en trabajos asistenciales, su uso fuera de ellos resultaba problemático. De esta manera, diversos autores como Aronson, Maslach, Leiter, Schaufeli o Pines, entre otros, refieren que la sintomatología propia del «SB» puede afectar a otros grupos profesionales que no trabajen en el sector asistencial. Con lo cual, hoy en día, se sabe que también pueden sufrir *burnout* los profesionales que trabajen con objetos.

De esta forma, para tratar de paliar las limitaciones de la primera edición, y debido a la evidencia de que el *burnout* no consistía en un proceso exclusivamente asistencial, en 1986 Schwab publica el *MBI-Educators* (MBI-ES) (Schwab , 1986), que es la versión para profesionales de la educación, en el cual se cambia la palabra paciente por alumno, reproduciendo la misma estructura factorial del MBI-HSS, y manteniendo el nombre de las escalas. Y, finalmente, en 1996 se desarrolló el llamado *Maslach Burnout Inventory - General Survey* (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996). Este, basado en el original, es un instrumento de medida genérico, útil para medir el *burnout* en todo tipo de trabajos, independientemente de las tareas que en él se realicen, por tanto, es aplicable en todas las organizaciones. En esta edición del «MBI», se redefine el *burnout* como “una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis de las reacciones con las personas en el trabajo”. Este instrumento, al igual que el anterior, consta de tres subescalas que son denominadas como agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional. La estructura global del MBI-GS es semejante a la original, de forma que las dos primeras dimensiones se correlacionan positivamente entre sí y negativamente con la eficacia profesional (Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Garrosa Hernández, & Morante Benadero, 2005). Así, el *burnout* se define como una puntuación alta en agotamiento emocional y en cinismo, y una puntuación baja en eficacia profesional.

Con todo esto y la continua investigación sobre este síndrome, se ha puesto de manifiesto la necesidad de la ampliación del estudio del *burnout* a todo tipo de profesiones inclusive a estudiantes universitarios, llamándolo *burnout* académico (INSHT, 2005-2006). De este modo, se considera a los estudiantes universitarios como “trabajadores” susceptibles de sufrir desgaste y *burnout* y, estos tienen un instrumento de medida específico, el *Maslach Burnout Inventory- Student Survey* (MBI-SS). Este

último fue publicado en el 2002 por Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker haciendo posible medir el *burnout* fuera del ámbito ocupacional al definir sus dimensiones en referencia al "estudio" (Schaufeli, Salanova, Gónzales-Romá, & Bakker, 2002). Y, a partir de la investigación empírica, se ha podido demostrar que los estudiantes también se queman por sus estudios, mostrando niveles de agotamiento, cinismo e ineficacia respecto a sus actividades académicas (INSHT, 2005-2006).

Instrumento de Medida	Dimensiones que componen el síndrome	Muestra
MBI-Human Services (Maslach & Jackson, 1981).	Agotamiento emocional Despersonalización Baja realización personal	Profesionales de ayuda y Servicios
<i>MBI-Educators</i> (Schwab , 1986).	Agotamiento emocional Despersonalización Baja realización personal	Profesionales de la educación
MBI-General Survey (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996).	Agotamiento Cinismo Ineficacia profesional	Todo tipo de profesionales
MBI-Student Survey (Schaufeli, Salanova, Gónzales-Romá, & Bakker, 2002).	Agotamiento Cinismo Ineficacia profesional	Estudiantes universitarios

Tabla 3. Etapas «MBI». Extraído de INSHT, 2005-2006

En enfermería, como es de suponer, para el estudio del «SB», el «MBI» comúnmente utilizado es el MBD-HSS. Este instrumento, que se realiza en 10-15 minutos aproximadamente, fue traducido al castellano (Seisdedos, 1997) y validado por Gil Monte (2005). Se trata de un cuestionario constituido por 22 ítems, en los cuales se plantea al sujeto un conjunto de afirmaciones sobre sus pensamientos, actitudes y sentimientos en relación con diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual y, en particular hacia los pacientes. Entonces, el sujeto

estudiado, ha de contestar a cada enunciado en relación con la frecuencia que siente dicho sentimiento o pensamiento, mediante una escala tipo *Likert* de siete opciones, desde nunca a diariamente.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que conforman el *burnout*:

- Agotamiento / Cansancio Emocional (9 ítems), que implica un aumento en los sentimientos de desgaste emocional como resultado de unas excesivas demandas psicológicas y emocionales. Cuando los recursos emocionales se agotan, se desarrollan actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los pacientes. Su puntuación máxima es 54.
- Despersonalización (5 ítems), que implica la tendencia a desindividualizar y despersonalizar a los pacientes. Se utiliza para minimizar la intensa activación emocional que podría afectar a la ejecución del trabajo, sobre todo en situaciones de crisis. Su puntuación máxima es 30.
- Reducida Realización Personal / Profesional (8 ítems), que es la tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en la valoración de su trabajo como consecuencia de todo el proceso. Su puntuación máxima es 48 (Maslach & Jackson, 1986).

Así, de cada una de las escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta que permite evaluar la intensidad y la frecuencia del «SB» con una alta validez interna y grado de confianza cercana al 90% (Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Garrosa Hernández, & Morante Benadero, 2005) (Olivares & Gil-Monte, 2009). Por lo general, las puntuaciones obtenidas del «MBI» se correlacionan con otros cuestionarios acerca de características sociodemográficas, del trabajo, de la personalidad, etc. Para más detalles sobre el «MBI» consultar el [Anexo 1](#).

Ahora bien, una vez sabemos cómo surge el *burnout* y tenemos las herramientas adecuadas para medir su frecuencia e intensidad, ¿se relaciona éste con enfermería? Y la respuesta, después de más de tres décadas de estudio sobre el «SB», es definitivamente sí. El hecho de que dicho síndrome aparezca sobre todo en profesionales que desempeñan funciones vinculadas con la relación de ayuda y que realizan su trabajo habitual en contacto con personas, ha provocado que tenga una alta prevalencia entre los profesionales de enfermería ¹³ (Muñoz Soler, Alcaide Romero, & González Guillén, 2015) (Vaquero Díaz & Perales Molina, 2016) debido a la naturaleza del trabajo enfermería y su contexto.

El contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda; atender el dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal; situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, conflictos de rol, los pacientes problemáticos (Ríos Rísquez, Peñalver Hernández, & Godoy Fernández, 2008), la frustración de no poder curar; la escasez de formación en habilidades de control de la emoción y la ambigüedad de rol entre otras causas, son características que identifican a los profesionales de enfermería como uno de los principales grupos de riesgo para el desarrollo del *burnout*.

Además, el síndrome de quemarse por el trabajo se relaciona con unas variables personales y organizacionales específicas, como son el sexo, la edad, el estado civil, las características de la personalidad, las estrategias de afrontamiento, el clima laboral, el grado de autonomía, el apoyo social, el número de horas de trabajo, el tipo de servicio y la sobrecarga de trabajo respectivamente (Sanclemente Vinué, Elboj Saso, & Íñiguez Berrozpe, 2016).

Dicho síndrome se considera, actualmente, un problema de salud pública debido a las consecuencias sobre la integridad física y psíquica de los trabajadores, deteriorando con ello el ambiente de trabajo (Vaquero Díaz & Perales Molina, 2016). Además, provoca consecuencias negativas de carácter organizativo, como son los importantes costes económicos para la organización, se evidencia una disminución del rendimiento, un incremento de la accidentalidad y, existe un aumento de la rotación y el absentismo. Este último, concretamente se ha relacionado con el estrés laboral en un 50-60%, cifrándose el coste anual para la Unión Europea en torno a los 20.000 millones de euros (Ríos Rísquez, Peñalver Hernández, & Godoy Fernández, 2008).

Dentro de este contexto, el informe sobre la salud de la OMS del año 2000 (OMS, 2000), dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y cómo proceder a su mejora, advierte que se han de cuidar los recursos humanos de las organizaciones sanitarias pues si no, se deterioran fácilmente. Recomendando, además, realizar una buena gestión, que debe considerar aspectos relevantes como la satisfacción con el trabajo, el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones laborales de los profesionales de la salud (Ríos Rísquez, Peñalver Hernández, & Godoy Fernández, 2008).

Por tanto, parece preciso que, tanto los profesionales como las instituciones donde éstos realizan sus funciones, conozcan cómo manejar las situaciones que pueden desembocar en la aparición del *burnout*. Esto, se puede conseguir proporcionando al profesional las herramientas y potenciando sus propios recursos, de modo que estos profesionales generen entornos positivos de trabajo y ejerzan su influencia tanto a nivel

de la reducción del estrés, como a nivel psicosocial (Ayuso Murillo, Colomer Sánchez, Herrera Peco, & López Peláez, 2015).

Es por esto por lo que, diferentes autores refieren que los que mejor pueden generar entornos positivos, son sin duda los profesionales de enfermería que desarrollan su actividad en el ámbito de la gestión. Éstos, que deben coordinar las acciones de otros profesionales de enfermería, se encuentran en el lugar ideal para aplicar acciones preventivas (Ayuso Murillo, Colomer Sánchez, Herrera Peco, & López Peláez, 2015).

De esta manera, los profesionales de enfermería que ejercen un rol gestor o de supervisión, deben actuar como líderes que creen un ambiente positivo donde el grupo conozca su misión y tenga depositada la confianza en el logro de las metas. Dicho liderazgo implica asumir una gran carga, tener muy claras las competencias a realizar, asumir las dificultades que aparecen casi a diario y plantear soluciones. Este tipo de profesional debe generar ambientes que potencien la satisfacción laboral y reducir, en la medida de lo posible, las circunstancias del estrés laboral (Ayuso Murillo, Colomer Sánchez, Herrera Peco, & López Peláez, 2015).

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de marzo y mayo del 2017 de artículos originales y de revisión, indexados en las bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud, principalmente con la enfermería. Así, pues, se consultaron las bases de datos electrónicas CINAHL, Cuiden, Dialnet y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron extraídos del Descriptor en Ciencias de la Salud (DeSC) y del Medical Subject Headings (MeSH) y se usaron operadores booleanos para una búsqueda confiable y específica, utilizando las palabras claves y las ecuaciones de búsquedas descritas en la Tabla 4. Estrategia de búsqueda.

DeSC	(<i>Burnout</i> Profesional OR Agotamiento Profesional OR Desgaste Profesional) AND (Enfermería OR Personal de Enfermería)
MeSH	<i>Burnout</i> professional AND (Nursing Staff, Hospital OR Nurses OR Nursing Staff)

Tabla 4. Estrategia de búsqueda

El acceso a las bases de datos se realizó mediante el catálogo de recursos electrónicos de la Biblioteca Virtual de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, (España), utilizando el usuario y contraseña correspondientes. Así mismo, se hizo uso de información en soporte papel a través de la Biblioteca del Campus Cataluña de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

Al principio, la búsqueda se limitó a artículos que cumplieran los siguientes criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - Artículos publicados en el periodo de tiempo comprendido entre el 2007 y 2017.
 - Artículos publicados en español y/o catalán.
 - Artículos científicos publicados en revistas de enfermería y de otras disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud.
- Criterios de exclusión:
 - Estudios en los que no participaran enfermeros. O sea, que solamente participaran otros profesionales sanitarios, docentes o alumnos; o no se concretase el tipo de profesional sanitario que participaba.

- Estudios en los que, aunque participasen enfermeros, son tantas las categorías profesionales estudiadas, que no se diferencian los resultados para los profesionales de enfermería.
- Artículos en los que se investigó únicamente sobre conceptos como el estrés laboral o fatiga de compasión.
- Artículos que únicamente buscasen la validación de un cuestionario sobre el burnout.
- Actas de congresos, comunicaciones, ponencias, literatura gris, capítulos de libros, cartas al director, editoriales, monografías, notas, entrevistas, reflexión.

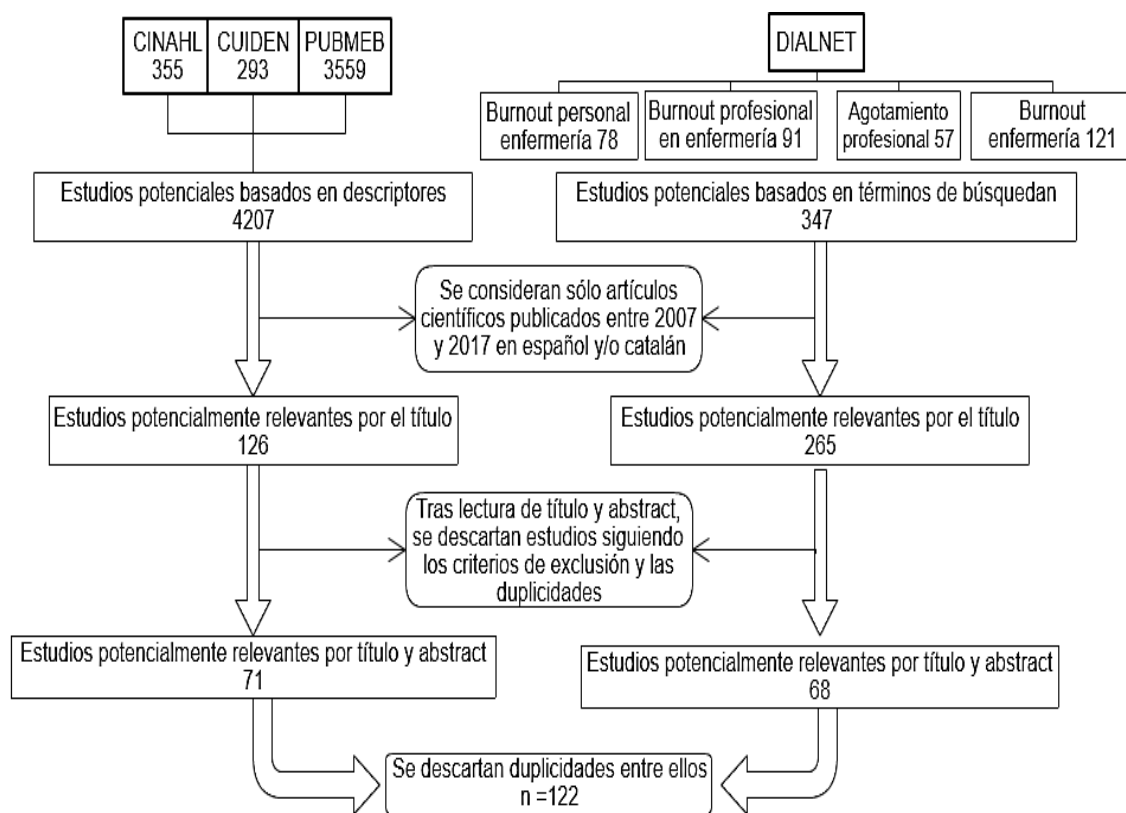


Ilustración 5. Análisis de Búsqueda de Artículos. (Elaboración propia)

Tras la lectura completa de los 122 artículos preseleccionados, se establecieron y añadieron otros criterios de selección, con el objetivo de homogenizar la búsqueda y seleccionar los artículos más actualizados en la materia de estudio.

Así, los criterios de inclusión añadidos fueron:

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Tipo de estudio: artículos originales de corte descriptivo-transversal.
- Artículos realizados en territorio español.

De esta manera, se excluyeron los siguientes artículos:

- Artículos publicados antes del 2012 (51)
- Revisiones bibliométricas o bibliográficas (15)
- Estudios longitudinales, cualitativos, intervencionales cuasi-experimentales, casos clínicos o puramente observacionales (4)
- Estudios realizados fuera de España (15)
- Artículos especiales, sin especificación de la metodología utilizada ni los objetivos que persigue (4)
- Artículo en el que se estudia una sola dimensión del «SB» (1)
- Estudio que busca definir una línea de investigación del «SB» (1)
- Artículos en los que la población estudiada son estudiantes de una especialidad de enfermería, pues se consideró que no es tiempo suficiente para desarrollar el «SB» (3)
- Artículos que plantean una propuesta de estudio sobre el «SB» sin llevarlo a cabo (3)
- Artículos en los cuales se estudia la relación entre «SB» y otra variante, como por ejemplo el examen EIR o la crisis económica, por considerarlos muy específicos y poco útiles para la revisión (4)

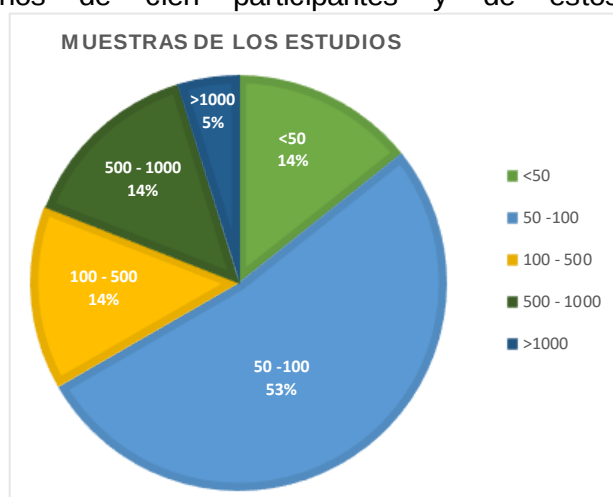
Finalmente, se incluyeron en la revisión 21 artículos que cumplían todos los criterios de selección y fueron relevantes por texto completo.

Los resultados se sistematizaron a través de fichas y, por último, se clasificaron los resultados para la posterior redacción de aquellos más relevantes y la confrontación o verificación de éstos.

Resultados

De los 21 artículos finalmente incluidos en este estudio, 11 estudios (52.38%)^{1,5,7,12,14,15,16,17,18,20,21} se centran exclusivamente en enfermeros diplomados o graduados; 9 artículos (42.86%)^{2,3,4,6,8,9,10,11,19} estudian a los enfermeros junto a los técnicos en auxiliar de enfermería (AE), y, por último, un estudio¹³ analiza el *burnout* en médicos, enfermeros y «AE».

El número de participantes de los estudios es diverso (*gráfica 1*). Más de la mitad de ellos^{1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,18,19,20,21} tiene menos de cien participantes y de estos, ocho^{6,7,8,9,10,13,18,32} artículos cuentan con menos de 50 profesionales estudiados. Casi un tercio de los estudios^{4,12,13,14,16,17} tuvieron una muestra de entre cien y mil participantes y, por último, la investigación con mayor número de participantes cuenta con la considerable cifra de 5.654 enfermeros¹⁵.



Gráfica 1. Tamaño de las muestras de los artículos revisados. Elaboración propia

En cuanto a los niveles sanitarios de atención estudiados por los artículos revisados, el 100% de ellos estudian el síndrome *burnout* dentro del ámbito hospitalario, de los cuales sólo uno es de carácter privado concertado y todos los demás son públicos, pertenecientes al sistema nacional de salud («SNS»). Además, dos de estos artículos^{5,7}, investigan el *burnout* también en un «CAP». Blas⁷, realiza una comparación del desgaste profesional entre las profesionales de la misma especialidad (matronas) que trabajan en un hospital y en un «CAP», y Sataber M et al⁵ investigan el «SB», aparte de en un hospital y en un «CAP», en un centro mental de patología mixta. Finalmente, un artículo²¹ analiza el desgaste profesional en una residencia geriátrica, sin especificar cuál y si es de carácter público o privado.

Dentro del nivel hospitalario, las unidades de críticos («UC»), fueron las más estudiadas. Diez de los artículos^{1,2,3,4,13,14,15,17,18,21}, investigaron sobre el *burnout* en dichas unidades. Cinco de estos artículos^{1,2,3,4,13}, analizaron la prevalencia del «SB» exclusivamente en unidades críticas y, los otros cinco^{14,15,17,18,21} investigaron, además, en otros servicios. En este ámbito, la unidad de cuidados intensivos («UCI») fue el área crítica mayormente

examinada con cinco artículos^{1,3,14,15,17}, seguido del servicio de «URG» estudiado en cuatro publicaciones^{1,2,4,21}.

Así mismo, tres estudios^{5,6,20} fueron realizados en centros u hospitales de «SM» de los cuales, los dos primeros^{5,6} investigaron el desgaste exclusivamente en profesionales de la «SM» y el último comparó el nivel de *burnout* en una unidad de con una unidad de cardiología.

Cuatro estudios^{14,15,16,17} investigaron el «SB» en diferentes unidades y servicios. De estos, cabe destacar los estudios^{15,17} realizados por Fuentelsaz Gallego C, *et al*, que son de ámbito nacional y se encuentran enmarcados dentro del RN4CAST, un proyecto llevado a cabo por 11 países europeos, EEUU, Sudáfrica, China y Botswana, con el fin de conocer la percepción de las enfermeras que trabajan en los hospitales del SNS sobre 4 aspectos: su entorno laboral, la calidad de los cuidados que prestan, su satisfacción con el trabajo y su nivel de *burnout*. Además, analizan si existen diferencias dentro de estos aspectos entre los profesionales de enfermería de las «UCI» y las unidades médico-quirúrgicas («UMQ»).

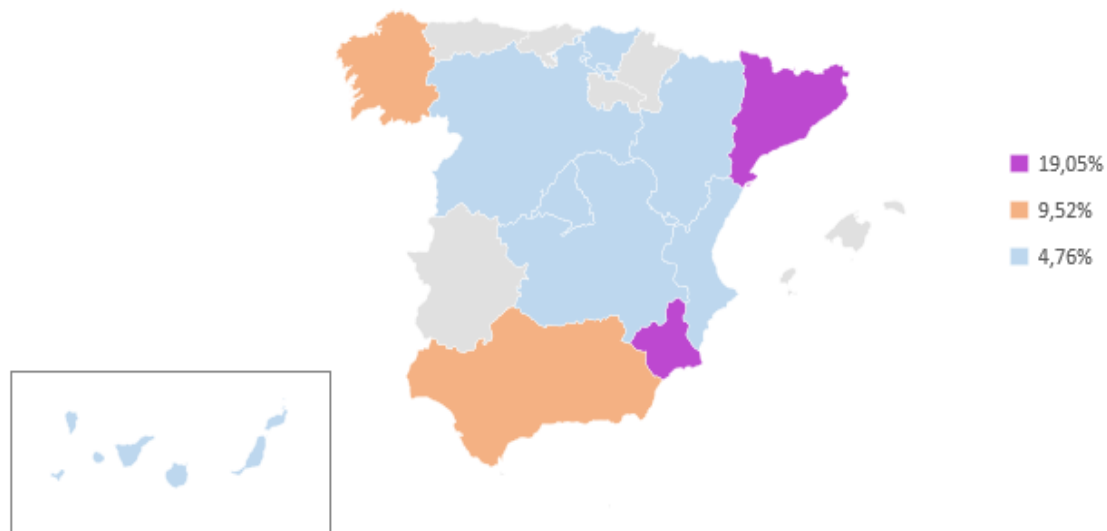
El servicio de cardiología fue la siguiente unidad mayormente estudiada. En este caso por tres^{18,19,20} artículos, de los cuales sólo el número 20 estudió dicho servicio exclusivamente, mientras que los otros^{18,19} compararon el «SB» con otras unidades. Y, por último, el agotamiento profesional fue investigado en matronas⁷, en el área quirúrgica⁸, en el servicio de nefrología⁹, en la unidad de Oncohematología¹⁰, el servicio de endoscopia digestiva¹¹, en neumología¹⁸ y en el colectivo de los supervisores¹², en un solo artículo cada uno.

En cuanto al área geográfica donde fueron realizados los estudios, Murcia^{2,4,13,14} y Cataluña^{5,8,11,19} son las regiones que presentan más investigaciones, con cuatro artículos cada una. Cabe destacar a la comunidad de Murcia con una publicación¹⁴, réplica del RN4CAST, en la cual se estudió a todos los enfermeros de todos los hospitales de la región de Murcia representando, después de los estudios de carácter nacional, el que mayor muestra tenía del total de los artículos revisados. Además de este, Murcia también publicó un estudio sobre el *burnout* realizado en todas las unidades de diálisis de esta comunidad.

En Catalunya, tres de las cuatro investigaciones^{8,11,19} se realizaron en hospitales pertenecientes al *Institut Català de la Salut*, de las cuales, y a título de curiosidad, la

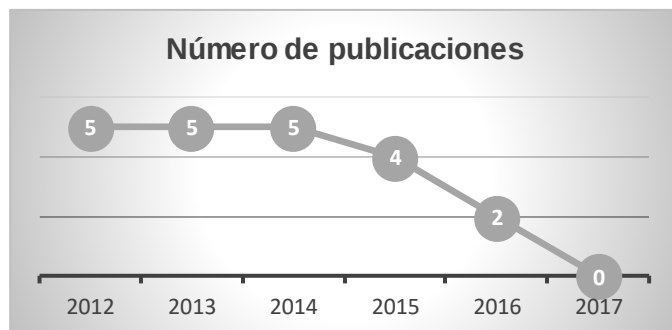
realizada por Gisbert M, *et al.* fue realizada en el Hospital Joan XXIII de la provincia de Tarragona.

Andalucía^{1,20} y Galicia^{6,16} publicaron dos estudios cada una; mientras que en Madrid³, País Vasco⁷, Castilla La Mancha¹², Castilla y León⁹, Aragón¹⁸, Canarias¹⁰ y Valencia²¹, se publicó un artículo por comunidad.



Gráfica 2. Áreas geográficas y estudios publicados. Elaboración propia

Respecto a los años de las publicaciones, entre el 2012 y el 2014 se produce el mayor número de divulgación en nuestro país sobre el «SB» en enfermería, con cinco publicaciones por año, decayendo conforme pasan los años hasta llegar al 2017 donde no se encontró ningún artículo que estudiara el desgaste laboral en los profesionales enfermeros.



Gráfica 3. Publicaciones por año. Elaboración propia

El principal objetivo de todos los artículos revisados es conocer (cuantificar) la prevalencia del síndrome y determinar si hay relación entre esta prevalencia y factores sociodemográficos y/o laborales. Por esto, la metodología utilizada en todos ellos es de tipo descriptivo, de corte transversal, siendo ello un criterio de inclusión obligatoria.

Otros estudios^{7,18,19,20,21}, coincidieron en querer comparar la prevalencia del «SB» o el grado de calidad de vida profesional («CVP») según el lugar de trabajo⁷ (atención primaria u hospitalaria) o según la unidad en la que se labora dentro del ámbito

hospitalario^{18,19,20,21}. La satisfacción laboral («SL»), también fue estudiada por algunos autores^{12,14,15,17} y, en el caso de los estudios^{15,17} pertenecientes al proyecto RN4CAST-España, y su réplica en Murcia¹⁴, se plantearon como objetivos, además de conocer la «SL» de los enfermeros y su nivel de burnout, conocer la percepción que tienen sobre su entorno laboral y la calidad de los cuidados que prestan.

El estrés, la ansiedad o la depresión laboral, por su parte, también fueron estudiadas en algunos de los artículos revisados^{4,8,9,13,16}, así como los estresores que se presentan en la profesión de enfermería y la frecuencia con la que se manifiestan^{4,8,16}.

Por otra parte, Leal P, De Pablo I⁶ y Baiget D, *et al*¹¹ plantearon, además, como objetivos en sus investigaciones, aportar soluciones o recomendaciones para prevenir o paliar el *burnout* entre el personal de enfermería de su muestra; aunque en las conclusiones de muchos otros autores, también se reflejan soluciones o recomendaciones^{2,4,7,8,12,13,14,15,16,17,18,18,20,21}, sin que estuvieran propuestas en un principio como un objetivo.

En último lugar, Ríos I, *et al*, quiso determinar si la intención de cambio de unidad se asocia con la frecuencia de estresores y el «SB» que experimentan los profesionales de enfermería de «URG»⁴. Y, por su parte, Sánchez R y Cortés C, se propusieron describir cuál es el perfil del profesional que lleva a cabo las funciones de supervisión de enfermería e identificar las funciones más habituales que realizan estos¹².

Para alcanzar los mencionados objetivos, todos los artículos recogieron datos de carácter sociodemográficos y laborales, la mayoría de los cuales lo hicieron a través de un cuestionario de elaboración propia. Tres estudios^{13,15,17}, aunque también recogieron variables sociodemográficos y laborales («VSDL»), para su posterior análisis, no especificaron qué método habían utilizado.

Para medir el grado de *burnout*, el instrumento ampliamente utilizado en el 90'5% de los artículos revisados, fue el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión validada al español. De estos, dos trabajos^{4,12} se inclinaron por la versión del cuestionario *Maslach Burnout Inventory - General Suvey* (MBI-GS). Tan sólo dos investigaciones^{6,13}, prefirieron utilizar otras escalas para medir el grado del «SB» entre los profesionales enfermeros. Otros como, Leal P y De Pablo I⁶, utilizaron para su investigación la versión abreviada CDPE-A del *Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería* (CDPE), el cual consta de variables sociodemográficas y laborales. Y, por su parte Fernández I, Fernández MC, Rabaldán R, Navalón C y Martínez MD¹³ evaluaron el desgaste profesional mediante el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por*

el trabajo. Además, en este estudio midieron también el grado de ansiedad y depresión con el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* y el *Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAY)*. Este último cuestionario, también fue utilizado por Jiménez A, et al⁹ para valorar la ansiedad de su muestra.

Los artículos que estudiaron el estrés y las causas más comunes de estrés laboral en enfermería^{2,4,8,16}, lo realizaron mediante la *Nursing Stress Scale (NSS)* en su versión validada en español. Esta escala, que determina el grado y la causa de estrés en los profesionales de enfermería, está integrada por 34 estresores que el sujeto debe puntuar según sea la frecuencia con la que se presentan en su entorno laboral.

Por su parte, los estudios integrados en el proyecto RN4CAST-España^{15,17} y su réplica de Murcia¹⁴, utilizaron además el *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)* en su versión española del 2002, para medir la percepción del entorno laboral. Esta escala cuenta con 32 ítems y clasifica los hospitales estudiados en *favorable* o *desfavorable*, según la opinión de los profesionales que trabajan en ellos; su utilización fue acordada por todos los países que participaron en el proyecto RN4CAST.

Por lo que se refiere a Alba R²⁰ decidió, además, utilizar en su estudio la *Escala de apoyo social percibido* y el *Cuestionario de satisfacción laboral*, para explorar la percepción que tienen los enfermeros sobre la disponibilidad de consejo, información, ayuda y apoyo; así como, la satisfacción en el ámbito de la supervisión, físico, prestaciones y la participación. Por último, «CVP», fue medida en las matronas de Vizcaya⁷, mediante el *Cuestionario de Calidad de Vida Profesional global percibida (CVP-35)*.

Llegados a este punto, sólo queda exponer las aportaciones de cada artículo. Para una lectura en diagonal, en el apartado de [anexos](#) se puede encontrar una tabla con las características principales de todos y cada uno de los 21 artículos a modo de síntesis.

Prevalencia del Síndrome Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico (HMQ) de Jaén. Sánchez S. 2014

La prevalencia del «SB» en el personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del HMQ de Jaén es del 50%. Y, Según sus dimensiones, se encontró mayor prevalencia de *burnout* en niveles bajos de «CE» (76,7%), niveles bajos de «DP» (45,3%) y niveles altos de «RP» (100%), posiblemente debido a la escasez de

recursos materiales y humanos, sobrecarga laboral, elevado ritmo de trabajo, turnicidad 12 horas, uso de tecnología sofisticada y trabajo complejo, afirma su autor.

Solamente, se apreció asociación significativa sobre el síndrome de *burnout* en función de la edad y la antigüedad en el puesto de trabajo actual. Con lo cual, respecto a la edad, existe asociación estadísticamente significativa entre los menores de 45 años y la presencia de «CE», siendo el personal más joven el que tiene más riesgo de presentar «CE» y por tanto «SB» y, la edad mayor de 45 años representaría un factor protector de la presencia de «CE».

En cuanto al sexo y al estado civil, no se encontraron diferencias significativas, aunque las mujeres presentaron niveles más altos de «DP» y «CE» que los hombres y los casados mostraron niveles más altos de «DP» y «CE» que el resto.

Por último, el estudio reveló que los profesionales de enfermería que trabajan en «URG» presentaron niveles más altos de «DP» que los profesionales del resto de unidades, mientras que los profesionales que trabajan en «UCI» de adultos presentaron niveles más altos de «CE».

Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia (HURSM). Giménez C, et al. 2013

Los hallazgos de este estudio indican que el estrés en el personal de «URG» se presenta como una patología cuya prevalencia es elevada. Y las áreas reportadas como más estresantes fueron, con una frecuencia superior al 50%, la falta de personal para cubrir adecuadamente las necesidades del servicio, interrupciones frecuentes en la realización del trabajo, no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente, ver sufrir a un paciente, realizar cuidados de enfermería que resultan dolorosos, realizar demasiadas tareas que no son de enfermería y sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.

En cuanto al «SB», se encontraron niveles significativos de este, siendo los enfermeros los presentan mayor puntuación en «CE» en comparación a los «AE». Por esta razón, los autores creen necesario el desarrollo de más estudios acerca de este fenómeno estableciendo interrelaciones causales entre los diferentes factores sociodemográficos y los niveles de estrés.

Por último, remarcan las siguientes recomendaciones:

- Las áreas de «URG» deberían ser dotadas de más personal de enfermería.

- Las cargas de trabajo deberían ser repartidas equitativamente entre los profesionales.
- Se debería de mantener un ambiente tranquilo durante el trabajo.
- Se debería de formar a los profesionales para poder enfrentarse, de forma eficaz, a situaciones como la agonía y la muerte.

Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Sánchez P, Sierra V. 2014

El 11'7% de la muestra padecía el «SB» sin diferencias significativas entre sus dimensiones y un 45% de los enfermeros presentó tendencia a padecerlo. Con respecto a la edad, el desgaste profesional aparece con mayor frecuencia en personas de 35 a 44 años. De igual modo que, se presenta con mayor frecuencia en profesionales con menos de 15 años de experiencia profesional y una antigüedad en la «UCI» de entre 1 y 5 años ó más de 21 años. Esto contrasta con una disminución brusca de la prevalencia del «SB» en los mayores de 55 años.

En cuanto a las dimensiones del burnout, las tres obtuvieron valores bajísimos, siendo la «RP», la dimensión mayormente afectada, seguida de una alta «DP», y por último un alto «CE». Dentro de estas, las mujeres presentan mayores puntuaciones de «CE» y «DP» y, las puntuaciones más bajas en lo que se refiere a «RP»; mientras que sus compañeros varones revelaron menores puntuaciones de «CE» que ellas y, ninguno obtuvo una alta puntuación en «DP». Los contratados fijos, por su parte, presentaron niveles más elevados de «CE» y de «DP» que los eventuales o los interinos, aunque los primeros mostraron mayor «RP».

Finalmente, los autores afirman que, según los resultados que obtuvieron, el perfil del trabajador que padece «SB» sería una enfermera de 35 a 44 años, con contrato fijo, experiencia laboral mayor de 16 años y una antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo.

Quiero cambiar de servicio... ¿estoy quemado? Ríos I, et al. 2012

Sólo el 2'3% de la población estudiada presentó el «SB», de los cuales casi un 2% refirió altos niveles de «CE» y un 23.4% de «DP», lo que podría alertar, afirman los autores, sobre un posible incremento futuro de la prevalencia de este síndrome, si no se adoptan las medidas oportunas, dada la naturaleza de proceso del mismo.

Las enfermeras expresaron mayor frecuencia de estresores laborales con respecto a las «AE», siendo las *interrupciones frecuentes en la realización de tareas*, el estresor con más se presenta, *seguido de la escasez de tiempo para apoyar emocionalmente al paciente*. En el hospital grande y con mayor nivel de complejidad fue donde se refirieron estresores relacionados con aspectos organizativos y se obtuvo que, a mayor frecuencia de estresores, mayor resulta la sintomatología del «SB».

Por otro lado, se evidenció que el intento de movilidad laboral constituye un importante predictor de las dimensiones del «SB» así, el «CE» y la «DP» está relacionado con la intención del cambio de unidad. Y, en este contexto, la frecuencia total de estresores y la intención de cambiar de puesto de trabajo, predicen de forma significativa los sentimientos de «CE». Así, a mayor presencia de fuentes de estrés percibida, mayor «CE» y, como he mencionado, los profesionales que refirieron querer cambiar de servicio fueron los que presentaron niveles altos de «CE».

La frecuencia total de estresores y la intención de cambiar de puesto de trabajo se relacionaron positivamente con la «DP», además de con el tipo de contrato. Así, como más estable es el puesto de trabajo mayor «DP» presentaron los profesionales. De igual modo, la frecuencia de estresores también se relacionó con la «RP», pero de forma inversa, con lo cual, a mayor frecuencia de estresores, menor es la «RP».

Con respecto a las otras «VSDL», los profesionales que trabajan en el turno de noche presentaron menor «RP» que el fijo diurno o rotatorio. Por otro lado, ni edad, antigüedad o experiencia se asociaron a frecuencia de estresores o al «SB».

Los autores afirman que la intención de movilidad laboral representa un signo indiscutible de que algo está pasando con el profesional, el cual se ve sometido a unas fuertes exigencias laborales y una escasez de recursos a su disposición para hacer frente a tales demandas. Y, recomiendan reducir los estresores junto con un incremento de los recursos disponibles, como estrategias útiles para prevenir el «SB».

Retroalimentación docencia-asistencia-docencia. Estudio sobre burnout en enfermeras de salud mental como estrategia de innovación y calidad docente. Sabater MP, et al. 2015

Los autores de este estudio encontraron un 2'7% de personas que padecen *burnout* con una diferencia significativa según el sexo y el tipo de contrato en la dimensión de «CE»; donde las mujeres y el personal fijo presentan puntuaciones más elevadas que los

hombres y los interinos o eventuales. En esta misma dimensión, se encontraron también diferencias significativas relacionadas con las bajas, la edad o la experiencia laboral, siendo los que refirieron mayor «CE» los que han causado baja en los dos últimos años. También afirman que, el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, o analgésicos, no guarda relación con el «CE».

En la dimensión de «RP», se observó una puntuación más baja en los profesionales que laboran en hospitalización respecto a los que lo hacen en el centro de patología mixta y, además, en la unidad de crónicos es más baja también, respecto a las unidades de agudos y comunitaria encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellas. De todo esto, dedujeron que el «CE» en unidades de actividad más intensa (agudos) sea mayor, así como que la cronicidad, con menor intensidad asistencial, puede favorecer una menor «RP».

Por otra parte, se revela que la «RP» en los que utilizan alguna estrategia para gestionar las emociones negativas atribuidas al trabajo, es superior que para los que indican no realizar estrategias, con diferencias estadísticamente significativas. Con esto, además confirman que, las áreas asistenciales de enfermería de salud mental, de quienes se podría esperar un determinado manejo en la gestión del estrés utilizan, por el contrario, apoyo informal para su gestión, contando con poco apoyo profesional y escasa formación al respecto.

Finalmente, describen el perfil de las personas que padecen el «SB» como mujeres de 47 años, diplomadas en enfermería, que conviven en pareja y que tienen hijos. Llevan trabajando en la profesión entre 17 y 22 años y en el servicio actual entre 4 y 6 años. Éstas, poseen contrato fijo, en turno de mañana o tarde, han causado baja en los dos últimos años por motivos de contractura muscular o depresión, no fuman y consumen habitualmente analgésicos.

Rehabilitar en psiquiatría ¿quema al personal de enfermería? Leal P, De Pablo I. 2014

La prevalencia del «SB» en el personal de enfermería del hospital de rehabilitación psiquiátrica fue baja, encontrándose sólo en el 2'5% de la muestra. De este bajo porcentaje destacan las puntuaciones altas en la dimensión de contacto con el dolor y la muerte, que suele ser uno de los estresores encontrados más frecuentemente en el personal de enfermería estudiado.

Los autores afirman que, las «VSDL» clásicamente estudiadas tienen escasa relación con la aparición del *burnout* observando sólo, menos desgaste general en el personal menor de 30 años, que sin embargo presenta mayor «CE» y más vulnerabilidad al contacto con el sufrimiento, repercutiendo también a nivel psicológico. Y, aunque no aparecen efectos significativos en ninguna de las dimensiones de la escala del síndrome, se encontró que, con más de un hijo, aumenta el desgaste profesional sobre todo en «CE».

Interpretan, a partir de los resultados que, la personalidad resistente es la variable que más influencia ejerce bloqueando el desarrollo del desgaste profesional, así como los fuertes mecanismos de afrontamiento que presenta la muestra estudiada y recogidos como niveles altos de percepción de apoyo social y afrontamiento directo, que son considerados como factores positivos en la prevención del *burnout*.

Para finalizar, sugieren que convendría tomar medidas adecuadas para evitar el desarrollo del síndrome y considerar alguna intervención enfocada al incremento de habilidades de afrontamiento de estrés, de autocontrol y de comunicación asertiva, dirigidas a potenciar al desarrollo de una personalidad resistente que permita optimizar el manejo de las situaciones de estrés inherentes a la profesión de enfermería en el área de psiquiatría y así poder realizar una prevención temprana.

Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional Percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco). Blas M. 2013

En este estudio, ninguna matrona padecía el «SB». Sin embargo, al comparar las comadronas del hospital con las de Atención Primaria («AP»), las primeras refieren mayor «RP» y las segundas obtienen valores más altos en las subescalas de «CE» y «DP»; probablemente debido al tipo de trabajo rutinario y con menor reconocimiento social. La escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares, así como la antigüedad en el puesto actual, más de 20 años en el 42,85% de las matronas de este grupo también podrían influir en estas dos dimensiones.

Las «VSDL» no alcanzan la significación estadística necesaria como para considerar que ejercen un efecto modulador sobre el «SB», a excepción del personal fijo en general, que obtuvo las mejores puntuaciones en las tres dimensiones del síndrome, presentado así un menor «CE» y «DP» y una mayor «RP» que los interinos y los contratados temporales.

Con respecto a la calidad de vida laboral percibida, las matronas tienen un nivel aceptable, tanto en «AP» como en especializada, siendo la dimensión de “carga de trabajo” la que reveló importantes diferencias entre las matronas de «AP» y las de hospital, y entre las que tienen mayor antigüedad y las que tienen menos. De esta manera, las comadronas hospitalarias y de mayor antigüedad son las que sienten mayor carga de trabajo. Por su parte, la dimensión de “*apoyo directivo*” es la que obtiene peores resultados en los dos grupos, seguida de la “*posibilidad de promoción*”, que refleja, según su autora, la percepción que tienen los profesionales de trabajar en un sistema sanitario que favorece el estancamiento y en el que no se promueve la competencia profesional. En general, la “*motivación intrínseca*” es muy elevada, pero cabe destacar que las profesionales que tienen un puesto de trabajo fijo obtienen valores muy altos de motivación, frente a las que no lo tienen. De esto, la autora sugiere que dotar de una mayor estabilidad en la situación laboral de estas profesionales podría ayudar a mejorar su percepción de la calidad de vida laboral, así como prevenir la aparición del «SB».

La investigadora concluye que las matronas de «AP» tienen una mayor probabilidad de sufrir el «SB» en nuestro entorno y que factores como las altas cargas de trabajo, el conflicto de rol y ambigüedad del mismo, así como la falta de cohesión en el equipo multidisciplinar se perfilan como fundamentales para explicar la aparición del «SB».

Principios éticos frente al burnout en el área quirúrgica. Gisbert MG, Lleixà M, Molero M. 2015

El 6'4% de las enfermeras del área quirúrgica del *Hospital Universitari Joan XXIII* padece el «SB»; cifra que podría incrementarse hasta el 21'7% si se considera el “*burnout* intermedio” que no evalúa la dimensión de «RP», que en este caso actúa como factor protector ante el desarrollo del síndrome.

En este caso, no se encontró relación entre el desarrollo del «SB» y las «VSDL», aunque sus autores piensan que el perfil de la persona con «SB» oscila entre los 40-44 años, pero que tiende a disminuir con unos 24 años de experiencia. Aseguran que más bien, el «SB» está ligado con la personalidad propia del profesional.

El factor estresante más destacado entre estas profesionales es “*la carga de trabajo*”, seguido del “*cambio de servicio*” (de quirófano), “*no saber el manejo y funcionamiento de un equipo*”, “*problemas con la jerarquía*” y “*preparación insuficiente*”, que podría deberse al lugar de trabajo específico de quirófano. Estos factores guardan relación,

entre ellos, destacando la asociación entre *carga de trabajo* con *pasar a otros servicios*, que según los autores podría deberse a la estructuración del trabajo del mismo quirófano, dado que hay profesionales que trabajan según las necesidades del servicio, supeditados al imprevisto y van variando de quirófanos y especialidades días alternos, favoreciendo el estrés, tanto para la persona que cambia de quirófano, como para la fija que lleva el peso del mismo; la cual cosa podría dar una desigualdad en la carga de trabajo y resulten problemas entre el personal y la jerarquía. Ante estas presiones y como mecanismo de defensa, la persona puede intentar marcar distancia y sucumbir al «CE» y «DP», afectando a la calidad del cuidado dentro del quirófano.

Dados los resultados, los autores sugieren dotar a los enfermeros, a través de la docencia, de mecanismos de afrontamiento basados en la ética profesional, reforzando el humanismo del cuidado para una práctica asistencial de calidad y satisfactoria, tanto para el paciente como para el profesional enfermero.

Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. Jiménez A, et al. 2016

Solamente un profesional padece *burnout* y en general existen niveles bajos de «DP» y «CE», siendo las enfermeras las que muestran mayor «CE» en el trato con el paciente respecto a las «AE», pero se sienten más realizadas en el trabajo que éstas.

Ninguna de las «VSDL» estudiadas se relacionó significativamente con el desarrollo del «SB», aunque parece ser que conforme la edad aumenta se produce una mayor tensión emocional.

Detectando niveles iniciales del síndrome de desgaste profesional en enfermeros que asisten al paciente oncológico. González C, de la Rosa M, Herrera JM. 2013

El estudio puso de manifiesto la presencia de *burnout* entre los profesionales de enfermería de la Unidad de Hospitalización de Oncohematología, los cuales están afectados por el «CE», «DP» y una gran falta de «RP» en general; y, la intensidad o percepción de dimensiones, mantiene relación con las «VSDL», siendo los enfermeros los más afectados comparados con los «AE». De esta manera, los autores afirman que el sexo masculino podría influir sobre la «DP», así como los años en el servicio, siendo las personas que tienen una antigüedad de 11 años en el servicio las que mayormente sufren «CE».

Síndrome de burnout entre el personal de enfermería del Servicio de Endoscopia Digestiva del HUVH. Baiget D, Chapela R, López-Pérez, Milà A. 2016

Sólo existe una correlación directa entre el «SB» y las variables *turnicidad, tipo de contrato e insatisfacción laboral*. De esta manera, los autores manifiestan que, el turno de empleo es uno de los factores más determinantes en cuanto a la organización de un puesto de trabajo, siendo los trabajadores del turno de la mañana los que mayor «CE» sienten, y el turno de la tarde el que menos afectado se ve. Esto podría deberse a que, en la mañana generalmente es cuando se da la mayor cantidad de trabajo, lo que puede acarrear cargas adicionales en el personal de eficiencia y responsabilidad. Y, estas condiciones de trabajo pueden incrementar o reducir la satisfacción sentida por el empleado y por tanto desarrollar el «SB» a largo plazo.

En cuanto al tipo de contrato se encontró que, peores condiciones en los contratos del personal conllevan una mayor incidencia en su «DP», dándose mayor incremento de esta dimensión en interinos seguidos de los suplentes, la cual cosa podría deberse a la sensación de aislamiento, insensibilidad y distanciamiento causada por el tipo de contrato. Dados tales resultados, los autores afirman que los enfermeros insatisfechos laboralmente sufren con más frecuencia de burnout, y los turnos y contratos son causas potenciales de esa insatisfacción. Confirman además que, la profesión de enfermería induce significativamente un mayor riesgo al estado de *burnout* en los que la realizan y, la mayor responsabilidad laboral hacia el cuidado del enfermo, la valoración emocional y económica recibida, podrían tratarse de factores determinantes.

Burnout y satisfacción laboral de los supervisores de Enfermería. Sánchez R, Cortés C. 2014

Uno de cada 7 profesionales podría estar quemado, presentando niveles significativamente por debajo los supervisores respecto a los enfermeros de plantilla, lo que, según sus autores, podría demostrar que el ejercicio enfermero, tanto a nivel de supervisor como el de enfermero base, comporta una tarea de alto riesgo de despaste profesional. Según las dimensiones de este síndrome, en torno a la mitad de los profesionales muestran altos niveles de «CE», que contrarrestan con alto nivel de «RP». Por el contrario, existe un alto grado de «SL», siendo el factor mejor valorado *la satisfacción que produce las relaciones con el personal*, seguido por *el trabajo por sí mismo*, y el peor valorado *el salario junto con las oportunidades de formación*.

El estudio pone de manifiesto que los supervisores presentan un cierto vacío profesional, tanto por la experiencia laboral como enfermero de plantilla, como por la de supervisor y por la media de edad. Se evidencia una escasa formación para desempeñar la función de supervisor, lo que da lugar a que sean asignados por libre designación, pudiendo acarrear puntos débiles en el sistema, debido a las importantes funciones de gestión que les son asignadas.

Las funciones habituales que realizan y que más tiempo les ocupa son la *gestión del personal* y la *gestión de recursos materiales* y, a las que menos tiempo ocupan son la *participación en actividad asistencial*, *coordinación*, *coordinación de actividades extrahospitalarias*, *implicación y participación en docencia*. Esto, según los autores, demuestra que pilares fundamentales como la docencia y las actividades con otros niveles asistenciales se encuentran prácticamente abandonados.

Para finalizar, los autores creen conveniente plantear medidas de mejora que influyan en la «SL» de los supervisores, como podría ser el impulso de la formación continuada, fomentar el trabajo en equipo tanto en la alta dirección como con los otros niveles asistenciales; y, por último, una valoración salarial acorde con las responsabilidades competenciales.

¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia? Fernández I, Fernández MC, Rabaldán R, Navalón C, Martínez MD. 2012

El nivel global de *burnout* entre los profesionales de la nefrología de la Región de Murcia se sitúa en un nivel medio-bajo, encontrándose diferencias marginalmente significativas entre aquellos que trabajan en unidades públicas y clínicas concertadas, que presentaron un promedio ligeramente superior.

En esta investigación, los enfermeros son los que presentaron un mayor nivel de depresión y burnout, estableciéndose el perfil del profesional que presenta un mayor nivel de *burnout* como el de enfermero/a entre 20 y 30 años, empleado en clínica privada y que manifiesta depresión moderada.

Los autores consideran necesario promover la aplicación de programas preventivos debido a que, el contacto continuo con pacientes crónicos puede conllevar la aparición de estrés, así como a que el intervalo de edad más habitual de los profesionales (20-30 años) puede considerarse un periodo de sensibilización al «SB».

Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. Abad-Corpa E, et al. 2013

En lo referente al burnout, la población estudiada presentó cifras de «CE» bajas, mayor «DP» y baja «RP». Esto se relaciona significativamente con el entorno laboral, en donde los hospitales que fueron calificados con peor entorno laboral tienen profesionales con «CE» significativamente mayor y con mayor insatisfacción laboral. Dentro de este contexto, las valoraciones positivas de los hospitales grandes fueron “*habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables*” y en la “*participación de la enfermera en cuestiones del hospital*” y, obtuvieron peores resultados en la “*dotación y adecuación de recursos*” con la importancia que esto supone en términos de cargas de trabajo. Por su parte, en los hospitales pequeños valoraron mejor “*las vacaciones*” y “*los derechos por bajas de enfermedad*”.

En cuanto a la calidad de los cuidados de enfermería prestados, el 78% la describieron como buena o muy buena y sólo el 2'6% opina que la seguridad del paciente en su unidad es mala. Sin embargo, en líneas generales, el porcentaje de enfermeros que consideraron que se producen efectos adversos “*una o más veces a la semana*” es elevado, sobre todo en los hospitales grandes.

Los autores proponen plantear estrategias basadas en aprovechar la juventud de los profesionales, mantener su elevado nivel de satisfacción y su falta de intención de abandonar el centro de trabajo. Afirman que sería necesario ajustar las ratios pacientes/enfermera, se tendría que trabajar sobre áreas de mejora en los factores que clasificaron el clima de los hospitales como desfavorable y mejorar la información sobre seguridad del paciente.

Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. Fuentelsaz-Gallego C, et al. 2012

Se trata del primer estudio realizado en España con un número tan importante de enfermeras que trabajan en los hospitales del «SNS», el cual aporta datos sobre las características de su entorno laboral, lo que permitirá diseñar estrategias de retención de las enfermeras y de mejora de su entorno laboral para influir positivamente en la seguridad de los pacientes.

Los resultados indican una percepción del entorno laboral moderadamente satisfactorio y un nivel de *burnout* elevado. En lo referente al desgaste profesional, un 22% de las

enfermeras padece un alto *burnout* en términos globales y un 48% bajo. Para sus dimensiones, más de la mitad de los enfermeros mostraron niveles medios/altos en «CE», pero bajos en «DP» y de nuevo altos en «RP». Al comparar estas dimensiones entre los hospitales grandes y los pequeños, en los pequeños el 25% de las enfermeras presentaban niveles altos de «CE», subiendo al 27% en los hospitales medianos y al 28% en los de mayor tamaño. En esta dimensión, la media de toda la muestra fue de 20, siendo de 18,39 en las «UC», de 19,9 en las «UM» y de 21,21 en las unidades quirúrgicas. Por su parte, el 23% de los profesionales estudiados de los hospitales pequeños y medianos presentaban niveles altos de «DP» y el 20% en los hospitales grandes. La media para esta subescala fue de 6'08, siendo de 5'4 en «UC», de 6'12 en «UM» y de 6 en «UQ». Y, en cuanto a la «RP», el 34% presentaban niveles alto en los hospitales pequeños y medianos mientras que, en los hospitales de gran tamaño, el 37% de las enfermeras presentaban altos niveles de «RP». La media fue de 35'58, siendo de 34'51 en «UC», de 35'46 en «UM» y de 36'09 en «UQ».

Respecto a la «SL», el 32% de las enfermeras se sitúan en valores extremos (muy insatisfechas / muy satisfechas). El mayor grado de satisfacción se presenta en la “autonomía en el trabajo” con un 62%, las “vacaciones” con un 62% y el “derecho a bajas por enfermedad” con un 77%.

La clasificación de los hospitales según los factores del PES-NWI fue en casi la mitad de los casos desfavorable y en un 16% favorable, donde la “*participación de la enfermería en cuestiones del hospital*” y la “*dotación y adecuación de recursos*” tuvieron los valores medios más bajos. Y, los autores indicaron que esta clasificación está relacionada de manera estadísticamente significativa con la edad y con el número de años trabajados, evaluando mejor el entorno laboral a medida que se incrementa la edad y la experiencia.

Un elevado porcentaje declaró “proporcionar cuidados que no eran de enfermería”, “tener que dedicar tiempo a conseguir suministros o equipos”, “contestar el teléfono y realizar tareas administrativas” y dedicar su tiempo a “realizar extracciones sanguíneas de rutina”. Así, casi la mitad de los profesionales declaró que no habían tenido tiempo para realizar educación sanitaria; casi el 40% refirió dejar de hacer o actualizar planes de cuidados de enfermería y dejar de hablar y reconfortar al paciente y, casi un tercio dejó de preparar al paciente y a su familia para el alta.

Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al ratio paciente/enfermera, evaluando peor al hospital con mayor ratio paciente/enfermera. La carga de trabajo se relacionó con la SL y con todas las dimensiones del burnout, a excepción de la dimensión «RP», reflejando mayor quemamiento a mayor ratio paciente/enfermera. A su vez, la edad y la experiencia laboral no tienen relación con el *burnout* global, pero sí están relacionadas con la ratio paciente/enfermera.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la «SL» y los factores del PES-NWI, siendo más bajos según empeora la «SL». Y, la «SL» comparada con el burnout, muestra que para una baja satisfacción el 70% presenta un alto nivel de «CE». Casi la mitad de los que presentan baja «SL» presentan baja «RP» y un alto grado de «DP».

Los autores afirman que los resultados son un medidor de cómo están siendo atendidos los pacientes en los hospitales ya que, la situación de las enfermeras en sus puestos de trabajo podría ser una medida de la calidad de los cuidados prestados a los pacientes. Y, por consiguiente, un entorno laboral desfavorecedor podría derivar en un riesgo para el paciente y para la prestación de cuidados de calidad.

Por último, indican que hay aspectos específicos que se podrían corregir como una mayor participación en las decisiones directivas del hospital, la dotación y adecuación de recursos y, para mejorar los niveles de *burnout* obtenidos se tendría que reducir la ratio paciente/enfermera. De este modo, la enfermera podría dedicar más tiempo a la atención de cada paciente, pudiendo completar las tareas que afirmaron no poder consumir por falta de tiempo y aportar mayor seguridad y calidad en sus cuidados.

Síndrome del desgaste profesional (burnout) y estrés en el personal de enfermería en un hospital de Ourense. Soto A, Reyes M. 2015

La prevalencia del «SB» es de un nivel moderado–alto, siendo relevantemente alta tasa de «CE» (40'2%), lo que indica una alta vulnerabilidad hacia el «SB», que puede estar relacionada con algunos factores sociodemográficos. De esta manera, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con “tener o no hijos” y el tipo de contrato, siendo mayores las puntuaciones del «CE» en las personas con hijos y con contrato eventual; lo que contrasta con la baja «RP» que presentan mayoritariamente los enfermeros con contrato fijo. En cuanto a la «DP», los enfermeros con turno rotatorio presentan niveles mayor puntuación que los enfermeros con turno fijo.

De estos hallazgos, se deduce que los enfermeros con contratos eventuales y turnos rotatorios serán más propensos a sufrir el «SB» y los autores refieren que esto puede

ser debido a la actual crisis económica, la cual les puede generar preocupación, estrés y ansiedad y, que el turno rotatorio tiene numerosas desventajas como son el desajuste del ritmo circadiano, pudiendo generar malestar físico y psíquico que puede afectar a la salud del profesional.

A pesar de que los enfermeros con al menos un hijo presenten altos niveles de «CE», los que no tienen hijos presentan mayores niveles de estrés, la cual cosa podría justificarse por una mayor estabilidad y madurez emocional, favorecida por una vida familiar satisfactoria, en los que sí tienen hijos, y que puede actuar como factor regulador del «SB». Además, las personas sin hijos podrían usar el trabajo como fuente de vida social, lo que favorece una mayor implicación que podría estar relacionada con un mayor riesgo de padecer el «SB».

En lo que respecta a las variables edad y antigüedad en el puesto de trabajo, los sujetos de mayor edad y con más antigüedad profesional presentan mayores índices de «CE» y, se observó que los que obtuvieron mayor puntuación de esta dimensión son los que han realizado durante más años su actividad laboral en la misma planta o servicio. Los autores explican este hecho, en que los sujetos estudiados consideran que no han alcanzado las expectativas esperadas, debido a la probable percepción del trabajo rutinario o estancamiento, que les impide progresar profesionalmente, además de las recompensas profesionales, personales y económicas, las cuales se consideran insuficientes.

En relación con el estrés, casi el total de la muestra lo padece, siendo las mujeres las más afectadas, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En cambio, sí hay diferencias estadísticamente significativas en los trabajadores de turno rotatorio, que presentan un elevado nivel de estrés respecto a los de turno fijo, los cuales padecen menos estrés. Se observó mayor estrés en los enfermeros más jóvenes y con menor antigüedad tanto en la profesión como en el servicio (que contrasta con los resultados del «SB»), lo cual puede aludirse, según los autores, a que el personal con mayor antigüedad aprende a adaptarse y hacer frente con mayor eficacia a las situaciones estresantes típicas del hospital y; también puede influir el hecho de que los menos experimentados tengan miedo a cometer errores, a no ser lo bastante valorados por los compañeros o por malas relaciones en el contexto laboral. Finalmente, hallaron relación significativa entre los elevados niveles de estrés y el «CE» y la «DP», apreciándose que casi el 100% de los trabajadores con estrés muestra alto «CE» y «DP».

Para acabar los autores proponen instaurar áreas de mejora como la creación de grupos de trabajo y manejo de conflictos internos para la motivación de la plantilla, las buenas relaciones y el trabajo en equipo. Incluir cuestionarios psicosociales en la vigilancia de la salud que permitan planificar, implementar y elaborar medidas preventivas adecuadas. Prestar mayor atención a los procesos organizativos y una cultura de “cuidar al cuidador”. Fomentar cursos de formación continuada tanto en competencia clínica, como en técnicas de autocontrol emocional, así como fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.

Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. Fuentelsaz C, et al. 2013

Según las enfermeras, hay una mejor dotación y adecuación de recursos en las «UC» que en las unidades de hospitalización; sin embargo, las enfermeras de «UC» hacen una clasificación del hospital más desfavorable que las unidades de hospitalización. Así, los factores mejor valorados, en cuanto al *entorno laboral*, en las «UMQ» fueron: “habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables” y “fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”. En las «UC», por el contrario, no se obtuvieron valores positivos para ninguno de los factores y el factor peor valorado en ambos tipos de unidad fue “participación de la enfermería en cuestiones del hospital”. De esto se deduce un hay un alto desacuerdo con los aspectos que son competencia de mandos intermedios o superiores, siendo las enfermeras que desempeñan su trabajo en «UC», las que muestran mayor desacuerdo en cuestiones de gestión acerca de la seguridad del paciente. No obstante, en aspectos que atañen al trabajo en equipo de cara a compañeras de unidad, no hay diferencias en los grados de acuerdo.

Las tareas que desempeñan las enfermeras en ambos tipos de unidades son diferentes, debido a que las necesidades de los pacientes no son los mismos. Sin embargo, en las «UC» se percibe, menos falta de tiempo para desempeñar tareas propias de enfermería, y las unidades de hospitalización son las que dejan más tareas pendientes de realizar.

En cuanto al nivel de *burnout* que se llega a padecer, los autores afirman que se da en función de la unidad en la cual la enfermera desempeña su labor; ya que las de unidades de hospitalización declararon un nivel más alto de *burnout* que las de críticos, a pesar de que en estas es más bajo el nivel de satisfacción y grado de acuerdo con las

directrices del hospital. Solo en aspectos relacionados con la realización personal se detecta mayor nivel de *burnout* en las «UC».

De este modo, el 23% (952) de las enfermeras de «UMQ» y el 18% (139) de «UC» presentaron niveles altos de «SB» global, mostrando diferencias de los porcentajes de enfermeras en cada una de las dimensiones del «SB» entre ambos tipos de unidad. Así, el 28% (1.251) de las enfermeras de «UMQ» y el 19% (156) de «UC» tenían niveles altos de «CE»; el 34% (1.490) de las enfermeras de «UMQ» y el 39% (302) en «UC» mostró baja «RP». La «DP» fue superior en las «UMQ», con un 23% (1.079) frente al 17% (136) de las «UC».

Con respecto a la «SL», más de la mitad de la población estudiada, tanto de las «UC» como de las «UM» reflejó estar satisfecha en el trabajo actual, siendo estadísticamente diferente entre ambos grupos. Casi un tercio de las enfermeras de «UC» y «UMQ» mostraron su intención de dejar el trabajo en el hospital actual en caso de tener la opción y la causa de mayor insatisfacción en ambos grupos fueron las oportunidades de desarrollo profesional. Por el contrario, la causa de mayor satisfacción fue el derecho a bajas por enfermedad.

Con respecto a la *percepción de la calidad de los cuidados prestados*, la mayoría de las enfermeras de ambos grupos la percibieron como buena o excelente, sin diferencias significativas. Sin embargo, casi un tercio de ellas consideró que la calidad de los cuidados se había deteriorado en el último año, siendo la diferencia entre las unidades estadísticamente significativa. La seguridad del paciente fue valorada, en general, como aceptable y/o buena en los grupos, presentado diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, los autores remarcan la importancia de establecer un buen ambiente laboral, ya que la existencia de un mal ambiente puede llevar a desarrollar el «SB» y al abandono de la profesión por parte de la enfermera.

Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. Sanjuan L, Arrazola O, García L. 2014

La prevalencia del «SB» fue elevada, presentándose en más de un tercio de los enfermeros. En lo referente al «CE», casi la mitad de profesionales obtuvieron un nivel alto, pero la otra mitad obtuvo un nivel bajo. En cuanto a la «DP», de nuevo casi la mitad

de los enfermeros obtuvieron un nivel alto y sólo poco más de un tercio presentaron baja «DP». La tercera dimensión de este síndrome reveló que más de la mitad de los profesionales se sienten poco realizados y sólo un tercio de ellos obtuvo una alta «RP». Los autores apuntan que estos datos reflejan que la calidad de los cuidados que proporcionan dichos profesionales a sus pacientes no son los más seguros, ya que existe una relación entre la percepción de la seguridad de los cuidados por parte de los profesionales y el «SB» en las dimensiones de «CE» y «DP».

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el «SB» y la edad, no obstante, aparecen diferencias que aun no siendo significativas podrían considerarse como un factor desencadenante del síndrome en aquellos que son mayores de 38 años. Tampoco se evidenció asociación entre padecer el «SB» y trabajar en el Servicio de Neurología (Área de Ictus).

Los autores indican que se debería trabajar en estrategias y tratamiento del estrés laboral crónico adaptados a las características de cada servicio, a fin de prevenir y tratar la aparición del «SB» en el personal de enfermería mediante programas de formación relacionados con adquisición de habilidades sociales, habilidades de comunicación, manejo de la autoestima, técnicas de relajación, técnicas de afrontamiento, etc. lo cual, mejoraría la calidad de vida laboral del personal y en consecuencia aumentaría el compromiso profesional y la mejora de los cuidados prestados a los pacientes.

Comparativa del síndrome burnout entre el personal de enfermería en cardiología de dos hospitales de tercer nivel. Bacaicoa P, et al. 2012

Los resultados de este estudio mostraron un nivel alto de *burnout* en alguna de las subescalas, siendo siempre mayor en el hospital A respecto al hospital B. Se detectaron niveles elevados de *burnout* en más de la mitad de la muestra y, con mayor porcentaje en los hombres que en las mujeres.

El análisis de los resultados en común destacó niveles alterados de *burnout* en un 77% del personal fijo y un 63% de personal interino y, en cuanto al tiempo en el servicio, el mayor porcentaje del «SB» se da en profesionales que laboran en el desde hace 6-10 años, seguido de las personas con más de 15 años en el mismo servicio. Respecto a los años como profesional, en la muestra A se observaron mayores niveles de *burnout* en los más jóvenes y menores en los que tienen más de 20 de experiencia, pero para el grupo B fue al revés y las personas más veteranas mostraron niveles mayores del

«SB». Destacan también los niveles alterados de *burnout* el turno de noche con un 93%, el turno continuado durante el día (de 12 horas) para el grupo A en un 74% y un 78% para entre 35-40 horas de trabajo a la semana. Cabe decir que ningún aspecto específico de la unidad de Cardiología destacó significativamente, con lo cual los autores sugieren que estos resultados son extrapolables al resto de unidades.

El aspecto más estresante para ambos grupos fue la presencia de familiares, seguido por la presión de otros servicios para ingresos/traslados, el manejo de programas informáticos, trabajar los fines de semana y la baja adhesión del equipo interdisciplinar.

Por último, los autores afirman que el personal de enfermería es vulnerable de presentar niveles altos de *burnout* y, proponen la creación de programas de prevención en el ámbito laboral.

Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. Alba R. 2015

Los enfermeros de «SM» presentaron niveles muy similares de «SB» respecto a sus compañeros de otras unidades con lo cual, los resultados, según su autora, demuestran que el ejercicio de la enfermería en cualquier especialidad comporta una tarea con alto riesgo de desgaste, no tanto por la unidad en la que se trabaje, sino más bien por las características desadaptativas de la organización hospitalaria.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los dos grupos, de los cuales casi un 60% presentaron «CE» y «DP», un 65% poca «RP» y, el 67% presenta algún síntoma del «SB». Por otro lado, la experiencia parece representar un factor protector frente al «CE» y la falta de formación, en cambio, se relaciona con mayor «CE» y menor «RP». Cabe destacar que, aunque es sorprendente que los profesionales de «SM» no presenten niveles de «SB» inferiores, presentan puntuaciones más altas para la «RP», a la cual cosa la autora sugiere que el hecho de trabajar en una unidad especializada podría ser un factor motivacional importante.

La autora asegura que existen factores estructurales que pueden modular el nivel de «SB», teniendo claras implicaciones para la calidad asistencial y los cuales se pueden mejorar introduciendo modificaciones oportunas en el tipo de gestión que se realiza. Dado esto, propone medidas como mejorar las condiciones laborales, fijar un incremento salarial, impulsar la formación continuada y fomentar el apoyo y la participación en la toma de decisiones.

Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. Casa P, Rincón Y, Vila R. 2012

La prevalencia del «SB» en la muestra total revela un nivel medio, donde un 3'1% de los profesionales puntuaron alto en las 3 dimensiones de «SB». Un elevado porcentaje de la muestra presentó una alta «DP» siendo ésta la dimensión del síndrome que mayor porcentaje presentó entre las tres que configuran el *burnout* seguida del «CE» y «RP» con un 25% cada una.

Las enfermeras de «URG» mostraron mayor «CE» y «DP», pero también mucha más «RP» que las enfermeras de la residencia, donde nadie presentó niveles altos en esta dimensión. Un amplio porcentaje de la muestra halló su labor poco reconocida tanto por los pacientes como por la dirección del centro y que el personal en su unidad de cuidados no era suficiente para atender tanta demanda de trabajo.

En cuanto a las «VSDL», el turno de trabajo se asoció significativamente con las dimensiones de «CE» y «DP»; la edad con el «CE», los años de experiencia con las tres dimensiones y el número de hijos se afectó a la «DP» y la RP.

Para poder prevenir y evitar las consecuencias que conlleva el «SB», los autores proponen instaurar áreas de mejora como la creación de grupos de trabajo y manejo de conflictos para fomentar la motivación de los trabajadores, las buenas relaciones y el trabajo en equipo.

Discusión

Los resultados de esta revisión revelan que existe una gran controversia en la incidencia de *burnout* entre los profesionales de enfermería de España, ya que las cifras mínimas varían de unos artículos a otros, situándose entre el 0%⁷, las mínimas, y el 67%²⁰ las máximas. De forma general, se podría decir que existe un nivel moderado - alto de «SB», donde casi la mitad de los estudios reportan un nivel medio - bajo entre los enfermeros estudiados^{4,5,6,7,8,9,10,13,14,21} pero, en más de la mitad de los artículos revisados se obtienen niveles moderados – altos de este síndrome.

Si se desglosan los componentes que caracterizan a este síndrome, se obtiene que para el «CE» también hay resultados muy diversos, pues en uno de los dos servicios de cardiología estudiados por Bacaicoa P, *et al*¹⁹ se reportan niveles altos de esta dimensión en un preocupante 72% de la muestra estudiada; pero en cambio Sánchez S, en su estudio en «UCI», sólo encontró un 8'1% de «CE», incluso siendo la muestra de este último más grande. En esta línea, se puede decir que la media de puntuaciones altas en «CE» es de aproximadamente 34. Una cifra muy elevada que puede deberse, como sugieren algunos autores, a aspectos de tipo institucional como la escases de recursos materiales y humanos en algunas unidades, la sobrecarga laboral que hace aumentar considerablemente el ritmo de trabajo, trabajar 12 horas seguidas y mayores responsabilidades, entre otros^{1,11}. Muchos autores hallaron relación entre alguna variable sociodemográfica y tener niveles altos de «CE». Así, Sabater *et al*⁶ concluyó que las mujeres presentan mayor «CE» que los hombres y esto se atribuye a que las mujeres suelen tener una mayor carga de trabajo por el doble rol como trabajadora y ama de casa⁸. De igual manera, los contratados fijos, los profesionales que han causado alguna baja en los últimos años o los que trabajan en las unidades de agudos respecto a los centros de «AP» o unidades crónicas, desarrollan con más frecuencia «CE». En este sentido, los resultados del estudio realizado en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid³ coinciden en que son las mujeres y los contratados fijos son los que mayor «CE» padecen, añadiendo además que los profesionales que tengan entre 35-54 años y con más de 21 años de experiencia, son los que presentaron niveles más altos en esta dimensión. Las matronas⁷, coinciden en hay mayor «CE» con una antigüedad de más de 20 años, sin embargo, discrepan en la relación con el tipo de contrato, ya que, en este estudio, son las fijas las que presentan menor «CE». En Ourense¹⁶, también apoyan este dato, ya que allí son los contratados eventuales los que tienen niveles más altos en esta subescala. Estos últimos, también encontraron asociación con la variable tener hijos, al igual que Leal P y De Pablo I⁶, los cuales hallaron que las personas que

tenían hijos presentaban niveles altos de «CE». Por otro lado, se observa que, a mayor tamaño del hospital y como mayor sea la insatisfacción laboral entre los trabajadores mayor es el «CE» entre sus enfermeros.^{15,17} Por último, las unidades o servicios donde se reportó mayor «CE» fueron las «UMQ»^{12,17}, en concreto en las unidades de cardiología^{18,19}, seguido de las unidades críticas^{1,3,4}. Por su parte unidades especializadas, como residencias geriátricas, centros de salud mental, o en ginecología y obstetricia, no se hallaron valores altos de «CE», lo que podría hacer pensar que trabajar en un servicio especializado actúa como factor protector delante del agotamiento emocional.

Para la «DP», se registraron niveles más altos, llegando casi al 60% de sus trabajadores²⁰ y donde la media, para niveles altos, es de aproximadamente un 30. En este caso, los resultados de los artículos revisados son diversos, en cuanto a las unidades que reportaron niveles altos de «DP». De esta manera, para Fuentelsaz C, *et al*¹⁷ es mayor la «DP» entre enfermeros de «UMQ» que de «UC», lo que coincide con los resultados de Sanjuan L, Arrazola O, García L¹⁸, y González C, de la Rosa M, Herrera MJ¹⁰. Esto contrasta con los elevados niveles de «DP» que presentaban los enfermeros de «URG» en el estudio realizado por Casa P, Rincón Y, Vila R²¹. En este, se obtuvo que casi el doble de enfermeros de «URG» tenían niveles altos de «DP», respecto a enfermeros de un geriátrico. Esto, concuerda con los resultados de diferentes estudios realizados en «UC»^{1,3,4,21}, en los cuales también se obtuvieron puntuaciones muy altas de «DP». Esta diversidad en los resultados puede deberse a la enorme diferencia de tamaño de algunas muestras.

Parece ser que los hombres y los contratados interinos o eventuales son más susceptibles a la «DP»^{3,11}. Esto, puede deberse a que el tipo de contrato no estable crea una sensación de aislamiento, insensibilidad y distanciamiento hacia los usuarios. Estos resultados contrastan con los de Ríos I, *et al*⁴, donde parece que como más estable es el tipo de contrato, mayor es la «DP» entre los trabajadores. Otras variables como el turno^{16,21}, la edad³, estar casado¹ y los años de experiencia^{3,21} también parecen estar relacionados con la segunda subescala del «SB». Así, los profesionales de entre 25 a 44 años, presentan mayor cinismo hacia sus pacientes², al igual que los que trabajan en turno rotatorio¹⁶. Hay cierta discrepancia, en si son las «AE» o los enfermeros los que presentan mayor «DP». Para Ríos I, *et al*⁴ son los DUE los que mostraron mayor «DP», mientras que, para González C, de la Rosa M, Herrera MJ¹⁰, son las «AE» las que mayor «DP» expresan. Esta divergencia, puede deberse a las unidades de trabajo

en las que se centran los estudios, ya que Ríos I, *et al*⁴ lo realizan en un servicio de «URG» y, González C, de la Rosa M, Herrera MJ¹⁰ lo desarrollan en una unidad de Oncohematología. Por último, Blas M⁷ encontró en las matronas de «AP» una mayor «DP», que podría deberse a la ambigüedad y conflicto de rol y la poca cohesión del equipo multidisciplinar, acompañado de una mayor carga de trabajo.

Finalmente, para la dimensión de «RP», también hay una enorme diversidad en los resultados y encontramos los dos extremos. De esta forma, hay estudios en los cuales el 100% o casi el total de sus profesionales se sienten realizados^{1,19}, y, en el lado opuesto, estudios donde la ninguno de los sujetos estudiados se siente realizado²¹ o, presentan un alto porcentaje de individuos con escasa «RP»^{18,19,20}. Al hacer la media de todos los estudios revisados, casi la mitad de profesionales presentan niveles bajos de esta dimensión. Y, la falta de «RP» se asocia con ser mujer, ya que estas obtienen peores puntuaciones en esta subescala³; con falta de formación²⁰ y los años de experiencia²¹, en los cuales parece ser que, a mayor experiencia, mayor será la realización³. También, se relaciona con la turnicidad, refiriendo menor «RP» si se trabaja en el turno de la noche⁴. En cuanto al tipo de contrato, Sánchez P, Sierra V³ y Blas M⁷ coinciden en que los trabajadores fijos presentan mayor «RP», mientras Soto A, Reyes M¹⁶ obtuvieron niveles más bajos de «RP» entre el personal fijo. Por su parte, el estudio nacional RN4CAST¹⁵, revela que como mayor es el tamaño del hospital, mayor es la «RP» de sus trabajadores. Por otro lado, Alba R²⁰ concluye que el hecho de trabajar en una unidad especializada, como salud mental, sea un factor motivacional importante que se traduce en una elevada «RP» entre sus enfermeros. Esto coincide con González C, de la Rosa M, Herrera MJ¹⁰, donde se encontraron niveles de «RP» elevados en los enfermeros de Oncohematología; o entre las matronas⁷, en las cuales se halló una alta «RP». También en las enfermeras quirúrgicas⁸ se reportó más número de puntuaciones medias y altas en «RP» que bajas. Estos datos difieren con algunos autores, como por ejemplo Casa P, Rincón Y, Vila R²¹, los cuales no encontraron «RP» entre los enfermeros de un geriátrico o Sanjuan L, Arrazola O, García L¹⁸, cuyos investigadores hallaron en unidades de cardiología, neumología y neurología que más de la mitad de los profesionales estudiados presenta niveles bajos de «RP».

Al volver a mirar al «SB» de manera general, algunos autores coinciden en la existencia de variables sociodemográficas que favorecen el desarrollo de este o por el contrario actúan como factor protector ante este. En el caso de la categoría profesional parece ser que, los enfermeros padecen con mayor frecuencia de *burnout*^{2,4,5,13,19}, respecto a

los «AE», celadores o médicos. Esto puede deberse al contacto directo y continuo con los pacientes y sus problemas tanto sociales como de salud; además de las excesivas demandas laborales con las que convive a diario un enfermero de nuestro entorno. Por su parte, los contratados fijos y las mujeres son más vulnerables a padecer el «SB»^{3,5,8,19} y, parece ser que tener entre 35 y 50 años aumenta la probabilidad de sufrir dicho síndrome^{3,5,8}. En cuanto a los años de experiencia y de antigüedad, serán los principiantes los que puedan sufrir con más facilidad de *burnout* debido a su falta de formación y experiencia pero, sus compañeros más veteranos, con más de 15 años de experiencia, aunque gozan de mayor experiencia, también serán más susceptibles del «SB»^{3,5,19}.

Tradicionalmente, se ha pensado que aquellas áreas de cuidado crítico son los lugares donde el «SB» se da con mayor frecuencia, pero a la luz de los resultados, se demuestra que son las «UMQ» las que presentan una mayor prevalencia de *burnout* entre sus profesionales. Después de estas, sí son las «UC» donde más enfermeros padecen el «SB», seguido de las unidades de salud mental.

Por otro lado, factores de carácter institucional también influyen en el desarrollo de este síndrome. Así, los hospitales que son calificados con peor entorno tienen mayor insatisfacción laboral y, como mayor sea la insatisfacción laboral entre los profesionales mayor probabilidad de sufrir *burnout*, lo que desembocará a una peor calidad de los cuidados^{15,17}.

Numerosos estudios, además de valorar el nivel de *burnout* entre los enfermeros, también evaluaron cuáles son los estresores que se dan con mayor frecuencia o que tienen más relevancia en esta profesión. De esta manera, se identificaron como factores estresantes en la profesión de enfermería, con una alta frecuencia de aparición^{2,4,8,14,19}:

- Falta de personal para cubrir adecuadamente las necesidades del servicio
- Interrupciones frecuentes en la realización del trabajo
- Escasez de tiempo para dar apoyo emocional al paciente
- Ver sufrir a un paciente
- Realizar cuidados de enfermería que resultan dolorosos
- Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería
- Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora
- Percepción de preparación inadecuada e incertidumbre en el tratamiento médico
- La presión asistencial de asumir muchos ingresos en poco tiempo
- La carga de trabajo

- No saber el manejo y funcionamiento de un equipo
- Problemas con la jerarquía y preparación insuficiente
- La presencia de familiares
- Presión de otros servicios para ingresos/traslados
- Manejo de programas informáticos
- Cursos fuera del horario laboral
- Trabajar los fines de semana
- Baja adhesión del equipo interdisciplinar
- Eficiencias de infraestructura y falta de material
- Bajo reconocimiento del personal
- Falta de implicación de algunos profesionales
- Falta de compañerismo de algunas personas

Los estresores más relacionados con aspectos organizativos fueron más frecuentes en hospitales más grandes y con mayor nivel de complejidad y, parece ser que a mayor frecuencia de estresores mayor resulta la sintomatología del «SB». Por otro lado, también existe una relación entre la intención de cambio de servicio, la frecuencia de estresores y el «SB». Así, la intención de abandono o cambio de servicio constituye un predictor del «SB» y, a mayor exposición de estresores, mayor es el deseo de cambiar de unidad.

Una vez se sabe cuáles son las variables y factores estresantes que influyen en el desarrollo del «SB», algunos autores se atreven a describir el perfil de persona susceptible de padecerlo. Así, los autores que refieren esta descripción coinciden en que hay más probabilidad de que sea una enfermera (mujer), entre 35-50 años, con contrato fijo, con experiencia en la profesión de entre 16 – 24 años y una antigüedad en la unidad de entre 1 a 6 años^{3,5,8,13,19}. Casada o con pareja, con hijos y que manifiesta depresión o ha causado baja por esta^{5,13}.

Sin embargo, los autores del estudio realizado en Tarragona⁸ aseguran que el «SB» no está ligado a variables sociodemográficas y laborales, aunque haya un perfil coincidente, sino a características propias de la personalidad. De forma similar Sabater MP, *et al*⁶ afirma que la personalidad resistente o fortaleza es la variable que más influencia ejerce, bloqueando el desarrollo del desgaste profesional, seguido de fuertes mecanismos de afrontamiento. Y, a la luz de esto, convendría plantearse tomar medidas adecuadas para evitar el desarrollo del síndrome y considerar alguna intervención enfocada al incremento de habilidades sociales, habilidades de comunicación asertiva, manejo de la autoestima, técnicas de relajación, habilidades de afrontamiento de estrés,

de autocontrol; dirigidas a potenciar al desarrollo de una personalidad resistente que permita optimizar el manejo de las situaciones de estrés inherentes a la profesión de enfermería y así poder realizar una prevención temprana.

Asimismo, son muchos los autores que coinciden en sugerir recomendaciones con el fin de prevenir o tratar el «SB» en enfermería y sus efectos sobre el bienestar y la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería y, por ende, mejorar la calidad de los cuidados que se brindan. Algunas de estas recomendaciones son:

- Dotar de más personal de enfermería en los diferentes servicios
- Repartir equitativamente la carga de trabajo entre los profesionales
- Mantener un ambiente de trabajo bueno y tranquilo, ya que la existencia de un mal ambiente puede llevar al abandono de la profesión por parte de la enfermera
- Reducir los estresores junto con un incremento de los recursos disponibles
- Dotar de una mayor estabilidad laboral
- Fomentar cursos de formación continuada tanto en competencia clínica, como en técnicas de autocontrol emocional
- Una valoración salarial acorde con las responsabilidades competenciales, así como fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones
- Fomentar el trabajo en equipo tanto en la alta dirección como con el resto de profesionales y de otros niveles asistenciales
- Promoverse la aplicación de programas preventivos en donde se trabajen estrategias y tratamiento del estrés laboral crónico adaptados a las características de cada servicio
- Ajustar las ratios pacientes/enfermera para poder así dedicar más tiempo a la atención de cada paciente
- Fomentar la planificación de los cuidados
- Redistribución de tareas no directamente relacionadas con el cuidado
- Mejorar la información sobre seguridad del paciente.
- Creación de grupos de trabajo y manejo de conflictos internos para la motivación de la plantilla, las buenas relaciones y el trabajo en equipo
- Realizar cuestionarios psicosociales en la vigilancia de la salud que permitan planificar, implementar y elaborar medidas preventivas adecuadas

En definitiva, promover una cultura de “cuidar al cuidador” (Ferré Grau, Roderó Sánchez, Cid Buera, & Vives Relats, 2011).

En cuanto a las posibles limitaciones del presente análisis, cabe destacar que haber considerado únicamente los artículos publicados en español y/o catalán, puede haber excluido algún estudio que cumple los criterios de inclusión.

Conclusiones

El «SB» en los profesionales de enfermería ha sido ampliamente investigado a lo largo de los últimos años, estableciéndose su incidencia y las variables asociadas al mismo tanto a nivel individual como organizacional. En España, actualmente existe una diversidad en las cifras de su prevalencia, situándose entre la inexistencia del fenómeno, un 0%, y un preocupante 67%. Al distinguir entre las dimensiones que componen este síndrome, también existe una gran pluralidad. Referido al «CE» las cifras varían entre un 8'1% y un 72%, para la «DP» se sitúan entre un 10 y un 60% y en cuanto a la «RP» entre un 0 y un 100%.

Se identificaron como los factores más estresantes en el personal de enfermería:

- Falta de personal para cubrir adecuadamente las necesidades del servicio
- Interrupciones frecuentes en la realización del trabajo
- Escasez de tiempo para dar apoyo emocional al paciente
- Ver sufrir a un paciente o impotencia por su no mejoría
- Realizar cuidados de enfermería que resultan dolorosos
- Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería
- Percepción de preparación inadecuada e incertidumbre en el tratamiento médico
- Excesiva carga de trabajo y falta de material
- Falta de formación y preparación insuficiente
- Problemas con la jerarquía y baja adhesión del equipo interdisciplinar
- La presencia de familiares
- Bajo reconocimiento del personal y profesional
- Falta de implicación y/o compañerismo de algunos profesionales

En cuanto a las variables sociodemográficas y laborales asociadas, el perfil de la persona con «SB» sería el de una mujer de profesión enfermera, entre 35-50 años, con contrato fijo, con experiencia en la profesión de entre 16 a 24 años y una antigüedad en su puesto de trabajo de entre 1 y 6 años. Casada o con pareja, con hijos y que manifiesta depresión o ha causado baja por esta.

Todos estos datos demuestran que se trata de un problema latente por lo que es necesario tomar medidas, tanto de carácter organizativo, como de intervención en el personal enfermero. En el ámbito institucional y laboral las medidas que parecen prevenir el *burnout* son dotar de más personal de enfermería para disminuir la ratio enfermero/paciente; repartir equitativamente la carga de trabajo; mantener un ambiente de trabajo bueno y tranquilo; incrementar los recursos disponibles; promover la

formación continuada y fomentar la creación de grupos de trabajo y manejo de conflictos internos.

En el ámbito personal, es de gran importancia dotar a los profesionales de enfermería, a través de la docencia, de mecanismos de afrontamiento basados en la ética profesional, reforzando el humanismo del cuidado para una práctica asistencial de calidad y satisfactoria, tanto para el paciente como para el profesional enfermero. Esta docencia, que se debe desarrollar tanto a nivel universitario como organizacional, iría encarada a la capacitación de los profesionales al desarrollo de una inteligencia emocional que les permita enfrentarse eficazmente a sus estresores diarios, conocer sus sentimientos, manejarlos y gestionar sus relaciones con los demás. Esto, reducirá el riesgo de desarrollar *burnout*, lo cual proporcionará una mejor atención a los usuarios y, secundariamente, un mejor funcionamiento de la organización sanitaria.

Aunque en la bibliografía consultada haya discrepancias entre sus valores estadísticos, la prevalencia del «SB» es una realidad suficientemente importante como para que los trabajadores, el departamento de prevención de riesgos laborales, las empresas y las administraciones públicas dediquen recursos para el estudio de las causas, la prevención y el tratamiento de este. Dicha intervención debería contribuir a incrementar el bienestar de los profesionales y mejorar el ambiente laboral, así como la calidad del servicio ofrecido al usuario.

Aplicación Práctica de la revisión

El formato elegido para realizar el presente trabajo de fin de grado, la revisión bibliográfica, no permite implementar –como si lo facilitan otros formatos de investigación– propuestas de mejora al uso. Sin embargo, el presente estudio permite formular aplicaciones prácticas a partir de los resultados recogidos.

Así, pues, a la luz de los resultados obtenidos en la presente revisión bibliográfica queda evidenciado que, actualmente, existe una grandísima variabilidad y diversidad en cuanto a la incidencia del «SB», las unidades o los servicios en los que se da con mayor frecuencia y con las variables sociodemográficas, laborales y de la personalidad con las cuales se le puede asociar al 100%. Esto se da, en gran parte, porque no existe una cohesión metodológica entre las investigaciones sobre *burnout* en la enfermería española. Primeramente, son muy diversos los tamaños de las muestras, con lo cual resulta muy difícil realizar una comparación entre estos. En segundo lugar, no se utilizan los mismos instrumentos o escalas para medir el grado de *burnout*, lo que añade aún más dificultad en la comparación. Y, por último, tampoco existe un cuestionario de variables sociodemográficas común en todos, sino que la mayoría utilizan cuestionarios de elaboración propia, con la cual la interpretación de los resultados puede llevar a errores a la hora de compararlos entre sí.

Por todo ello, mi propuesta de aplicación práctica se basa en recomendar un estudio de campo de ámbito nacional sobre el «SB» en enfermería, que permita unificar la realidad sobre este en nuestro país. De esta manera, y después de todo lo aprendido realizando esta investigación, propongo un estudio con las siguientes características:

- **Tipo de estudio:** Estudio descriptivo observacional de corte transversal.
- **Objetivos:**
 - Evaluar la prevalencia del «SB» en los profesionales de enfermería del «SNS»
 - Valorar su posible relación con factores sociodemográficos y laborales
 - Identificar los factores estresantes relacionados con el trabajo de enfermería y cuáles son más prevalentes
 - Analizar los factores de riesgo que desencadenan dicho síndrome y por tanto conocer cuál es el perfil de los sujetos que lo padecen.
 - A partir de los resultados, intentar ofrecer explicaciones y, si fuese necesario, posibles soluciones

- **Muestra:** Profesionales de enfermería de dos hospitales generales por comunidad autónoma. Estos, serán el hospital más pequeño y el más grande de cada comunidad y pertenecientes al «SNS». Se incluirán todos los enfermeros, inclusive los supervisores, independientemente del tipo de relación contractual que tengan con el hospital.
- **Instrumentos:**
 - Encuesta de recogida de datos sociodemográficos y laborales que incluye las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, hijos, turnicidad, tipo de contrato, antigüedad laboral, años de experiencia, ratio de pacientes que atiende, horas laborables semanales.
 - El *MBI-Human Services* en su versión validada al español.
 - La *Nursing Stress Scale* (NSS) en su versión validada en español, que determina el grado y la causa de estrés en los profesionales de enfermería.

Bibliografía Artículos Revisados

1. Sánchez romero, S. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico- Quirúrgico de Jaén. Rev. Enfermería del Trabajo [Internet]. 2014 [Citado 13 marzo 2017];4(4): 115-125. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213004>
2. Giménez Velázquez, Cristina; Morales Ruiz, Carmen; Arnaldos González, M^a Ángeles; Aroca Rubio, Eulalia; Molina Moreno, Cristina. Prevalencia del Síndrome del Burnout en los profesionales de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2013 [Citado 29 de marzo del 2017]; 7 (19). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/315d.php>
3. Sánchez Alonso, P, Sierra Ortega, V.M. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Enfermería Global. [Internet]. 2014 [Citado 25 Marzo 2017];13(1): 252-266. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/176811/157191>.
4. Ríos Rísquez, M, Martínez cano, F, Sabuco Tebar, E, Lozano alguacil, E, Mateo Perea, G. Quiero cambiar de servicio ¿Estoy quemado? Enfermería de Urgencias. 2012;35(5): 376-381.
5. Sabater Mateu, P, et al. Retroalimentación docencia-asistencia-docencia. Estudio sobre burnout en enfermeras de salud mental como estrategia de innovación y calidad docente. Revista d'Innovació Docent Universitària. [Internet]. 2015 [Citado 15 mayo 2017];7(1): 1-14. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RIDU>
6. Leal Docampo, P, De pablo Jarque, I. Rehabilitar en psiquiatría ¿quema al personal de enfermería?. Enfermería Global. [Internet]. 2014 [Citado 26 Mayo 2017]. ;13(4): 156-167. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/175881>
7. Blas Robledo, Mónica. Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional Percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco). Evidentia. [Internet]. 2013 [Consultado el 15 abril 2017] 10(43). Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n43/ev8065.php>
8. Gisbert peralta, M, Lleixà Fortuño, M, Molero Monsonis, M. Principios éticos frente al burnout en el área Un reto para la excelencia asistencial. Revista de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica. [Internet], 2015 [citado 15 abril

- 2017]; 37(1): 13-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5258277>
9. Jiménez Maldonado, A, García Millán, S. Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. *Enfermería Nefrológica*. [Internet]. 2016 [Citado 05 abril 2017];19(2): 118-124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000200003>.
 10. Díaz González, C, De la Rosa Hormiga, M, Herrera Hernández, J.M. Detectando niveles iniciales del síndrome de desgaste profesional en enfermeros que asisten al paciente oncológico. *Trabajo social y salud*. 2013;74(1): 159-165.
 11. Baiget, D, Chapela, R, López-Pérez, A, Milà, A. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería del Servicio de Endoscopia Digestiva del HUVH. *Enferm Endosc Dig*. [Internet] 2016 [Consultado 17 marzo 2017];3(2): 30-37. Disponible en: [http://aeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2016/Enferm%20Endosc%20Dig.%202016;3\(2\)30-37.pdf](http://aeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2016/Enferm%20Endosc%20Dig.%202016;3(2)30-37.pdf)
 12. Sánchez Bermejo, R, Cortés Fadrique, C. Burnout y satisfacción laboral de los supervisores de Enfermería. *Metas de enfermería*. 2014;17(5): 68-75.
 13. Fernández Gúzman, I, Fernández Márquez, M, Rabadán Anta, R, Navalón Vila, C, Martínez Espejo, M. ¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia?. *Enfermería Nefrológica*. [Internet]. 2012 [Consultado 19 mayo 2017];15(1). Disponible en: <http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170093099097100424170>
 14. Abad corpa, E, et al. Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Revista de Calidad Asistencial*. [Internet]. 2013 [Citado 22 abril 2017];28(6): 345-354. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256>
 15. Fuentelsaz Gallego, C, Moreno Casbas, T, López Zorraquino, D, Gómez García, T, González María, E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*. [Internet]. 2012 [Citado 25 abril 2017] ;22(5): 261-268. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35>
 16. Soto Rodríguez, A, Pérez Fernández, M.R. Síndrome de desgaste profesional (burnout) y estrés en personal de enfermería en un hospital de Ourense. *Revista Rol de Enfermería* .2015;38(2): 101-106.
 17. Fuentelsaz Gallego, C, Moreno Casbas, T, Gómez García, T, González María, E. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de

- cuidados críticos y unidades de hospitalización Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*. [Internet] 2013 [Citado 14 abril 2017]; 24(3): 104-112. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142>
18. Sanjuan Estallo, L, Arrazola Alberdi, O, García Moyano, L. Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*. [Internet]. 2014 [Citado 26 mayo 2017];13(4): 253-264. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/192071>
19. Bacaicoa parrado, P. Comparativa del síndrome burnout entre el personal de enfermería en cardiología de dos hospitales de tercer nivel. *Enfermería en Cardiología*. [Internet]. 2012 [Citado 6 mayo 2017] ;55-56(1er - 2o cuatrimestre): 34-40. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/55_56_04.pdf
20. Alba Martín, R. Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*.2015;41(1): 9-14
21. Casa Tacar, P, Rincón Rodríguez, Y, Vila Candel, R. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral*. [Internet]. 2012 [Citado 28 marzo 2017];100(1): 19-24. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/100/ENF-INTEG-100.pdf>

Bibliografía Complementaria

- Arrogante, O. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el. *Enferm Clínica*, 24(5), 283-289. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.003>
- Ayuso Murillo, D., Colomer Sánchez, A., Herrera Peco, I., & López Peláez, A. (2015). Herramientas prácticas del gestor enfermero para combatir el burnout. *Revista Tesela*, 18. Obtenido de <http://www.index-f.com/tesela/ts18/ts10694.php>
- Calero Romero, M. (2012). RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: BURN- OUT. *13º Congreso Virtual de Psiquiatria.com*. Virtual: Interpsiquis 2012.
- Farrerons Noguera, L., & Calvo Francés, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 101-113. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/250310342_Estudio_descriptivo_del_sindrome_de_burnout_en_una_muestra_de_profesionales_de_enfermeria_en_el_area_sur_de_Gran_Canaria
- Ferré Grau, C., Rodero Sánchez, V., Cid Buera, D., & Vives Relats, C. (2011). *Guía de cuidados de enfermería: cuidar al cuidador en atención primaria*. Tarragona: Publidisa.
- Frade Mera, M., R, V. G., Zaragoza García, I., Viñas Sánchez, S., Antúnez Melero, E., Malpartida Martín, P., & Álvarez González, S. (2008). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(4), 131-140. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-sindrome-burnout-distintas-unidades-cuidados-S1130239909732213>
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Garcés de Los Fayos, E., López Soler , C., & García Montalvo, C. (1997). El síndrome de "Burnout" y su evaluación: una revisión de los principales instrumentos de medida. *Cartel*. Madrid: I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.
- Gil Monte, P. (2011). Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CSQT). Madrid: TEA Ediciones.

- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Validação fatorial de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para profissionais espanhóis. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 1-8. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100001>
- Gil-Monte, P., & Peiró J, M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos. *Anales de psicología*, 15(2), 261-268.
- Gómez, C., Puga, A., Mayán, J., & Gandoy, M. (2012). Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos*, 23(2), 59-62.
- Gutiérrez Aceves , G., Celis López, M., Moreno Jiménez, S., Farias Serratos, F., & Suárez Campos, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencia*, 11(4), 305-309. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- INSHT. (2005-2006). *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* . Obtenido de Notas Técnicas de Prevención: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.a82abc159115c8090128ca10060961ca/?vgnextoid=db2c46a815c83110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&do=Search&idPalabra=ctjbba>
- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. . En *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 237-250).
- López, R. (2011). Síndrome de desgaste profesional en el equipo de enfermería. *Enfermería Científica*, 6.
- Manzano García, G., & Ayala Calvo, J. (2012). Agotamiento emocional del personal de Enfermería: influencia de la irritación emocional y la resiliencia. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*(1), 112-118.
- Maslach , C., & Jackson, S. (1986). The Maslach Burnout Inventory. Manual. *Consulting Psychologist Pres.*
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 59, 16-22.

- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 59, 379-422.
- Meléndez Chavez, S., Huerta González, S., Hernández Velázquez, E., Lavoignet Acosta, B., & Santes Bastián, M. (2016). Síndrome de burnout y salud mental en enfermeras de un hospital. *Nure Investigación*, 13(82). Obtenido de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/801>
- Moreno Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., & González Gutiérrez, J. L. (2000). El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos prevención de riesgos laborales*, 3(1), 18-20. Obtenido de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/burnou>
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa Hernández, E., & Morante Benadero, M. (2005). *BREVE HISTORIA DEL BURNOUT A TRAVES DE SUS INSTRUMENTOS DE EVALUACION*. Egido Editorial: Zaragoza.
- Muñoz Sánchez, J., Martínez, N. d., Lázaro Sahuquillo, M., Carranza Román, A., & Martínez Cantó, M. (2017). Análisis de impacto de la crisis económica sobre el síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de enfermería. *Enfermería Global*, 46, 315-335. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.239681>
- Muñoz Soler, E., Alcaide Romero, A., & González Guillén, A. (2015). Radiografía del estrés en UCI. *Parainfo Digital*(22). Obtenido de <http://www.index-f.com/para/n22/138.php>
- Olivares, V., & Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia y Trabajo*, 11(31), 160-167.
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pines, A., & Aronson, E. (1998). *Carreer burnout: causes and cures*. Nueva.
- Ríos Riskey, M., Peñalver Hernández, F., & Godoy Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-78.

- Salanova , M., & Llorens , S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829108>
- Sanclemente Vinué, I., Elboj Saso, C., & Iñiguez Berrozpe, T. (2014). Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*, 10(17), 17-23.
- Sanclemente Vinué, I., Elboj Saso, C., & Iñiguez Berrozpe, T. (2016). La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión bibliográfica. *NURE Investigación*. Obtenido de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/701>
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C., & Jackson, S. (1996). MASLACH BURNOUT INVENTORY - GENERAL SURVEY. *Consulting Psychologists Press*.
- Schaufeli, W., Salanova, M., Gónzales-Romá, V., & Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schwab , R. (1986). Burnout in education. *Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Seisdedos, N. (1997). Adaptación española del MBI. En C. Maslach , & S. Jackson , *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial* (págs. 5-28). Madrid: TEA Ediciones.
- Sindicato de enfermería (SATSE). (2012). *Crisis y estrés en profesionales de enfermería*. SATSE.
- Torres Moreno-Cid, M., Sánchez Castro, S., & Salamanca Castro, A. (2015). Enfermera con Síndrome de Burnout. *Revista Enfermería Docente*, 104, 35-43.
- Trabadela Almagro, A., & López Alonso, S. R. (2015). Producción científica sobre el síndrome de burnout en revistas de enfermería iberoamericanas. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 90, 50-54.
- Vaquero Díaz, S., & Perales Molina, S. (2016). Síndrome de Burnout en enfermería de atención primaria: factores, manifestaciones y prevención. Revisión bibliográfica. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 92, 58-65.

Anexo 1. Descripción del *Maslach Burnout Inventory*

El «MBI» es un cuestionario constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Éste se realiza aproximadamente en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del *burnout*: «CE», «DP» y «RP».

- La subescala de «CE» consta de 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Los enunciados de esta escala son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20 y, su puntuación máxima es 54
- La subescala de «DP» está formada por 5 ítems y Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Los enunciados de esta escala son: 5, 10, 11, 15, 22 y, su puntuación máxima es 30
- La subescala de «RP» se compone de 8 ítems y evalúa los sentimientos de autoeficacia y «RP» en el trabajo. Los enunciados de esta escala son: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 y, su puntuación máxima es 48.

Para obtener las puntuaciones de cada escala, se tienen que categorizar en tres niveles (alto, medio y bajo), utilizando los puntos de corte incluidos en el manual de uso del cuestionario (Seisdedos, 1997). Los puntos de corte para el «CE» se sitúan en 15 y 24 (es bajo si la puntuación es inferior a 15 y alto si es superior a 24), para «DP» en 4 y 9, y para «RP» en 33 y 39.

La escala se mide según los rangos: 0= nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= pocas veces al mes; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; 6= todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	

8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas que evaluar	Valor total
«CE»	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
«DP»	5-10-11-15-22	
«RP»	4-7-9-12-17-18-19-21	

Se consideran puntuaciones bajas las que se encuentran por debajo de 34; altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

Anexo 2

Autor/es y año	Revista	Título	Aportaciones
Sánchez. 2014	Enfermería del trabajo	Prevalencia del Síndrome Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico (HMQ) de Jaén	Prevalencia del «SB» del 50%. El personal más joven tiene más riesgo de presentar «CE» y por tanto «SB», siendo la edad mayor de 45 años, un factor protector de la presencia de «CE». La antigüedad en el puesto actual inferior a 8 años también fue asociada a la presencia del «SB». Los profesionales que trabajan en turno de 12 horas presentaron niveles más altos de «CE» y «DP» que los que trabajan en turno rotatorio y turno fijo. Los profesionales de enfermería que trabajan en «URG» presentaron niveles más altos de «DP» que los profesionales del resto de unidades, mientras que los profesionales que trabajan en «UCI» de adultos presentaron niveles más altos de «CE».
Giménez C, <i>et al.</i> 2013	Paraninfo Digital	Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de urgencias del Hospital	Se encontraron niveles reveladores de «SB», siendo las enfermeras las que presentan mayor puntuación en «CE» que los auxiliares. La prevalencia de estrés es elevada. Los aspectos que causan mayor estrés son: falta de personal, interrupciones frecuentes, tiempo insuficiente para dar apoyo emocional al paciente, ver sufrir a un paciente, realizar cuidados dolorosos,

		Universitario Reina Sofía de Murcia (HURSM)	realizar muchas tareas que no son de enfermería e impotencia ante un paciente que no mejora.
Sánchez P, Sierra V. 2014	Enfermería Global	Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI	Se encontró un nivel bajo-medio del «SB», con bajas y medias puntuaciones en las tres dimensiones. La mayor parte de la población presenta tendencia al <i>burnout</i> , enmarcándose como personal de riesgo. La dimensión más afectada es la baja «RP», seguido de una alta «DP», un alto «CE». Se observó un incremento en la tendencia a padecer el «SB» con el paso del tiempo, pero una disminución brusca en los mayores de 55años. Las mujeres presentan mayores puntuaciones de «CE», «DP» y «RP», respecto a los hombres. Los contratados fijos presentan puntuaciones más altas en «CE» respecto a los interinos o a los eventuales, pero bajas de «DP». El rango de edad con menos «RP» es de 35 a 54 años. Las personas con una experiencia menor de 5 años y mayor de 21años presentan menor «RP», mientras que los que tienen entre 16 y 20 años de experiencia obtuvieron las puntuaciones más altas. El perfil del trabajador que padece el «SB» sería: enfermera, de 35 a 44 años, con contrato fijo, experiencia laboral mayor de 16 años y una antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo.

Ríos I, <i>et al.</i> 2012	Rol de enfermería	Quiero cambiar de servicio... ¿estoy quemado?	Sólo el 2'3% presenta el «SB». Los enfermeros expresan con mayor frecuencia estresores laborales y mayor «CE» y «DP», respecto a las «AE». Un porcentaje alto de personal refirió altos niveles de «CE» y «DP», lo que podría incrementar la prevalencia del «SB» en un futuro, si no se adoptan las medidas oportunas. A mayor frecuencia de estresores, mayor sintomatología del «SB», siendo los más frecuentes las interrupciones frecuentes en la realización de tareas y la escasez de tiempo para apoyar emocionalmente al paciente. El intento de movilidad laboral es predictor de las dimensiones del «SB». Así, a mayores estresores percibidos, mayor «CE» y, los profesionales que refirieron querer cambiar de servicio presentaron niveles altos de «CE». Los contratados fijos, presentan mayor «DP» y los trabajadores nocturnos presentan menor «RP». Ni edad, antigüedad o experiencia se asociaron a frecuencia de estresores o al «SB»
Sabater MP, <i>et al.</i> 2015	Revista d'Innovació Docent Universitària	Retroalimentación docencia-asistencia - docencia. Estudio sobre burnout en enfermeras de salud mental como estrategia	Un 2'7% de enfermeros que padecen burnout. El perfil de estos sería: mujer de 47 años, con pareja e hijos, con experiencia enfermera entre 17 y 22 años y en el servicio actual entre 4 y 6 años; con contrato fijo y en turno de mañana o tarde. Ha causado baja en los dos últimos años por una contractura muscular o depresión, no fuman, pero consume habitualmente analgésicos.

		de innovación y calidad docente	De los resultados deducen que, el «SB» podría tener menor presencia en «SM» y los profesionales de enfermería de «SM» utilizan apoyo informal para su gestión, contando con poco apoyo profesional y escasa formación al respecto.
Leal P, De Pablo I. 2014	Enfermería Global	Rehabilitar en psiquiatría ¿quema al personal de enfermería?	Un 2'5% alcanza niveles altos del «SB», destacando las puntuaciones altas y mayor frecuencia en la dimensión de contacto con el dolor y la muerte. Las VSD tienen escasa relación con el «SB», observándose sólo desgaste general en el personal menor de 30 años. En las personas con más de un hijo, parece aumentar el desgaste profesional sobre todo en «CE». La personalidad resistente podría ser la variable que más influencia ejerce bloqueando el desarrollo del «SB», así como los fuertes mecanismos de afrontamiento que presenta la muestra, que son considerados como factores positivos en la prevención del «SB». Por otro lado, a mayor apoyo y reconocimiento profesional, menor CE, «DP» y baja «RP».
Blas M. 2013	Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia	Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional Percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco)	Nadie padece «SB». Las matronas de «AP» las tienen más «CE» y «DP», lo que aumenta la probabilidad de sufrir el «SB». El personal fijo presenta menor «CE» y «DP» y una mayor «RP». A parte de estas, las demás VSD no guardan relación con el «SB». La calidad de vida laboral percibida es aceptable. Las comadronas hospitalarias y de mayor antigüedad sienten una carga de trabajo

			mayor. La "Motivación intrínseca" es muy elevada, siendo las contratadas fijas las que obtienen valores muy altos de motivación.
Gisbert MG, Lleixà M, Molero M. 2015	Revista de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica	Principios éticos frente al burnout en el área quirúrgica	El 6'4% de enfermeras padece el «SB», cifra que podría incrementarse hasta el 21'7%. Aunque no encontraron relación del «SB» con las VSD, el perfil de la persona con «SB» oscila entre los 40-44años, pero la tendencia a padecerlo disminuye con la edad; con unos 24 años de experiencia. Los autores, afirman que el «SB» está ligado más bien con la personalidad propia del profesional. El estresor más destacado es la carga de trabajo, seguido de cambio de quirófano, no saber el manejo y funcionamiento de un equipo, problemas con la jerarquía y preparación insuficiente
Jiménez A, et al. 2016	Enfermería Nefrológica	Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología	Sólo una persona padece <i>burnout</i> . En general, presentan bajos niveles de «DP» y «CE». Las enfermeras sufren mayor «CE» que las «AE», pero se sienten más realizadas en el trabajo que éstas. No encontraron relación entre las VSD y el «SB».
González C, de la Rosa M, Herrera JM. 2013	Trabajo social y salud	Detectando niveles iniciales del síndrome de desgaste profesional en	El personal presenta niveles medios «SB», siendo los más afectados los enfermeros. El sexo masculino influye sobre la «DP» y los años en el servicio

		enfermeros que asisten al paciente oncológico.	podrían influir en el desarrollo del «SB». Con lo cual, cuando llevan 11 años trabajando en el servicio se produce el momento de mayor pico de «CE».
Baiget D, Chapela R, López A, Milà A. 2016	Enfermería en Endoscopia Digestiva	Síndrome de burnout entre el personal de enfermería del Servicio de Endoscopia Digestiva del HUVH	No existe una relación directa entre la mayor parte de las VSD estudiadas y el <i>burnout</i> , exceptuando que los trabajadores del turno de la mañana presentan mayor «CE» y que, a peores condiciones en los contratos, mayor es la incidencia de «DP». Los autores afirman que, los profesionales de enfermería estudiados tienen un mayor riesgo a sufrir el «SB».
Sánchez R, Cortés C. 2014	Metas de Enfermería	Burnout y satisfacción laboral de los supervisores de Enfermería	Uno de cada 7 profesionales podría estar quedamos, presentando niveles significativamente por debajo los supervisores respecto a los enfermeros de plantilla. La mitad de los profesionales muestran altos niveles de «CE», que contrarrestan con alto nivel de «RP» y un alto grado de satisfacción laboral. En general, los supervisores presentan un cierto vacío profesional, tanto por la experiencia laboral como enfermero de plantilla, como por la de supervisor, la escasa formación y por la media de edad.
Fernández I, Fernández MC,	Enfermería Nefrológica	¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud	No existe un nivel significativo de <i>burnout</i> entre los profesionales de nefrología de la Región Murcia, encontrándose diferencias poco significativas entre aquellos que trabajan en unidades públicas y clínicas concertadas.

Rabaldán R, Navalón C, Martínez MD. 2012		de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia?	Los enfermeros presentan mayor nivel de depresión y «SB» respecto a las otras categorías profesionales estudiadas estableciendo así, que el perfil del profesional que presenta un mayor nivel de <i>burnout</i> es un enfermero/a entre 20 y 30 años empleado en clínica privada y que manifiesta depresión moderada.
Abad-Co«RP»a E, et al. 2013	Revista de Calidad Asistencial	Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros	Las cifras de los niveles de «SB» en Murcia frente a las nacionales presentaron menores niveles de «CE», mayor «DP» y menor «RP». En general, los hospitales con peor entorno laboral tienen profesionales con «CE» e insatisfacción laboral significativamente mayor. El clima laboral de Murcia fue menos propicio que el nacional, con mayor porcentaje de hospitales con clima desfavorable y menos hospitales con clima favorable. En cuanto a la calidad de los cuidados prestados, la percepción que tienen las enfermeras murcianas es superior a la nacional. Sin embargo, la percepción de la incidencia de efectos adversos es superior a la media española y en ocasiones a la internacional.
Fuentelsaz-Gallego C, et al. 2012	Enfermería Clínica	Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema	El 22% presenta un alto nivel de <i>burnout</i> y un 48% bajo. Para el «CE», un 51% mostró niveles medios/altos; en la dimensión «DP», un 55% tenían niveles bajos; y presentaron baja «RP», el 62% de los enfermeros.

		Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España	A mayor tamaño del hospital, menor «DP», pero mayor «CE» y «RP». Al mejorar la clasificación del hospital decrece el porcentaje de alto «SB» global. La media de «CE» fue de 20, siendo de 18'39 en las «UC», de 19'9 en las UM y de 21'21 en las UQ. La media para la «RP» fue de 35'58, siendo de 34'51 en «UC», de 35'46 en UM y de 36'09 en UQ. La media para la «DP» fue de 6'08, siendo de 5'4 en «UC», de 6'12 en «UM» y de 6 en «UQ». El mayor grado de satisfacción laboral se presenta en el “derecho a bajas por enfermedad”, seguido de la “autonomía en el trabajo” y en “las vacaciones”. Un altísimo porcentaje declaró tener que realizar tareas impropias de enfermería y no haber realizado cuidados y tareas de enfermería por falta de tiempo. Casi la mitad de los hospitales fueron clasificados como desfavorables, relacionándose significativamente con la edad y con el número de años trabajados, evaluando mejor el entorno laboral a medida a mayor edad y experiencia. Respecto a las VSD, se encontraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la ratio paciente/enfermera, evaluando peor al hospital a mayor ratio paciente/enfermera. La carga de trabajo se relaciona con la «SL» y con todas las dimensiones del <i>burnout</i>, exceptuando «RP», reflejando mayor desgaste a mayor ratio paciente/enfermera. Para una baja SL, el 70% y el 45%
--	--	---	--

			presentan altos niveles de «CE» y «DP» respectivamente y, el 48% un bajo nivel de «RP».
Soto A, Reyes M. 2015	Rol de Enfermería	Síndrome del desgaste profesional (burnout) y estrés en el personal de enfermería en un hospital de Ourense	Hay una prevalencia del «SB» moderada–alta, siendo relevantemente alta tasa de «CE»; lo que indica una alta vulnerabilidad hacia el «SB», que puede estar relacionada con algunas VSD. Los contratados eventuales y turnos rotatorios son más propensos a sufrir el «SB». La edad mayor y la antigüedad tanto profesional como en el servicio, también podrían estar relacionadas con el «SB». Presentaron mayores las puntuaciones de «CE» las personas con hijos y con contrato eventual, lo que contrasta con la baja «RP» que presentan mayoritariamente los enfermeros con contrato fijo. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los elevados niveles de estrés y el «CE» y la «DP», donde casi la totalidad de las personas que sufren estrés, presentan niveles altos de «CE» y «DP». Las mujeres sufren más estrés que los hombres.
Fuentelsaz C, <i>et al.</i> 2013	Enfermería Intensiva	Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de	Las «UC» obtuvieron una clasificación del hospital más desfavorable que las unidades de hospitalización siendo los factores mejor valorados, en cuanto al entorno laboral, en las «UMQ»: “habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables” y “fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad”; mientras que en las «UC» no se obtuvieron valores positivos en

		hospitalización. Proyecto RN4CAST-España	ningún factor. El factor peor valorado en ambos tipos de unidad fue “participación de la enfermería en cuestiones del hospital”. Por otro lado, en las «UC» se percibe, menos falta de tiempo para desempeñar tareas propias de enfermería, pero en las «UMQ» las que dejan más tareas pendientes de realizar. En cuanto al «SB», 23% de las enfermeras de «UMQ» y 18% de «UC» presentaron niveles altos de «SB» global, mostrando diferencias en cada una de las dimensiones del «SB» en ambas unidades. Los autores concluyen que, el nivel de <i>burnout</i> que se llega a padecer se da en función de la unidad en la que se labore, ya que en las de unidades de hospitalización se detectó un nivel más alto de <i>burnout</i> que en las de críticos. Sólo en aspectos relacionados con la «RP» se detecta mayor nivel en las «UC». Con respecto a la «SL», las enfermeras de las «UC» se sienten más satisfechas con su trabajo en comparación con sus compañeras de las «UMQ».
Sanjuan L, Arrazola O, García L. 2014	Enfermería Global	Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología	Se encontró una prevalencia del «SB» en el 32%, donde casi la mitad de la muestra obtuvo un nivel alto «CE» y de «DP» y baja «RP». No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el «SB» según la edad, no obstante, parece que ser mayor de 38 años podría ser un factor de riesgo para el «SB». Tampoco se evidenció asociación entre padecer <i>burnout</i> y trabajar en el Servicio de Neurología (área de ictus).

		y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca	
Bacaicoa P, <i>et al.</i> 2012	Enfermería en Cardiología	Comparativa del síndrome burnout entre el personal de enfermería en cardiología de dos hospitales de tercer nivel	Los resultados mostraron un nivel alto de <i>burnout</i> en alguna de sus escalas. Más de la mitad de los enfermeros padecen el «SB», presentándose mayor prevalencia en hombres, entre el personal fijo, entre las personas que trabajan en el turno de noche y los que laboran durante 12 horas seguidas. En cuanto a los estresores, destaca la presencia de familiares, seguido por la presión de otros servicios para ingresos/traslados, el manejo de programas informáticos, los cursos fuera del horario laboral, trabajar los fines de semana y la baja adhesión del equipo interdisciplinar.
Alba R. 2015	Enfermería Neurológica	Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario	Los enfermeros de «SM» presentan niveles similares de «SB» respecto de otros servicios, lo que demuestra que el ejercicio de la enfermería comporta alto riesgo de desgaste, no tanto por la unidad en la que se trabaje, sino más bien por las características desadaptativas de la organización hospitalaria. La experiencia parece ser un factor protector frente al «CE». La falta de formación se relaciona con mayor «CE» y menor «RP». Y tener mayor «RP», se relaciona con trabajar en una unidad especializada así, los profesionales de «SM» presentan mayor «RP».

			En cuanto a la «SL», afirman que existe una relación significativa entre satisfacción y participación-supervisión y el hecho de realizar reuniones periódicas de equipo.
Casa P, Rincón Y, Vila R. 2012	Enfermería Integral	Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa	Existe una prevalencia del «SB» de un nivel medio. Sólo el 3'1% de los profesionales puntuaron alto en las 3 dimensiones del «SB». Las enfermeras de «URG» presentaron niveles significativamente más altos en las tres dimensiones del <i>burnout</i> mientras que, los profesionales de la residencia presentaron niveles altos en «DP» y «CE», pero nadie niveles altos en «RP». El turno de trabajo se asocia significativamente con las dimensiones de «CE» y «DP». La edad también parece estar relacionada con el «CE», así como los años de experiencia con las tres dimensiones. Y, el número de hijos se relaciona con la «DP» y la «RP».

Agradecimientos

A mi mami Gladys, por sencillamente haberme traído al mundo (como si fuera fácil); porque gracias a ti soy quien soy y estoy donde estoy.

A mi hermana Claudia, que es mucho más que una hermana, porque con tu experiencia y ayuda me diste las primeras luces para realizar este trabajo. Eres mi máxima admiración y mi apoyo incondicional.

A mi golondrina Mariona, por su dulce e inocente ayuda en hacerme inmensamente feliz.

A Xavi, por comprenderme cuando ni yo me aguantaba y por ayudarme a sacar la fuerza que ni yo confiaba que tenía, en los momentos más duros de este trabajo.

A Tamara, por su ayuda con la traducción al inglés del resumen, por ser la gran amiga que es y un pilar incondicional durante la carrera.

Al Dr. Josep Barceló, por su extraordinaria orientación, evaluación, apoyo y ánimo en todos momentos, en la realización de este trabajo.

A todos los profesores, tutores de prácticas o profesionales de enfermería, que con sus consejos y ayuda me han enseñado todo lo que sé de enfermería y me han hecho querer aún más esta bonita profesión.

Gracias.