

**TESIS DOCTORAL**

**2019**

**NIVELES Y FACTORES DE RIESGO  
DE BURNOUT EN PROFESIONALES  
DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN  
PRIMARIA**

**CAROLINA SOLEDAD MONSALVE REYES  
TRABAJADORA SOCIAL  
LICENCIADA EN CIENCIAS SOCIALES**

**Concepción San Luis Costas  
- Directora-**

**Universidad Nacional De Educación A Distancia.**

**Guillermo Arturo Cañadas De La Fuente  
-Codirector-**

**Universidad de Granada.**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**



***Niveles y Factores de Riesgo de Burnout en Profesionales de Enfermería de Urgencias.***

Tesis doctoral presentada por D. Carolina Monsalve Reyes dentro del *PROGRAMA DE DOCTORADO EN METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LA SALUD*, para aspirar al Grado de Doctor.

La tesis ha sido realizada bajo la dirección de los doctores D<sup>a</sup> Concepción San Luis Costas, y el codirector D. Guillermo Arturo Cañadas de la Fuente, quienes avalan la calidad de la misma así como la formación del doctorando para aspirar al Grado de Doctor.

En Madrid, a 15 de Febrero de 2019



Fdo. Concepción San Luís Costas

Directora



Fdo. Guillermo A. Cañadas de la Fuente

Codirector



Fdo. Carolina Monsalve Reyes

Doctoranda



*A la vida*

*A mí amor eterno, José Manuel*

*A mis padres*

*A mis amigas protectoras*

*A mis amigas y amigos*

*A mis familiares sanguíneos y políticos*



## **AGRADECIMIENTOS**

A los miembros del grupo de investigación, que me prestaron su tiempo incondicionalmente cuando necesité su ayuda y por acogerme en los Proyectos de Excelencia de la Junta de Andalucía, sin los que habría sido muy difícil realizar esta investigación.

A mis amigos por brindarme el consuelo y apoyo de distintas formas risas, escucha activa, dulzura, comida llenas de emociones, tantas formas de expresarme su incondicionalidad, a todos y cada uno de ustedes les quiero.

A Luis Albendín y José Luís Gómez Urquiza por vuestra generosidad en sus conocimientos y compartirlos, que la vida os de lo mejor.

A Sintri por su apoyo logístico y sabio desde el lugar que se encontrase ante cualquier circunstancia, gracias incalculables.

A Guillermo, por darme la oportunidad de conocerlo más que un guía sino como un amigo, y por siempre estar en los momentos más difíciles con paz, una sonrisa y una palabra lógica.

A Inma por todo, porque, la vida me ha regalado el júbilo de tenerte y contar contigo siempre, a cada instante, en los momentos de soledad y tan difíciles como así también de poder compartir las alegrías. Por hacer de mí vida más feliz. Gracias eternas, por siempre estaré para brindarte mi apoyo.

A mis padres que siempre han optado por sobre todas las dificultades, que hemos enfrentado, buscando que la educación integral sea el puente de desarrollo de una nueva realidad para marcar hitos familiares, los amo profundamente y les dedico todo mi esfuerzo.

A mi amado amor mí José Manuel te amo mí corazón cada día de este maravilloso recorrido que ha sido contigo, desde el camino erróneo en un principio hasta encontrar el camino oportuno, de ver mi crecimiento personal dejando de lado tantos momentos familiares por comprender este espacio de desarrollo para nuestra pequeña y fuerte familia, que gracias a este logro podremos concretar con nuestro o nuestra hijo o hija. Que me ha dado fuerza en los momentos de aflicción.

La presente Tesis Doctoral se enmarca dentro de una línea de investigación que desde hace más de 10 años se desarrolla en el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento y el Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada con la colaboración del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la UNED. La investigación está financiada por los Proyectos: P11HUM-7771, Proyecto de Excelencia de la Junta de Andalucía. Concedido al Grupo de Investigación HUM-0183 del Plan Andaluz de Investigación Desarrollo e Innovación.



## ***PRESENTACIÓN***

El Síndrome de Burnout es un padecimiento que cada día afecta a más trabajadores con especial incidencia en aquellos cuya profesión les exige mantener “buena cara y mucho ánimo” ante las demandas a los que dedican su profesión y su tiempo. En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud lo reconoce como un factor de riesgo laboral que afecta a la calidad de vida y a la salud mental de los trabajadores. Según sus datos en la actualidad, más de la mitad de los trabajadores en el mundo sufre estrés, causa del Burnout y, ya se le considera una de las epidemias del tercer milenio, siendo en algunos países una de las enfermedades laborales que afecta de forma muy negativa no solo a los trabajadores sino también a la eficacia de las instituciones y empresas para las que trabajan.

No existe una definición biunívoca del término pero una aproximación a su conceptualización puede ser:” manifestación externa de una manera inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal” todos ellos términos que iremos desgranando a lo largo de las siguientes páginas.

Por diversas motivaciones personales, el grupo de investigación en el que participo, ha desarrollado importantes trabajos sobre el tema de Burnout, centrados en la relevancia, incidencia y consecuencias que el padecimiento de este síndrome produce en los profesionales de las Salud y dentro de ellos en la de Enfermería. La presente Tesis corresponde a los resultados en la Enfermería de Atención Primaria, colectivo que presenta sus peculiaridades en relación al Burnout.

En general, en el ámbito de la enfermería, los datos epidemiológicos indican que entre el 20 y el 40% de estos profesionales han sufrido, sufren o van a sufrir Burnout. Este porcentaje, especialmente, en enfermería de Atención Primaria puede llegar a alcanzar el valor del 66%, como se podrá comprobar algo más adelante en este trabajo.

Las anteriores consideraciones indican la relevancia y actualidad del tema y, justifican sobradamente la investigación que aquí se presenta.

Para el desarrollo del trabajo se ha contado con la inestimable colaboración del Sindicato de Enfermería (SATSE), sin cuya ayuda el trabajo no podría haberse realizado y es una muestra de la estrecha colaboración entre el Grupo de investigación y el SATSE, que se fortalece, buscando el mejor conocimiento de las circunstancias laborales y profesionales de la práctica asistencial diaria.

Se han obtenido datos de las ocho provincias andaluzas; no obstante, ya se ha iniciado la planificación para seguir en esta línea de trabajo en otras comunidades, de forma que se pueda avanzar en el estudio del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de atención primaria de todo el Estado Español, como así también de Chile.

El objetivo principal de esta Tesis es presentar un estudio en profundidad, basado en Meta-análisis, sobre el momento en que se encuentran los estudios de Burnout en el ámbito de la enfermería de Atención Primaria, complementando esta revisión bibliográfica, con un estudio empírico sobre aquellos aspectos de Burnout que afectan al colectivo de trabajadores de la enfermería de atención primaria.

Los contenidos de esta Tesis Doctoral se estructuran en seis capítulos. En el primero se introduce de forma muy resumida el marco teórico de la temática de interés. En el segundo se presenta la justificación, los objetivos y las hipótesis que se derivan de los mismos. Los capítulos tres y cuatro aportan las dos revisiones bibliográficas, una de ellas con meta-análisis, sobre las que se sustenta la investigación. Ambos han sido objeto de su publicación con los títulos: “Factores de riesgo y niveles de Burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática” y “El síndrome de burnout y su prevalencia en enfermería de atención primaria: un meta análisis” en los años 2017 y 2018, respectivamente. El capítulo cinco, presenta un estudio empírico en el que se analizan los niveles y las fases del Burnout en el que se encuentran la muestra de los profesionales de enfermería de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud que participan en este estudio. El capítulo seis se dedica a la discusión general y conclusiones.

Madrid a 14 de Febrero de 2019

La doctoranda

<b>INDICE</b>	<b>Página/s</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	7
<b>PRESENTACIÓN</b>	11
<b>INDICE</b>	13
<b>LISTA DE SIGLAS</b>	17
<b>LISTA DE TABLAS</b>	20
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	21
<b>CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO</b>	23
<b>1. Introducción.</b>	25
<b>1.1 Conceptualización del Síndrome de Burnout.</b>	25
<b>1.2 La medida del síndrome de Burnout.</b>	27
<b>1.3 Modelos del síndrome de Burnout.</b>	30
<b>1.4 Factores de riesgo del síndrome de Burnout.</b>	35
1.4.1 Variables Sociodemográficas	36
1.4.2 Variables Psicológicas	37
1.4.3 Variables Laborales	38
<b>1.5 Profesionales afectados por el síndrome de Burnout.</b>	40

<b>1.6 El Burnout en el entorno laboral sanitario: el ejemplo de la enfermería.</b>	41
<b>1.7 Características de la enfermería de Atención Primaria.</b>	43
<b>1.8 Justificación de la investigación.</b>	45
<b>CAPITULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN DE BURNOUT</b>	47
<b>2.1 Introducción</b>	49
<b>2.2 Objetivos</b>	50
<b>2.3 Hipótesis de la Investigación</b>	51
<b>CAPITULO 3. FACTORES DE RIESGO Y NIVELES DE: BURNOUT EN ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA</b>	53
<b>3.1 Resumen</b>	55
<b>3.2 Introducción</b>	56
<b>3.3 Método</b>	57
3.3.1 Fuentes de información y ecuación de búsqueda.	57
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.	58
3.3.3 Codificación de los resultados y análisis de la información.	58
<b>3.4 Resultados</b>	54
3.4.1 Características de la muestra.	61
3.4.2 Prevalencia de niveles bajos, medios y altos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en enfermeras de Atención Primaria.	66

3.4.3 Puntuaciones medias de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en enfermeras de Atención Primaria.	67
3.4.4 Potenciales variables de riesgo o protectoras del burnout en enfermeras de Atención Primaria.	68
<b>3.5 Discusión</b>	70
3.5.1 Limitaciones del estudio	72
 <b>CAPITULO 4 EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU PREVALENCIA EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN META- ANÁLISIS</b>	 75
 <b>4.1 Resumen</b>	 77
<b>4.2 Introducción</b>	77
<b>4.3 Método</b>	79
4.3.1 Fuentes de información y ecuación de búsqueda	79
4.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	80
4.3.3 Codificación de los resultados y análisis de la información	80
<b>4.4 Resultados</b>	81
<b>4.5 Discusión</b>	86
4.5.1 Limitaciones del Estudio	87
<b>4.6 Conclusión</b>	88
 <b>CAPITULO 5 INVESTIGACIÓN EMPÍRICA</b>	 89
 <b>5.1 El síndrome de Burnout en profesionales de Atención Primaria de salud</b>	 91
<b>5.2 Método</b>	94

5.2.1 Participantes	94
5.2.2 Instrumento	94
5.2.3 Diseño y procedimiento	95
<b>5.3 Resultados</b>	<b>96</b>
5.3.1 Estudio Descriptivo y prevalencia estimada	96
5.3.2 Estudio relacional	99
5.3.3 Estudio de factores de riesgo y modelos predictivos de Burnout	100
<b>5.4 Discusión</b>	<b>101</b>
<b>CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES</b>	<b>105</b>
<b>6.1 Discusión General y Conclusiones</b>	<b>107</b>
6.1.1 Objetivos 1 y 2	108
6.1.2 Objetivos 3	110
6.1.3 Objetivos 4, 5, 6 y 7	111
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>114</b>

## **LISTA DE SIGLAS.**

AE: Agotamiento Personal

AIS: Aids Impact Scale

AP: Atención Primaria

APr: Antigüedad en la Profesión

APu: Antigüedad Puesto de Urgencias

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

BOE: Boletín Oficial del Estado

CBP-R: Cuestionario de Burnout del Profesorado.

CBG: Cuestionario de Burnout de Granada.

CCyU: Cuidados Críticos y Urgencias

CE: Cansancio Emocional

CECAD: Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión CEE: Comunidad Económica Europea

CGE: Consejo General de Enfermería

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

D: Despersonalización

EBAP: Equipos Básicos de Atención Primaria

GHQ-28: Cuestionario General de Salud de Goldberg.

IBD-R: Inventario de Burnout en Deportistas Revisado

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

JFC: Jornada Física Complementaria

KUAS: Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait

MBI: Maslach Burnout Inventory

MBI-GS: Maslach Burnout Inventory – General Survey

MBI-GS: Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NEO-FFI: Inventario de Personalidad Neo Reducido de Cinco Factores

NSQ: Cuestionario de Autoconcepto de Enfermería.

NTP: Notas Técnicas de Prevención

NWI: Índice de Trabajo de Enfermería

OCS: Escala de Compromiso Organizacional.

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses.

PRL: Prevención de Riesgos Laborales

RD: Real Decreto

RP: Realización Personal

RS: Riesgo Suicida.

RSES: Escala de autoestima de Rosenberg

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SD: Sin Datos

SDS: Auto-Escala de Valoración de la Depresión

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

SPOS: Escala de Apoyo Organizacional Percibida.

STSJ: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia

SUE: Servicio de Urgencias y Emergencias

TSJC: Tribunal Superior de Justicia de Cataluña

UE: Unión Europea

UNED: Universidad Española de Educación a Distancia

<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Características y resumen de los estudios incluidos en la revisión.	61
<b>Tabla 2.</b> Prevalencia de los niveles bajos, medios y altos para las dimensiones del Maslach Burnout Inventory en enfermeras de atención primaria.	67
<b>Tabla 3.</b> Características de los estudios incluidos.	83
<b>Tabla 4.</b> Descriptivos de la muestra por categoría	96
<b>Tabla 5.</b> Estadísticos Descriptivos	97
<b>Tabla 6.</b> Descripción de los niveles de Burnout	98
<b>Tabla 7.</b> Estimación de la Prevalencia del Burnout por dimensiones	98
<b>Tabla 8.</b> Clasificación de Burnout según las fases del modelo de Golembiewski.	99
<b>Tabla 9.</b> Coeficientes de Correlación entre las variables psicológicas y Burnout.	99
<b>Tabla 10.</b> Resumen del modelo de regresión múltiple en CE.	100
<b>Tabla 11.</b> Resumen del modelo de regresión múltiple en D	101
<b>Tabla 12.</b> Resumen del modelo de regresión múltiple en RP	101

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diagrama de la selección de los estudios.	53
<b>Figura 2.</b> Diagrama de selección de los estudios.	74
<b>Figura 3</b> Forestplot alto cansancio emocional.	76
<b>Figura 4</b> Forestplot alta despersonalización.	77
<b>Figura 5</b> Forestplot baja realización personal.	77



***CAPÍTULO 1.***  
***MARCO TEÓRICO***



## **1. INTRODUCCION**

### **1.1 Conceptualización del síndrome de Burnout.**

La conceptualización del síndrome de Burnout, como punto de partida, se establece para los investigadores a partir de la definición del psiquiatra Herbet Freudenberger en el año 1974 (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009; Freudenberger, 1974). En su estudio sobre el trabajo de los voluntarios de una clínica para adictos en Nueva York, identificó en los trabajadores una pérdida considerable de energía que les llevaba a una fatiga emocional que progresivamente conducía al desinterés, falta de motivación y compromiso con su labor, llegando incluso a manifestar signos y síntomas clínicos, mentales y físicos, a esta sintomatología la denominaron síndrome de Burnout.

Las investigaciones que se han realizado sobre esta cuestión a lo largo de más de cuatro décadas demuestran su vigencia e interés. La globalización y nuevas tecnologías, presentes cada vez más en los espacios cotidianos, son un elemento que impulsan la divulgación científica, contribuyendo a la extensión del conocimiento entre los ciudadanos de a pie, haciendo que este tipo de trastornos estén presentes en el autodiagnóstico que las personas hacen cuando analizan sus percepciones de síntomas sobre el cansancio y las frustración que la actividad laboral y familiar provocan en el día a día; esta divulgación del conocimiento ayuda a mantener el interés y la actualidad del tema. De hecho, la actualidad y preocupación general por el tema lleva a que se considere que el Burnout es una epidemia que manifiesta la mala relación, por una realidad decepcionante, que existe entre las personas y el entorno laboral en el que desempeñan su trabajo (Leiter & Maslach, 2005).

Hay que señalar que desde el inicio de los trabajos, el estudio del síndrome se centró en aquellas personas que trabajaban en el ámbito social (Freudenberger, 1974). Fue en el año 1976 cuando hubo un punto de inflexión a raíz de los hallazgos de Maslach & Leiter que identifican una sintomatología con las mismas características que las definidas para el Burnout en una investigación centrada en profesionales de medicina, trabajo social, y

personal de enfermería, entre otros; observando que los profesionales afrontaban el estrés laboral junto a sus efectos negativos, mediante el distanciamiento con la persona que era, finalmente, beneficiario de su trabajo.

En la actualidad, tras cuatro décadas de investigación, y aunque han ido apareciendo muchas definiciones de diversos autores, ha sido la conceptualización de Maslach y Jackson (1981a, b, 1986), la más ampliamente utilizada y sobre la que descansa gran parte de la investigación. Según las autoras, el síndrome de Burnout es una reacción negativa hacia el trabajo provocada por una exposición prolongada a un ambiente laboral estresante, caracterizado por la presencia de cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y falta de realización personal (RP) (Maslach & Jackson, 1986). Maslach (1993) lo define de forma más concreta como: “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera”.

Esta conceptualización sigue vigente hoy en día y es la más utilizada según la revisión de la literatura presentada en esta Tesis (Darrigrande & Duran, 2012; Cañadas de la Fuente, Vargas, San Luis, García, Cañadas, De la Fuente, 2015; Cañadas-De la Fuente, Albendín-García, De la Fuente, San Luis, Gómez-Urquiza & Cañadas, 2016; Cañadas-De la Fuente, Gómez-Urquiza, Ortega-Campos, Cañadas & Albendín-García, 2018; De la Fuente, Gómez-Urquiza, Cañadas, Albendín-García, Ortega-Campos & Cañadas-De la Fuente, 2017; Monsalve-Reyes, San Luis-Costas, Gómez-Urquiza, Albendín-García, Aguayo & Cañadas-De la Fuente, 2018).

Hay que aclarar que en la expresión conceptual en español, existen pequeñas diferencias, así se puede encontrar definido como el “síndrome de desgaste profesional” (Vega y Pérez, 1998), concepto utilizado con frecuencia en artículos de origen hispanoamericanos, o por Gil-Monte y Peiró (1997, 1999), que enfatizan la importancia del estrés percibido y definen el “síndrome de quemarse en el trabajo” como una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas en los centros de trabajo.

La definición antes propuesta “reacción negativa hacia el trabajo provocada por una exposición prolongada a un ambiente laboral estresante y caracterizado tres factores: cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y falta de realización personal (RP)” (Maslach & Jackson, 1986) enfatiza que el síndrome de Burnout está formado por tres componentes, de ahí que se le defina como un síndrome constituido por tres dimensiones, tridimensionalidad que se fundamenta en el marco teórico derivado del Análisis Factorial del instrumento de medida creado para su estudio. El cansancio Emocional (a partir de ahora en el texto como CE) se define como la disminución y pérdida de los recursos emocionales producida por la incapacidad de respuesta a las exigencias de otro; la Despersonalización (a partir de ahora en el texto como D), intento de poner distancia entre uno mismo y los destinatarios del servicio ignorando al destinatario y considerándolo como un objeto de trabajo. Falta de Realización Personal (en el texto como RP), corresponde al logro que atribuimos a nuestro desarrollo personal y que está estrechamente relacionado con el éxito laboral.

Esta definición inicial ha sido cambiada y actualizada variando algunos elementos quedando actualmente como: “respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización/cinismo e ineficacia profesional/ falta de realización personal” (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). De los tres factores mencionados Maslach, et al (2001) consideraron que la base o dimensión de más importancia y el desencadenante del Burnout es el CE, sin restar importancia a las dos dimensiones restantes del síndrome. Aunque, siguen manteniendo que el interés de la investigación no se centra tanto en una cuestión teórica como en la problemática social que se deriva del tema (Maslach & Jackson, 1986).

## **1.2. La medida del síndrome de Burnout.**

El síndrome de Burnout se puede analizar a partir del estudio de las dimensiones que lo definen (De la Fuente, García, Cañadas, San Luis, Cañadas, Aguayo, De la Fuente & Vargas, 2015), de ahí la relevancia de estudiar los diferentes tipos de instrumentos de medida que se utilizan en su evaluación. Existen varios instrumentos, como el Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981a) y el Maslach Burnout Inventory General

Survey (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) (el segundo es la versión renovada del primero) que al ser sobre el que se trabaja en esta Tesis se presentará detalladamente un poco más adelante.

La “Escala de Efectos Psíquicos del Burnout” cuyo eje central gira en torno a la dimensión CE, a la que concede mayor peso que al resto (García, Izquierdo & Velandrino, 1992). El CBP-R que evalúa el estrés y el burnout del profesorado centrándose en la evaluación del síndrome en dicho colectivo (Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000). El “Copenaghe Burnout Inventory” que mide el Burnout, su relación con el trabajo y la relación con el cliente (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). El “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo” que es específico para personal sanitario (Gil Monte, 2005).

“Athlete Burnout Questionnaire” que mide el Burnout en deportistas (De Francisco, Arce, Andrade, Arce & Raedeke, 2009). Así mismo, a posteriori se desarrolló el “Inventario de Burnout en Deportistas Revisado” IBD-R con la misma finalidad (Garcés de Los Fayos Ruiz, De Francisco Palacios & Arce Fernández, 2012).

Cuestionario de Burnout de Granada-CBG (De la Fuente, Aguayo Extremera, Vargas Pecino, & Cañadas de la Fuente 2013; De la Fuente et al, 2015) con dos versiones para policías y enfermeras. Tal y como indican ambas investigaciones, tiene las siguientes ventajas: (1) fue creado específicamente para población española; (2) es de acceso libre y gratuito, por lo que está disponible para ser utilizado por cualquier investigador; (3) en el caso de nuestro ámbito de estudio, incluye los baremos para enfermería, una de las categorías dentro del personal sanitario más afectado y expuestos a la hora de padecer Burnout.

En la presente investigación se utilizó el MBI (Maslach Burnout Inventory) ya que la versión española está estandarizada y ha sido utilizada en la mayoría de las investigaciones en el ámbito de la Salud lo que garantiza la comparabilidad de los resultados, Por esta razón se presentan a continuación la fundamentación y las características psicométricas así como, algunas consideraciones en torno a la versión española aportadas por nuestro grupo de

investigación y basadas en la amplia cantidad de datos que hemos obtenido al ser uno de los instrumentos claves en el diseño de la totalidad de esta línea de investigación.

## EL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Existen tres ediciones de este instrumento, la primera data de 1981 (Maslach y Jackson, 1981b). Una segunda de 1986 (Maslach y Jackson, 1986) y la última de 1996 presenta una mayor elaboración teórica y se conoce como Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS). En la presentación del cuestionario se define el síndrome de Burnout como: “*un estado de agotamiento en el que uno es cínico sobre su propio trabajo y duda sobre su capacidad para desarrollarlo*” (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

El MBI está diseñado, como ya hemos dicho, para evaluar las tres dimensiones que componen el síndrome: cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y baja realización personal (RP). Para los profesionales sanitarios se utiliza el MBI-Human Services Survey (HSS), que consta de 22 ítems en los que se plantea a la persona una serie de enunciados sobre –sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto responde en una escala de frecuencias, aunque en la versión original se le pedía cumplimentar una segunda cuya finalidad era evaluar la de intensidad del síndrome. La escala de respuesta es tipo likert con 7 puntos que van de 0 a 6, compuesta, como ya se ha dicho, por tres subescalas cada una de las cuales evalúa una de las dimensiones del síndrome, de esta forma: 9 ítems corresponden a la dimensión CE, 5 a la D y 8 a la RP.

En relación a sus propiedades psicométricas y en concreto sobre su fiabilidad, según sus autoras, es de 0,89 para cansancio emocional, 0,77 para despersonalización y 0,74 para realización personal (Albendín, 2016; Maslach, 1978, 1981b, 1986, 1996). En un meta-análisis de generalización de la fiabilidad se obtuvieron valores de fiabilidad globales por dimensión, similares a los informados por las autoras de la prueba original, 0,88 para CE, 0,71 para D y 0,78 para RP. Estos valores reflejan los tamaños del efecto promedio obtenidos del análisis de 45 investigaciones sobre el burnout realizadas con MBI, a partir de

los valores de fiabilidad obtenidos para las muestras de los diferentes estudios que componen el meta-análisis (Aguayo, Vargas, De la Fuente, & Lozano, 2011).

En relación con esta cuestión, desde el inicio en la década de los setenta hasta la actualidad, diversos autores: (Maslach, 1976, 1978; Maslach & Jackson, 1979, 1986; Byrne, 1994; Golembiewski, Boudreau, Goto & Murati, 1993; Leiter, 1991; Kitaoka-Higashiguchi et al., 2004; Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002; Best, Stapleton & Downey, 2005; Roelofs, Verbrakk, Keijsers, De Bruin & Schmidt, 2005; Richardsen & Burke, 1991; Taris, Le Blanc, Schaufeli & Scheurs, 2005; De la Fuente et al., 2013; De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza, De la Fuente-Solana, Albendín-García, Vargas-Pecino, Ortega-Campos & Cañadas-De la Fuente, 2017; Monsalve-Reyes, San Luis-Costas, Gómez-Urquiza, Albendín-García, Aguayo & Cañadas-De la Fuente, 2018; Gil-Monte, 2002; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) señalan que:

- a) La fiabilidad, validez y estructura factorial del MBI es la adecuada para medir el constructo.
- b) Respecto a la estructura existen opiniones que propone desde estructuras compuestas por dos factores ( Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy, 1985) por cuatro (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gold, 1984; Green & Walkey, 1988; Iwanicki & Schwab, 1981; Power & Gose, 1986 ) y hasta por cinco (Densten, 2001), si bien los análisis confirmatorios respaldan la estructura tri factorial (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap & Kladler, 2001).
- c) En relación con la dimensiones, el CE es la más consistente, lo que indica que esta dimensión es la que representa, en palabras de Maslach (2003) la respuesta básica al estrés.

### **1.3. Modelos del síndrome de Burnout.**

Existen diversos modelos que hablan de las causas, desarrollo y posible evolución del síndrome de Burnout. De hecho se proponen diversos modelos con matices diferentes según los autores que han ido abordando esta cuestión. Existen un grupo de modelos explicativos, con orientaciones diferentes, pero con un elemento común, todos ellos intentan explicar las causas del Burnout. Entre ellos se encuentran los que se relacionan a continuación.

El modelo que propone Byrne (1994) enfatiza que existen algunos factores que favorecen el desarrollo del síndrome de Burnout, medido con MBI; más concretamente, la relación entre determinadas variables como el conflicto de rol, el clima laboral, la sobrecarga laboral o la autoestima con las tres dimensiones del Burnout, el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

Kyricou & Sutcliffe (1978) se trata de un modelo explicativo del Burnout en el ámbito educativo, que utiliza el MBI como medida del síndrome. La causa de padecimiento del síndrome sería la descompensación entre las formas y procedimientos, valoración y estrategias que el docente utiliza en su jornada laboral y las demandas laborales que se le plantean. Bajo estos planteamientos son muy influyentes en todo el proceso factores personales y características individuales que pueden incluir detalles biográficos (sexo, edad, experiencia docente, etc), rasgos de personalidad (por ejemplo, ansiedad), necesidades de autorrealización, problemas de salud, crisis vitales personales, capacidad para cumplir o hacer frente a las demandas del trabajo y el sistema de creencias-actitudes-valores del profesor. Además, de factores organizacionales y propios del entorno laboral en que se desarrolla la actividad. Utilizando este modelo como referencia, Rudow (1999) concreta en la sobrecarga laboral y el estrés crónico como las causas principales del Burnout.

El modelo de Leiter y Maslach (1988) es uno de los mejor aceptados por la comunidad científica internacional y resume los resultados propuestos por C. Maslach y colaboradores. El modelo utiliza como punto de partida la evaluación del síndrome con el MBI y plantean el Burnout como una situación de estrés crónico muy relacionada con el contexto social. Establece que en primer lugar se desarrolla el CE como dimensión fundamental del Burnout, a la que seguiría la D y por último la baja RP. Se parte de la premisa de que cada una de las dimensiones del Burnout tienen distintas relaciones con las condiciones ambientales y que influyen de forma precisa tanto en su desarrollo como en las diferentes características individuales de quien lo padece. Leiter (1991) matiza lo anterior, proponiendo un modelo de Burnout progresivo en el que el CE surge como respuesta a los estresores de diversa índole, especialmente de tipo laboral, a la par que baja la RP. En este modelo las actitudes de despersonalización surgen al final y no como mediadoras entre el CE y la RP.

En resumen, estos modelos parten todos de la conceptualización y medida del Burnout a partir del MBI, algunos de ellos enfatizan que son factores y variables personales las más determinantes en el desarrollo del Burnout, mientras que, el modelo de Maslach y Leiter es más bien de carácter multidimensional, planteando que la interacción de diversos factores es la que favorece el desarrollo del trastorno.

Los modelos psicosociales agrupan una serie de variables que se pueden considerar antecedentes y/o consecuentes del síndrome y plantean cómo serían los procesos que desembocan en que los profesionales acaben “quemados”. Algunos de estos modelos recogen las ideas de Albert Bandura y consideran las cogniciones de los individuos influyen en sus percepciones y se ven modificadas por las consecuencias de sus acciones; además, la confianza de los sujetos en sus propias capacidades será crucial para la consecución de sus objetivos y determinará sus reacciones emocionales o el grado de depresión o estrés que acompaña a la acción realizada. En este grupo de modelos se encuentran, entre otros, los descritos a continuación.

Cherniss (1980 a) plantea que la motivación y la satisfacción laboral aumentan cuando la persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito. Estos sentimientos tienen como consecuencia que el sujeto se implique más y alcance objetivos más exitosos en el trabajo y su autoestima crece. Si, por el contrario, lo que la persona experimenta es sentimientos de fracaso, su desinterés aumenta y acaba abandonando. Es decir, las interacciones con las fuentes de estrés están directamente relacionadas con la influencia del contexto laboral, las características personales del sujeto y un cambio actitudinal del mismo. Según este autor, se establece una relación causal entre la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de éxito y el síndrome de Burnout.

Pines, Aronson & Kafry (1981) desarrollan un modelo en el que se plantea que los sujetos que dan un sentido existencial al trabajo son los que llegan a desarrollar el síndrome de Burnout. Son sujetos muy motivados y muy identificados con su trabajo, pero que si fracasan en la consecución de sus objetivos pueden llegar a sentir una gran frustración.

Thompson, Page & Cooper (1993) proponen un modelo basado en el Modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1988). Dicho modelo establece el Burnout en relación con las

siguientes variables: nivel de autoconciencia, discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza. Si el nivel de autoconciencia es alto, se perciben mayores niveles de estrés. Si existen discrepancias entre las demandas y los recursos de que se dispone, el estado anímico del sujeto empeora y baja su realización personal en el trabajo. Cuando los sujetos fracasan en una tarea, si se tiene alto nivel de autoconciencia y pesimismo el sujeto presenta un “retiro conductual” o conducta de despersonalización.

Otros modelos se basan en las teorías del intercambio social y plantean que el Burnout se desarrolla cuando se produce una falta de equidad en las relaciones, es decir, cuando las personas perciben que dan más de lo que reciben. Si no pueden resolver esa situación, se “queman”. Entre otros, se encuentra el modelo de Buunk & Schaufeli (1993); estos autores proponen que el síndrome de burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Plantearon su modelo para explicar el Burnout en enfermería. Según este modelo, los profesionales que prestan servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio con expectativas de equidad/ganancia muy importantes (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores y con la organización en sí misma. Cuando el personal que presta el servicio percibe de forma continua que contribuyen más de lo que proporcionalmente reciben a cambio de su dedicación, desarrollan el síndrome de Burnout al no ser capaces de resolver este conflicto. La relación entre las variables antecedentes y el Burnout está moderada por la autoestima y los niveles de reactividad de los sujetos.

Algunos modelos del Burnout progresivo han sido elaborados desde la teoría organizacional. Éstos ponen el énfasis en los estresores ocupacionales a los que están sometidos los profesionales y las estrategias de afrontamiento de que disponen éstos; todos ellos plantean el Burnout como respuesta al estrés laboral. Entre ellos se encuentran los que se relacionan a continuación.

El modelo de Cox, Kuk & Leiter (1993) destaca la importancia de la salud de la organización. Más concretamente, destaca las disfunciones y pobreza de los procesos del rol

y la importancia de la sobrecarga, siendo este último un factor que contribuye especialmente en el ámbito laboral al desarrollo del Burnout. Estos autores proponen que el Burnout es un episodio de estrés que se da en profesionales de servicios humanos y que se genera cuando las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes, no resultan eficaces. En el modelo se incluyen variables como “sentirse gastado”, y sentirse presionado. Los sujetos se sienten agotados, posteriormente surge la despersonalización como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional y, al final, si la evaluación cognitiva del sujeto sobre la experiencia estresante es baja, se tiene una baja realización personal.

El modelo que propuso Winnubst (1993) enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional y el apoyo social, en relación con el desarrollo del Burnout. Considera que el Burnout es un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental debido al estrés laboral crónico que se da en los trabajadores.

Golembiewski y colaboradores plantean su modelo teórico a partir de la concepción de Burnout que ofrece el MBI. Entienden que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del síndrome es la Despersonalización, seguida de la reducida Realización Personal y, por último, el Cansancio Emocional. Según este modelo, la sobrecarga laboral y pobreza de rol generan estrés laboral. Los profesionales en los que se dan estas situaciones perciben una pérdida de autonomía y control y en ellos se genera un empeoramiento de su autoimagen, irritabilidad y fatiga, lo que favorece que el profesional se distancie de la situación estresante. Si el distanciamiento produce indiferencia emocional se generan actitudes de despersonalización que hacen que, posteriormente, baje la realización personal y a más largo plazo, que aparezca el cansancio emocional.

En este modelo se proponen una serie de fases del Burnout progresivo. Dicotomizan las puntuaciones obtenidas del MBI en altas y bajas, lo que combinado con las tres subescalas citadas (D, RP y CE), en el orden indicado anteriormente, nos lleva a obtener ocho configuraciones de Burnout que denominan fases y que clasifican de la I (bajas puntuaciones de Burnout en todas las dimensiones) a la VIII (altas puntuaciones de Burnout en todas las dimensiones). Se considera Burnout leve si se puntúa en las fases I, II o III, burnout medio al puntuar en las fases IV o V, mientras que se está ante Burnout elevado si se puntúa en las fases VI, VII u VIII.

Desde su planteamiento, este modelo se ha ido completando y sometiendo a prueba (Golembiewski, 1979; Golembiewski y Munzenrider, 1984a, 1984b; Golembiewski,

Munzenrider y Carter, 1993; Golembiewski et al., 1986). En él, los autores se plantean que para comprender el Burnout habría que estudiar las cogniciones que el individuo realiza ante los eventos aversivos generadores del síndrome.

De acuerdo con Golembiewski et al. (1986, 1988), las fortalezas del modelo son las siguientes:

- Permite distinguir entre diferentes tipos de Burnout.
- Permite identificar niveles «altos» de Burnout.
- Permite distinguir formas de inicio, evolución y salida, ancladas en las diferentes fases que establece el modelo.
- Permite establecer un punto crítico a partir del cual se puede hablar de Burnout avanzado.
- Las fases del modelo ofrecen anclajes tanto conductuales como clínicos que estructuran el constructo y permitirían establecer evaluaciones, diagnóstico e intervenciones en las diferentes fases del problema.
- Permite identificar grupos de riesgo, que pueden ser diferentes, asociados a las diferentes fases o niveles de gravedad del síndrome.

#### **1.4. Factores de riesgo en el síndrome de Burnout.**

Multitud de investigaciones realizadas hasta la fecha señalan la importancia de los factores de riesgo relacionados con el Síndrome de Burnout. Es habitual que muchos de ellos incluso predispongan al padecimiento del Burnout, de ahí la importancia de su estudio.

A grandes rasgos, existen tres categorías de factores de riesgo bien diferenciadas: variables Sociodemográficas, como por ejemplo la edad, género, estado civil, etcétera; variables psicológicas, que incluyen también características relacionadas con la personalidad; y variables laborales, donde se sitúan la categoría profesional, tipo de dedicación, antigüedad

en el puesto de trabajo o área/servicio, entre otras (Cañadas-De la Fuente, Ortega, Ramírez-Baena, De la Fuente-Solana, Vargas, & Gómez-Urquiza, 2018; Cañadas et al., 2016; Gómez-Urquiza, Vargas, De la Fuente, Fernández-Castillo & Cañadas-De la Fuente, 2017; Molina-Praena, Ramírez-Baena, Gómez-Urquiza, Cañadas, De la Fuente & Cañadas-De la Fuente, 2018; Purvanova & Muros, 2010).

#### 1.4.1. Variables sociodemográficas

Dentro de los factores de riesgo, las variables sociodemográficas han recibido mucha atención por parte de los investigadores no alcanzándose siempre los mismos resultados, entre ellas, edad, sexo, estado civil e hijos.

Respecto a la Edad, en general, parece haber acuerdo en que su relación con el síndrome es positiva (a mayor edad mayor afectación, siendo para algunos autores la tercera década en la que se presenta en un grado mayor) (Losa Iglesias et al., 2010). En este mismo sentido Akkus, Karacan, Göker, & Aksu, (2010) afirman que conforme la edad disminuye se ven más afectadas las tres dimensiones del burnout.

Respecto al Género, no existe consenso. Un amplio número de investigaciones señalan que de las tres dimensiones, el CE se presenta en mayor grado en las mujeres (Pisanti, Van der Doef, Maes, Violani, & Lazzari, 2016) y sin embargo otras afirman que es más alto en hombres (Kavurmaci, Cantekin & Tan, 2014). Eso mismo sucede para la D y RP, ya que hay quienes afirman que las mujeres despersonalizan más pero se sienten más realizadas que los hombres (Meeusen, Van Dam, Brown-Mahoney, Van Zundert, & Knape, 2010) y sin embargo otros autores señalan a los hombres como ejemplo de esta casuística (Bratis et al., 2009; Pisanti, Van der Doef, Maes, Lazzari, & Bertini, 2011).

En el estudio del Estado civil, al igual que ocurre con el Género, existe una gran variedad de resultados, así, Cilingir, Gursoy, Colak, (2012) o Hazell, (2010), encuentran mayor incidencia en el grupo de solteros, frente a los datos aportados por Gama, Barbosa, & Vierira, (2014), Kiekkas, Spyrtatos, Lampa, Aretha, & Sakellaropoulos, (2010), Kavurmaci, Cantekin, & Tan, (2014) o Lasebikan & Oyetunde, ( 2012), que muestran una incidencia más alta en personas que viven en pareja (en cualquiera de sus formas).

El número de hijos en relación con el Burnout también tiene controversia en cuanto a sus resultados. Un número significativo de autores señalan el hecho de que tenerlos y progresivamente en mayor número, es un riesgo importante para padecer el Burnout, afectando a sus tres dimensiones (Ayala & Carnero, 2013; De Souza França, Figueiredo de Martino, dos Santos Aniceto, & Silva, 2012; Aytekin, Kuguoglu, & Yilmaz, 2013). Sin embargo en contraposición hay quienes aseguran que los hijos son un factor protector frente al síndrome (Esfahani, Mirzaee, Boroumandfar, & Abedi, 2012; Aytekin et al., 2013; Lasebikan & Oyetunde, 2012).

Los resultados encontrados en las distintas variables sociodemográficas estudiadas, vemos que, en todas ellas, la investigación arroja resultados contradictorios, lo que pone de relieve la importancia de seguir trabajando sobre estas cuestiones.

#### 1.4.2. Variables psicológicas

La importancia del estudio de las variables psicológicas, más concretamente las de personalidad, radica en la estrecha relación que existe entre el síndrome y dichas características, siendo Goldberg et al (1970) los primeros en describirlas. Las investigaciones más relevantes valoran la inherente relación entre el Burnout y la teoría de los cinco factores de personalidad de Goldberg (1993). Los factores anteriormente mencionados y cuyo estudio es determinante para intentar establecer potenciales perfiles psicológicos asociados con el padecimiento del síndrome de Burnout, son: amabilidad, apertura, extraversión, neuroticismo y responsabilidad (Ang, Dhaliwal, Ayre, Uthaman, Fong, Tien, Zhou & Della, 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Hudek-Knežević, Kalebić Maglica, & Krapić, 2011; Zellars, Perrewé, & Hochwarter, 2000). Muy brevemente expondremos el significado de cada uno de estos factores dada su relación con el síndrome.

La amabilidad es el factor que muestra como de respetuosa, tolerante y sosegada es la persona y según se afirma en varias investigaciones tiene una relación significativa pero negativa con el CE y la D, mientras que es significativa y positiva con la RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh, Arjenaki, Nori & Oreyzi, 2009). Si bien es cierto que en otros estudios sólo se menciona la relación con la RP (Hudek-Knežević et al., 2011) o con el CE,

siendo positiva en este último caso (Ganjeh et al., 2009).

La apertura describe como la persona es creativa con su futuro, busca el cambio, nuevas experiencias y la variedad. Suelen ser personas tolerantes a la ambigüedad y aceptan nuevas experiencias e ideas (Alarcón, Eschleman & Bowling, 2009). Varios estudios dicen que éste es un factor protector relacionado sólo con la RP (Hudek-Knežević et al., 2011; Zellars et al., 2000), y sin embargo otros alegan que no existe tal relación entre dicho factor y el Burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009).

La extraversión, que analiza como de abierta es la persona con los demás en distintos contextos sociales, según diversos autores se relaciona positivamente con el CE, la D y la RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009; Zellars et al., 2000) aunque también hay detractores que afirman todo lo contrario (Hudek- Knežević et al., 2011).

El neuroticismo es un factor caracterizado por la inestabilidad emocional de la persona y constituye un riesgo de padecer Burnout, puesto que las personas que puntúan alto en este factor suelen presentar niveles más altos de CE y D y niveles más bajos de RP (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ganjeh et al., 2009; Zellars et al., 2000).

Por último estaría la responsabilidad que valora cuan centrada está la persona en sus objetivos. Además este factor se caracteriza por una tendencia a evitar los problemas y optar a altos niveles de éxito. Las personas suelen ser previsoras, planifican con tiempo y son muy tenaces, aunque como contrapartida es que tienden a ser perfeccionistas y compulsivos con su trabajo (Ganjeh et al., 2009; Zellars et al., 2000).

#### 1.4.3. Variables laborales

De acuerdo con Dickinson & Wright, (2008) y Cañadas et al. (2016) los factores de mayor relevancia relacionados con el riesgo de sufrir el síndrome de Burnout son la carga de trabajo y el número de horas de trabajo, de tal forma que a medida que aumentan dichas variables se producen mayores niveles de Burnout. En cuanto al número de años de experiencia profesional, los resultados obtenidos por nuestro grupo de investigación indican que existe una correlación positiva entre esta variable y el CE,. Esta relación positiva

también se encontró con la Despersonalización cambiando la correlación a negativa cuando se trata de la realización personal (Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández & De la Fuente, 2014).

El efecto de los turnos es inherente al trabajo de diferentes colectivos como es el de las enfermeras (colectivo sobre el que versa nuestro trabajo empírico), ya sea de forma temporal o permanente, ya que altera no solo en los aspectos biopsicosociales, sino además en la vida personal y familiar, favoreciendo de este modo la aparición del síndrome de burnout (Ferri et al., 2016) .

Un factor especialmente relevante relacionado con los aspectos laborales es el que corresponde al área o tipo de servicio en el que se desarrolla el trabajo de las enfermeras. De hecho, en el campo de la enfermería, población en la que se centra nuestro estudio empírico, los resultados de nuestro equipo de investigación indican que trabajar en unidades quirúrgicas supone mayor riesgo de padecer Burnout (Vargas et al., 2014), problema que también se ha detectado en otros servicios como los de cuidados intensivos y urgencias (Albendín et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2017; Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016) y de forma más moderada en enfermeras de atención primaria (Bartosiewicz & Januszewicz, 2018; Cañadas et al., 2015; Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, San Luis-Costas, Fernández, Aguayo & Cañadas, 2017) o del área materno-infantil (Pradas-Hernández, Ariza, Gómez-Urquiza, Albendín-García, De la Fuente & Cañadas-De la Fuente, 2018).

Desde una perspectiva positiva y, a tenor de los resultados, hay investigaciones que reseñan que si los profesionales tienen un clima laboral saludable se minimiza el riesgo de padecer Burnout. Variables como la turnicidad, que favorece la conciliación con la vida personal/familiar, la satisfacción laboral o el apoyo de los gestores que fomentan un clima laboral más sano, previenen el síndrome (Cañadas et al., 2016).

### **1.5 Profesionales afectados por el síndrome de Burnout.**

Es importante señalar que existen multitud de profesiones que están afectadas por el síndrome de Burnout, de hecho ni si quiera serían en exclusiva aquellas que están vinculadas de forma en el trato directo con personas, sino también las que prestan algún tipo de servicio y las condiciones hacen que desarrollen Burnout.

Un ejemplo curioso es el de los deportistas, que se enfrentan a un estrés permanente debido al nivel de exigencia del entorno al que pertenecen. Más concretamente por su nivel de rendimiento, el cual debe ir en aumento o permanecer a cierto nivel, se enfrentan también a la posibilidad de desarrollar el síndrome de burnout, lo que afectaría al desempeño de sus actividades deportivas, sobre todo si hablamos de deportistas de alto rendimiento (Matos, Winsley & Williams, 2011). Las manifestaciones clínicas que los expertos describen y que están relacionadas con el síndrome de Burnout suelen ser fatiga, tensión, irritabilidad no acorde al momento deportivo, dificultad para experimentar emociones y expectativas positivas, energía, etc. Todo ello contribuye a que el que padece el síndrome pierda el entusiasmo en el deporte. (García-Jarillo, Francisco & Garcés de Los Fayos, 2016).

Entre los cuerpos especiales también tiene una incidencia destacable el síndrome de Burnout. A título de ejemplo, en el caso de los bomberos, las características de su trabajo, que pueden incluir dramas sociales, desastres naturales, etc. son situaciones que con gran probabilidad pueden resultar desencadenantes de Burnout. Incluso el hecho de tener que estar en constante formación para afrontar los peligros nuevos que aparecen en su trabajo favorece el desarrollo del síndrome (Argentero & Setti, 2011; Prati, Pietrantonio & Cicognani, 2010).

Los policías y los militares, también presentan el síndrome debido a las exigencias propias de su carrera profesional y al estrés generado por las difíciles situaciones que deben afrontar (Afonso & Gomes, 2009; De la Fuente Solana, Aguayo Estremera, Vargas Pecino & Cañadas de la Fuente, 2013; De la Fuente, Lozano, García-Cueto, San Luis, Vargas, Cañadas & Hambleton, 2013; De Mesquita Silveira et al., 2005 ;Hu, Schaufeli & Taris, 2017; López-Araújo, Osca-Segovia & Rodríguez Muñoz, 2008).

El estudio del Burnout incluye desde sus inicios investigaciones sobre el profesorado debido a que tienen trato directo por un lado con el alumnado, y por otro con los padres y tutores legales. Considerando la particularidad del entorno educativo, espacio laboral que tiene relación directa con el ambiente externo a lo escolar, la necesidad de renovación continuada y las exigencias del trato con los jóvenes nos sitúa ante un colectivo expuesto a casi todos los factores que potencian la aparición del síndrome (Batista, Carlotto, Coutinho & Augusto, 2010; Correa-Correa, Muñoz-Zambrano & Chaparro, 2010; Gil-Monte, Carlotto & Gonçalves Camara, 2011; Bedoya, Vega, Severiche & Meza, 2017).

En el entorno familiar nos encontramos con los cuidadores informales como la investigación realizada por Pérez-Fuentes et al (2017) en la que se manifiesta que el estrés y agotamiento de éstos aumenta a medida que se intensifica el grado de dependencia de las personas que cuida. Y además tenemos muchos otros profesionales que aunque están afectados en menor medida también aparecen en la literatura científica como por ejemplo profesionales del derecho (Martinussen, Richardsen & Burket, 2007) o controladores aéreos (Martinussen & Richardsen, 2006).

En el personal del ámbito de la salud, tanto en atención primaria como en atención especializada, se evidencia el padecimiento del Burnout. Los equipos profesionales de los servicios de salud integran, entre otros, a profesionales tales como trabajadores sociales (Barrera, Malagón & Sarasola, 2015; Chiller & Crisp Beth, 2012; Kim, Ji & Kao, 2011), terapeutas ocupacionales (Poulsen, Khan, Meredith, Henderson & Castrisos, 2012; Sánchez, 2015), fisioterapeutas (Serrano-Gisbert, Garcés de los Fayos-Ruiz & Hidalgo-Montesinos, 2008), médicos de diversas especialidades (Castañeda Aguilera & García de Alba García, 2010; Card, 2018; Valentín-Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio, Ojeda & Bejarano, 2009) y, muy especialmente, el personal de enfermería (Cañadas et al., 2016).

#### **1.6. El Burnout en el entorno laboral sanitario. El ejemplo de enfermería.**

Como se ha indicado previamente, el Burnout es un problema grave cuyas consecuencias han sido reconocidas internacionalmente y que ha llegado a adquirir el estatus de enfermedad laboral. Parece claro que profundizar en su estudio es de interés y, sobre todo, en ámbitos como la enfermería, conjunto de profesionales que son especialmente

susceptibles a desarrollar el trastorno. El personal de enfermería ofrece cuidados a sus pacientes en detrimento de su propia familia. Estos profesionales no siempre encuentran el reconocimiento que se debe dar a su meritorio trabajo, lo que en ocasiones genera altos grados de insatisfacción. La falta de reconocimiento, sus bajos sueldos y el alto grado de dedicación que tienen a su labor profesional, hacen que pueda haber un alto grado de abandono de la profesión (Cañadas, 2012; Duffin, 2013).

El personal de enfermería es uno de los colectivos más afectados y así lo refrendan la multitud de resultados de investigación que existen al respecto, así como los resultados de 10 años de investigación del grupo de investigación en el que se desarrolla esta Tesis Doctoral, que han sido publicadas en prestigiosas revistas (Albendín, 2016; Ang et al., 2016; Cañadas, 2012; Cañadas et al., 2015; Cañadas, San Luis, Lozano, Vargas, García & De la Fuente, 2014; De la Fuente et al., 2017; Fernandes, Sousa, Santos, Rodrigues & Marziale, 2012; Gómez Urquiza, 2017; Gómez-Urquiza et al., 2017; Molina-Praena et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018).

En este sentido ya en trabajos anteriores ha quedado probado que este colectivo presenta niveles de prevalencia muy altos, tanto en los estudios comparativos entre personal de enfermería con médicos y auxiliares (Cañadas et al., 2014), como en aquellos en los que se estudian de forma específica los profesionales de enfermería (Gómez-Urquiza et al., 2017; Pradas et al., 2018).

El trabajo en Enfermería ha ido especializándose a lo largo del tiempo de tal forma que actualmente existen un gran número de servicios. En todos ellos se puede hablar de la presencia del síndrome. De hecho, nuestro grupo de investigación ha publicado estudios que abarcan: servicios de geriatría (Cañadas-De la Fuente et al., 2014), servicios de urgencias y cuidados críticos (Cañadas-De la Fuente, Albendín-García, Cañadas, San Luis-Costas, Ortega-Campos & De la Fuente-Solana, 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017), servicios de medicina interna y afines (Molina-Praena et al., 2018), oncología y cuidados paliativos (Gómez-Urquiza et al., 2016), atención primaria de salud (Monsalve-Reyes et al., 2018), pediatría (Pradas et al., 2018); y existen otros realizados en servicios de obstetricia y ginecología (Fontán-Atalaya & Dueñas-Díez, 2010), psiquiatría (Alba-Martín, 2015),

servicios de cirugía y afines (González-Jiménez, Alanis-Niño & Granados-Gutiérrez, 2004), etcétera.

Dependiendo del área o servicio, el nivel de Burnout en las enfermeras varía sustancialmente, no sólo hablamos en términos de prevalencia, sino también en lo que se refiere a la gravedad en relación a la fase de desarrollo en la que se encuentra el síndrome, así como en el grado de padecimiento del mismo, o incluso qué dimensión es la mayormente afectada (Ramirez-Baena et al., 2019). Dentro de los diferentes servicios, se ha trabajado especialmente con aquellos que pertenecen a Atención especializada tales que: servicios de urgencias (Albendín et al., 2016), UCI (Chuang et al., 2016; Epp, 2012), oncología (De la Fuente-Solana et al., 2017; Ostacoli et al., 2010), medicina interna (Gómez-Sánchez et al., 2009; Sadati et al., 2016), hemodiálisis (Karakoc et al., 2017; Karkar et al., 2012), etc., siendo los profesionales de enfermería de Atención Primaria los grandes olvidados.

### **1.7. Características de la enfermería de atención primaria.**

Los servicios de Atención Primaria cuenta con unas características diferentes a los servicios que se prestan dentro de los centros hospitalarios: son centros ubicados en la comunidad, lo más cercano posible al medio natural de las personas a las que atiende; esta atención está dirigida tanto a la salud como a la enfermedad a lo largo de toda la vida de la persona (niño, adolescente, adulto y anciano), desde que nace hasta que muere, atendiendo también a las familias como conjunto e incluso visitando el domicilio familiar (Vignolo et al., 2011).

El profesional tiene asignada una población de referencia (cupó), lo cual facilita la continuidad de cuidados y el seguimiento del cada proceso individual (Girard et al., 2017; Torres-Esperón et al., 2005). Se trabaja en equipo, ya que tanto la enfermera como el médico tienen, en la mayoría de los casos, la misma población de referencia y las diferentes intervenciones, en la comunidad requieren de comunicación continua, comunicación que se hace extensiva a otros miembros del equipo, más allá del binomio médico-enfermero, incluyendo la matrona, trabajador/a social, fisioterapeuta, etc. (Vilá-Falgueras et al., 2014). Los niveles de Burnout en estos equipos multiprofesionales son diferentes y están relacionados con las diferentes especialidades, sí según Navarro-González et al., (2015) los administrativos y los médicos parece que sufren mayores niveles de Burnout si bien, por lo

que respecta al factor cansancio emocional parecen ser los profesionales enfermeros los que lo presentan en mayor grado. Esta diferenciación tiene su justificación que comentaremos a continuación.

En Atención Primaria, la enfermera tiene una mayor autonomía que en la atención especializada, mediada quizá por la prescripción enfermera, los diferentes programas y procesos de salud que atiende (control del niño sano, vacunación, atención a pacientes crónicos complejos, personas dependientes, deshabituación tabáquica, etc.) y la realización de intervenciones independientes, propiamente de enfermeras, no sujetas a colaboración (Del Pino-Casado et al., 2000; Duhoux et al., 2017; Girard et al., 2017; Stewart et al., 2018). Este hecho puede suponer el aumento en la realización personal, el sentimiento de autoeficacia y favorece la satisfacción laboral.

Esta mayor autonomía, comentada en el párrafo anterior, hace también que el trato con el paciente y su familia sea más humanizado y personalizado, a lo que indudablemente ayuda el hecho de que su presencia física no se ve mediatizada por el uso de uniforme. Otro factor a reseñar en este contexto es la garantía de la continuidad asistencial resultado del horario fijo en turno de mañana o de tarde, de lunes a viernes, lo que garantiza la continuidad asistencial (Cañadas-De la Fuente et al., 2016). Es decir que existen ciertas ventajas en la enfermería de Atención Primaria, que no se presentan en los otros colectivos si bien es cierto que no todo “son ventajas”.

Hay peculiaridades de la Atención Primaria que pueden suponer desventajas o inconvenientes: Por un lado estos profesionales de enfermería deben estar formados en diferentes ámbitos por el gran número de tareas, programas e intervenciones que abarcan a lo largo de la vida del individuo y los diferentes procesos de salud-enfermedad que éste sufre; por lo tanto, la falta de especialización y la necesidad de formación continuada puede menoscabar la calidad de los cuidados dirigidos a los pacientes, familiares y comunidad (Corrales et al., 2000). Por otro, el hecho de ser un trabajo autónomo, a veces lo convierte en solitario, lo que hace que estos profesionales se vean en muchas ocasiones solos e indefensos en el domicilio del paciente o incluso en la consulta de enfermería. Por ejemplo, hay evidencias que afirman un mayor número de agresiones a los profesionales sanitarios en

Atención Primaria que en los hospitales (De-San-Segundo et al., 2017; Gascon et al., 2013; Paravic Klijn et al., 2004).

Otro factor que puede resultar un hándicap en determinadas ocasiones se deriva de cometido relativo al seguimiento continuo y a la labor como enfermeras referentes de los mismos pacientes en el caso de aquellos pacientes hiperfrecuentadores e hiperdemandantes (García et al., 2017; Ruger et al., 2004; Sandín-Vázquez et al., 2010).

En definitiva, parece que todos los aspectos citados influyen en uno u otro sentido en el desarrollo del Burnout. Lo más resaltable es que la despersonalización parece ser la dimensión del síndrome menos afectada en estos profesionales de Atención Primaria, debido a la cercanía con el paciente, la personalización, los cuidados en el domicilio, no llevar uniforme, etc. Pero aún existe controversia con el cansancio emocional y la baja realización personal. Algunos autores afirman que es el cansancio emocional la dimensión más afectada (Cao et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2016; Hai-Xia et al., 2015; Holmes et al., 2014; Schaufeli, 1995; Vilá-Falgueras et al., 2015), mientras que otros, afirman que es la baja realización personal la dimensión principalmente afectada (Anagnostopoulos et al., 2012; Monsalve-Reyes et al., 2018; Navarro-González et al., 2015; Soto-Cámara et al., 2005).

### **1.8. Justificación de la investigación.**

En los apartados anteriores se han incluido aspectos básicos acerca de la conceptualización del síndrome de Burnout, la forma en que se desarrolla y, sobre todo, cómo afecta al personal de enfermería en general y, en particular, de la enfermería en Atención Primaria. El Burnout es un problema al que se enfrenta la sociedad, de gran magnitud, con estadísticas que asustan, en las que se indica que más de la mitad de las jornadas de trabajo que se pierden en los servicios sanitarios se deben a riesgos de tipo psicosocial y, en particular relacionadas con el estrés laboral (Albendín, 2016; OSHA, 2000; Rial, 2006; Takala, 2007). El gasto en salud mental para los gobiernos europeos excede de los 240000 millones de euros al año (Albendín, 2016), pero menos de la mitad de esa cifra corresponde a gastos por tratamiento médico de los usuarios de los servicios sanitarios; buena parte del gasto se relaciona con la pérdida de productividad y absentismo de los profesionales en gran

medida debido al Burnout que padecen (The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP, 2009).

Lo anterior indica que el Burnout se puede considerar un problema grave de salud pública, que sigue aumentando entre los profesionales de enfermería, lo que repercute no sólo en su salud sino que también afecta a la calidad de los servicios y cuidados que ofrecen, lo que desemboca en un deterioro de la relación con los usuarios y en un coste altísimo para los sistemas sanitarios (OMS, 2000). La apertura de nuevas líneas de investigación en este ámbito, favorecerá un mejor conocimiento del problema sobre el que poder plantear potenciales programas preventivos del síndrome.

La Tesis Doctoral que se presenta se desarrolla en el convencimiento de la existencia de una epidemia de Burnout en todos los servicios de enfermería; no sólo en los que tradicionalmente se ha estudiado y se conoce bien el problema, sino también en aquellos niveles de atención en que se ha considerado que se daba menos el trastorno, como ocurre en Atención Primaria de la Salud. Esta convicción conlleva la responsabilidad de ofrecer un estudio en profundidad, basado en Metaanálisis, sobre el momento en que se encuentran los estudios de Burnout en el ámbito de la enfermería de Atención Primaria, complementando esta revisión bibliográfica con un estudio empírico sobre aquellos aspectos de Burnout que afectan a este colectivo de profesionales.

En definitiva, los profesionales de enfermería de estos servicios trabajan con sus pacientes tanto desde el punto de vista preventivo, como desde el punto de vista terapéutico, que se brinda en la propia comunidad con objetivos a largo plazo (Girard, Hudon, Poitras, Roberge & Chouinard, 2017). Si los profesionales más vulnerables a padecer Burnout son aquellos con interacciones humanas de carácter intenso y duradero, tal y como establece el modelo biopsicosocial de Salud familiar (Vilá Falgueras et al., 2015), parece claro que estos profesionales conforman un potencial grupo de riesgo, y justificada la elección de la Atención Primaria como ámbito objeto de estudio.

***CAPÍTULO 2.***  
***OBJETIVOS E***  
***HIPOTESIS.***



## **2.1 Introducción.**

Actualmente, el Burnout está reconocido como síndrome y también como enfermedad laboral. Ya por el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) empezaron a mencionar las vicisitudes relacionadas con éste y en 2010 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo incluye en la última revisión de la lista de enfermedades profesionales.

Sin embargo, la legislación española considera al síndrome de Burnout como una enfermedad profesional pero no de forma explícita. Dicha consideración lo hace a través de guías de buenas prácticas denominadas Notas Técnicas de Prevención (NTP) entre las que cabe destacar la NTP 704, donde se profundiza en aspectos relacionados con la evolución del Burnout o la NTP 705, donde hacen hincapié en las consecuencias para el trabajador y la institución por el hecho de padecer Burnout (Albendín, 2006; Fidalgo, 2005). A esto habría que añadir la NTP 732, que destaca la importancia y la necesidad de poder evaluar dicho síndrome con instrumentos preparados a tal efecto (Bresso, Salanova, Schaufelli & Nogareda, 2007).

La OIT señala que el Burnout es un problema que pone en peligro la economía en general debido a que se resiente el rendimiento y la productividad de los trabajadores al afectarse su salud (OIT, 2010), razón por la cual es un problema que requiere ser estudiado con más detenimiento, para poder prevenirlo en la medida de lo posible e intervenir llegado el caso. De hecho, la OMS ya en el año 2006 habló de nueva epidemia del Burnout en relación a crisis económica y condiciones laborales que habían ido en detrimento del profesional (De Cola & Riggins, 2010; Losa, 2013). Dichas condiciones no sólo no han mejorado sino que han empeorado, sobre todo tras la reciente crisis, que en España ha supuesto una reducción del personal, una sobrecarga laboral y aumento de los factores de riesgo (Cañadas et al., 2016). A esto se añade la problemática de las nuevas competencias que asume este colectivo, sobre todo en Atención Primaria, lo que supone un sobreesfuerzo añadido al que ya había y situaciones estresantes por no dominar del todo dichas competencias (Bartosiewicz & Januszewicz, 2018).

A pesar de lo anterior, en nuestro país, el síndrome de Burnout no está reconocido como enfermedad profesional y sólo se resuelve como tal en algunos casos que van sentando jurisprudencia al respecto. De hecho constan numerosas sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia en todo el territorio español (Martínez, 2005).

Por tanto hablamos de una problema que afecta a la salud personal y laboral entre importantes colectivos profesionales, por lo que se podría hablar de un problema de salud pública que es imperativo prevenir (Brand, Thompson Coon, Fleming, Carroll, Bethel, & Wyatt, 2017) ya que en última instancia desemboca en graves problemas para el profesional que lo padece y las Instituciones, por ejemplo, en absentismo laboral e incluso abandono de la profesión (Gasparino, 2014).

Es importante profundizar en el estudio del Burnout en cualquiera de sus vertientes, preventiva, sobre su diagnóstico y evolución, o de intervención. Sin embargo, es la primera de ellas, la faceta preventiva, la que ha guiado los planteamientos desarrollados en esta investigación. En esta Tesis se aborda el estudio de la medida en que afecta el trastorno al colectivo de profesionales de enfermería en Atención Primaria. Además, se profundiza en el estudio de los factores de riesgo de desarrollo del síndrome, que al igual que el estudio sobre prevalencia, han sido incluidos tanto en nuestra revisión como en una muestra de profesionales de enfermería de Atención Primaria del SAS. Los objetivos que se plantean, se incluyen a continuación.

## **2.2 Objetivos.**

**Objetivo 1.** Analizar la situación actual sobre los niveles de burnout en el personal de enfermería de Atención Primaria, mediante una revisión sistemática de los documentos que existen sobre el tema.

**Objetivo 2:** Identificar, a través de una revisión sistemática, los factores de riesgo de padecimiento del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de Atención Primaria.

**Objetivo 3.** Estimar meta-analíticamente la prevalencia en las tres dimensiones del burnout en el personal de enfermería de Atención Primaria.

**Objetivo 4.** Estimar los niveles de Burnout de los profesionales de enfermería del Atención Primaria del SAS.

**Objetivo 5.** Identificar en qué fase de padecimiento del Burnout se encuentran los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en el área de atención primaria del SAS.

**Objetivo 6.** Estimar la prevalencia del Burnout en los profesionales de Atención Primaria del SAS y su relación con los rasgos de la personalidad.

**Objetivo 7.** Analizar la relación entre las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad y el síndrome de Burnout en los profesionales de Atención Primaria del SAS.

### **2.3 Hipótesis de la investigación.**

En relación con los objetivos 1, 2 y 3 anteriores, se plantean dos trabajos, una revisión sistemática y uno de corte meta-analítico. Las características de los trabajos hace innecesario establecer hipótesis asociadas a los mismos.

En relación con los objetivos 4, 5, 6 y 7, todos ellos relacionados con el estudio empírico, las hipótesis que se plantean son:

- **Hipótesis 1.** La actividad asistencial en Atención Primaria será un factor de riesgo de padecer Burnout en los profesionales de enfermería.
- **Hipótesis 2.** Las variables que pueden constituir un factor de riesgo de Burnout en enfermeras de Atención Primaria, pueden ser de tipo sociodemográficas, laborales o psicológicas.
- **Hipótesis 3.** La prevalencia de Burnout en el personal de Enfermería de Atención Primaria es de tipo medio-alto.

- **Hipótesis 4.** Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en Atención Primaria del SAS, presentan niveles medios-altos de Burnout y superiores a los profesionales que no realizan dicha actividad.
  
- **Hipótesis 5.** Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en Atención Primaria del SAS tienen una prevalencia alta Burnout.
  
- **Hipótesis 6.** Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en Atención Primaria del SAS se encuentran en una fase avanzada de Burnout.
  
- **Hipótesis 7.** Algunas variables sociodemográficas están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de Atención Primaria del SAS.
  
- **Hipótesis 8.** Algunas variables propias del entorno laboral están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de Atención Primaria del SAS.
  
- **Hipótesis 9.** Variables psicológicas como la ansiedad, depresión y los rasgos de personalidad están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de Atención Primaria del SAS.

***CAPÍTULO 3.***

***FACTORES DE RIESGO Y NIVELES DE  
BURNOUT EN ENFERMERAS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA***

**Como Citar:**

Gómez, J., Monsalve-Reyes, C., San Luis-Costas, C., Fernandez, R., Aguayo, R. y Cañadas, G. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Revista de Atención Primaria, Elsevier*, 49, 77-85.

**Palabras Claves:** Atención Primaria de salud; Burnout; Agotamiento profesional; Factores de Riesgo; Enfermería; Salud Laboral.



### **3.1 Resumen.**

Objetivo de esta investigación es conocer los factores de riesgo y los niveles de Burnout en enfermeras de atención primaria.

Metodología, Se realizó una revisión sistemática. Fuentes de datos, Se consultaron CINAHL, CUIDEN, LILACS, Pubmed, ProQuest, ScienceDirect y Scopus. Las ecuaciones de búsqueda fueron: «burnout AND community health nursing» y «burnout AND primary care nursing». La búsqueda se realizó en octubre del 2015.

Selección de estudios; La muestra final fue de  $n = 12$ . Se incluyeron estudios primarios cuantitativos que utilizaran el Maslach Burnout Inventory para evaluar el Burnout en enfermeras de atención primaria, sin restricción por fecha de publicación.

Extracción de datos; Las principales variables fueron la media y desviación típica de las 3 dimensiones del burnout, las prevalencias de niveles bajos, medios y altos de cada dimensión, y los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos que potencialmente influyen en su desarrollo.

Resultados; Los estudios muestran prevalencias de cansancio emocional alto, por lo general, entre el 23 y el 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja muestran heterogeneidad, variando entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente. Los estudios informan de que las enfermeras con mayor edad, mayor antigüedad laboral, ansiedad y depresión, entre otras variables, presentan mayores niveles de burnout, mientras que aquellas con mayor sueldo, satisfacción laboral alta, apoyo de la organización y buen autoconcepto lo padecen menos.

Conclusión; El cansancio emocional alto es la principal dimensión del burnout afectada en la enfermería de atención primaria. En despersonalización y realización personal existe heterogeneidad. Debe prevenirse el burnout en estos profesionales potenciando los factores protectores y vigilando su aparición en los que presenten factores de riesgo.

### **3.2 Introducción.**

El síndrome de Burnout es un desorden psicológico ampliamente estudiado en las últimas décadas que afecta principalmente a profesionales que trabajan en contacto con personas. Se desarrolla tras una exposición crónica al estrés laboral, y la definición más aceptada es la elaborada por Maslach y Jackson (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009), que lo describieron como un síndrome tridimensional en el que el trabajador presenta cansancio emocional (CE), despersonalización (D) o tratamiento cínico y actitud negativa hacia los clientes, y una baja realización personal (RP). Para su valoración existen diferentes instrumentos, como el Maslach Burnout Inventory (MBI) o el Cuestionario Burnout Granada (De la Fuente, Lozano, García-Cueto, San Luis, Vargas, Cañadas & Hambleton, 2013; De la Fuente, García, Cañadas, San Luis, Cañadas, Aguayo, De la Fuente & Vargas, 2015; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

Las profesiones sanitarias son de las más afectadas por el burnout, presentando los profesionales de enfermería una alta prevalencia (Cañadas de la Fuente, Vargas, San Luis, García, Cañadas & de la Fuente, 2015, Li-Ping, Chung-Yi, Hu, 2014). Se han estudiado procedimientos para el tratamiento del síndrome mediante intervenciones educativas y meditación, aunque los resultados han sido limitados (Stewart & Terry, 2014; Dharmawardene, Givens, Wachholtz, Makowski & Tjia, 2016). El burnout afecta a los profesionales que lo padecen, pero también influye sobre la calidad de los cuidados, los resultados de salud, los pacientes y la propia institución sanitaria (Davey, Cummings, Newburn-Cook & Lo, 2009; Spence & Leiter, 2006).

El desarrollo de perfiles de riesgo del burnout es crucial para avanzar en su prevención. Conociendo los factores que influyen en su desarrollo, como la satisfacción o la experiencia profesional (Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández & de la Fuente, 2014), se podría elaborar un perfil de riesgo de los más propensos a padecerlo. Sin embargo, también hay que valorar el papel clave que puede jugar en el desarrollo del síndrome el servicio hospitalario donde trabajan las enfermeras. Por ejemplo, el día a día de una enfermera de urgencias o cuidados intensivos, donde algunas revisiones informan sobre niveles altos de burnout

(Adriaenssens, de Gucht & Maes, 2015; Albendín-García, Gómez-Urquiza, Cañadas-De la Fuente, Cañadas, San Luis & Aguayo, 2016; Epp, 2012) puede ser muy diferente respecto al de atención primaria (AP). En AP los profesionales de enfermería realizan labores de prevención, educación, seguimiento y tratamiento prolongado y continuo a la población, con patologías principalmente crónicas. Además se valora y trata a la persona en su comunidad y en su domicilio, frente a las cortas estancias y enfermedades agudas de los servicios hospitalarios. Por ello es esperable que los niveles de burnout difieran entre unos servicios y otros, y es importante conocer si servicios como AP juegan un papel protector o de riesgo frente al síndrome.

Ante la falta de actualizaciones sobre burnout en profesionales de enfermería de AP, algo que sí ocurre en otras especialidades, se decidió llevar a cabo una revisión sistemática para conocer el nivel de burnout y sus factores de riesgo en enfermeras de AP.

### **3.3 Método**

#### **3.3.1 Fuentes de información y ecuación de búsqueda.**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura.

Bases de datos y ecuación de búsqueda: se consultaron las bases de datos CINAHL, CUIDEN, LILACS, Pubmed, ProQuest (ebrary® e-books, Health, ProQuest Deep Indexing: Medical, ProQuest Health & Medical Complete, ProQuest Dissertations and Theses Global, PsycARTICLES y PsycINFO), ScienceDirect y Scopus, sin restricción en los resultados.

Las ecuaciones de búsqueda fueron «burnout AND community health nursing» y «burnout AND primary care nursing» y sus equivalentes en español. La búsqueda se realizó en octubre del 2015.

### 3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión/exclusión: se incluyeron estudios cuantitativos sobre burnout en enfermeras de AP que utilizaran el MBI como instrumento para medir el burnout, publicados en inglés, español o portugués, sin restricción por año de publicación.

Se excluyeron los estudios sin información estadística (prevalencia, medias o desviación típica), estudios con muestras mixtas sin datos independientes sobre enfermería de AP o con muestras de enfermeras especialistas en salud mental y matronas de AP.

### 3.3.3 Codificación de los resultados y análisis de la información.

Selección, lectura crítica y nivel de evidencia: la selección se realizó en 4 fases: primero se procedió a la lectura de título y resumen. A continuación se realizó la lectura del texto completo. Después se efectuó una búsqueda inversa y hacia delante en los estudios incluidos para localizar el mayor número de documentos posibles, y finalmente se efectuó la lectura crítica de los estudios para evaluar posibles sesgos en la metodología.

Para la lectura crítica se utilizó la guía de lectura crítica de Ciapponi (Ciapponi, 2010). Para evaluar la validez interna se utilizaron los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 de la guía. Ningún estudio fue excluido por sesgos metodológicos. Para otorgar el nivel de evidencia se usó la clasificación SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2014).

Dos miembros del equipo realizaron de forma independiente la búsqueda, selección y lectura crítica, consultándose un tercer investigador en caso de desacuerdo.

Variables y recogida de datos: se utilizó un cuaderno de recolección de datos, utilizándose la primera medida realizada en la población de estudio en el caso de estudios longitudinales con más de una valoración del burnout. Se recogieron 3 tipos de variables:

a) Variables sobre las características de la muestra: año de publicación, país de estudio, lenguaje de publicación (español vs. inglés vs. portugués), tipo de publicación (artículo vs. tesis doctoral), diseño del estudio (transversal vs. longitudinal) y MBI (Human Services

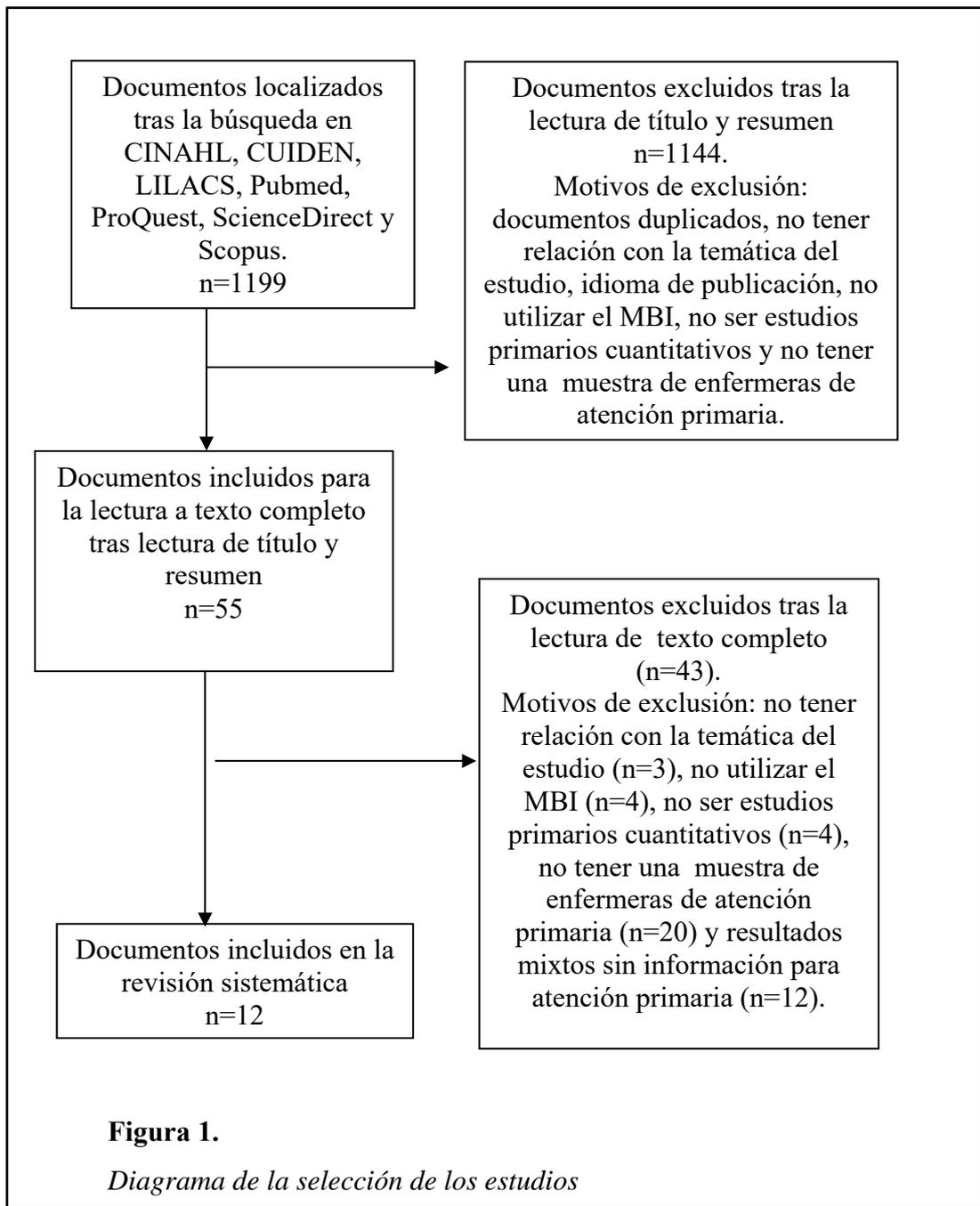
Survey vs. General Survey).

b) Variables sobre el burnout: media y desviación típica de CE, D y RP, y prevalencia de niveles bajos, medios y altos de CE, D y RP.

c) Variables sobre potenciales factores de riesgo o protección: se registraron las medidas de relaciones estadísticas disponibles en los estudios entre las 3 dimensiones del burnout y variables sociodemográficas, laborales y psicológicas.

Los datos fueron extraídos y codificados por 2 miembros del equipo de forma independiente. La fiabilidad se comprobó mediante el grado medio de acuerdo entre ambos, con el coeficiente de correlación intraclase para variables continuas y el coeficiente Kappa de Cohen para categóricas. Respectivamente, el nivel medio fue de 0,91 (mínimo = 0,88; máximo = 1) y 0,94 (mínimo = 0,90; máximo = 1).

Análisis de datos: La información fue tratada de forma cualitativa y analizada de forma narrativa, ya que la información extraída no era suficiente para desarrollar un metaanálisis.



### 3.4 Resultados.

Se localizaron 1.199 estudios, obteniéndose una muestra final de  $n = 12$  tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión. En el esquema general del estudio se detalla el proceso de búsqueda y selección.

#### 3.4.1 Características de la muestra.

A excepción de uno (Schaufeli, 1995), todos los estudios eran transversales y la selección de la muestra intencional. El nivel de evidencia SIGN de los estudios fue 3C, considerado nivel bajo debido al diseño descriptivo. El 100% usaron el MBI Human Services Survey. El 54,5% se publicaron en los 2 últimos años. La información sobre las características de los estudios se encuentra en las 2 primeras columnas de la tabla 1.

**Tabla 1.**

*Características y resumen de los estudios incluidos en la revisión ( $n = 12$ ).*

Autor, año, país de estudio	Muestra (% tasa de respuesta)	Media (DT)			Factores de riesgo (Instrumento de medida utilizado)	CE	D	RP
		CE	D	RP				
Cao et al., 2015, China	485 (88,9)	27,4 (10,6)	8,4 (6,9)	25,6 (9,3)	Autoconcepto general (NSQ)	$r = -0,4^{***}$	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,4^{***}$
					Liderazgo (NSQ)	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,1^{***}$	$r = -0,3^{***}$
					Comunicación (NSQ)	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,3^{***}$
					Conocimiento (NSQ)	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,4^{***}$
					Relación con el equipo (NSQ)	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$
					Cuidados (NSQ)	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,4^{***}$

					Compromiso afectivo (OCS)	$r = -0,4^{***}$	$r = -0,4^{***}$	$r = -0,3^{***}$
					Compromiso normativo (OCS)	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,3^{***}$
					Compromiso de continuidad (OCS)	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$
Cao et al., 2015, China	456 (82,7)	26,5 (10,4)	8,5 (6,4)	24,6 (9,3)	Percepción de apoyo por parte de la organización (SPOS)	$r = -0,4^{***}$	$r = -0,4^{***}$	$r = -0,3^{***}$
					Autoconcepto general (NSQ)	$r = -0,4^{***}$	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,4^{***}$
					Liderazgo (NSQ)	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,1^{***}$	$r = -0,3^{***}$
					Comunicación (NSQ)	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,3^{***}$
					Conocimiento (NSQ)	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,4^{***}$
					Relación con el equipo (NSQ)	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$	$r = -0,2^{***}$
					Cuidados (NSQ)	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,3^{***}$	$r = -0,4^{***}$
Faura et al., 1995, España	116 (72,4)	12,8 (9,8)	6,3 (5,8)	7,9 (8,6)	SD	SD	SD	SD
Hayter, 1999, Inglaterra	30 (94)	18,7 (11,8)	2,9 (2,2)	30,6 (8,6)	Estigma/discriminación (AIS)	$T_b = 0,2^*$	$T_b = 0,1$	$T_b = -0,05$
					Identificarse con el paciente (AIS)	$T_b = 0,2$	$T_b = -0,1$	$T_b = 0,09$
					Duelo y pérdida (AIS)	$T_b = 0,5^*$	$T_b = 0,1$	$T_b = -0,06$

					Reconocimiento social y recompensa (AIS)	$T_b = 0,21$	$T_b = 0,1$	$T_b = 0,4^*$
					Relación con iguales/tolerancia a la pérdida (AIS)	$T_b = 0,4^*$	$T_b = 0,01$	$T_b = 0,02$
Hai-Xia et al., 2015, China	420 (100)	13,0	15,5	21,3	Edad	> entre 31-40 años**	> entre 31-40 años	< en mayores de 41 años
					Estado civil	> en casados**	> en solteros	Igual en solteros y casados
					Estado contractual	> en contratos fijos**	> en eventuales	< en contratos fijos
					Antigüedad laboral	> a más años de antigüedad*	> entre 4 y 10 años de antigüedad	< a más años de antigüedad**
					Satisfacción laboral	> en los más insatisfechos**	> en los más insatisfechos**	< en los más insatisfechos**
					Oportunidades de formación continuada	> en los que no la consideran adecuada*	> en los que no la consideran adecuada**	> en los que la consideran adecuada**
					Ingresos mensuales	< a mayores ingresos**	< a mayores ingresos	> a mayores ingresos

Jansen et al., 1996, Holanda	310 (91)	2,1 (0,8)	1,1 (0,6)	SD	SD	SD	SD
Lorenz y Guirardello, 2014, Brasil.	287 (1.00)	4,6 (5,7)	9,4 (3,0)	Autonomía (NWI)	r = 0,1*	r = 0,1	r = -0,2**
				Control sobre el ambiente de la práctica (NWI)	r = 0,4**	r = 0,1*	r = -0,1*
				Relación enfermero y médico (NWI)	r = 0,04	r = 0,1	r = -0,08
				Apoyo de la organización (NWI)	r = 0,3**	r = 0,2**	r = -0,2**
Navarro-González et al., 2015, España.	58 (48)	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Schaufeli, 1995, Holanda	64 (42)	17,5 (9,3)	4,8 (3,7)	SD	SD	SD	SD
Soto Cámara y Santamaría Cuesta, 2005, España	208 (83,8)	19,9 (8,0)	7,6 (3,5)	Sexo/género	Menor en mujeres	Menor en mujeres	Mayor en mujeres
				Edad	SD	r = 0,1*	SD
				Estado civil	Sin relación	Sin relación	Sin relación
				Hijos	Sin relación	Sin relación	Sin relación
				Realizar guardias vs. no realizarlas	Sin relación	Sin relación	Sin relación

				Contrato fijo vs. interinos y temporales	> en fijos*	Sin relación	Sin relación	Sin relación
				Antigüedad laboral	r = 0,4**	r = 0,1	SD	SD
				Presión asistencial	Sin relación	Sin relación	Sin relación	Sin relación
				Consumo tabaco y alcohol	Sin relación	Sin relación	Sin relación	Sin relación
				Estado subjetivo de salud general (GHQ-28)	r = 0,5***	r = 0,4**	r = -0,1*	r = -0,1*
Tomás-Sábado et al., 2010, España	146 (67)	17,5 (9,7)	4,8 (4,3)	Riesgo suicida (RS)	r = 0,1*	r = 0,1	r = -0,2*	r = -0,2*
				Ansiedad (KUAS)	r = 0,4**	r = 0,1*	r = -0,1	r = -0,1
				Depresión (SDS)	r = 0,4**	r = 0,2**	r = -0,3**	r = -0,3**
				Autoestima (RSES)	r = 0,1	r = -0,2*	r = 0,2**	r = 0,2**
Vilá Falgueras et al., 2015, España	345 (44,5)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

---

AIS: *AIDS Impact Scale*; CE: cansancio emocional; D: despersonalización; DT: desviación típica; GHQ-28: *General Health Questionnaire-28*; HSS: *MBI Human Services Survey*; KUAS: *Kuwait University Anxiety Scale*; NSQ: *Nursing Self-Concept Questionnaire*; NWI: *Nursing Work Index*; OCS: *Organisational Commitment Scale*; r: correlación de Pearson; RP: realización personal; RS: Escala de Riesgo Suicida; RSES: *Rosenberg Self-Steem Scale*; SDS: *Self-Rating Depression Scale*; SD: sin datos; SPOS: *Perceived Organisational Support Scale*; T<sub>b</sub>: coeficiente de correlación de Kendal Tau. \*p 0,05\*\* p. 0,01\*\*\* p. 0,001

### 3.4.2 Prevalencias de niveles bajos, medios y altos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en enfermeras de atención primaria.

El burnout en su nivel más alto está presente en profesionales que presentan alto nivel de CE y D, y bajo nivel de RP.

Respecto al CE, en la mayoría de estudios el porcentaje de muestra más alto se encuentra en niveles de CE bajos o medios. En cuanto a los niveles altos de CE, los estudios informan de una prevalencia entre el 23,3 y el 31,3% de la muestra (Faura, Roige, Serra, Ortega, Monegal & Roige, 1995; Hayter, 1999; Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005; Tomás-Sábado, Maynegre-Santaularia, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero & Granell-Navas, 2010; Vilà Falgueras, Cruzate Muñoz, Orfila Pernas, Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015) a excepción del trabajo de Navarro-González et al. (2015) con un 5,2%. En niveles medios de CE encontramos estudios que informan de porcentajes superiores al 30% de la muestra (Faura, Roige, Serra, Ortega, Monegal & Roige, 1995; Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005; Tomás-Sábado, Maynegre-Santaularia, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero & Granell-Navas, 2010).

En cuanto a la D, salvo el estudio de Soto Cámara y Santamaría Cuesta (Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005), en el que un 32,2% de la muestra presenta niveles altos, los demás estudios informan de niveles altos en porcentajes menores al 15%. Sin embargo, en niveles medios de D, se encuentran prevalencias más altas con porcentajes del 67,4% (Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005) o del 39,1% (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaularia, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero & Granell-Navas, 2010).

Por último, los estudios informan de prevalencias de nivel bajo de RP del 92,8%(Soto Cámara R., & Santamaría Cuesta I. 2005), el 20%( Hayter, M. 1999), el 17,2% (Navarro-González, Ayechu-Díaz & Huarte-Labiano, 2015) o inferiores al 10% (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaularia, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero & Granell-Navas, 2010; Vilà Falgueras, Cruzate Muñoz, Orfila Pernas, Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015).

La información sobre prevalencia de niveles de CE, D y RP bajos, medios y altos se incluye en la tabla 2.

**Tabla 2.**

*Prevalencia de niveles bajos, medios y altos para las dimensiones del Maslach Burnout Inventory en enfermeras de atención primaria (n = 6)*

Autor, año y país del estudio.	CE (%)			D (%)			RP (%)			N
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
Faura et al., 1995, España	42,2	34,5	23,3	-	-	-	-	-	-	116
Hayter, 1999, Inglaterra	56	17	27	97	3	0	20	27	53	30
Navarro-González et al., 2015, España	-	-	5,2	-	-	8,6	17,2	-	-	58
Soto Cámara y Santamaría Cuesta, 2005, España	26	45,2	28,8	0	67,4	32,2	92,8	7,2	0	208
Tomás-Sábado et al., 2010, España	43,2	32,9	23,9	47,9	39,1	13	9,6	22,6	67,8	146
Vilá Falgueras et al., 2015, España	-	-	31,3	-	-	14,8	4,3	-	-	345

CE: cansancio emocional; D: despersonalización; n: tamaño de la muestra; RP: realización personal.

### 3.4.3 Puntuaciones medias de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en enfermeras de atención primaria.

De los estudios incluidos, 6 no informaban sobre la prevalencia de niveles bajos, medios y altos de cada dimensión (Schaufeli, 1995, Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2015; Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2016; Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015;

Jansen, Kerkstra, Abu-Saad & Van der Zee, 1999; Lorenz & Guirardello, 2014) y solo indicaban puntuaciones medias de las 3 dimensiones.

En CE las medias de los estudios, tomando como referencia los cortes de puntuación del MBI, se sitúan la mitad en niveles medios y bajos (Schaufeli, 1995, Jansen, Kerkstra, Abu-Saad & Van der Zee, 1999; Lorenz & Guirardello, 2014) y la mitad en niveles altos de CE (Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2015; Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2016; Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015). En D, los estudios de Cao et al. (2015), Cao et al. (2016) y Hai-Xia et al. (2015) entran en el corte de nivel alto.

En RP la mitad de los estudios se sitúan en niveles bajos de RP (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015; Jansen, Kerkstra, Abu-Saad & Van der Zee, 1999; Lorenz & Guirardello, 2014). La tabla 1 informa sobre las medias y desviaciones típicas de las 3 dimensiones.

#### 3.4.4 Potenciales variables de riesgo o protectoras del burnout en enfermeras de atención primaria.

Respecto a las variables sociodemográficas, hay estudios que informan de que la edad tiene relación con las 3 dimensiones del burnout, siendo mayor el CE y la D en las personas entre 31-40 años que en aquellos de menor o mayor edad, y siendo menor la RP conforme aumenta la edad; sin embargo, las diferencias solo son estadísticamente significativas en CE (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015). Otros autores, solo indican una relación estadística significativa en el aumento de D con el aumento de la edad (Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005). En el estado civil solo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en CE, siendo mayor en casados que solteros (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015), aunque otros autores informan de que no existe relación (Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005). Tener hijos también ha sido valorado como potencial variable de riesgo del burnout, aunque parece no tener relación estadísticamente significativa (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015). La información sobre la relación entre las variables sociodemográficas y el burnout se muestra en las 4 últimas columnas de la tabla 1.

Con relación a las variables laborales, hay estudios que muestran relaciones estadísticamente significativas. Las enfermeras con contratos fijos presentan mayor CE (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia, & Gui-Ru, 2015; Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005). La antigüedad laboral parece aumentar el CE (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015; Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005) y disminuir la RP (Soto Cámara & Santamaría Cuesta, 2005). Por el contrario, las enfermeras con más sueldo presentan menos CE (Soto Cámara R., & Santamaría Cuesta I., 2005) aquellas con mayor apoyo de la organización y mejores relaciones interprofesionales tienen menos CE y D (Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2015; Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2016; Lorenz & Guirardello, 2014). Las enfermeras más satisfechas laboralmente presentan también menos burnout (Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015). Los datos sobre probables factores de riesgo laborales y el burnout se exponen en las 4 últimas columnas de la tabla 1.

Por último, tomando como referencia las variables psicológicas, hay estudios que informan de que mayores niveles de ansiedad y depresión se relacionan con mayores niveles de burnout de forma significativa (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaularia, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero & Granell-Navas, 2010). Por el contrario, las enfermeras con capacidad de liderazgo, buen autoconcepto y buena capacidad de comunicación presentan menores niveles de CE y D (Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2015). En la tabla 1, en las 4 últimas columnas, se detalla la información sobre la relación de las variables psicológicas y el burnout.

### **3.5 Discusión.**

Investigaciones secundarias en servicios como urgencias y oncología muestran la importancia de analizar el burnout en servicios específicos, sin embargo, el número de estudios sobre burnout de enfermería en esos servicios es mayor que en AP (Adriaenssens, de Gucht & Maes, 2015; Albendín-García, Gómez-Urquiza, Cañadas-De la Fuente, Cañadas, San Luis & Aguayo, 2016; Gómez-Urquiza, Aneas-López, De la Fuente-Solana, Albendín-García, Díaz-Rodríguez & Cañadas-De la Fuente, 2016). Esta diferencia puede deberse al hecho de que se perciba la AP como un servicio menos propenso al burnout dado que se suelen tratar pacientes menos complicados e inestables. Sin embargo, el interés por el burnout en enfermeras de AP parece estar creciendo, concentrándose la mitad de los

estudios localizados en esta revisión en los últimos 2 años (Vilà Falgueras, Cruzate Muñoz, Orfila Pernas, Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015; Navarro-González, Ayeche-Díaz & Huarte-Labiano, 2015; Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2015; Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2016; Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015; Lorenz & Guirardello, 2014), algo lógico ya que la tendencia en los últimos años ha sido incrementar la carga asistencial en este servicio (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza, Borrell, 2014). Teniendo en cuenta esta tendencia, los objetivos de esta revisión fueron conocer posibles variables de riesgo o protectoras del burnout, así como los niveles del síndrome en enfermeras de AP.

Entre los estudios revisados, las prevalencias de burnout alto en cada una de las dimensiones varían, lo que también ocurre en revisiones similares en otros servicios (Adriaenssens, de Gucht & Maes, 2015; Albendín-García, Gómez-Urquiza, Cañadas-De la Fuente, Cañadas, San Luis & Aguayo, 2016; Gómez-Urquiza, Aneas-López, De la Fuente-Solana, Albendín-García, Díaz-Rodríguez & Cañadas-De la Fuente, 2016). La variabilidad puede deberse al año de realización del estudio. Este no parece influir en las prevalencias del CE alto, sin embargo, sí puede observarse una tendencia a una mayor RP en la actualidad y una estabilización de la D alta en torno al 10 y 15% de la población de enfermeros de AP en los últimos 5 años.

Las variabilidades en las prevalencias también pueden deberse a los distintos países de realización de los estudios o a los territorios de un país, además de los puntos de corte según el MBI sea original o adaptación, y a las características psicométricas de tales adaptaciones (Aguayo, Vargas, de la Fuente & Lozano, 2011). Este hecho puede influir en el síndrome, ya que cada país tiene unas determinadas características en su sistema sanitario, y dentro de cada uno existen diferencias respecto a competencias, planes de formación, cargas de trabajo y retribución de enfermería (Hasselhorn, Tackenberg & Mueller, 2003; Van der Schoot, Ogińska & Estryn-Behar, 2003). Respecto a la localización, los países con enfermeras de AP con más burnout parecen ser China y España, mientras que Holanda e Inglaterra muestran niveles menores, aunque debe valorarse que los estudios de China y España son más actuales.

Atendiendo a variables sociodemográficas, las enfermeras más jóvenes presentan menos burnout; en sus inicios los trabajadores se encuentran motivados, lo que contribuye a disminuir el CE y la D, y a establecer una mejor relación con sus pacientes (Anagnostopoulos, Liolios, Persefonis, Slater, Kafetsios & Niakas, 2012). Así mismo, los solteros parece que presentan menos CE, ya que estar libre de cargas familiares facilita los comienzos cuyos primeros destinos son inciertos (Dyrbye, Liseotte, Shanafelt Tait, Balch Charles, Satele & Freischlag, 2010).

Con respecto a las variables laborales, el personal con mayor antigüedad y con contrato fijo sufre más CE, ya sea por monotonía (Cañadas, San Luis, Lozano, Vargas, García & De la Fuente, 2014), estrés (Galdikiene, Asikainen, Balciunas & Suominen, 2014) o sobrecarga laboral (Cañadas de la Fuente, Vargas, San Luis, García, Cañadas & de la Fuente, 2015; Deschamps Perdomo, Olivares Román, de la Rosa Zabala & Asunsolo del Barco, 2011). Un buen ambiente de trabajo, basado en buenas relaciones con los compañeros (Galdikiene, Asikainen, Balciunas & Suominen, 2014), respaldado por la organización (Koinis, Giannou, Drantaki, Angelaina, Stratou & Saridi, 2015; Feliciano, Kovacs & Sarinho, 2015) y una buena remuneración (Chang, Shyu, Wong, Friesner, Chu & Teng, 2015; Salehi, Javanbakht & Ezzatabadi, 2014), mejoran la motivación del trabajador incluso en condiciones poco favorables (Teles, Barbosa, Vargas, Gomes, Ferreira & Martins, 2014), ayudando a prevenir la aparición del burnout. En definitiva, la satisfacción laboral es fundamental para conseguir trabajadores menos propensos a padecer burnout y más eficientes. (De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Bennasar-Veny, Artigues-Vives, Perello-Campaner & Gómez-Picard, 2012; Munyewende, Rispel & Chirwa, 2014; Zhang, You, Liu, Zheng, Fang & Lu, 2014).

En cuanto a las variables psicológicas, enfermeras de AP con niveles altos de ansiedad y depresión han mostrado mayores niveles de burnout. Obviamente, ambientes de trabajo duros y hostiles (Gascon, Leiter, Andrés, Santed, Pereira, & Cunha, 2013) dificultan el desempeño laboral, desencadenando un estado de frustración que no hace sino empeorar. (Feliciano, Kovacs & Sarinho, 2015), disminuyendo su calidad de vida (Teles, Barbosa, Vargas, Gomes, Ferreira & Martins, 2014), y llegando a abandonar el trabajo (Gascon et al., 2013) e incluso a tener ideas suicidas (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaularia, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero & Granell-Navas, 2010). De ahí la

importancia de intervenciones que ayuden al personal a afrontar situaciones que desemboquen en el padecimiento del burnout (Salehi, Javanbakht & Ezzatababdi, 2014).

### 3.5.1 Limitaciones del estudio.

No se ha utilizado la metodología metaanalítica por falta de un número adecuado de estudios que analicen los distintos factores de riesgo, lo que sería conveniente realizar cuando la cantidad de investigaciones lo permita. Debido a que los trabajos revisados son descriptivos, el nivel de evidencia de los estudios es bajo, aunque estos son adecuados para analizar prevalencias y relacionar variables y su integración en un trabajo de revisión sistemática, como el realizado. Las diferencias respecto a los países de realización de los estudios y su año de publicación han de ser tenidas en cuenta en la interpretación de los resultados. Respecto al posible sesgo de publicación, ha tratado de minimizarse mediante la búsqueda de Literatura gris en diferentes bases de datos. Por último, han de ser tenidos en cuenta los posibles sesgos de los estudios incluidos en la revisión, hecho que ha intentado controlarse mediante la lectura crítica de los estudios antes de su inclusión.

En conclusión, una parte importante de los profesionales de enfermería de AP padecen niveles medios o altos de CE y D, así como baja RP, estando así en alto riesgo de sufrir burnout. Según lo encontrado en la literatura, variables como edad, tipo de contrato, sueldo, satisfacción laboral, ansiedad y depresión pueden ser factores relacionados potencialmente con el desarrollo del síndrome, y deberían ser considerados en la prevención del síndrome en estos profesionales, pudiendo así contribuir a una mejora en la calidad asistencial del sistema de salud y sus beneficiarios.

De las 3 dimensiones que caracterizan el síndrome de burnout, el cansancio emocional alto es la más presente en los enfermeros de atención primaria, con prevalencias que varían principalmente entre el 23,3 y el 31,3%. La baja realización personal es la otra dimensión más afectada en estos profesionales, con prevalencias entre el 10 y el 20%, pero llegando a afectar en algunos estudios al 92% de la población. La despersonalización alta es la dimensión con menor afectación, mostrando prevalencias de profesionales afectados por ella entre el 8 y el 14%.

Existen relaciones estadísticamente significativas entre el burnout y variables que pueden ser potenciales factores de riesgo. Destacan, entre otras, ser de mayor edad, estar casado, los contratos fijos, la antigüedad laboral, el mal ambiente en la institución sanitaria, las malas relaciones interprofesionales, la ansiedad y la depresión.

Hay variables que podrían ser potencialmente protectoras frente al desarrollo del burnout, con resultados de relación estadísticamente significativos, como el buen autoconcepto del profesional, la comunicación y buena relación con el equipo, la satisfacción laboral, la autonomía profesional, el apoyo de la organización o un sueldo más alto.



***CAPITULO 4***

***EL SÍNDROME DE***

***BURNOUT Y SU***

***PREVALENCIA EN***

***ENFERMERÍA DE***

***ATENCIÓN PRIMARIA: UN***

***META-ANÁLISIS***

**Como citar:**

Monsalve-Reyes, C., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J., Albendín-García, L., Aguayo, R. & Cañadas, G. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC family practice*, 19(1), 59-59

**Palabras claves:** Agotamiento; Enfermería Profesional; Metanaálisis; Enfermería; Atención Primaria de salud



#### **4.1 Resumen.**

Antecedentes: el síndrome de burnout es un problema importante en los profesionales de enfermería. Aunque, la unidad donde trabajan las enfermeras puede influir en el desarrollo del agotamiento. Las enfermeras que trabajan en unidades de atención primaria pueden correr un mayor riesgo de agotamiento.

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia del agotamiento emocional, la despersonalización y el bajo rendimiento personal en las enfermeras de atención primaria.

Métodos: Realizamos un meta-análisis. Se realizaron búsquedas en las bases de datos de Pubmed, CINAHL, Scopus, Scielo, Proquest, CUIDEN y LILACS hasta septiembre de 2017 para identificar estudios transversales que evaluaran el agotamiento de las enfermeras de atención primaria con el Inventario de Burnout de Maslach. La búsqueda se realizó en septiembre de 2017.

Resultados: Después del proceso de búsqueda,  $n = 8$  estudios se incluyeron en el metanálisis, que representa una muestra total de  $n = 1110$  enfermeras de atención primaria. La alta prevalencia de agotamiento emocional fue del 28% (95% del intervalo de confianza = 22–34%), la alta despersonalización fue del 15% (95% del intervalo de confianza = 9–23%) y del 31% (95% del intervalo de confianza = 6–66%) para bajo logro personal.

Conclusiones: los problemas como el agotamiento emocional y el bajo rendimiento personal son muy comunes entre las enfermeras de atención primaria, mientras que la despersonalización es menos frecuente. Las enfermeras de atención primaria son un grupo de riesgo de agotamiento.

#### **4.2 Introducción.**

El desarrollo del burnout en los profesionales sanitarios ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, ya que la cantidad de estresores diarios presentes en el medio hospitalario, los convierte en una de las profesiones con mayor riesgo de padecer el síndrome de burnout (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Peterson, Demerouti, Bergstrom, Asberg & Nygren,

2008; Wood & Killion, 2007). Además, las relaciones y el contacto continuado con los pacientes y sus familias pueden ser difíciles en ocasiones, favoreciendo el desarrollo del burnout (Sablik, Samborska-Sablik, & Drozd, 2013).

La definición más aceptada internacionalmente del burnout en la actualidad fue la elaborada por Maslach & Jackson (1981), que lo identificaban como un síndrome tridimensional en el que la persona padece cansancio emocional (CE), tiene un trato cínico y pensamientos negativos hacia los pacientes, conocido como despersonalización (D), y, por último, presenta una baja realización personal (RP) con respecto a su trabajo. La importancia del síndrome radica en que sus efectos negativos afectan al profesional que lo padece (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009), a la propia institución sanitaria y a la calidad de la atención y la calidad de los cuidados (Shanafelt et al., 2010; Teng, Shyu, Chiou, Fan, & Lam, 2010).

En el entorno hospitalario, enfermería es una de la más afectadas por el burnout (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) y por este motivo, se han realizado numerosas investigaciones para conocer los diferentes factores protectores o de riesgo. Por ejemplo, se han evaluado algunos factores sociodemográficos como la edad, el género, o el estado civil y su influencia (Gómez-Urquiza et al., 2017; Ayala & Carnero, 2013). También se han estudiado factores psicológicos como los cinco grandes rasgos de personalidad (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) o factores laborales como la antigüedad laboral o la satisfacción laboral (Cañadas-De la Fuente et al., 2016; Dickinson & Wright, 2008; Vargas et al., 2014).

La atención sobre los factores de riesgo también se ha centrado en el papel que puede estar jugando sobre el burnout de las enfermeras el servicio en el que trabajan. Las tareas diarias de una enfermera y el tipo de pacientes que trata varían en función del servicio o unidad en el que trabajan, por ello, los niveles de burnout varían en función de que la enfermera trabaje en oncología (Gómez-Urquiza et al., 2016) urgencias (Albendín et al., 2016) o cuidados intensivos (Chuang, Tseng, Lin, Lin, & Chen, 2016) debido a sus diferentes tareas diarias, pueden experimentar diferentes niveles y tasas de prevalencia de agotamiento.

Atención primaria es una unidad muy diferente respecto a las unidades hospitalarias, ya que se tratan y previenen patologías crónicas a un cupo de pacientes asignado. La atención

primaria de salud se proporciona en en la propia comunidad y durante largo periodos de tiempo (Girard, Hudon, Poitras, Roberge, & Chouinard, 2017; Gómez-Urquiza et al., 2017). Frente a la corta estancia y variabilidad de los pacientes presente en el medio hospitalario. A pesar de que el burnout y sus factores de riesgos como la edad, la antigüedad laboral, la ansiedad y la depresión, en estos profesionales ha sido estudiado (Gómez-Urquiza et al., 2017), existe una alta variabilidad en los resultados de prevalencia informados por los estudios, con algunos autores que informan una EE alta de 5,2% (Navarro-González, Ayechu-Díaz, & Huarte-Labiano, 2015) mientras que otros reportan 31,3% (Vilà Falgueras M., Cruzate Muñoz C., Orfila Pernas F., Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015 ). Se producen situaciones similares con alto DP y bajo AP, donde algunos autores encuentran que el 92,8% de la muestra tiene bajo AP ( Soto Camara & Santamaría, 2005) y otros encuentran un 4,3% de la muestra con bajo AP (Vilà Falgueras M., Cruzate Muñoz C., Orfila Pernas F., Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015).

Por lo que resulta difícil conocer la verdadera afectación por el burnout de estas enfermeras. Que sepamos no existe ningún meta-análisis que haya resuelto la controversia sobre los niveles de burnout en enfermeras de atención primaria, algo que sí ha ocurrido con la enfermería de urgencias (Gómez-Urquiza et al., In press) o los profesionales de oncología (Trufelli et al., 2008).

Por ello, el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática y conocer meta-analíticamente la prevalencia de CE alto, D alta y baja RP en profesionales de enfermería de atención primaria. Por lo tanto, la pregunta que guió este metanálisis fue: ¿Cuál es la tasa de prevalencia de alta CE, D alta y Baja RP en enfermeras de atención primaria?

### **4.3 Método.**

#### 4.3.1 Fuentes de información y ecuación de búsqueda.

Siguiendo las recomendaciones PRISMA se realizó un meta-análisis (Urrútia & Bonfill, 2010).

### *Búsqueda y selección de los estudios*

Las ecuaciones de búsqueda que se usaron fueron: "burnout AND primary care nursing", "burnout AND family nursing", "burnout AND community health nursing" y "burnout AND district nursing". La búsqueda se llevó a cabo en mayo del año 2017. Se consultaron las siguientes bases de datos de literatura científica: Pubmed, CUIDEN, CINAHL, LILACS, Proquest, Scopus y Scielo.

#### 4.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.

Como criterios de inclusión se estableció que los estudios debían ser primarios, de tipo cuantitativo, con muestra de enfermeras de atención primaria y que aportasen datos de prevalencia del burnout medido con el MBI (Maslach, 1981). Los estudios debían además estar publicados en inglés, español o portugués y no se estableció restricción por la fecha de publicación.

#### 4.3.3 Codificación de los resultados y análisis de la información.

Dos miembros del equipo de investigación, de forma independiente, realizaron la búsqueda y selección de los estudios para asegurar la fiabilidad del proceso. En caso de desacuerdo, un tercer miembro del equipo era consultado. El proceso de selección se hizo con la lectura de título y resumen, después el texto completo y a continuación la lectura crítica para valorar que los estudios a incluir no contenían sesgos metodológicos. Una vez los estudios eran incluidos se realizaba una búsqueda inversa y hacia delante usando estos como base.

La valoración de la calidad metodológica, ya que todos los estudios eran descriptivos transversales, se llevó a cabo con el checklist de Ciapponi (2010), utilizando los ítems correspondientes a la validez interna: 2, 3, 4, 5, 6, 15, 16, 17 y 18.

Las variables de estudio que se recogieron fueron: a) apellidos del primer autor; b) fecha de publicación; c) idioma del estudio; d) país donde se ha realizado la investigación; e) metodología de estudio; f) tipo de muestreo; g) tipo de MBI (Human Services Survey vs General Survey); h) muestra de enfermeras de atención primaria i) muestra de enfermeras de

atención primaria con CE alto; j) muestra de enfermeras de atención primaria con D alta; k) muestra de enfermeras de atención primaria con baja RP. Estos datos fueron recogidos mediante un Manual de Codificación.

El coeficiente de correlación intraclase y el coeficiente Kappa de Cohen se utilizaron para valorar la fiabilidad de la codificación de los datos, siendo su valor medio respectivamente, de 0.99 (mínimo = 0.98; máximo = 1) y de 0.97 (mínimo = 0.95; máximo = 1).

Para el análisis de datos se utilizó el programa StatsDirect con el paquete de meta-análisis.

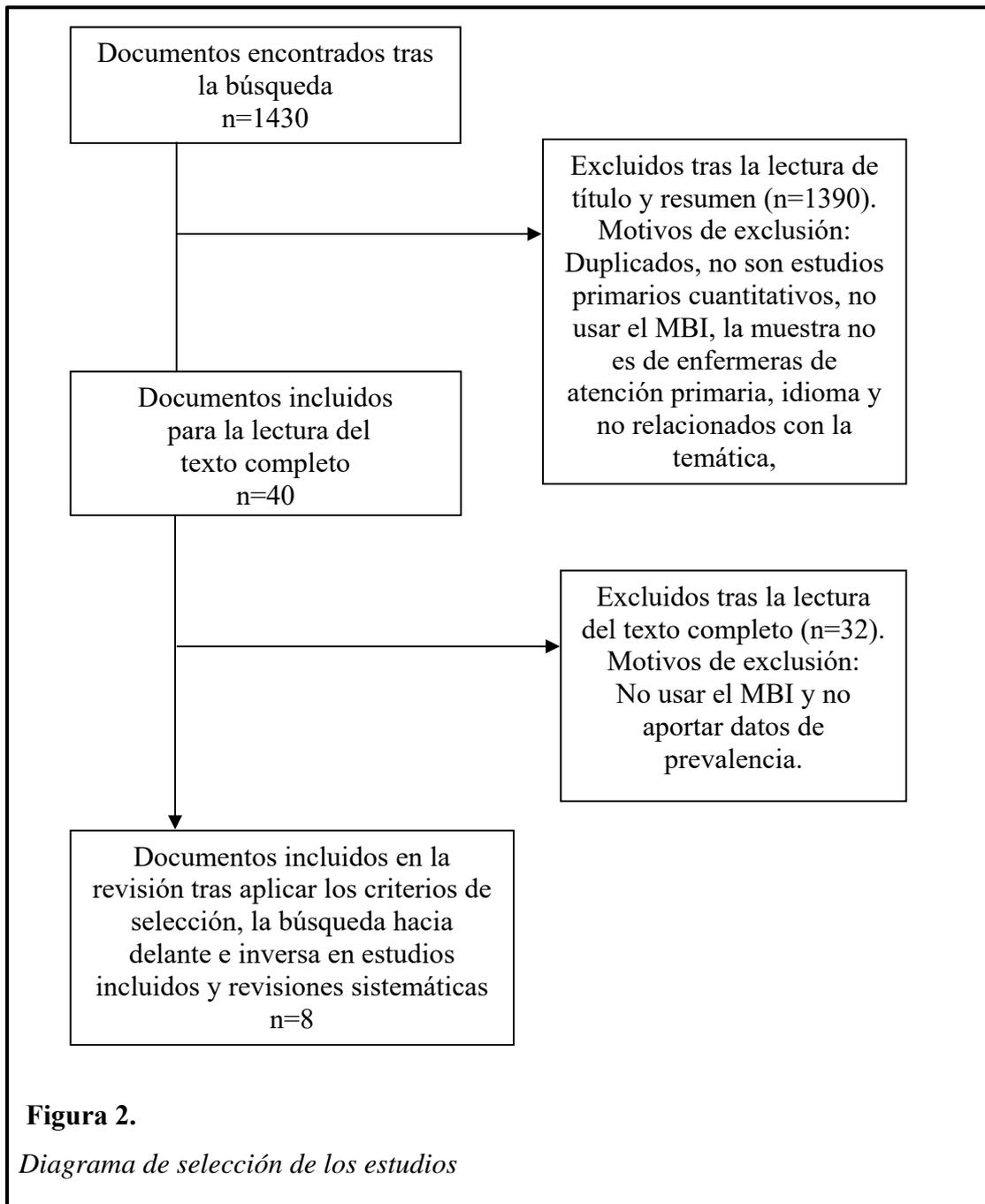
Se realizó un análisis del sesgo de publicación mediante la prueba de regresión lineal de Egger y también un análisis de sensibilidad para valorar que ninguno de los estudios incluidos producía cambios significativos en los resultados cuando era excluido.

La prevalencia y los intervalos de confianza de cada dimensión del burnout se calcularon con 3 meta-análisis independientes de efectos fijos. El análisis de heterogeneidad de la muestra se realizó con la prueba  $Q$  de Cochran y el índice  $I^2$ .

#### **4.4 Resultados.**

Tras la búsqueda se obtuvieron n=1430 resultados, que fueron finalmente reducidos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión a n=8 para CE y n=7 para D y baja RP (Navarro-González, Ayechu-Díaz, & Huarte-Labiano, 2015; Vilà Falgueras M., Cruzate Muñoz C., Orfila Pernas F., Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015; Soto Camara & Santamaría: Das Mercedes, Cordeiro, Santana, Lua, Silva, Alves, et al., 2016; Faura, Roige, Serra, Ortega, Monegal, & Roige, 1995; Hayter, 1999; Holmes, Santos, Farias & Costa, 2014).

El proceso de selección se muestra en la Figura 2.



El 100% de los estudios fueron de tipo descriptivo transversal y utilizaron la versión HSS del MBI. Solo uno de los estudios utilizó un muestreo aleatorio y el 75% de los estudios eran de Europa. Las características de los estudios se muestran en la tabla 3.

**Tabla 3:***Características de los estudios incluidos (n=8)*

Autor, año, País	Tipo de estudio; Método de muestreo	Tipo de MBI	Tamaño de la muestra (% de mujeres; % de la tasa de respuesta)	n con alto EE	n con alta DP	n con baja PA
Das Mercedes et al, 2016. Brasil.	O; Intencional	HSS	n=28 (100%; 90,32%)	8	6	13
Faura et al, 1995, España.	O; Intencional	HSS	n=116 (90.5%; ND)	27	>	.
Hayter, 1999. Inglaterra.	O; Intencional	HSS	n =30 (80%; 94%)	8	0	6
Holmes et al., 2014. España.	O;Aleatorio	HSS	n =45 (100%; 100%)	24	5	5
Navarro- Gonzalez et al., España.	O; Intencional	HSS	n=178 (73,3%;48%)	28	33	84
Soto Camara et al., España	O; Intencional	HSS	n=208 (86.5%: 83,87%)	60	67	193
Tomas-Sabado et al., 2010. España.	O; Intencional	HSS	n=160 (89.7%; 67%)	35	19	14
Vila Faguera et al, 2015. España.	O; Intencional	HSS	n = 345 (80.2%; 44.5%)	108	51	15

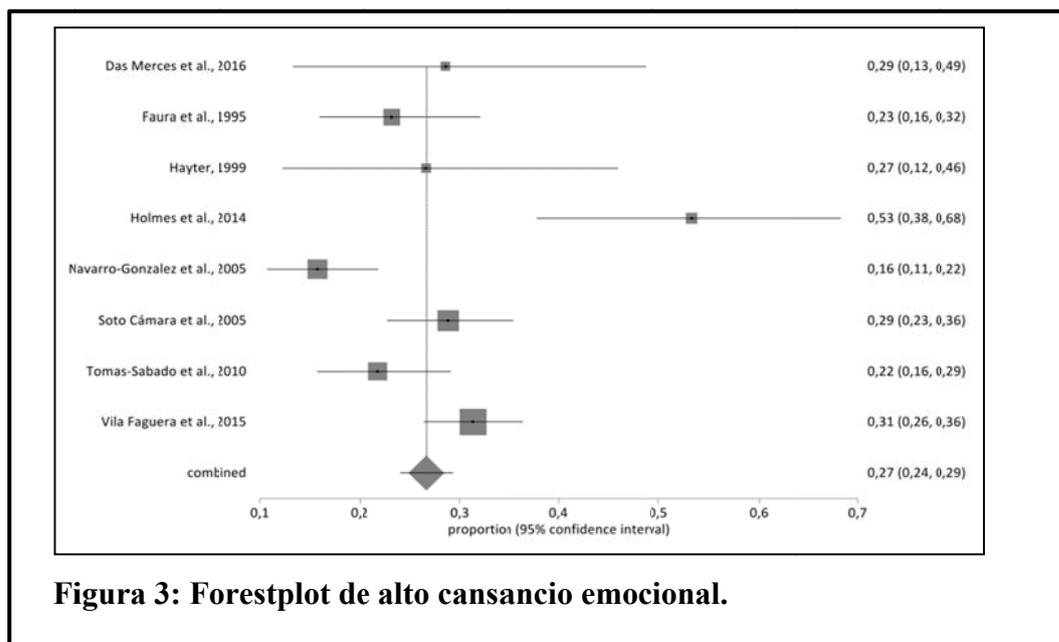
*DP**Despers**onaliza**ción,**EE*

Agotamiento emocional, *HSS* Encuesta de servicios humanos, *MBI* Inventario de Burnout de Maslach. *ND* Sin datos. *O* Observación. *PA* Realización personal

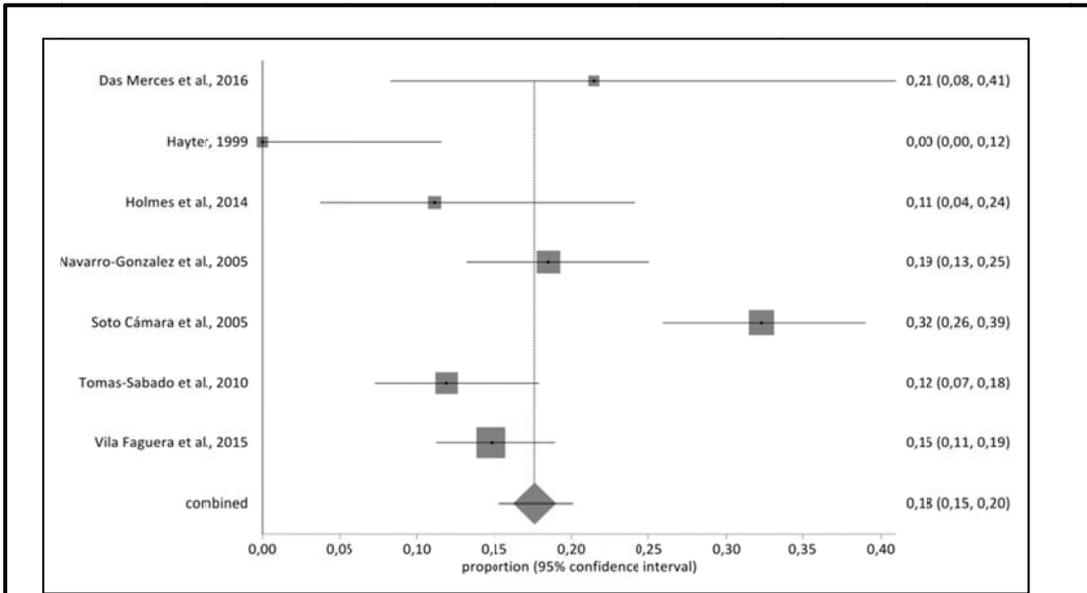
Al analizar la influencia de cada estudio sobre el resultado global mediante el análisis de sensibilidad, no se encontraron cambios en las prevalencias que fuesen estadísticamente significativos. Igualmente, el análisis del sesgo de publicación no mostró resultados estadísticamente significativos, siendo la puntuación de regresión lineal de Egger de 1.66 ( $p=0.43$ ). para CE alta, 1.09 ( $p=0.77$ ) para D alta y 5.29 ( $p=0.67$ ) para RP baja .

El valor  $Q$  de Cochran para CE fue de 33.10 ( $p<0.001$ ), 46.31 ( $p<0.001$ ) para D y en RP su valor fue 697.45 ( $p<0.001$ ). El índice  $I^2$ , mostró una alta heterogeneidad, fue del 78.9% para CE, 87% para D y 99.1% para RP, mostrando una alta heterogeneidad.

La muestra total de enfermeras de atención primaria para el meta-análisis fue de  $n=1110$ . Los valores de prevalencia obtenidos en el meta-análisis para CE alto fueron del 28% (95% CI=22%-34%). La figura 3 muestra el diagrama de CE alto.

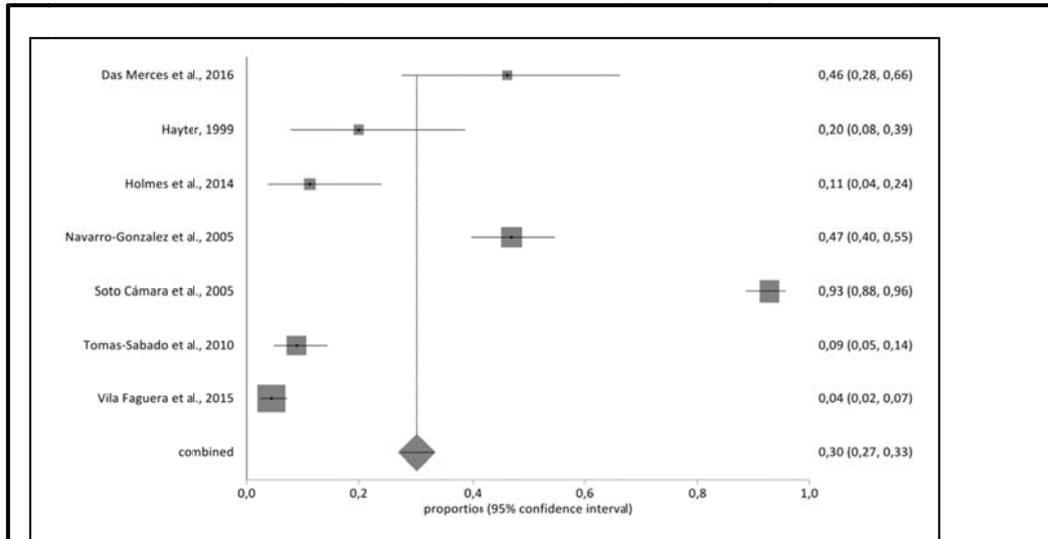


En la dimensión de la despersonalización, la tasa de prevalencia fue del 15% (IC 95%: 9% - 23%). La gráfica es de alta D se muestra en la figura 4.



**Figure 4: Forestplot de alta despersonalización**

Finalmente, se encontró un 31% ( IC 95%: 6%-66%). La figura 5 muestra el diagrama de baja RP.



**Figura 5: Forestplot baja realización personal**

#### **4.5 Discusión.**

Los resultados del meta-análisis muestran que la dimensión más afectada del burnout en las enfermeras de atención primaria es la falta de realización personal, estando presente en un 31% de la muestra. El cansancio emocional es la segunda dimensión más afectada con valores que se encuentran con un 28% de la muestra. Por último, la dimensión menos prevalente en las enfermeras de atención primaria es la despersonalización, siendo su prevalencia del 15%.

Que sepamos, no se ha realizado previamente un meta-análisis sobre la prevalencia del burnout en enfermeras de atención primaria. Estudios meta-analíticos similares sobre la prevalencia del burnout en enfermeras de urgencias (Gómez-Urquiza et al., 2017) o enfermeras de oncología (Cañadas de la Fuente, et al 2018). Los estudios de metanálisis mostraron valores muy cercanos de CE y baja RP, siendo la prevalencia en esta población de 31% y del 29% respectivamente, sin embargo, la presencia de despersonalización es el doble con respecto a las enfermeras de atención primaria, siendo del 36% (Gómez-Urquiza et al., 2017). Sin embargo, un meta-análisis con oncólogos mostró mayor CE y D y mayor RP que las enfermeras de atención primaria (Cañadas de la Fuente, et al 2018). Que las enfermeras de atención primaria despersonalicen menos que las de urgencias es algo esperable, ya que en este servicio las enfermeras siguen la evolución de pacientes crónicos durante años, visitando a los pacientes incluso en sus domicilios y en su comunidad. Lo que puede favorecer la empatía y el establecimiento de una relación cercana con el paciente, algo vital para la calidad de los cuidados (Bikker, Fitzpatrick, Murphy, & Mercer, 2015).

La importante afectación del cansancio emocional y la realización personal que tienen en las enfermeras de atención primaria puede deberse, entre otros factores, a encontrarse en ocasiones con pacientes difíciles, demandantes de atención e hiperfrecuentadores de las consultas que alteran las rutinas del servicio y que tienen un impacto negativo sobre el profesional (Mas Garriga et al., 2003; Smits, Wittkamp, Schene, Bindels, & Van Weer, 2008; Zoboli, Dos Santos, & Schweitzer, 2016). Además, la importancia que está ganando la atención primaria en los servicios de salud y la creciente demanda de servicios en esta área, obliga a las enfermeras a enfrentar los nuevos desafíos y solicitudes que se generan, lo que aumenta la presión en su trabajo (Duhoux, Meneau, Charron, Lavoie-Tremblay & Alderson,

2007). A todo esto, debemos agregar las dificultades del trabajo de enfermería, como el contacto con personas vulnerables y familias en consulta y en los hogares de los pacientes (Souto Silva, De Carvalho Lira, Rodrigues Feijao, Fernandes Costa & De Madeiros, 2017), el aumento de la carga de trabajo o la falta de control sobre su propio entorno de trabajo (Regina Lorenz & De Brito Guirardello, 2014), lo que puede favorecer la CE y disminuir la RP.

#### 4.5.1 Limitaciones del estudio.

El número de estudios incluidos es bajo, porque no todos los estudios sobre el burnout en enfermeras de atención primaria aportan datos de prevalencia. Los estudios incluidos son todos descriptivos transversales, lo que influye en que el nivel de evidencia de los mismos sea bajo, a pesar de que es el diseño adecuado en estudios de prevalencia.

Además, los estudios incluidos, a pesar de cumplir con casi todos los elementos de la guía de lectura crítica, tienen tamaños de muestra pequeños. A esto, debemos agregar la alta heterogeneidad encontrada en los resultados, que puede deberse a los diferentes países donde se han realizado los estudios, porque los sistemas de salud de cada país tienen diferentes condiciones de trabajo, salario, turnos y competencias para la fuerza laboral de enfermería (Van der Shoot et al, 2003), que puede influir en el agotamiento de las enfermeras y debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados.

Investigaciones futuras deberían valorar de forma longitudinal los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos que puedan estar influenciando el desarrollo del síndrome en las enfermeras de atención primaria. También sería necesario conocer intervenciones que puedan favorecer la prevención y disminución del burnout en estos profesionales.

Por último, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, deberían llevarse a cabo acciones que promuevan un aumento de la realización personal de las enfermeras de atención primaria, con acciones que tienen efectos positivos como un aumento del empoderamiento profesional (Jennings, 2008) además de la creación de un liderazgo auténtico y la construcción de capacidades psicológicas positivas (Spence Laschinger & Fida, 2014).

#### **4.6 Conclusión.**

El cansancio emocional y la falta de realización personal son dos problemas presentes en los profesionales de enfermería de atención primaria siendo su prevalencia entre el 22 y el 34%. El trato cínico o despersonalización es menos prevalente en esta población, siendo del 15%, lo que indica que las enfermeras de atención primaria suelen tener un trato cercano y personalizado con sus pacientes.

*Capítulo 5*  
**INVESTIGACIÓN**  
**EMPÍRICA**



### **5.1. El síndrome de burnout en profesionales de enfermería de atención primaria de salud.**

Existen diversos estudios que han estudiado el Burnout en los profesionales de enfermería destacando, en general, altos niveles en las tres dimensiones del síndrome (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). La dimensión más afectada suele variar dependiendo de diversas variables moderadoras que pueden ser tanto sociodemográficas como psicológicas o laborales (Vargas et al., 2014). Estas últimas, son las que mayor variabilidad presentan en el colectivo enfermero, ya que, estos profesionales pueden ejercer su labor en diferentes ámbitos y en diversas áreas o servicios (Molina-Praena et al., 2018). Los ámbitos profesionales en enfermería son el asistencial, investigador, docente y de gestión. La mayoría de las enfermeras realizan una labor asistencial, enmarcada siempre en la institución correspondiente (hospital, centro de salud, etc.).

Existen dos grandes niveles asistenciales en el ámbito sanitario: por un lado, la atención especializada, que se desarrolla principalmente en los centros hospitalarios o centros de especialidades y consultas externas y, por otro lado, la atención primaria, ubicada en los centros de salud, consultorios y puntos de urgencias extra-hospitalarias (Segredo-Pérez, 2009). Los profesionales de enfermería trabajan en todos estos ámbitos, siendo esta cuestión un elemento importante a considerar cuando se desarrollan estudios de Burnout ya que, cada uno de estos ámbitos, da lugar a requerimientos diferentes y estrategias de trabajo distintas que, como ya comentamos en la introducción, tienen su reflejo en el conjunto de variables de carácter laboral que afectan al síndrome.

Dependiendo del área o servicio, el nivel de Burnout en las enfermeras varía sustancialmente. Esta variación no sólo afecta a la prevalencia, si no también, a otros aspectos como son la fase de Burnout en la que se encuentran los profesionales afectados, el grado de padecimiento, o incluso a la dimensión que se ve más afectada (Ramirez-Baena et al., 2019). Como ya hemos adelantado, se han estudiado ampliamente los niveles de Burnout en enfermeras de los servicios de urgencias (Albendín et al., 2016), UCI (Chuang et al., 2016; Epp, 2012), oncología (De la Fuente-Solana et al., 2017; Ostacoli et al., 2010), medicina interna (Gómez-Sánchez et al., 2009; Sadati et al., 2016), hemodiálisis (Karakoc et

al., 2017; Karkar et al., 2012), etc. Pero todos estos estudios se centran en los profesionales de atención especializada, sin existir referencias relativas a los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

La conferencia en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad urgente para que todos los gobiernos, profesionales sanitarios así como aquellos otros actores implicados en el desarrollo y la promoción de la salud, encaminasen sus acciones a la protección de todas las personas del mundo (WHO, 2019; Vilaseca & Sans, 2018). Esta declaración ha dado lugar a la aparición del concepto de Atención Primaria que se define como la asistencia sanitaria básica y esencial accesible para cualquier persona que forma parte de una comunidad, a través de medios plausibles para éstas, con un coste asequible para dicha comunidad y el país.

Haciendo balance del proceso de reorganización de los servicios sanitarios, se ha podido comprobar que aquellos países que han reorientado su sistemas sanitarios centrándose en la Atención Primaria han logrado alcanzar de forma más eficiente los objetivos de desarrollo sostenible, promoviendo la equidad y justicia social en la que se basa la cobertura sanitaria universal (Hone, Macinko & Millett, 2018).

La Atención Primaria cuenta con unas características diferentes a los centros hospitalarios: son centros ubicados en la comunidad, lo más cercano posible al medio natural de las personas a las que se atiende; esta atención está dirigida tanto a la salud como a la enfermedad a lo largo de toda la vida de la persona (niño, adolescente, adulto y anciano), desde que nace hasta que muere, atendiendo también a las familias como conjunto e incluso visitando el domicilio familiar (Vignolo et al., 2011).

Como se ha indicado en páginas anteriores, en la Atención Primaria, se puede considerar que la enfermera tiene una mayor autonomía en la realización de trabajo, lo que puede dar lugar a incrementos en factores relacionados con la realización personal y el sentimiento de autoeficacia (Del Pino-Casado et al., 2000; Duhoux et al., 2007; Girard et al., 2017; Stewart et al., 2018). Sin embargo, la falta de especialización, la diversidad de problemas a los que se atiende, el mayor número de agresiones o ser el punto de referencia de los pacientes, entre otros aspectos, son factores que favorecen el desarrollo del Burnout (Billeter-Koponen et

al., 2005; Cañadas-De la Fuente et al., 2016; Deschamps-Perdomo et al., 2011; García et al., 2017; Mas-Garriga, 2003; Ruger et al., 2004; Sandín-Vázquez et al., 2010; Starfiel & Aspachs, 2001).

Los profesionales de la Atención Sanitaria soportan un tipo de exigencia laboral que no es exactamente equiparable a la de otros profesionales del ámbito de la Salud. De hecho, los resultados obtenidos en el estudio meta-analítico indican que la prevalencia de altos niveles de Cansancio Emocional (CE) y Despersonalización (D) y bajos niveles de Realización Personal (RP) en enfermeras de atención primaria, se estima en el 22%, 15% y 34% (Monsalve-Reyes et al., 2018), siendo la D la dimensión menos afectada, siendo el CE y RP las más altas, no obstante, aún existe controversia en relación con esta información pues los pocos trabajos que se encuentran al respecto, dan información contradictoria. Así, mientras que algunos investigadores plantean el CE como la dimensión más importante (Cao et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2016; Hai-Xia et al., 2015; Holmes et al., 2014; Schaufeli, 1995; Vilá-Falgueras et al., 2015), otros por el contrario plantean más característico de estos profesionales la baja RP.

En relación con las variables sociodemográficas, laborales y psicológicas que puedan estar influenciando el desarrollo del síndrome en las enfermeras de atención primaria, nuestros estudios meta-analíticos también ponen de manifiesto la gran heterogeneidad de los resultados así como el escaso número de investigaciones dedicadas al ámbito de la Atención Primaria, ponen de relieve la necesidad de seguir desarrollando estudios primarios centrados en los factores específicos laborales, personales y/o de personalidad que definen a estos profesionales, cuestión a la que dedicaremos la investigación empírica que se presenta en este trabajo.

Así, los objetivos de esta parte de la investigación son:

1. Describir las variables socio-demográficas, laborales y psicológicas relacionadas con el Burnout en enfermeros de atención primaria del SAS.
2. Determinar los niveles de burnout y clasificar a estos profesionales según la fase del burnout progresivo en la que se encuentran.

3. Estimar la prevalencia de burnout y estudiar las relaciones existentes entre algunas variables socio-demográficas, laborales y psicológicas y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de Atención Primaria del SAS.
4. Establecer modelos predictivos de las tres dimensiones del Burnout a partir de las variables psicológicas consideradas en la muestra.

## **5.2 Método.**

### 5.2.1 Participantes.

Un total de 338 enfermeras del Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (España) forman la muestra de este estudio. La edad media es de 45.92 años (DT = 7.51), siendo el porcentaje de mujeres del 58%. Todos los participantes tenían estudios universitarios de Enfermería y estaban contratadas como enfermeras. La tasa de respuesta fue del 84.5%.

### 5.2.2 Instrumentos.

Se utilizó un cuadernillo de recogida de información, en el que se incluyeron variables sociodemográficas y laborales. Las variables sociodemográficas estudiadas han sido: sexo (hombre vs. mujer), edad (años), estado civil (soltero, casado, separado/divorciado y viudo) y número de hijos (no tiene hijos, un hijo, dos hijos, tres o más hijos). Las variables laborales recogidas han sido: turno laboral (fijo vs. rotatorio), realiza guardias (si vs. no); antigüedad en el puesto de trabajo (número de meses); y antigüedad en la profesión (número de meses).

El síndrome de Burnout fue medido utilizando el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1981) adaptado a población española (Seisdedos, 1997). El instrumento está formado por 22 ítems con respuesta tipo Lickert de 7 puntos, desde cero (nunca) a 6 (todos los días). El MBI, como ya se ha dicho, está formado por tres dimensiones: CE formado por 9 ítems, D con 5 ítems y RP con 8 ítems.

Para valorar el grado de Burnout se utilizaron los puntos de corte determinados para la población española. En el MBI se consideran puntuaciones altas en burnout aquellas que

corresponden a los puntos de corte: En CE puntuación superior a 24, puntuación superior a 9 en D y puntuación inferior a 33 en RP. Puntuaciones altas en Cansancio Emocional y Despersonalización y bajas en Realización Personal son indicativos de sufrir el síndrome de Burnout. Los coeficientes de fiabilidad para las escalas del MBI en la muestra son los siguientes: CE ( $\alpha = .91$ ), D ( $\alpha = .72$ ) y RP ( $\alpha = .86$ ).

Se ha utilizado el instrumento Revised NEO Personality Inventory (NEO-FFI) (Costa & McCrae, 1992) en la versión adaptada a población española (Costa & McCrae, 1999). El cuestionario está compuesto por cinco factores: Neuroticismo, Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión y Apertura, con un total de 60 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos, 12 ítems por cada dimensión. Se han calculado los coeficientes de fiabilidad para cada una de las dimensiones en la muestra de trabajo, obteniéndose los siguientes valores: Neuroticismo ( $\alpha = .83$ ), Amabilidad ( $\alpha = .80$ ), Responsabilidad ( $\alpha = .84$ ), Extraversión ( $\alpha = .82$ ) y Apertura ( $\alpha = .67$ ).

El Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano, García-Cueto & Lozano, 2007) para medir síntomas de Ansiedad y Depresión siguiendo los criterios del DSM-IV. Está compuesto por 45 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos, 19 ítems para la escala de Ansiedad y 26 para la escala Depresión. Los coeficientes de fiabilidad, en nuestra muestra son: Ansiedad ( $\alpha = .94$ ) y Depresión ( $\alpha = .96$ ).

### 5.2.3 Diseño y procedimiento.

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal y multicéntrico. Para la recogida de datos se contactó con el Sindicato de Enfermería (SATSE), que junto con personal del equipo de investigación especializados en la recogida de información fueron los encargados de informar a las enfermeras de Atención Primaria del Sistema Andaluz de Salud sobre la investigación, su finalidad y objetivos así como las medidas de confidencialidad aplicadas a la información obtenida. La participación de las enfermeras en el estudio era totalmente voluntaria, individual y anónima. El tiempo estimado para completar el cuadernillo es de 45 minutos. La recogida de datos fue realizada durante los meses de Enero y Junio de 2017. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Granada y se han seguido las consideraciones éticas de la Declaración de

Helsinki (2008). Los datos fueron tratados conforme a lo indicado en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD, 1999).

Análisis: Se han realizado análisis descriptivos para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Contrastes de hipótesis para grupos independientes para estudiar las diferencias en las dimensiones del MBI, utilizando como variables de agrupamiento las variables cualitativas del estudio. Se han estimado prevalencias de niveles altos de CE y D y bajos de RP y coeficientes de correlación de Pearson entre las variables cuantitativas. Los análisis se han realizado con el paquete estadístico SPSS 20.0.

### 5.3 Resultados.

#### 5.3.1 Estudio descriptivo y prevalencia estimada.

En la Tabla 4 se presentan porcentajes y frecuencias para los diferentes niveles de las variables cualitativas incluidas en el estudio. Respecto al Sexo el 58% eran mujeres, estaban casadas el 78.6% y el 84.6% tenía al menos un hijo. En las variables laborales, el 76.6% trabajaba en turno fijo (mañana, tarde o noche) y el 86.8% realizaba guardias.

**Tabla 4**

*Descripción de la muestra por categorías.*

Variable	Categoría	%
Sexo	Hombre	42
	Mujer	58
Turno	Fijo	76.6
	Rotatorio	23.4
Guardias	Si	68.8
	No	31.2
Estado civil	Soltero	14
	Casado	78.6
	Separado/Divorciado	6.3
	Viudo	0.9
Número de hijos	Sin hijos	15.4
	Un hijo	19
	Dos hijos	45.5
	Tres o más hijos	20.1

Se incluyen a continuación (tabla 5) los datos descriptivos de las variables cuantitativas. Entre los resultados obtenidos cabe destacar valores promedio considerablemente altos en los cuatro factores –extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad- de la personalidad, así como en depresión. También se obtienen datos de gran interés en las tres dimensiones del burnout; valores promedio muy cercanos al punto de cambio de nivel medio a alto, en CE y D y de nivel medio a bajo en la dimensión RP de la versión española del MBI.

**Tabla 5**

*Estadísticos descriptivos*

Variabes	Categorías/Subescalas	M	DT	Mínimo	Máximo
Edad		45.92	7.51	25	64
Situación Laboral	Antigüedad en el puesto	127.67	99.84	1	444
	Antigüedad profesional	273.66	91.38	12	505
NEO_FFI	Neuroticismo	27.96	8.33	12	53
	Extraversión	42.19	7.90	20	60
	Apertura	38.84	6.68	20	57
	Amabilidad	44.80	7.54	19	60
	Responsabilidad	46.73	7.37	20	60
CECAD	Ansiedad	36.43	11.66	19	69
	Depresión	50.05	17.03	26	102
MBI	Cansancio Emocional	17.70	11.92	0	54
	Despersonalización	7.59	6.25	0	29
	Realización Personal	36.59	8.90	2	48

La tabla 6 incluye el porcentaje de participantes de la muestra en cada uno de los niveles de Burnout. Resulta de especial interés el porcentaje de participantes que se encuentran en niveles altos de CE y D, y que presentan baja RP.

**Tabla 6***Descripción de los niveles de Burnout.*

Dimensión del Burnout	Nivel	%
Cansancio Emocional	Bajo	48
	Medio	25,4
	Alto	26,6
Despersonalización	Bajo	35,1
	Medio	27,6
	Alto	37,3
Realización Personal	Bajo	43
	Medio	28,6
	Alto	28,4

La tabla 7 muestra las estimaciones para la prevalencia de niveles bajos, medios y altos de CE, D y RP en la población de enfermeras de Atención Primaria del SAS. Como se aprecia en la tabla los valores de las estimaciones de las prevalencias de niveles altos en CE y D y bajos en RP son muy altas. Especial mención los datos que corresponden a nivel alto de D y nivel bajo de RP.

**Tabla 7***Estimación de la prevalencia de burnout por dimensiones*

Dimensiones del Burnout	Niveles	Prevalencia	Prevalencia estimada I.C. (95%)	
			Lim. Inferior	Lim. Superior
Cansancio Emocional	Bajo			
	Medio			
	Alto	27.1	22.4	31.8
Despersonalización	Bajo			
	Medio			
	Alto	37.1	31.9	42.1
Realización Personal	Bajo	49,8	44.5	55.2
	Medio			
	Alto			

La tabla 8 muestra, siguiendo los criterios de Golembiewski, la clasificación en virtud de la fase de evolución del trastorno.

**Tabla 8:**

*Clasificación de Burnout según las fases del modelo de Golembiewski*

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8
CE	B	B	B	B	A	A	A	A
D	B	A	B	A	B	A	B	A
RP	B	B	A	A	B	B	A	A
N	41	26	89	24	19	86	20	28
(%)	(12.31)	(7.81)	(26.73)	(7.21)	(5.7)	(25.83)	(6)	(8.41)

*Nota:* A= Alto; B= Bajo

### 5.3.2 Estudio relacional

Con la finalidad de estudiar la intensidad y la dirección de la relación entre Burnout y los factores del NEO-FFI y las escalas de ansiedad y depresión del CECAD se calcularon las correlaciones. La tabla 9 muestra los resultados.

**Tabla 9:**

*Coefficientes de correlación entre las variables psicológicas y Burnout*

	CE	D	RP
<b>NEO-FFI</b>			
Neuroticismo	.62**	.48**	-.42**
Extraversión	-.43**	-.38**	.49**
Apertura	-.08	-.21**	.25**
Amabilidad	-.45**	-.49**	.49**
Responsabilidad	-.42**	-.44**	.55**
<b>CECAD</b>			
Ansiedad	.67**	.47**	-.40**
Depresión	.69**	.48**	-.45**

\*\* =  $p < .001$

### 5.3.3. Estudio de factores de riesgo y modelos predictivos de Burnout

Para comparar los niveles en cada una de las dimensiones del Burnout, según las variables sociodemográficas género, turno, guardias, estado civil e hijos, se aplicó la prueba t de Student.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la escala D entre hombres y mujeres ( $t_{(331)} = 2.52$ ,  $p = .012$ ,  $d = 0.28$ ), presentando los hombres mayores niveles. En cuanto a la realización de guardias, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las escalas CE ( $t_{(232,646)} = 1.98$ ,  $p = .048$ ,  $d = 0.23$ ) y D ( $t_{(330)} = 2.85$ ,  $p = .005$ ,  $d = 0.31$ ), presentando mayor puntuación en CE y D las enfermeras que realizaban guardias.

Por último, se han obtenido modelos predictivos de cada una de las dimensiones del Burnout a partir de los diferentes potenciales factores de riesgo. En la dimensión CE, el modelo explica el 52,8% de la varianza  $F(4,316)=88.426$ ,  $p<.001$ . Los datos acerca de los predictores de CE en este modelo se incluyen en la tabla 10.

**Tabla 10.**

*Resumen del Modelo de Regresión Múltiple en CE*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	-,424	4,617		-,092	,927
Depres_CECAD	,160	,071	,227	2,270	,024
Neur_NEOFFI	,350	,079	,241	4,413	,000
Amab_NEOFFI	-,198	,073	-,123	-2,695	,007
Ansi_CECAD	,261	,098	,254	2,655	,008

En la dimensión D, el modelo explica el 35,8% de la variabilidad en la variable dependiente  $F(4,315)=44.004$ ,  $p<.001$ . Los predictores y la información relativa al modelo se incluyen en la tabla 11.

**Tabla 11.***Resumen del Modelo de Regresión Múltiple en D*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	14,33 4	3,009		4,764	,000
Amab_NEOFFI	-,238	,045	-,284	-5,230	,000
Ansi_CECAD	,107	,032	,200	3,352	,001
Neur_NEOFFI	,152	,047	,201	3,229	,001
Apert_NEOFFI	-,106	,044	-,114	-2,436	,015

En la dimensión RP, el modelo explica el 40,4% de la varianza  $F(3,317)=71.762$ ,  $p<.001$ . En la tabla 12 que se incluye a continuación, se recogen los datos para este modelo.

**Tabla 12.***Resumen del Modelo de Regresión Múltiple en RP*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	-4,465	2,821		-1,582	,115
Resp_NEOFFI	,388	,069	,316	5,644	,000
Extrav_NEOFFI	,276	,060	,243	4,636	,000
Amab_NEOFFI	,249	,065	,208	3,845	,000

#### 5.4 Discusión.

En general el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera menos estresante que otros servicios de salud ya que sus pacientes son menos complicados e inestables por sus dolencias (Gómez-Urquiza et al., 2017). En el presente estudio, aunque el grupo de participantes tiene un porcentaje de hombres un poco más alto que el que se encuentra

habitualmente en estos servicios, se puede decir que el grupo era estandarizado en cuanto al resto de variables consideradas y, por tanto, representativo dentro del colectivo de AP.

Sin embargo, a nivel organizacional, tienen ciertas peculiaridades que, como vimos, también son causa de Burnout, entre ellas destacar el gran número de competencias (carga de trabajo, diversidad de problemas a los que atienden, etc.) que tiene asignadas, cuestión que se une a las características de su turno fijo -mañanas o tardes- y al tipo de jornada que siempre es prolongada en forma de guardias de 17 o 24 horas dependiendo del día de la semana. Lo anterior es indicativo de una sobrecarga laboral importante, lo que implica unas condiciones laborales adversas que este personal debe afrontar (Cañadas-De la Fuente, Albendín-García, De la Fuente, San Luis, Gómez-Urquiza & Cañadas, 2016).

Una parte importante de la muestra tiene niveles altos de CE y D, pero, sobre todo, resulta preocupante que un 43% de los participantes tienen baja RP. Estos resultados están en la línea de los obtenidos por otros autores, que afirman que es la baja realización personal la dimensión principalmente afectada (Anagnostopoulos et al., 2012; Monsalve-Reyes et al., 2018; Navarro-González et al., 2015; Soto-Cámara et al., 2005), a diferencia de los planteamientos en los que se propone el CE como la dimensión más afectada en estos profesionales (Cao et al., 2016; Gómez-Urquiza et al., 2016; Hai-Xia et al., 2015; Holmes et al., 2014; Schaufeli, 1995; Vilá-Falgueras et al., 2015). Las prevalencias estimadas para la población de enfermeros en estos servicios son alarmantes, cerca de un tercio, más de un tercio y casi un cincuenta por ciento de los profesionales podrían estar afectados en la población de enfermeras de Atención Primaria del SAS.

En relación con la modelización del Burnout progresivo indicar que el cuarenta por ciento de los participantes se encuentran en las fases 6, 7 u 8, lo que representa que padecen Burnout alto y que tendría que ser abordado con programas de intervención adecuados. Actualmente existen programas de orientación laboral, de ayuda mutua entre profesionales, de relajación, de bienestar emocional, yoga y mindfulness que podrían ser muy adecuados para los profesionales de enfermería en diferentes niveles asistenciales, en particular, los que desarrollan su labor en Atención Primaria (Acquadro Maran, Zedda & Varetto, 2018; Atanes, Andreoni, Hirayama, Montero-Marin, Barros, Ronzani et al., 2015; Burton, Burgess,

Dean, Koutsopoulou & Hugh-Jones, 2017; Grossman et al., 2004; Khoury et al., 2015; Molero-Jurado et al., 2018).

Como se ha dicho en el planteamiento teórico, dentro del síndrome de Burnout el CE y la D son las dimensiones que se ven más afectadas tanto por factores personales como por laborales. Los resultados obtenidos indican que el sexo y la sobrecarga laboral son potenciales factores de riesgo de Burnout; los hombres despersonalizan más y las enfermeras con mayor sobrecarga, realizando más guardias tienen niveles más altos de CE y D, en el mismo sentido que indican los trabajos de otros autores (Cañadas-De la Fuente, Ortega, Ramírez-Baena, De la Fuente-Solana, Vargas & Gómez-Urquiza, 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017). Por otra parte, aunque es habitual que el personal de enfermería de AP se sienta satisfecho, no es raro encontrar estos bajos niveles de RP ya que el grado de responsabilidad en estos servicios suele ser alto (Kim et al., 2018). Buena parte del personal tiene que hacer guardias obligatoriamente y no todo el mundo está preparado o formado para ello, lo que genera bastante estrés e incapacidad de adaptación, frustración y sobrecarga de trabajo (Cañadas et al., 2016; Grigorescu et al., 2018; Monsalve Reyes et al., 2018), lo que puede llevar, incluso a la depresión (Gómez-Urquiza et al., 2017).

En cuanto a la relación entre los niveles de burnout y algunas variables psicológicas como los factores de personalidad, o, la ansiedad y la depresión, los resultados obtenidos están en consonancia con los encontrados en otras investigaciones. Todas las variables consideradas están relacionadas con el burnout, excepto el factor Apertura que no tiene relación significativa con el CE y, aunque sí la tiene con D y RP, obtiene valores muy bajos en intensidad. El elevado número de competencias y el exceso de jornada que generan la sobrecarga laboral de estos profesionales, suelen ir asociados con niveles de ansiedad y neuroticismo altos (Cañadas et al., 2016; Grigorescu, Cazan, Grigorescu & Rogozea, 2018), llegando en algunos casos a considerar el abandono de la profesión e incluso en los casos más extremos a tener ideas suicidas (Gómez-Urquiza et al., 2017). Debido a la sobrecarga laboral ya citada y los pocos recursos disponibles, se genera un ambiente hostil hacia el personal (Da Silva, Peres, Lopes, Schraiber, Susser & Menezes, 2015; Fang et al., 2018) produciéndose niveles de ansiedad incluso depresión, altos, lo que covaría con niveles altos en las dimensiones del Burnout (Barr, 2018; Cañadas et al., 2016; Duhoux, Menear, Charron, Lavoie-Tremblay & Alderson, 2017; Gómez-Urquiza et al., 2017; Grigorescu et

al., 2018; Kim et al., 2018). A lo anterior hay que añadir que en las situaciones citadas, altos niveles de amabilidad y apertura resultan factores protectores en esta dimensión porque favorecen que se encuentren soluciones a todos estos problemas (Barr, 2018; Grigorescu, Cazan, Grigorescu & Rogozea, 2018).

Los modelos de regresión múltiple van en la misma dirección ya que los factores de personalidad, y las variables ansiedad y depresión, tienen coeficientes de regresión significativos. Específicamente, altas puntuaciones en neuroticismo, ansiedad y depresión, y bajas en amabilidad, son predictores de altos niveles de CE; altas puntuaciones en ansiedad y neuroticismo y bajas en apertura y amabilidad, son predictoras de altos niveles de D y bajas puntuaciones en amabilidad, responsabilidad y extroversión, son predictoras de bajas puntuaciones en RP.

En conclusión, la prevalencia estimada de Burnout, en enfermeras de atención Primaria es alta. Resulta obligado incluir en un perfil de riesgo de Burnout los factores de personalidad, así como algunas otras variables psicológicas como son el nivel de ansiedad y de depresión de los profesionales. De hecho, estas variables parecen predictoras del síndrome. Para avanzar en la concreción de perfiles de riesgo del síndrome se hacen necesarias investigaciones que permitan establecer relaciones de causalidad entre las variables. De cara a la prevención del burnout es importante que se trabaje con medidas e intervenciones tanto organizativas como a nivel psicológico (Grigorescu et al., 2018) como por ejemplo el mindfulness, el apoyo social y el desarrollo de protocolos contra la violencia laboral (Da Silva et al., 2015; Duhoux et al., 2018; Fang et al., 2018). Todo ello puede potenciar factores protectores a nivel personal como la extraversión, amabilidad y apertura (Barr, 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017) y a nivel organizacional, como el trabajo en equipo y cualquier otro aspecto que permita que las enfermeras tengan más alta realización personal (Gómez-Urquiza et al., 2017; Kim et al., 2018).

## ***6. CONCLUSIONES***



## **6.1 Discusión general y conclusiones.**

En esta tesis se recoge información sobre los niveles de Burnout así como algunos factores relacionados con el síndrome en personal de enfermería y, en particular, en los profesionales de Atención Primaria de Salud. La investigación se ha desarrollado en tres fases, cada una de las cuales constituye un estudio independiente, habiéndose realizado una revisión sistemática, un meta-análisis y un estudio empírico. La totalidad del trabajo ha podido ser llevado a cabo gracias a la participación de un número significativo de profesionales de enfermería del Servicio Andaluz de Salud.

Los profesionales de enfermería presentan, en líneas generales, altas prevalencias de burnout, caracterizado por la consecuente afectación de sus tres dimensiones: CE, D y baja RP en estos profesionales que tratan con los destinatarios de sus servicios. Esto obviamente influye en la calidad de los cuidados de esos destinatarios o pacientes y la propia institución que contrata a dichos profesionales. Para ello existen multitud de estudios que corroboran estos datos de prevalencia y niveles de Burnout, analizando además los posibles factores de riesgo que aquejan a este colectivo (Albendín, 2016; Cañadas, 2012; Cañadas et al., 2015; De la Fuente et al., 2015; Gómez-Urquiza, 2017; Vargas et al., 2014).

Atendiendo a esos factores de riesgo anteriormente mencionados y propuestos en la literatura existente, se encuentran varios de tipo socio-demográfico, otros específicos del entorno laboral y algunos de tipo psicológico y relacionados con los rasgos de personalidad, que han sido utilizados en diversas investigaciones (Albendín, 2016; Cañadas, 2012; Gómez-Urquiza, 2017; Vargas et al., 2014). El análisis de estos factores de riesgo permite establecer premisas a partir de las cuales se establece una estrategia de recogida de información en el personal de enfermería de Atención Primaria del SAS. En esta tesis, se han recogido datos que permiten resumir el estado de la cuestión para dichos profesionales, cuya actividad se desarrolla íntegramente en esta área de trabajo, como ya se ha hecho en otras investigaciones y para profesionales de enfermería en otros servicios (Albendín, 2016; Cañadas, 2012; Gómez-Urquiza, 2017).

A continuación se enumeran los objetivos e hipótesis que se plantearon al inicio de este trabajo, resaltando los aspectos destacados de las discusiones ya realizadas en cada uno de los capítulos de esta Tesis Doctoral y se incorporan las conclusiones finales que se derivan de los datos y resultados obtenidos.

#### 6.1.1 Objetivos 1 y 2.

Objetivo 1. Analizar la situación actual sobre los niveles de burnout en el personal de enfermería de Atención Primaria, mediante una revisión sistemática de los documentos que existen sobre el tema.

Objetivo 2 Identificar a partir de la revisión sistemática realizada de la literatura, algunos de los factores de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout en personal de enfermería de Atención Primaria.

Parece ser que la percepción de la Atención Primaria es que resulta ser un servicio menos propenso al burnout debido a que se suele seguir la evolución de pacientes menos complicados en su proceso de salud/enfermedad. Sin embargo, el interés por el burnout en enfermeras de AP parece estar creciendo, ya que aproximadamente el 50% de los estudios localizados en la revisión del capítulo 3 se llevan a cabo en los últimos dos años (Vilà Falgueras, Cruzate Muñoz, Orfila Pernas, Creixell Sureda, González López & Davins Miralles, 2015; Navarro-González, Ayeche-Díaz & Huarte-Labiano, 2015; Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2015; Cao, Chen, Tian, Diao & Hu, 2016; Hai-Xia, Li-Ting, Feng-Jun, Yao-Yao, Yu-Xia & Gui-Ru, 2015; Lorenz & Guirardello, 2014). Esto parece lógico ya que la tendencia en los últimos años ha sido incrementar la carga asistencial en esta área de trabajo (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza, Borrell, 2014).

De las tres dimensiones que caracterizan el síndrome de burnout, el CE alto es la más presente en los enfermeros de Atención Primaria, con prevalencias que varían principalmente entre el 23,3 y el 31,3%. La baja RP es la otra dimensión más afectada en estos profesionales, con prevalencias entre el 10 y el 20%, pero llegando a afectar en algunos estudios al 92% de la población. La D alta es la dimensión con menor afectación, mostrando prevalencias de profesionales afectados por ella entre el 8 y el 14% (Gómez-

Urquiza et al., 2017). No obstante hay que tener en cuenta que estos datos pueden variar en función del país en donde se realicen los estudios y según se hayan aplicado los puntos de corte según el MBI sea original o adaptación, y a las características psicométricas de tales adaptaciones (Aguayo, Vargas, de la Fuente & Lozano, 2011).

En lo que a variables sociodemográficas, las relacionadas con el trabajo o del tipo organizacional y las psicológicas, se ve que existen relaciones que indican que pueden ser potenciales factores de riesgo ya que se encuentran correlaciones significativas o diferencias estadísticamente significativas entre el burnout según diferentes niveles de dichas variables. Destacan, entre otras, ser de mayor edad, estar casado, los contratos fijos, la antigüedad laboral, el mal ambiente en la institución sanitaria, las malas relaciones interprofesionales, la ansiedad y la depresión, entre otras (Albendín 2016; Anagnostopoulos et al., 2012; Cañadas et al., 2014; et al., 2010; Galdikiene et al., 2014; Gascon et al., 2013).

Por todo esto, es importante el uso de intervenciones que ayuden al personal a afrontar situaciones que desemboquen en el padecimiento del burnout (Salehi et al., 2014).

Conclusiones:

- Una parte importante de los profesionales de enfermería de AP padecen niveles medios o altos de CE y D, así como baja RP, estando así en alto riesgo de sufrir burnout.
- Variables como edad, tipo de contrato, sueldo, satisfacción laboral, ansiedad y depresión son factores de riesgo potenciales relacionados con el desarrollo del Burnout.
- Los factores de riesgo deberían ser considerados en la prevención del síndrome en los profesionales de AP, para contribuir a optimizar la calidad asistencial del sistema de salud.
- Hay factores protectores frente al desarrollo del burnout que deben ser explotados para su prevención.
- El uso de intervenciones en el personal de enfermería de AP que padecen Burnout puede ayudar a que afronten su situación y reconducirla favorablemente.

### 6.1.2 Objetivo 3.

Objetivo 3. Estimar meta-analíticamente la prevalencia de niveles altos en las tres dimensiones del burnout en personal de enfermería que desarrollan su labor en centros de Atención Primaria.

El meta-análisis muestra que la dimensión más afectada del burnout en las enfermeras de atención primaria es la baja RP, estando presente en un 30% de la muestra. El CE es la segunda dimensión más afectada con valores que se encuentran entre el 24 y el 29% de la muestra. Por último, la dimensión menos prevalente en las enfermeras de atención primaria es la despersonalización, siendo su prevalencia del 18%. Que el personal de Atención Primaria despersonalice menos que el de otros servicios es algo esperable, ya que en esta área de trabajo se establece una empatía con el paciente, se sigue la evolución de pacientes crónicos durante mucho tiempo, lo que puede fomentar que se cree una relación cercana con el paciente mejorando así la calidad de los cuidados (Bikker et al., 2015; Gómez-Urquiza et al., 2017).

La importante afectación del CE y la baja RP que tiene el personal de enfermería de Atención Primaria puede deberse, entre otros factores, a encontrarse en ocasiones con pacientes difíciles, demandantes de atención e hiperfrecuentadores de las consultas, lo que impacta negativamente sobre el profesional que realiza sus funciones en condiciones adversas (Mas Garriga et al., 2003; Smits et al., 2008; Zoboli et al., 2016).

Conclusiones:

- El CE y la falta de RP son dos problemas presentes en los profesionales de enfermería de Atención Primaria siendo su prevalencia igual o superior al 29%.
- El trato cínico o D es menos prevalente en esta población, siendo del 18%, lo que indica que las enfermeras de Atención Primaria suelen tener un trato cercano y personalizado con sus pacientes.

### 6.1.3 Objetivos 4, 5, 6 y 7.

Objetivo 4. Estudiar los niveles y la prevalencia de Burnout de los profesionales de enfermería del Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Objetivo 5. Identificar en qué fase de padecimiento del Burnout se encuentran los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en el área de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Objetivo 6. Analizar la relación entre las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad y el síndrome de Burnout en estos profesionales de Atención Primaria.

Objetivo 7. Analizar la relación entre las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad y el síndrome de Burnout en los profesionales de Atención Primaria del SAS.

La Atención Primaria se considera un área de trabajo menos estresante que otros servicios hospitalarios, ya que tienen pacientes con menos problemas asociados a los procesos de salud-enfermedad en los que se ven inmersos (Gómez-Urquiza et al., 2017).

A la vista de los resultados se puede ver que hay una afectación importante del personal de enfermería de Atención Primaria, con unas prevalencias y unos niveles de Burnout destacados. Todo ello motivado en buena parte por las condiciones laborales adversas a las que se ven sometidos como por ejemplo prolongación de jornada en forma de guardias de 17 o 24 horas dependiendo del día de la semana, lo que implica una sobrecarga laboral importante, formación deficitaria en determinadas competencias dentro de un amplio abanico, el cual no hace sino aumentar, etc. (Albendín et al., 2016; Cañadas-De la Fuente et al., 2016).

Centrándonos en las dimensiones del Burnout, el CE es la más representativa. Se puede ver como éste aumenta a mayor edad y/o antigüedad en el puesto, la insatisfacción laboral y la sobrecarga laboral (Gómez-Urquiza et al., 2017a; Gómez-Urquiza et al., 2017b; Monsalve-Reyes et al., 2018). Así mismo ocurre con aquellos que están casados (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2017a) y con variables psicológicas como la ansiedad,

estrés, depresión o los rasgos de personalidad (Cañadas et al, 2016; Grigorescu et al., 2018; Kim et al., 2018) llegando a considerar abandonar la profesión e incluso en los casos más extremos a tener ideas suicidas (Gómez-Urquiza et al., 2017). Dentro de los rasgos de personalidad cabe destacar que la apertura y la extraversión serían un factor protector en esta dimensión porque median con el estrés y los problemas laborales (Barr, 2018; Grigorescu et al., 2018).

La D, también conocida como “cinismo”, es también algo habitual entre el personal de enfermería, si bien es cierto que en el área de Atención Primaria los niveles no suelen ser muy altos debido a la empatía que se tiene a los pacientes crónicos, (Monsalve-Reyes et al., 2018). Dichos niveles pueden aumentar con la edad por la falta de motivación (Gómez-Urquiza et al., 2017), por la sobrecarga en el trabajo o un ambiente laboral hostil (Da Silva et al., 2015; Fang et al., 2018) produciéndose ansiedad y depresión, que contribuyen a la aparición del burnout (Barr, 2018; Cañadas et al., 2016; Duhoux, Menear, Charron et al., 2017; Grigorescu et al., 2018; Kim et al., 2018). Entre los rasgos de personalidad, hay que señalar que si la amabilidad y la apertura aumentan, los niveles de burnout disminuyen, es decir, se pueden considerar factores protectores (Barr, 2018; Grigorescu et al., 2018).

Los niveles bajos de RP en el personal de enfermería en AP son bajos ya que se tiene un grado de responsabilidad alto (Kim et al., 2018), falta preparación / formación para afrontar las prolongaciones de jornada (Cañadas et al., 2016; Grigorescu et al., 2018) y sobrecarga de trabajo (Monsalve-Reyes et al., 2018), lo que desemboca en estrés e incluso depresión (Gómez-Urquiza et al., 2017). Es importante saber que al tratarse la enfermería de una profesión muy vocacional (Kennedy, Curtis & Waters, 2014) es lógico que la amabilidad, como rasgo de personalidad, ayude a moderar el estrés (Barr, 2018).

Conclusiones:

- Más del 50% de los participantes presentan niveles medios / altos de CE y D, y bajos / medios de RP.
- Por encima del 40% de los participantes se encuentran en una fase avanzada de Burnout, es decir que se encuentran en fase 6, 7 u 8 del modelo.

- Las dimensiones de CE, D y la baja RP están directamente relacionadas con variables de tipo sociodemográficas, organizacionales y psicológicas. Todo esto ayuda a la elaboración de perfiles de riesgo.
- De cara a la prevención del burnout es importante que se trabaje con medidas e intervenciones tanto organizativas como a nivel psicológico.

***REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***



## Referencias Bibliográficas.

- Adriaenssens, J., de Gucht V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research *International Journal Nursing Studies.*, 52, 649-661.
- Afonso, J. M., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de segurança pública: um estudo com militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 22(2), 294-303.
- Aguayo, R., Vargas, C., De la Fuente, E. I., & Lozano, L. M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 343-361.
- Akkus Y., Karacan Y., Göker H., & Aksu, S. (2010) Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing & Health Sciences* 12 (4) 444-449.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263.
- Alba Martín, R., (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica De La Sociedad Española De Enfermería Neurológica*, 41(1), 9-14.
- Albendín García, L. (2016). *Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Psicología. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, España.
- Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C. & Aguayo, R. (2016). Prevalencia Bayesiana y niveles de burnout enfermería de urgencias. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 137-145.
- Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis G., Slater, J., Kafetsios, K. D. Niakas (2012). Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: Evidence of relationships from a one-with-many design. *Journal Clinical Psychology Med Settings*, 19, 401-410.
- Ang, S. Y., Dhaliwal, S. S., Ayre, T. C., Uthaman, T., Fong, K. Y., Tien, C. E., Zhou, H., & Della, P. (2016). Demographics and personality factors associated with burnout

- among nurses in a Singapore tertiary hospital. *BioMed Research International*, 1-12.
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Compromiso y traumatización indirecta en rescatistas. *Archivos Internacionales de Salud Ocupacional y Ambiental*, 84 (1), 67-75.
- Ayala, E., & Carnero, A. M. (2013). Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. *PLoS One*, 8(1), e54408.
- Aytekin, A., Yilmaz, F., & Kuguoglu, S. (2013). Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of life. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 39.
- Bandura, A. (1986). El alcance explicativo y predictivo de la teoría de la autoeficacia. *Revista psicología clínica y social*, 4, 359-373.
- Bandura, A. (1997) *Auteficacia: el ejercicio del control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura, A. (2001) Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barr, P. (2018). The five-factor model of personality, work stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1349-1358.
- Barrera Algarín, E., Malagón Bernal, J. L., & Sarasola Sánchez-Serrano, J. L. (2015). Trabajo Social, su contexto profesional y el Síndrome de Burnout. *Comunitaria: revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, 9, 51-91.
- Bartosiewicz, A., & Januszewicz, P. (2018). Readiness of polish nurses for prescribing and the level of professional Burnout. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 16(1), E35.
- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. D. S. (2010). Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13, 502-512.
- Bedoya, E. A., Vega, N. E., Severiche, C. A., & Meza, M. J. (2017). Síndrome de Quemado (Burnout) en Docentes Universitarios: El Caso de un Centro de Estudios del Caribe Colombiano. *Formación universitaria*, 10 (6), 51-58.

- Bernaldo de Quirós-Aragón, M., & Labrador-Encinas, F. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Best, R. G., Stapleton, L. M., & Downey, R. G. (2005). Core self-evaluations and job burnout: the Test of alternative models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 441.
- Bikker, A. P., Fitzpatrick, B., Murphy, D., & Mercer, S. W. (2015). Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the consultation and relational empathy (CARE) measure. *BMC Family Practice*, 16, 149.
- Billeter-Koponen, S., & Fredén, L. (2005). Long-term stress, burnout and patient–nurse relations: qualitative interview study about nurses’ experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 20-27.
- Brand, S. L., Thompson Coon, J., Fleming, L. E., Carroll, L., Bethel, A., & Wyatt, K. (2017). Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLoS One*, 12(12), e0188418.
- Bratis, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., Zoumakis, E., & Ilias, I. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health*, 7(1), 72.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W & Nogareda, C. (sf). (2007) NTP 732 Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” III: Instrumento de Medición. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- Buunk, B. P. & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: una perspectiva desde la teoría de la comparación social. En WB Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Serie en psicología aplicada: cuestiones sociales y preguntas. Agotamiento profesional: desarrollos recientes en teoría e investigación* (pp. 53-69). Filadelfia, Pensilvania, EE. UU: Taylor & Francis.
- Byrne, B. M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31(3), 645-673.
- Cañadas, G., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I. & De la Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de

- los niveles de Burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Cañadas, G. R., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E., & De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias*, 30(5), 328-331.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas, G. R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e1-e9.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Gómez-Urquiza, J. L., Ortega-Campos, E. M., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psychooncology*, 27(5), 1426-1433.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramírez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for Burnout in nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 15 (10), E2102.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 240-249.
- Cañadas-de la Fuente, G.A., San Luis, C., Lozano, L.M., Vargas, C., García, I., de la Fuente E.I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46, 44-52.
- Cao, X., Chen, L., Tian, L., Diao, Y., & Hu X. (2015). Effect of professional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: The mediator role of organizational commitment. *Journal Clinical Nurse*, 24, 2907-2915.
- Cao, X., Chen, L., Tian, L., Diao, Y., & Hu, X. (2016). The effect of perceived organizational support on burnout among community health nurses in China: The mediating role of professional self-concept. *Journal Nurse Managment*, 24, E77-E86.

- Card, A. J. (2018). Physician burnout: resilience training is only part of the solution. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 267-270.
- Carver, CS, y Scheier, MF (1988). Una perspectiva de control-proceso sobre la ansiedad. *Investigación de la ansiedad*, 1 (1), 17-22.
- Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(1), 67-84.
- Chang, H. Y., Shyu, Y. I. L., Wong, M. K., Friesner, D., Chu, T. L., & Teng, C. I. (2015). Wich aspects of professional commitment can effectively retain nurses in the nursing profession?. *Journal Nurse Scholarsh.*, 47, 468-476.
- Cherniss, C. (1980) *Professional burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.
- Chiller, P., & Crisp, B. R. (2012). Professional supervision: A workforce retention strategy for social work? *Australian Social Work*, 65(2), 232-242.
- Chuang, C., Tseng, P., Lin, C., Lin, K., & Chen, Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals, a systematic review. *Medicine*, 95(50), e5629.
- Ciapponi, A. (2010). Guía de lectura crítica de estudios observacionales. *EVIDENCIA-Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 13, 135-140
- Cilingir, D., Gursoy, A. A., & Colak, A. (2012). Burnout and job satisfaction in surgical nurses and other ward nurses in a tertiary hospital: A comparative study in Turkey. *HEALTHMED*, 6(9), 3120-3128.
- Corrales, D., Galindo, A., Escobar, M. A., Palomo, L., & Magariño, M. J. (2000). El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Atención primaria*, 25(4), 214-219.
- Correa-Correa, Z., Muñoz-Zambrano, I., & Chaparro, A. F. (2010). Burnout syndrome in teachers from two universities in Popayán, Colombia. *Revista de salud pública*, 12(4), 589-598.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO-Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. & McCrae, R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado*. Madrid: TEA.

- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. P. (1993). Agotamiento, salud, estrés laboral y salud organizacional. En: Schaufeli, W.B., Maslach, C., y Marek T. (Eds.), *Burnout Profesional: Desarrollos Recientes en Teoría e Investigación. Serie en psicología aplicada: cuestiones sociales y preguntas* (pp. 177-193). Filadelfia: Taylor & Francis.
- Da Silva, A. T., Peres, M. F., Lopes, C. S., Schraiber, L. B., Susser, E., & Menezes, P. R. (2015). Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(9), 1347-1355.
- Darrigrande, J. & Duran, K. (2012). Síndrome de Burnout y sintomatología depresiva en profesores: relación entre tipo de docencia y género en establecimientos educacionales subvencionados de Santiago de Chile. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación* 10 (3) 72-87.
- Das Mercedes, M.C., Cordeiro, T.M., Santana, A.L., Lua, I., Silva, D.S., Alves, M.S., et al. (2016) Burnout síndrome in nursing workers of the primary health care. *Rev. Baiana Enfermeagem*, 39(3), 1-9.
- Davey, D. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospital: A systematic review. *Journal of Nurse Management*, 17, 312-330.
- De Cola, P.R., Riggins, P., 2010. Nurses in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review* 57 (3), 335–342.
- De Francisco, C., Arce, C., Andrade, E., Arce, I., & Raedeke, T. (2009). Propiedades psicométricas preliminares de la versión española del Athlete Burnout Questionnaire en una muestra de jóvenes futbolistas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 9(2), 45-56.
- De la Fuente Solana, E. I., Aguayo Extremera, R., Vargas Pecino, C., & Cañadas de la Fuente, G. R. (2013). Prevalence and risk factors of burnout syndrome among Spanish police officers. *Psicothema*, 25(4) 488-493.
- De la Fuente, E. I., García, J., Cañadas, G. A., San Luis, C., Cañadas, G. R., Aguayo, R., De la Fuente, L. & Vargas, C. (2015). Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 130-138.

- De la Fuente, E. I., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing, 30*, 91-96.
- De la Fuente, E. I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., San Luis, C., Vargas, C., Cañadas, G. R., & Hambleton, R. K. (2013). Development and validation of the Granada Burnout Questionnaire in Spanish police. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*(3), 216-225.
- De la Fuente-Solana, E. I., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing, 30*, 91-96.
- Del Pino Casado, R., Cantón Ponce, D., Alarcón Juárez, A., Fuentes Martínez, A., Navas Anguis V., Rincón Montilla, C. & Ruiz Cejudo, R. (2001) Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en Atención Primaria. *Enfermería Clínica, 11* (1), 3-8.
- De Mesquita Silveira, N., Vasconcellos, S. J. L., Cruz, L. P., Kiles, R. F., Silva, T. P., Castilhos, D. G., & Gauer, G. J. C. (2005). Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*(2), 159-163.
- De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J.M., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G., Perello-Campaner, C., & Gómez-Picard, P. (2012). Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 452-459
- De-San-Segundo, M., Granizo, J. J., Camacho, I., Martínez-de-Aramayona, M. J., Fernández, M., & Sánchez-Úriz, M. A. (2017). Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *SEMERGEN-Medicina de Familia, 43*(2), 85-90.
- De Souza França, S.P., Figueiredo de Martino, M.M., dos Santos Aniceto, E.V. & Silva, L.L. (2012). Predictors of Burnout Syndrome in nurses in the prehospital emergency services. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(1), 68-73.
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., De la Rosa Zabala, K. L., & Asunsolo del Barco, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en

la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 224-241.

- Densten, I. L. (2001). Re-thinking burnout. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 22(8), 833-847.
- Dharmawardene, M., Givens, J., Wachholtz, A., Makowski, S. & Tjia, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ Support Palliative Care*, 6, 160-169.
- Dickinson, T., & Wright, K. M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*, 17(2), 82-87.
- Duffin, C. (2013). Quarter of emergency nurses may leave specialty by 2015. *Emergency Nurse (through 2013)*, 20(10), 6.
- Duhoux, A., Menear, M., Charron, M., Lavoie-Tremblay, M., & Alderson, M. (2017). Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 25(8), 597-607.
- Dyrbye N., Liselotte, D., Shanafelt Tait, M., Balch Charles, D., Satele, J., & Freischlag, J. (2010). Physicians married or partnered to physicians: A comparative study in the American College of Surgeons. *Journal of the American College of Surgeons*, 211, 663-671.
- Epp, K., (2012), Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*, 23, 25-31.
- Esfahani, M. S., Mirzaee, M., Boroumandfar, K., & Abedi, M. R. (2012). Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(3), 220.
- Fang, H., Zhao, X., Yang, H., Sun, P., Li, Y. ... Wu, Q. (2018). Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(1), e019514.
- Faura, T., Roige, M., Serra, R., Ortega, C., Monegal, M., & Roige, A.(1995), Prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. *Enfermería Clínica.*, 5, 105-110.
- Feliciano, K.V.D., Kovacs, M.H., & Sarinho, S.W. (2015). Overlapping of duties and technical autonomy among nurses of the family health strategy. *Rev Saude Publica.*, 44, 520-527.

- Fernandes, M. A., Sousa, F. K., Santos, J. S., Rodrigues, J. A., & Marziale, M. H. P. (2012). Burnout syndrome in nursing professionals of emergency medical care services. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4 (4), 3125-3135.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorenzo, R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 9, 263.
- Fidalgo Vega, M. (2005). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout"(II): definición y proceso de generación.
- Fidalgo Vega, M. (2005). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout"(II): consecuencias, evaluación y prevención.
- Fontán-Atalaya, I., & Dueñas Diez, J. (2010). Burnout syndrome in an obstetrics and gynaecology management unit. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 25(5), 260-267.
- Freedy, J. R., & Hobfoll, S. E. (1994). Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 6(4), 311-325.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Galdikiene, N., Asikainen P., Balciunas, S., & Suominen, T. (2014). Do nurses feel stressed? A perspective from primary health care. *Nursing Health Sciences*, 16, 327-334.
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 527-533.
- Ganjeh, Arjenaki, Nori & Oreyzi, (2009). The relationship of personality characteristics and burnout among nurses. *IJMNR*, 14(4), 190-194.
- Garcés de los Fayos Ruiz, E. J., Palacios, F., De, C., & Arce Fernández, C. (2012). Inventario de Burnout en Deportistas Revisado (IBD-R). *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 271-278.
- García Izquierdo, M., & Velandrino, A. P. (1992). EPB: A scale for evaluating the professional Burnout. *Anales de Psicología*, 8(1-2), 131-138.
- García-Jarillo, M., Francisco, C. D., & Garcés de los Fayos, E. J. (2016). El síndrome de burnout en deportistas: estudio piloto sobre la percepción del psicólogo deportivo a través del método Delphi. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(1), 243-25.

- García, A. R., Martín, G. M., Laiseca, L. B., García, S. M., Segura, A. C., Iglesia, V. F., & Mulet, J. M. A. (2017). Hiperfrecuentadores en urgencias.¿ Quiénes son?¿ Por qué consultan?. In *Anales de Pediatría* (Vol. 86, No. 2, pp. 67-75). Elsevier Doyma.
- Gascon, S., Leiter M. P., Andrés E., Santed M.A., Pereira J.P., Cunha, M.J. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3120-3129.
- Gascón, S., Olmedo Montes, M., & Ciccotelli, H. (2003). La prevención del Burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 55-66.
- Gasparino, R. N. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare de Enfermagem*, 19(2), 210-216.
- Geuens, N., Van Bogaert, P., & Franck, E. (2017). Vulnerability to burnout within the nursing workforce-The role of personality and interpersonal behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4622-4633.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, 44, 33-40.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 11(3), 679-689.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., & Gonçalves Câmara, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *The European Journal of Psychiatry*, 25(4), 205-212.
- Girard, A., Hudon, C., Poitras, M., Roberge, P., & Chouinard, M. (2017) Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1385–94.
- Gold, Y. (1984). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 44(4), 1009-1016.

- Goldberg, D. P. (1970). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press.
- Golembiewski, R. T. (1979). *Approaches to planned change: Pt. 2; Macro-Level Interventions and Change-Agent Strategies* (Vol. 2). New York: M. Dekker.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work-site covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 13, 461-482.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1984a). Active and passive reactions to psychological burnout: Toward greater specificity in a phase model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 264-268.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1984b). Phases of psychological burnout and organizational covariants. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 6, 290-323.
- Golembiewski, R., & Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport: Praeger.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Stevenson, J. (1986). *Stress in organizations, toward a phase model of burnout*. Nueva York: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Scherb, K., & Boudreau, R. A. (1993). Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives. *Professional burnout: Recent Developments in Theory and Research*, 217-236.
- Golembiewski, R. T., Boudreau, R., Goto, K., & Murai, T. (1993). Transnational perspectives on job Burnout: Replication of phase model results among Japanese respondents. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1 (1), 7-27.
- Gómez Sánchez, M., Santos, Á., Carmen, M., Amador Bohórquez, M., Ceacero Molina, F., Mayor Pascual, A., ... & Izquierdo Atienza, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55(215), 52-62.
- Gómez Urquiza, J. L. (2017). *Prevalencia e identificación de factores de riesgo de padecimiento del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en servicios de oncología* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, España.
- Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Prevalence, risk

- factors, and levels of burnout among oncology nurses: a systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104-E120.
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1-e9.
- Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a risk factor for Burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99-110.
- Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99-110.
- Gómez-Urquiza, J., Monsalve-Reyes, C., San Luis-Costas, C., Fernandez, R., Aguayo, R. & Cañadas, G. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Revista de Atención Primaria*, 49, 77-85.
- Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analytic study. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1–e9.
- González Jiménez, R. E., Alanis Niño, G., & Granados Gutiérrez, M. G. (2004). Síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado. *Rev Mex de Nutr Salud Púb*, 12.
- Green, D. E., & Walkey, F. H. (1988). A confirmation of the three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48(3), 579-585.
- Grigorescu, S., Cazan, A. M., Grigorescu, O. D., & Rogozea, L. M. (2018). The role of the personality traits and work characteristics in the prediction of the burnout syndrome among nurses-a new approach within predictive, preventive, and personalized medicine concept. *EPMA Journal*, 9(4), 355-365.
- Hai-Xia, H., Li-Ting, L., Feng-Jun, Z., Yao-Yao, Y., Yu-Xia, G., & Gui-Ru, W. (2015) Factors related to job burnout among community nurses in Changchun. *China Journal Nurse Research*, 23, 172-1728.

- Hasselhorn, H. M., Tackenberg P., & Mueller B. H., (2003). (Eds.) *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe, National Institute for Working Life, Stockholm Working life research report n. ° 7*
- Hayter, M. (1999). Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 984-993.
- Hazell, K. W. (2010). *Job stress, burnout, job satisfaction, and intention to leave among registered nurses employed in hospital settings in the state of Florida*. Lynn University.
- Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*, 392(10156), 1461-1472.
- Holmes, E.S., Santos, S.R. Farias, J.A. & Costa, M.B. (2014). Burnout síndrome in nursing acting in primary care: an impact on quality of life. *Journal Res. Fundam Care Online*, 6 (4), 1384-1395.
- Hu, Q., Schaufeli, W.B., & Taris, T.W. (2017). How are changes in exposure to job demands and job resources related to burnout and engagement? A longitudinal study among Chinese nurses and police officers. *Stress and Health*, 33 (5), 631-644.
- Hudek-Knežević, J., Kalebić Maglica, B., & Krapić, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian medical journal*, 52(4), 538-549.
- Innstrand, S. T. (2016). Occupational differences in work engagement: A longitudinal study among eight occupational groups in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(4), 338-349.
- Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and psychological measurement*, 41(4), 1167-1174.
- Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H. & Van der Zee, J. (1999). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal Nurse Studies*, 33 407-421.
- Jenning, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: role of the work environment and working conditions. In: Hughes, R. G. *Patient safety and quality:*

*an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; United States.

- Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & Gutiérrez, J. L. G. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 151-171.
- Karakoc, A., Yilmaz, M., Alcalar, N., Esen, B., Kayabasi, H., & Sit, D. (2016). Burnout syndrome among hemodialysis and peritoneal dialysis nurses. *Iranian journal of kidney diseases*, 10(6), 395.
- Karkar, A. (2012). Modalities of hemodialysis: quality improvement. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 23(6), 1145.
- Kavurmaci M., Cantekin I. & Tan, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal failure* 36 (7) 1038-1042.
- Kennedy, B., Curtis, K., & Waters, D. (2014). The personality of emergency nurses: is it unique? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(4), 139-145.
- Kiekkas, P., Spyrtos, F., Lampa, E., Aretha, D., & Sakellaropoulos, G. C. (2010). Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthopaedic Nursing*, 29(3), 203-209.
- Kim, H., Ji, J., & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Social work*, 56(3), 258-268.
- Kim, L. Y., Rose, D. E., Soban, L. M., Stockdale, S. E., Meredith, L. S. ... Rubenstein, L. V. (2018). Primary care tasks associated with provider burnout: findings from a veterans health administration survey. *Journal of General Internal Medicine*, 33(1), 50-56.
- Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., & Higashiyama, M. (2004). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Stress and Health*, 20(5), 255-260.
- Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E., & Saridi, M. (2015). The impact of healthcare workers job environment on their mental-emotional health. Coping strategies: The case of a local general hospital. *Health Psychology Research*, 3, 12-17.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.

- Kyriacou, C., & Sutcliffe, J. (1978). Teacher Stress, Prevalence, Sources and Symptoms. *Journal of Educational Psychology, 48*, 323-365.
- Lasebikan, V. O., & Oyetunde, M. O. (2012). Burnout among nurses in a Nigerian general hospital: Prevalence and associated factors. *ISRN nursing, 2012*, 402157.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior, 12*, 123-144.
- Leiter, M. P. (1991). The dream denied: professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology, 32*(4), 547-558.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In Antoniou, A. S. G., & Cooper, C. L. (Eds.), *Research companion to organizational health psychology* (pp. 544-564). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Li-Ping, C., Chung-Yi, L., & Hu, S. C. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open, 4*, e-004185.
- López-Araújo, B., Osca-Segovia, A., & Rodríguez Muñoz, M. (2008). Role stress, job involvement and burnout in Spanish professional soldiers. *Revista Latinoamericana de Psicología, 40*(2), 293-304.
- Lorenz, V. R., & Guirardello, E. B. (2014). The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22*, 926-933.
- Losa Iglesias, M.E., Becerro de Bengoa Vallejo, R., & Salvadores Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies 47* (01) 30-37.
- Lozano, L., García-Cueto, E. y Lozano, L. M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Martínez de Viegol Lanzagorta, A. (2005). La consideración del síndrome del "Burnout" como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (59)*, 213-223.
- Martinussen, M., & Richardsen, A. M. (2006). Air traffic controller burnout: survey responses regarding job demands, job resources, and health. *Aviation, Space, and Environmental Medicine, 77*(4), 422-428.

- Martinussen, M. Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35(3), 239-249.
- Mas Garriga, X., Cruz Doménech, J. M., Fañanás Lanau, N., Allue Buil, A., Zamora Casas, I., & Viñas Vidal, R. (2003). Difficult patients in primary care: a quantitative and qualitative study. *Atención Primaria*, 31(4), 214-219.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 9(5), 16–22.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of social issues*, 34(4), 111-124.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981a). *Maslach Burnout Inventory. Research Edition*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology today*, 12(12), 59-62.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual* (3er Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Desgaste profesional. *Revisión Anual de Psicología*, 52 (1), 397-422.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192
- Matos, N. F., Winsley, R. J, & Williams., C. A. (2011). Prevalance of nonfunctional overreaching/overtraininig in young English athletes. *Medicina y Ciencia en Deportes y Ejercicio*, 43 (7), 1287-1294.
- Meeusen, V. C. H., Brown-Mahoney, C., Van Dam, K., Van Zundert, A. A. J., & Knape, J. T. A. (2010). Personality dimensions and their relationship with job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 573-581.
- Molina-Praena, J., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of Burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research & Public Healt*, 15(12), E2800.

- Monsalve-Reyes, C.S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, JL, Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, GA (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC family practice*, 19(1), 59.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 368-376.
- Munyewende, P. O., Rispel, L. C., & Chirwa, T. (2014). Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Human Resource for Health.*, 12, 1-14.
- Navarro-González, D., Ayechu-Díaz, A., & Huarte-Labiano, I. (2015) Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Semergen.*, 41, 191-198
- OIT. (1996). La prevención del estrés en el trabajo (recopilación). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
- Ostacoli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., Picci, R. L., ... & Furlan, P. M. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliative & supportive care*, 8(4), 427-432.
- Paravic Klijn, T., Valenzuela Suazo, S., & Burgos Moreno, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería*, 10(2), 53-65.
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 28 (1) 124-131
- Pérez-Fuentes, M., Gázquez Linares, J., Ruiz Fernández, M. & Molero Jurado, M. (2017) Inventory of overburden in Alzheimer's patient family caregivers with no specialized training. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17 (1), 1-10.

- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Samuelsson, M. Asberg, M. & Nygren, A. (2008) Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal Advance Nursing*, 62(1), 84-95.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Pisanti, R., Van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., & Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 829-837.
- Pisanti, R., Van der Doef, M., Maes, S., Meier L.L., Lazzari, D., & Violani, C. (2016). How changes in psychosocial job characteristics impact burnout in nurses: a longitudinal analysis. *Frontiers in psychology*, 7, 1082.
- Poulsen, A., Khan, A., Meredith, P., Henderson, J., & Castrisos, V. (2012). Work-life factors and cardiovascular disease in paediatric occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 237-243.
- Powers, S., & Gose, K. F. (1986). Reliability and construct validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of university students. *Educational and Psychological Measurement*, 46(1), 251-255.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLoSOne*, 13(4), e0195039.
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(4), 463-470.
- Purvanova, R., & Muros, J., 2010, Gender differences in burnout: A meta-analysis, *Journal of Vocational Behaviour*, 77, 168-185.
- Ramírez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. R., De la Fuente-Solana, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). A multicentre study of burnout prevalence and related psychological variables in medical area hospital nurses. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), E92.

- Ramos, T. M., & Rennó, H. M. S. (2018). Training in the nursing residency in Primary Care/Family Health from the perspective of the graduates. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 39, e20180017.
- Regina Lorenz, V. & De Brito Guirardello, E. (2014). The environment of professional practice and burnout in nurses in primary healthcare. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 22(6), 926-933.
- Rial, E. (2006). Las prioridades de investigación sobre seguridad y salud en el trabajo: el desafío para una Europa de 27. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 9(2), 56-59.
- Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social science & medicine*, 33(10), 1179-1187.
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G. P., De Bruin, M. B., & Schmidt, A. J. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21(1), 17-25.
- Rudow, B. (1999). Stress and burnout in the teaching profession: European studies, issues, and research perspectives.
- Ruger, J. P., Richter, C. J., Spitznagel, E. L., & Lewis, L. M. (2004). Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Academic Emergency Medicine*, 11(12), 1311-1317.
- Sadati, A. K., Iman, M. T., Lankarani, K. B., & Derakhshan, S. (2016). A critical ethnography of doctor–patient interaction in southern Iran. *Indian J Med Ethics*, 1(3), 147-55.
- Sablik, Z., Samborska-Sablik, A., & Drozd, J. (2013). Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Archives of Medical Science*, 9(3), 398-403.
- Salehi, A., Javanbakht, M., & Ezzatababdi, M.R.. (2014). Stress and its determinants in a sample of Iranian nurses. *Holist Nursing Practice.*, 28, 323-328
- Sánchez, M. I. V. (2015). Revisión bibliográfica sobre burnout y terapia ocupacional. Entre la vulnerabilidad y la oportunidad. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (21), 15.

- Sandín-Vázquez, M., Conde-Espejo, P., & Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. (2010). Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(1), 21-27.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204–220.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & health*, 16(5), 565-582.
- Schaufeli, W. B. (1995). The evaluation of a burnout workshop for community nurses *Journal of Health and Human Services Administration*, 18, 11-30.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2014). *SIGN: 50 a guideline developer's handbook*. Edinburgh: SIGN.
- Segredo Pérez, A. M. (2009). Caracterización del Sistema de Dirección en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4).
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual*. Madrid: TEA.
- Serrano Gisbert, M. F., Garcés de Los Fayos, E. J., & Hidalgo Montesinos, M. D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3).
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical error among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.
- Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Factores Organizacionales y Burnout de Enfermeras Perioperativas. *Práctica Clínica y Epidemiología en Salud Mental: CP & EMH*, 14, 132-142.
- Smits, F. M., Wittkampf, K. A., Schene, A. H., Bindels, P., & Van Weer, H. (2008). Interventions on frequent attenders in primary care. A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(2), 111-116.

- Soto Cámara, R., & Santamaría Cuesta, I. (2005), Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica.*, 15, 123-130.
- Souto Silva, C.C., De Carvalho Lira, A.L.B., Rodrigues Feijao, A. Fernandes Costa, I.K. & De Madeiros, S.M. (2017). Burout and health technologies in the context of primary health care nursing. *Escola Anna Nery*, 21(2), e20170031.
- Spence, L. H. K., & Leiter M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.
- Spence Laschinger, H. K., & Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing: the influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*, 1(1), 19-28.
- Starfield, B., & Aspachs, J. P. (2001). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.
- Stewart, W., & Terry, L. (2014). Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nursing Standard*, 28, 37-4.
- Takala, J. (2007). Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo: más de una década promoviendo la prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(209), 05-08.
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19(3), 238-255.
- Teles, M. A. B., Barbosa, M. R., Vargas, A. M. D., Gomes, V. E., Ferreira, E. F. E., & Martins, A. M. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 1-12.
- Teng, C. I., Shyu, Y. I., Chiou, W. K., Fan, H. C., & Lam, S. M. (2010). Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1442-1450.
- The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP (2009). Published by BKK Bundesverband/ENWHP Secretariat, Essen, Germany 2009. [http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Image\\_brochure/ENWHP\\_Broschuere\\_englisch.pdf](http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Image_brochure/ENWHP_Broschuere_englisch.pdf)

- Tomás-Sábado J., Maynegre-Santaularia M., Pérez-Bartolomé M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero R., & Granell-Navas S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20 173-178
- Torres Esperón, M., Dandicourt Thomas, C., & Rodríguez Cabrera, A. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4), 0-0.
- Trufelli, D. C., Bensi, C. G., García J. B., Narahara, J. L., Abrao, M. N., Diniz, R. W., & Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 17, 524-531.
- Tsai, F. J., Huang, W. L., & Chan, C. C. (2009). Occupational stress and burnout of lawyers. *Journal of Occupational Health*, 51(5), 443-450.
- Urrútia, G. & Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analysis. *Med. Clín.*, 135, 507-511.
- Valentín-Vega, N, Sanabria, A., & Dominguez L., Osorio, C., Bejarano, M. (2009) Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24(3), 153-164.
- Van der Schoot, E., Ogińska, H., & Estryng-Behar, M. Burnout in the nursing profession in Europe. H.M. Hasselhorn, P. Tackenberg, B.H. Mueller (Eds.), (2003). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, (pp. 53-57). Working life research report n.o 7, Stockholm: National Institute for Working Life.
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández R., & De la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal Clinical Health Psychology*, 14, 28-38.
- Vega, E. D., & Pérez Urdániz, A. 1998, *El Síndrome de Burnout en el médico*, Smithkline Beecham.
- Vega, N, Sanabria, A., & Dominguez L., Osorio, C., Bejarano, M. (2009) Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24 (3), 153-164.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna* , 33 (1), 7-11.

- Vilà Falgueras M., Cruzate Muñoz C., Orfila Pernas F., Creixell Sureda J., González López M.P. & Davins Miralles J. (2015) Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31.
- Vilaseca, J. M., & Sans, M. (2018). Alma Ata 40th anniversary: Milestones of primary health care. *Medicina Clínica*, 151(11), 441-443.
- Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.151-162). London: Taylor & Francis.
- Wood, B. D., & Killion, J. B. (2007). Burnout among healthcare professionals. *Radiology Management*, 29(6), 30-34.
- World Health Organization (WHO). (2019). Primary Health Care. On line [01/19/2019]: [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
- Zellars, K. L., Perrewe, P. L., & Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of applied social psychology*, 30(8), 1570-1598.
- Zhang, L.F., You L.M., Liu, K., Zheng, J, Fang, J.B. & Lu M.M (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nurse outlook*, 62, 128-137.
- Zoboli, E. L. C., Dos Santos, D. V., & Schweitzer, M. C. (2016). Difficult patients in primary health care: between care and order. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*, 20 (59) 893- 903.