

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE EDUCACIÓN A
DISTANCIA U.N.E.D.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*NIVELES Y FACTORES DE RIESGO DE BURNOUT EN
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE URGENCIAS*

Tesis Doctoral
Madrid 2016

Luis Albendín García

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A
DISTANCIA U.N.E.D.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

*NIVELES Y FACTORES DE RIESGO DE BURNOUT EN
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE URGENCIAS*

Directora de Tesis:

Profª. Dra. Concepción San Luís Costas

Coodirector

Prof. Dr. Guillermo Arturo Cañadas de la Fuente

Coodirector

Prof. Dr. Gustavo Raúl Cañadas de la Fuente

Autor: Luis Albendín García

Diplomado Universitario en Enfermería

Licenciado en Antropología Social y Cultural

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

Tesis doctoral presentada por D. Luis Albendín García 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^a Concepción San Luis Costas, y los codirectores: D. Guillermo Arturo Cañadas de la Fuente y D. Gustavo Raúl 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, 29 a de Abril de 2016

Fdo. Concepción San Luis Costas
Directora

Fdo. Guillermo A. Cañadas de la Fuente
Codirector

Fdo. Gustavo R. Cañadas de la Fuente
Codirector

Fdo. Luis Albendín García
Doctorando

A mi hijo
A mi mujer

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin una serie de personas a las que quiero agradecer por encima de todo la dedicación prestada, más concretamente y en primer lugar, a los doctores que me han dirigido, supervisado y que se han preocupado de hasta el último detalle para que este proyecto llegase a buen puerto. Ellos han sido un ejemplo en el difícil camino del conocimiento que supone llegar a ser doctor.

A José Sánchez, delegado provincial de SATSE Granada, que apostó por este proyecto de investigación que culminaría en esta tesis y proyecto de futuros trabajos científicos.

A todos y cada uno de los representantes de los trabajadores de las distintas provincias que colaboraron de manera altruista en la recogida de la información, en pos de una mejora de la calidad asistencial y laboral de los profesionales de enfermería de los Servicios de Urgencias.

A los profesionales de cada uno de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Andalucía, así como equipos de emergencias, en los que se recogió la información necesaria, por su voluntariedad, tiempo dedicado para la cumplimentación de los cuestionarios y su entrega elevando este trabajo a al nivel necesario para nuestros objetivos.

A mis compañeras enfermeras en el ámbito de las urgencias de Andalucía, los cuales conocen la dificultad que entraña atender al enfermo crítico y en los cuidados de enfermería urgente y emergente.

A los compañeros docentes que me han dado ánimos y su apoyo incondicional, sobre todo sabiendo lo que requiere llegar a este punto.

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 José Luís Gómez Urquiza, porque su conocimiento de herramientas de búsqueda y múltiples consejos, me han evitado muchos tropiezos.

A todos mis amigos que se han preocupado desinteresadamente por mí en algún momento de esta etapa de mi vida, que han compartido los buenos y malos ratos.

A mis padres siempre preocupados por mi desarrollo profesional y personal. Soy un reflejo de sus valores y creencias.

A mi hermana y mi cuñado, siempre presentes en los momentos decisivos.

A mi hermana adoptiva y sobrinas, reflejo de que todo se puede conseguir con esfuerzo y decisión.

A mis amigos Raúl Martos, Esther, Ginesa, Tania, Javi y Mayte por sus consejos en momentos de cansancio y su apoyo absoluto en el transcurso de mi vida personal y profesional, del ámbito profesional surgió una amistad incondicional.

Al profesor Jesús Florido Navío por sus sabios consejos, por su amistad y por la fe en las personas. Allí donde estés seguirás siendo un referente para los que te rodean.

A Sintri, Guillermo y Gustavo, por su carácter y su atención, por sus consejos y carácter versado, por facilitarme todo lo que han podido este proceso y por estar siempre ahí de forma ilimitada.

A Inma por su guía, su sabiduría y paciencia, sus consejos me han ahorrado muchos tropiezos, y su crítica siempre ha sido un punto de construcción y desarrollo de nuevas ideas.

A mi mujer Raquel y mi hijo, por cada minuto que me han dejado para que pueda cumplir con mi trabajo, a ellos les debo el tiempo invertido en este manuscrito.

Las investigaciones en las que se enmarca la totalidad del trabajo desarrollado en esta Tesis Doctoral son los proyectos P07HUM-02529 , P11HUM-7771, ambos, Proyectos de Excelencia de la Junta de Andalucía, y el proyecto CEI2014-MPBS6 del Campus de Excelencia Internacional CEI-BIOTIC Granada. Todos ellos concedidos al Grupo de Investigación HUM-0183 del Plan Andaluz de Investigación Desarrollo e Innovación.

PRESENTACIÓN

El tiempo ha pasado inexorable desde la primera matrícula como doctorando, en la UNED en el curso académico 2012-2013, cuatro años de compaginar trabajo en los servicios de urgencias de Andalucía, con el trabajo de campo y la formación como investigador.

Este trabajo se plantea desde la perspectiva de los cuidados de enfermería y los procesos asistenciales que el personal de enfermería realiza a diario en todos los servicios de urgencias de la Comunidad Autónoma Andaluza. En él, se trata de conocer un poco mejor cómo se ven afectados los profesionales de enfermería por el Síndrome de Burnout.

Se parte de experiencias previas, por parte de otros investigadores del grupo en el ámbito de la enfermería. A partir de dicho conocimiento previo, se analiza la situación de la enfermería de urgencias andaluza, aunque se incluye referencia a la situación de estos profesionales en otras regiones del mundo.

El punto de partida de este trabajo es la preocupación que tienen los propios enfermeros, no sólo por su salud, sino también y, sobre todo, por la calidad del servicio que se ofrece en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios (SCCU-H), Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) además de equipos móviles de emergencias del Sistema Andaluz, reconociendo las nuevas circunstancias estratégicas del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias de Andalucía (PAUE). El contacto habitual con el SATSE de este equipo de investigación, hace que se inicie este trabajo y que quede configurado en la forma definitiva en que se presenta para su consideración y defensa pública como Tesis Doctoral.

Este trabajo es una muestra de la estrecha colaboración entre el Grupo de Investigadores y el SATSE, que se fortalece, buscando el mejor conocimiento de las circunstancias laborales y profesionales de la práctica asistencial diaria. Mostrando a los profesionales de enfermería, la preocupación continua por su salud en el ámbito en el que desarrollan a diario sus cuidados, basados en la taxonomía de los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), clasificando los resultados obtenidos mediante la Nursing Outcomes Classification (NOC) y registrando las intervenciones enfermeras mediante el uso de Nursing Interventions Classification (NIC), y que tanto esfuerzo y adaptación ha supuesto para la profesión enfermera en su largo camino hasta dominar esta taxonomía en las últimas décadas, favoreciendo la autonomía en el cuidado de la enfermería moderna.

Lo más importante en este momento es que con esta investigación se continúa en ese camino de trabajo y colaboración ya iniciado hace tiempo y que entendemos puede ser muy productivo; además de productivo, es ilusionante desde el momento en que se ha podido comprobar cómo los compañeros profesionales de enfermería de los cuidados críticos, agradecen nuestra preocupación como investigadores por ellos y por su trabajo, y se entregan y participan en la investigación con gran motivación y elevadas tasa de respuesta, para que ese objetivo de avanzar en el estudio del síndrome de Burnout dentro de los profesionales de enfermería de urgencias, pueda ser alcanzado.

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 urgencias de todo el Estado Español.

Los contenidos de esta Tesis Doctoral se estructuran en seis capítulos. En el primer capítulo se introduce de forma muy resumida el marco teórico de la temática de interés. En el segundo capítulo se incluyen los objetivos a cubrir en la Tesis Doctoral, así como las hipótesis que se derivan de los mismos. En el capítulo tres se incluye una revisión sistemática sobre los niveles de Burnout y la identificación de algunos factores relacionados con el padecimiento del síndrome en servicios de cuidados críticos y urgencias. En el capítulo cuatro se incluyen dos estudios empíricos en los que se obtiene información de la situación en los servicios de Cuidados Críticos y Urgencias del Servicio Andaluz de Salud. En el capítulo cinco, se incluye la discusión general y se establecen las principales conclusiones de esta investigación. Por último, en el capítulo seis, se referencian todas las fuentes bibliográficas consultadas y citadas en esta Tesis Doctoral.

Mencionar finalmente al Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología. Que se culmine esta Tesis Doctoral se debe a que en él se haya aceptado esta propuesta de investigación, se haya dirigido durante todo este tiempo su elaboración, y, por último, se me ofrezca la posibilidad de su presentación y defensa pública, en el marco de sus instalaciones y su Universidad, la Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED.

Madrid a 29 de Abril de 2016

El doctorando

	Pág
AGRADECIMIENTOS	IX
PRESENTACIÓN	XV
INDICE	XIX
LISTA DE SIGLAS	XXIII
LISTA DE TABLAS	XXV
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	
1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	3
1.1.1 Modelos Explicativos del Burnout	6
1.1.2 La Medida del Síndrome de Burnout	11
1.2 EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL	13
1.2.1 Unión Europea	15
1.2.2 Estado Español	17
1.2.3 Reconocimiento del estatus legal del síndrome de Burnout en España	18

1.3. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	24
1.3.1 Factores de riesgo de Burnout en personal de enfermería.	26
1.4. ESPECIFICIDADES DE LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS	33
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BURNOUT	40
CAPITULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	
2.1 INTRODUCCIÓN	45
2.2 OBJETIVOS	47
2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	48
CAPITULO 3. PREVALENCIA BAYESIANA Y NIVELES DE BURNOUT EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	
3.1 RESUMEN	53
3.2 INTRODUCCIÓN	54
3.3 MÉTODO	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	59
3.4 RESULTADOS	60
3.4.1 Niveles de Burnout en enfermería de urgencias	63
3.4.2 Factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout	70
3.4.3 Comparación de los niveles de Burnout con otros profesionales de la unidad de urgencias y otros servicios hospitalarios.	73
3.5 DISCUSIÓN	75
 CAPITULO 4 INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	
4.1 INTRODUCCIÓN	81
4.2. ESTUDIO 1: SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES QUE REALIZAN JORNADA FÍSICA COMPLEMENTARIA EN URGENCIAS	82
4.2.1. MÉTODO	84
4.2.2. RESULTADOS	86
4.2.3. DISCUSIÓN	90

4.3. ESTUDIO 2. PERFILES DE RIESGO Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	94
4.3.1. MÉTODO	96
4.3.2. RESULTADOS	99
4.3.3. DISCUSIÓN	104
CAPITULO 5. CONCLUSIONES	
5.1. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES	117
5.2 OBJETIVOS 1, 2 y 3	119
5.3 OBJETIVOS 4 y 5	122
5.4 OBJETIVOS 6, 7 y 8	126
5.5 CONCLUSIONES FINALES	132
5.6. LIMITACIONES DEL TRABAJO	134
5.7. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

LISTA DE SIGLAS

ACSA: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AE: Agotamiento Personal

APr: Antigüedad en la Profesión

APu: Antigüedad Puesto de Urgencias

BOE: Boletín Oficial del Estado

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

CIMCYC: Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento

D: Despersonalización

DCCU: Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

EBAP: Equipos Básicos de Atención Primaria

ENWHP: The European Network for Workplace Health Promotion

EU-OSHA: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

IBAMEUE: Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

JFC: Jornada Física Complementaria

MBI: Maslach Burnout Inventory

MUE: Medicina de Urgencias y Emergencias

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

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

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification
NTP: Notas Técnicas de Prevención
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
OSHA: Occupational Safety & Health Administration
PAUE: Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias de Andalucía
PRL: Prevención de Riesgos Laborales
RD: Real Decreto
RP: Realización Personal
SAECC: Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos
SAS: Servicio Andaluz de Salud
SATSE: Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Enfermería
SCCU-H: Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios
STSJ: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia
SUE: Servicio de Urgencias y Emergencias
TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería
TSJC: Tribunal Superior de Justicia de Cataluña
UE: Unión Europea
UGC: Unidades de Gestión Clínica
UNED: Universidad Española de Educación a Distancia

TABLAS	Pág
Tabla 1. Características de los estudios incluidos	60
Tabla 2. Descripción de los niveles de Burnout en enfermeros	63
Tabla 3. Medias y DT en Burnout de enfermeros	67
Tabla 4. Estimación puntual (Punt) y por intervalos (L_I , L_S) bayesiana de la prevalencia de CE en la población de enfermeros de SUE	68
Tabla 5. Estimación puntual (Punt) y por intervalos (L_I , L_S) bayesiana de la prevalencia de D en la población de enfermeros de SUE	85
Tabla 6. Estimación puntual (Punt) y por intervalos (L_I , L_S) bayesiana de la prevalencia de RP en la población de enfermeros de SUE	87
Tabla 7. Análisis Descriptivo de las Variables	87
Tabla 8. Niveles en las dimensiones del Burnout	89
Tabla 9. Clasificación de los niveles de Burnout según el modelo de 8 fases de Golembiewski (1983)	84

Tabla 10. Análisis clásico y bayesiano para comparar los que realizan o no JFC.	86
Tabla 11. Valores descriptivos de las variables recogidas en la muestra	99
Tabla 12. Niveles de Burnout en cada una de sus dimensiones	100
Tabla 13. Clasificación de los participantes según el Modelo de Fases	101

FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Flujo de los estudios empíricos Incluidos en la revisión	57
Figura 2. Los factores de riesgo asociados más frecuentemente con el Burnout en los trabajos revisados	72

CAPÍTULO 1.
MARCO TEÓRICO

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En este año 2016, se cumplen 40 años desde que se comenzó a investigar sobre el constructo “Burnout”, centrado en dos aspectos clave, las graves repercusiones que tiene padecer el síndrome a nivel personal para el individuo que lo desarrolla, y en las relativas a las consecuencias sobre la organización, es decir, su repercusión en las instituciones en las que las personas afectadas, realizan su trabajo.

Así, se ha podido observar que de una estimación en 300 referencias o trabajos de investigación que tenían como protagonista el síndrome de Burnout en su primera década (Roberts, 1986), se pueden citar algo más de 1000 trabajos en la segunda década de historia de este constructo (Garcés de los Fayos, Teruel & García Montalvo, 1993), mientras que en la tercera década de investigaciones sobre el síndrome, otros autores informan de 13746 artículos de investigación publicados, sólo, en las bases EMBASE, PsychINFO and Medline (Prins et al., 2007). Actualmente, en una búsqueda en PsycINFO, PudMed, Web of Science, Scopus, ProQuest Dissertatos & Theses Global y Ovid Nursing Database, se encuentran 128190 documentos en los que el término Burnout es protagonista de la investigación, de los que 16436 se refieren a personal sanitario. Este crecimiento exponencial de la producción científica en este campo, parece imparable, debido al interés obvio de la temática de que se trata.

El interés en la investigación del Burnout proviene del hecho de tratarse de un problema social antes que de una cuestión teórica (Maslach & Jackson,

1984). Como indican estas autoras, es un problema que afecta a muchas personas y cada vez afecta a más profesiones –hasta 25 campos profesionales aparecen citados ya por Silverstein (1986)–, razón por la que se hace cada vez más necesario profundizar en su estudio para reducir su prevalencia e incidencia (Burke & Richardsen, 1991).

La conceptualización del Burnout ha tropezado con diversos obstáculos; en principio, la ambigüedad e imprecisión del concepto estrés (Peiró, 1993) y posteriormente la confusión en cuanto a si el síndrome era similar al estrés o surgía como consecuencia del mismo. Independientemente y añadido a las circunstancias citadas previamente, hay que citar la falta de consenso para definir, por ejemplo, estresores ocupacionales. Todo ello ha dificultado la clarificación del concepto en sus primeros veinte años de historia.

En las Ciencias Sociales, el trabajo de Maslach (1976), se considera pionero en el tema. En su trabajo, que incluye una muestra de 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, personal de enfermería, psicólogos y psiquiatras, entre otros, Maslach reparó en que dichos trabajadores afrontaban el estrés laboral y sus consecuencias negativas, mediante un alejamiento con la persona objeto de su trabajo.

En esta primera etapa, el nuevo constructo era poco preciso pero empezó a ser muy popular; hubo quien atribuyó el Burnout a “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales” (Edelwich & Brodsky, 1980). También se habló de “un estado de agotamiento físico,

emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”, es decir, el Burnout se atribuía a una repetición de la presión emocional sobre la persona (Pines, Aronson & Kafry, 1981).

Tras estos inicios, es en 1981 cuando Maslach y Jackson (1981) lo plantean como un síndrome tridimensional caracterizado por “Casancio Emocional” CE (hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos y para con los clientes), “Despersonalización” D (supone el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios) y “baja Realización Personal” RP (conlleva la pérdida de confianza en la Realización Personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado de las situaciones ingratas). Definición ésta que, en contra de lo habitual, no es teórica sino la consecuencia empírica de las investigaciones que desarrollan estas autoras (Maslach & Jackson, 1984). En estas investigaciones se genera el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) cuyo objetivo es determinar grado de padecimiento del síndrome. Este instrumento es la herramienta de medida más universalmente aceptada y se emplea incluso para la definición del constructo.

Otras definiciones basadas en soporte empírico, de la misma época, son las de Pines, Aronson y Kafry (1981) que da lugar a su propio inventario de evaluación. Tras la mayor aceptación de los planteamientos de Maslach y Jackson, surgen diferentes definiciones y trabajos que ubican el Burnout en la línea de los planteamientos de estas autoras con ligeras variantes (Elliot & Smith, 1984; Emener, Luck & Gohs, 1982; Farber, 1984; García

Izquierdo, Castellón, Albadalejo & García, 1993; García Izquierdo & Velandrino, 1992; Garden, 1987; Greenglass, Burke & Ondrack, 1990; Leiter, 1991; Martín, 1982; Moreno et al., 1991; Oliver, Pastor, Aragonese & Moreno, 1990; Perlman & Hartman, 1982; Shinn, Rosario, March & Chestnut, 1984; Shirom, 1989; Starrin, Larsson Styrborn, 1990; Walker, 1986).

Por último según todo lo analizado hasta la fecha, Maslach et al. (2001), definieron el burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico. Afirman que, de las tres dimensiones de dicha respuesta, el Casancio Emocional representa la base del burnout, la Despersonalización representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome y la baja Realización Personal representa la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo.

1.1.1. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Se han planteado diversos modelos explicativos del Burnout, entendiendo por modelo cualquier propuesta, más o menos formal, que pueda incluir aspectos relacionados con el desarrollo y/o evolución del citado síndrome.

Algunos de los modelos más representativos son:

Edelwich (1980) no solo definió el Burnout sino que describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, caracterizada por altas expectativas profesionales poco o nada realistas;

una segunda fase de estancamiento o meseta, en la que el profesional percibe que su trabajo no obtiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y/o los usuarios, la cual se acrecenta con el pesimismo de sus compañeros afectos del síndrome; la tercera fase es la denominada de frustración, en la que el profesional se cuestiona a sí mismo y su trabajo, en la que contribuyen un entorno laboral hostil en tanto en cuanto hablamos de sobrecarga laboral; y la última etapa o cuarta, denominada de apatía o indiferencia hacia el trabajo, estadio final según este autor.

El modelo de Cherniss conceptualiza el Burnout en un marco de interacciones en el que las fuentes de estrés que están a su base, se relacionan con la influencia del marco laboral, las características de la persona y el cambio de actitudes de la misma (Cherniss, 1980a, 1980b), según el cual, el marco laboral es un agente potencial en el que se destacan: orientación, carga de trabajo estimulación, ámbito de clientes y contactos, autonomía, estilo de dirección y supervisión, y existencia de aislamiento social. La persona cuenta con otros factores potenciadores o inhibidores del estrés: orientación profesional, apoyos de los que se dispone y demandas existentes fuera del trabajo. En consonancia con esto, la persona cambia de actitudes dando lugar a diversas posibilidades de cambio: en las metas laborales, en la responsabilidad personal de los resultados, en el idealismo/realismo ante el trabajo, en la indiferencia emocional, en la mayor o menor alienación en el trabajo o en los auto-intereses. Según sean estos cambios, las fuentes de estrés decrecerán o se incrementarán dando lugar, en este último caso, a la posible aparición del burnout.

Leiter y Maslach plantean un modelo teórico diferente, que se desarrolla a partir de dos premisas: la influencia de cada una de las dimensiones del Burnout es determinante en su desarrollo y éstas mantienen distintas relaciones con las condiciones ambientales y las diferentes características individuales (Leiter & Maslach, 1988). En este modelo se parte del Casancio Emocional como dimensión fundamental del Burnout, a la que seguiría según el proceso que plantea, la Despersonalización y, posteriormente, la reducida Realización Personal.

El modelo de Golembiewski y colaboradores, que es el que sustenta esta investigación, se plantea a partir de la concepción de Burnout que ofrece el Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1981b). 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 Casancio Emocional. Dicotomizan las puntuaciones obtenidas del MBI en altas y bajas, lo que combinado con las tres subescalas, en el orden indicado anteriormente, nos lleva a obtener ocho configuraciones de Burnout que denominan fases y que clasifican de la 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 (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski, Munzenrider & Stevenson, 1986).

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

1984b; Golembiewski, Munzenrider & 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. También, y debido a que la Despersonalización es la dimensión que más controversia genera, plantean un posible modelo con cuatro fases, donde los diferentes estados del Burnout resultan de combinar las dos categorías en las que dicotomizan las dimensiones relativas a la Realización Personal y el Casancio Emocional.

Estamos de acuerdo con Golembiewski et al. (1986, 1988) en que las fortalezas del modelo que ellos mismos proponen 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.

En relación con los modelos expuestos, las similitudes que se encuentran son las siguientes: (1) todos los modelos coinciden en la importancia del problema y su desarrollo crónico; (2) todos consideran como integrantes del constructo Burnout las tres dimensiones que se proponen desde los primeros trabajos de Maslach y su equipo de colaboradores, Casancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal; (3) los diversos modelos consideran que la influencia de cada una de estas dimensiones es crucial en el desarrollo del síndrome y su relación con las condiciones ambientales, laborales y personales, es clara, aunque diferente, según la dimensión considerada.

Las diferencias entre modelos se pueden resumir del modo siguiente: (1) No todos los modelos presentados consideran el concepto de fases o estadios de evolución o desarrollo del síndrome de Burnout así como el formato en que se podrían establecer dichas fases; (2) Cada modelo propone una dimensión desencadenante del proceso, diferente, lo que implica una secuencia temporal distinta para el inicio y desarrollo posterior del desorden, lo que incluye relaciones de dependencia entre dimensiones, diferentes, entre unos modelos y otros.

1.1.2 LA MEDIDA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Aunque existen múltiples instrumentos para evaluar el burnout, presentaremos de forma breve el Maslach Burnout Inventory (MBI), ya que es el cuestionario con el que trabajaremos en esta investigación. Creado originariamente para analizar el sector servicios, y generalizado posteriormente, en primer lugar, al campo de la enseñanza y a finales de la década de los 90, a otros campos profesionales.

También se elaboraron versiones específicas del MBI: el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey) dirigido a personal sanitario (Maslach, Jackson y Leiter, 1996); el MBI-ES (Maslach Burnout Inventory-Educators Survey) dirigido a docentes (Schwab, 1986); y el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) enfocado más al trabajo propiamente dicho que a las relaciones de los trabajadores (Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996).

El MBI adaptado a población española, es un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto responde en una escala de frecuencias, aunque en la versión original se le pedía cumplimentar una segunda vez en una escala de intensidad. Se divide en tres subescalas que miden las tres dimensiones que configuran el constructo Burnout según sus autoras. En lo que se refiere a la fiabilidad, las autoras encuentran valores de 0,87 –escala de AE-, 0,76 –escala de RP- y 0,73 – para la D-, y estos valores pasan a ser de 0,90; 0,71 y 0,79 para las tres subescalas en la versión de 1986. La consistencia interna en la adaptación española del

MBI fueron de 0,58 para CE de 0,36 para la subescala de D y 0,45 en la RP.

Como ejemplo de la diversidad de trabajos que tienen como protagonista este instrumento en sí mismo, diremos que en algunos de ellos se defiende su validez convergente (Maslach, 1976, 1978). En otros trabajos se afirma su validez discriminante (Best, Stapleton & Downey, 2005; Maslach & Jackson, 1979; Roelofs, Verbrakk, Keijsers, De Bruin & Schmidt, 2005). Otras investigaciones, en sus conclusiones, discuten su dimensionalidad o redistribuyen los ítems en dimensiones diferentes (Burke & Richardsen, 1991; Gold, Roth, Wright, Michael & Chen, 1992; Taris, Le Blanc, Schaufeli & Scheurs, 2005). En algunos trabajos se defiende su tridimensionalidad (Byrne, 1994; Gil, 2002; Golembiewski, Boudreau, Goto & Murati, 1993; Kitaoka-Higashiguchi et al., 2004; Leiter, 1991a, b; Maslach & Jackson, 1984; Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002). Otros, sólo establecen su fiabilidad y validez adecuadas pero no profundizan en el estudio de su estructura (Cherniss, 1992).

De todo lo expuesto anteriormente, se puede decir que: a) numerosas investigaciones apoyan la fiabilidad, validez y estructura factorial del MBI; b) existen trabajos que apoyan que dicha estructura no es correcta; c) parece ser que el “Casancio Emocional” es el factor más consistente en el instrumento lo que condiciona la importancia relativa de los factores.

Este trabajo de tesis doctoral se ubica en la conceptualización tradicional del síndrome y la propuesta realizada por C. Maslach y colaboradores, y a la que subyace el modelo teórico ofrecido por el Maslach Burnout Inventory (MBI) y algunos otros cuestionarios que se desarrollan en el

mismo marco teórico (De la Fuente et al., 2013; De la Fuente et al., 2015; Maslach & Jackson, 1986; Gil-Monte, 2002; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

La importancia de este síndrome ha dado lugar a que desde ámbitos nacionales e internacionales, haya pasado a ser considerado como una “enfermedad laboral”, con su componente legislativa, que presentaremos en el siguiente apartado.

1.2 EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL

Según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mitad de la población mundial son trabajadores, siendo los que favorecen con su esfuerzo, el desarrollo económico y social de la mayoría de los países. Es por ello que la salud se convierte en un activo económico y social indispensable, de ahí la necesidad de controlar y disminuir los riesgos relativos a la salud, en el ámbito laboral (OMS, 2006). Basándonos en lo anterior, y en los datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la OMS, podemos decir que aproximadamente tres mil millones de trabajadores en el todo el mundo no tienen el acceso a un mínimo de estándares de calidad y legislación mínima laboral, en el ámbito de la salud laboral, la seguridad y la protección de los derechos fundamentales de los trabajadores.

Estos déficits provocan anualmente 2 millones de muertes relacionadas con las actividades laborales, 271 millones de accidentes laborales y 160

millones de enfermedades laborales. Conjuntamente, según señala la OMS, a “la mayoría de la fuerza de trabajo de todo el mundo se le deniega el acceso a servicios de salud ocupacional (Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf) solamente el 10-15% de la fuerza de trabajo global tiene acceso a alguna clase de servicio de este tipo”.

Por otra parte, el riesgo psicosocial es también un elemento de importancia relevante en el ámbito de la salud en el trabajo. En este contexto, destacan factores como el estrés, el Burnout y la violencia en el trabajo, cada vez más importantes en los países desarrollados, aumentando su interés en los países en vías de desarrollo y en los países en transición de modelo económico. (OIT, 1984; OMS, 2006, 2007; Pérez, 2013).

La OIT, indica que el Burnout es una enfermedad que pone en peligro las economías de los países y hace que se resienta la productividad al afectar la salud física y mental de los trabajadores. Resalta que el síndrome se caracteriza por la presencia de crisis de ansiedad y angustia, actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento, hipersensibilidad, insomnio, desórdenes metabólicos y desequilibrios en la presión arterial, pérdida de concentración en el trabajo, fijación en la parte oscura y conflictiva de la vida, depresión, falta de realización personal, autoevaluación negativa, baja autoestima, manifestación física del estrés (dolores de espalda, malestar general y otros síntomas.) y disminución del rendimiento laboral (OMS, 2000).

1.2.1 Unión Europea

Desde finales del siglo XX a principios del XXI, el Burnout se ha convertido en una línea de preocupación prioritaria en la Unión Europea (UE). A partir de dicha preocupación se crea una comisión sobre el estrés laboral, incluyéndose dentro del programa de trabajo del diálogo social 2003-2005 y más recientemente en el programa de trabajo social 2013-2014. Entre los objetivos principales que se marca dicha Comisión se encuentra, en lo que a este trabajo se refiere, la identificación de estresores relacionados con el ámbito laboral.

La UE se apoya en un amplio sistema político y legislativo, cuyo objetivo es apoyar la mejora de las condiciones de trabajo, lo que incluye normas mínimas de derecho laboral, de salud y seguridad en el trabajo.

«Proteger y fomentar las condiciones de trabajo en la UE significa cuidar de nuestro capital humano. Disponemos de un notable patrimonio de normas y políticas para garantizar buenas condiciones de trabajo que permitan elevados niveles de satisfacción entre los trabajadores europeos. Pero también existe el temor, e incluso el riesgo real, de que las condiciones de trabajo se vean perjudicadas a consecuencia de la crisis económica. Tenemos que renovar nuestros esfuerzos, en cooperación con los Estados miembros y las organizaciones patronales y sindicales, para preservar y mejorar las condiciones de trabajo», declaró László Andor, Comisario europeo de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, en Bruselas el 24 de abril de 2014 (IP/14/467, 2014; Pérez, 2013; Stolk et al., 2012)

La carta comunitaria de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores, adoptada en el Consejo Europeo de Estrasburgo el 9 de diciembre de 1989 por los Jefes de Estado y de Gobierno de los estados

miembros, dispone en su punto 19, lo siguiente: «Todo trabajador debe disfrutar en su medio de trabajo de condiciones satisfactorias de protección de su salud y de su seguridad. Deben adoptarse medidas adecuadas para proseguir la armonización en el progreso de las condiciones existentes en este campo». El programa de acción para la aplicación de la carta comunitaria de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores, considera que la Directiva 89/391/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, dispone en su artículo 15 que los grupos expuestos a riesgos especialmente sensibles deberán estar protegidos contra los peligros que les afecten de manera específica.

A nuestro entender, y de acuerdo con la OMS (2005), el Burnout vulnera uno de los derechos fundamentales de los profesionales sanitarios, el vivir de manera plena, no permitiendo a los profesionales sanitarios conservar su bienestar físico, psíquico y mental. Al reconocer la legislación internacional este derecho, implica que ningún ser humano puede ser conducido por las circunstancias del ámbito laboral, hacia la pérdida de la salud. De hecho, el Burnout conduce al trabajador hacia el desarrollo de problemas en distintos ámbitos de su vida como ciudadano de un estado.

Esta normativa legal, ha permitido que en algunos países, por ejemplo, Suiza y Holanda, exista un diagnóstico médico para el síndrome de Burnout de igual forma que lo hay para otras enfermedades como son la diabetes, hipertensión o cualquier otra patología (Schaufeli et al., 2009). Sin embargo, lo más habitual es encontrarnos con países en los que no se admite un diagnóstico para el síndrome, relacionado con la medicina del trabajo, como sería de desear; más bien ocurre la situación contraria, en la

que se evita su reconocimiento como enfermedad profesional, y se evita el acceso al diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación correspondiente, obviando los distintos niveles de prevención de la salud pública.

1.2.2 Estado Español

En el ámbito del Estado Español, como miembro de la UE, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales tiene por objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades necesarias para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz, de prevención de los riesgos laborales.

A partir del reconocimiento del derecho de los trabajadores en el ámbito laboral a la protección de su salud e integridad, la ley establece las diversas obligaciones que, en el ámbito indicado, garantizarán este derecho, así como las actuaciones de las administraciones públicas que puedan incidir positivamente en la consecución de dicho objetivo (Directiva Europea 93/104/CE, 1993; Ley 31,1995; Ley 54,2003).

Esta Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales (Ley 54, 2003), tiene por objeto afrontar la ejecución de las medidas contenidas en el Acuerdo de los jefes de gobierno de los países de la UE de 30 de diciembre de 2002 que requieren para su puesta en práctica una norma con rango de ley y que se refiere a dos ámbitos estrechamente relacionados: por un lado, contextualizar el marco normativo de la prevención de riesgos laborales;

por otro, el reforzamiento de la función de vigilancia y control del sistema de inspección de trabajo y seguridad social.

Como objetivos básicos de esta ley deben destacarse los cuatro que se mencionan a continuación. En primer lugar, y como objetivo horizontal, combatir de manera activa la siniestralidad laboral. En segundo lugar, fomentar una auténtica cultura de la prevención de los riesgos en el trabajo, que asegure el cumplimiento efectivo y real de las obligaciones preventivas y prohibir el cumplimiento meramente formal o documental de tales obligaciones. En tercer lugar, reforzar la necesidad de integrar la prevención de los riesgos laborales en los sistemas de gestión de la empresa. Y, en cuarto lugar, mejorar el control del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, mediante la adecuación de la norma sancionadora a la norma sustantiva y el reforzamiento de la función de vigilancia y control, en el marco de las comisiones territoriales de la inspección de trabajo y seguridad social.

1.2.3 Reconocimiento del estatus legal del síndrome de Burnout en España

Al tratarse de un trastorno psicosocial, no hemos encontrado en la legislación revisada referencias concretas al síndrome de Burnout, sin embargo, sí existen recomendaciones contenidas en las guías de “buenas prácticas”, así como sentencias en los Tribunales de Justicia, que dan lugar a consecuencias legislativas. Comentaremos sólo aquellas que están en relación con nuestro tema de estudio.

Las citadas guías de “buenas prácticas”, se concretan en una serie de Notas Técnicas de Prevención (NTP) cuyas indicaciones no son

obligatorias salvo que estén recogidas en una disposición normativa vigente. A efectos de valorar la pertinencia de las recomendaciones contenidas en una NTP concreta es conveniente tener en cuenta su fecha de edición. Son métodos recogidos en las guías del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) que podrán ser utilizados cuando la normativa vigente deba de ser interpretada a la luz de otros criterios de carácter técnico. Las principales que se relacionan con el Burnout son las siguientes:

NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (I): definición y proceso de generación.

En esta nota se intenta poner de manifiesto la necesidad de un nuevo conocimiento, los aspectos conceptuales, las causas más generales y el desarrollo del proceso relacionado con el síndrome de estar quemado en el ámbito laboral (Fidalgo, 2008).

NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención.

Se definen las consecuencias que se derivan para el individuo y el ámbito empresarial cuando aparece el Burnout. Debido a estas consecuencias los tribunales de justicia deben pronunciarse de acuerdo a la legislación vigente. El pronunciamiento de sentencias y la creciente preocupación en distintos niveles de la sociedad española, están favoreciendo el nuevo desarrollo de legislativo (Fidalgo, 2007).

NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición.

La necesidad de medir de manera útil para la sociedad el síndrome de Burnout, hace que se dote de un instrumento para la evaluación del Burnout en todo tipo de trabajos. (Bresso, Salanova, Schaufelli & Nogareda, 2007).

Otras NTP relacionadas con el Burnout: NTP 212: Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos, NTP 213: Satisfacción laboral: encuesta de evaluación, NTP 312: Comunicación interpersonal, NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral, NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo, NTP 388: Ambigüedad y conflicto de rol, NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción, NTP 438: Prevención del estrés: intervención sobre la organización, NTP 439: El apoyo social, NTP 444: Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas, NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga, NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo, NTP 499: Nuevas formas de organizar el trabajo: la organización que aprende, NTP 534: Carga mental de trabajo: factores, NTP 581: Gestión del cambio organizativo, NTP 659: Carga mental de trabajo: diseño de tareas, NTP 575: Carga mental de trabajo: indicadores entre otras.

En cuanto a la consideración del Burnout como accidente de trabajo, y según el artículo 115.3 Real Decreto 1/1994, de 20 de junio (por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social), se indica que las lesiones que se produzcan durante el tiempo de trabajo y en

el lugar de trabajo, podrán ser tenidas en cuenta como accidente laboral. Como en el caso del Burnout no está reconocida como enfermedad en el ámbito profesional, es necesario un criterio jurisprudencial reiterado, que permita conformar la naturaleza jurídica de accidente de trabajo, lo que se ve en las numerosas sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia (STSJ) de las distintas Comunidades Autónomas. (Martínez, 2005).

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) en sentencia del 20 de octubre de 2011, ha reconocido que el Burnout es un accidente laboral en una sentencia en la que confirma la incapacidad permanente absoluta concedida a una maestra de Barcelona. No obstante, el escrito del TSJC aclara que este tipo de dolencias "se gestan de una forma lenta y acumulativa" pero también "se relacionan directamente con el trabajo". Recuerda que el Burnout se define como "agotamiento físico, emocional y mental" motivado por "un proceso en el que se acumula un estrés excesivo por una desproporción entre la responsabilidad y la capacidad de recuperación" del empleado. En opinión del tribunal, en este caso el síndrome del Burnout ha afectado a la profesora "estando en el trabajo y como consecuencia del mismo" y le ha ocasionado "un deterioro que actualmente no le permite la actividad laboral".

La STSJ de Cataluña de 20 de enero de 2005, expresa que el síndrome del trabajador quemado constituye un riesgo profesional de origen psicosocial. Los efectos que interesan en el litigio entablado por la trabajadora, debe señalarse que se trata de un riesgo psicosocial descrito, que ha debutado en la actora estando en el trabajo y como consecuencia del mismo.

La STSJ de Cataluña de 9 de noviembre de 2005, define que compete a la empresa la vigilancia de la salud en relación a los factores de riesgo psicosocial. Más concretamente, indica que es exigible y compete a la empresa la vigilancia de la salud de los trabajadores que pudiera verse quebrantada por riesgos psicosociales.

La STSJ de Navarra de 18 de abril de 2006 establece claramente que el síndrome del trabajador quemado es un proceso en el que se acumula un estrés extremo, a raíz de la desproporción existente entre la responsabilidad asumida por el trabajador y la ausencia de reconocimiento vivida por éste. La sentencia indica que, recientemente, se habla de una nueva aparición de enfermedad psicosocial denominada Burnout que viene a significar «estar quemado», y que se trata de un síndrome de agotamiento físico y mental intenso, resultado de un estado de estrés laboral crónico o frustración prolongada y que, según la psicología del trabajo así como la Medicina Forense, se trata de un trastorno de adaptación del individuo al ámbito laboral cuya caracterización reside en el cansancio emocional (pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y fatiga emocional).

En la STSJ de Navarra de 23 de marzo de 2004 se comenta la aparición de factores causantes que son tanto objetivos como subjetivos. Respecto a sus causas, se apunta como estresores laborales desencadenantes, los vinculados al puesto de trabajo y las variables de carácter personal. Entre los primeros se señalan la categoría profesional, las funciones desempeñadas o la escasez de personal. Respecto a los segundos, se trata de un estrés laboral asistencial, y por consiguiente con más incidencia en el sector servicios, de entre los que cabe destacar los servicios sociales, en

los que el trabajo se realiza en contacto directo con personas, que por sus características son sujetos de ayuda.

En la STSJ de Galicia (5682,2012) de 23 de noviembre se establece como improcedente la incapacidad permanente absoluta, a pesar de su estado con claros signos de ansiedad y depresión. El cuadro patológico que describe el actor, apreciado en su conjunto, si bien ejerce una importante influencia sobre su capacidad de ganancia, hasta el punto de privarle de la posibilidad de llevar a cabo las tareas fundamentales de su profesión habitual de administrativo, sin embargo no tiene la entidad suficiente como para impedirle la realización de todo trabajo. Esto pone de manifiesto que no siempre se cumplen los suficientes requisitos para que la justicia, reconozca o no, la presencia del síndrome de Burnout en los trabajadores.

Por otra parte, la STSJ de Canarias (2437, 2012) de 21 de diciembre, en el ámbito de un procedimiento por acoso laboral, establece la distinción del síndrome del quemado y elementos definitorios. El trabajador en el marco de acoso laboral recibe de manera sistemática y prolongada presión psicológica, que se ejerce sobre una persona en el desempeño de su trabajo, tratando de destruir su comunicación con los demás y atacando su dignidad personal con el fin de conseguir que, perturbada su vida laboral, se aleje de la misma provocando su autoexclusión. Elementos esenciales del acoso moral: existencia de comportamientos hostiles hacia el trabajador, reiteración en el tiempo y producción de un efecto lesivo de la integridad moral de la persona.

Otras alusiones que hacen referencia al Burnout, pero no siendo éste su tema central, se pueden encontrar en las siguientes sentencias: Tribunal Superior de Justicia del País Valenciano del 2 de noviembre de 1999; Juzgado de lo Social número 3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002; Juzgado de lo Social número 16 de Barcelona en sentencia del 27 de diciembre de 2002; Sala de lo Social del Tribunal Supremo Burnouten sentencia de 26 de octubre de 2000; Burnout Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 31 de marzo de 2004.

1.3. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Como hemos expuesto en páginas anteriores, el Burnout es un problema laboral reconocido internacionalmente y que, en nuestro país como en otros de nuestro entorno, ha adquirido el estatus de “enfermedad laboral”. Es del todo pertinente, la profundización en su estudio y, concretamente, en el ámbito de la enfermería donde la incidencia y consecuencias del síndrome son especialmente graves para la totalidad de la sociedad.

Entre las profesiones que trabajan en contacto directo con los ciudadanos, y que según la definición que hemos adoptado constituyen un grupo de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout se encuentran los miembros de los cuerpos de seguridad del estado, personal docente o sanitarios, entre otros (De la Fuente et al., 2013; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). La profesión enfermera es, en el ámbito sanitario, una de las más afectadas por este síndrome de Burnout (Cañadas et al., 2014).

El personal de enfermería se dedica al cuidado de los pacientes en distintas etapas de su vida, con el abandono consiguiente de su propia familia. Son profesionales que se encuentran con escaso reconocimiento a su labor asistencial, lo que genera en ellos un alto grado de insatisfacción. Lo anterior, unido a los bajos sueldos y la dedicación 24 horas los 365 días al año, hace que se encuentren informes que indican que se produce un nivel importante de abandono de la profesión en estos profesionales (Duffin, 2013; Cañas, 2013). Junto a estos factores de carácter personal hay que resaltar otros factores de carácter social como son, especialmente en España, los problemas derivados de la crisis económica (privatización, externalización de servicios, reducción de los medios materiales y personales, etc), unidos a la reestructuración de las áreas sanitarias.

Este panorama pone de manifiesto el alto grado de exposición de los profesionales sanitarios y, en especial de los enfermeros, al síndrome de Burnout tal y como ha sido definido en páginas anteriores.

A la vista de lo anterior, resulta de gran interés profundizar en la comprensión del fenómeno del Burnout profesional, es decir, identificar los factores de riesgo asociados a su desarrollo, lo que permite no solo conocer mejor el problema, sino también, ayudar a establecer programas preventivos del mismo (De la Fuente et al., 2015). Está comprobado que aspectos personales como la edad, género, estado civil, algunos estados psicológicos o factores de personalidad de las enfermeras, son de relevancia en el estudio del problema. Además, desde la perspectiva social, todos aquellos aspectos que dificultan la gestión de sus vidas laborales y socio-familiares nos muestran un campo abonado donde el

Burnout se puede desarrollar (Benetti et al., 2009; De la Fuente et al., 2015; Hu et al., 2015; Ortega & López, 2004).

Analizaremos a continuación de forma detallada cuáles son los principales factores de riesgo de Burnout en el personal de enfermería.

1.3.1 Factores de riesgo de Burnout en personal de enfermería.

Existen diferentes taxonomías en cuanto a las variables relacionadas con el síndrome de Burnout; una de las más utilizadas establece que los factores de riesgo asociados con el trastorno se pueden agrupar en tres categorías que incluyen factores sociodemográficos, psicológicos y laborales (Purvanova & Muros, 2010; Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández & De la Fuente, 2014). Si bien, para los citados autores así como para otros muchos, estos factores son denominados “de riesgo”, en nuestra opinión, resulta más acertado suprimir el término “riesgo”, debido a que algunos de estos factores resultan ser variables protectoras frente al desarrollo del síndrome. Además, nuestro interés radica más en establecer un perfil general de las características específicas del personal de enfermería en relación con el Burnout, que en establecer un perfil de riesgo.

Factores sociodemográficos.

Las variables sociodemográficas como factores relacionados con el Burnout han sido poco estudiadas (Cañadas, 2012; Rios et al., 2012), de tal forma que se encuentran pocos trabajos al respecto y los resultados son controvertidos, pues no llegan a plantear si estas variables podrían formar parte o, definitivamente, ser descartadas en un posible perfil asociado con el Burnout (Cañadas et al., 2015; De la Fuente et al., 2015; De Pablo, 2007; Vargas et al., 2014).

Algunos de los factores más estudiados son el género, edad y estado civil, entre otros. Comentaremos brevemente algunos de los resultados más relevantes a este respecto, en la literatura que existe sobre el tema.

La importancia de la carga simbólica que el género tiene dentro de la profesión enfermera, así como la feminización de esta profesión y el rol femenino que los cuidados han tenido a lo largo de la historia, nos puede hacer comprender por qué algunos autores encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con el riesgo de Burnout, (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2013; Ríos et al., 2008). A pesar de lo anterior, existe controversia en este punto y, de hecho, otros investigadores indican que dentro de la profesión enfermera en el análisis del Burnout en relación con el género, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (Eagar, 2003).

Si se toma en consideración la variable edad, en relación con el Burnout, también se encuentran resultados contradictorios. Por una parte se encuentran relaciones entre dicha variable y las dimensiones del síndrome

(França, Martino, Aniceto, & Silva, 2012; Melita, Cruz & Merino, 2008), mientras que por otro lado otros autores hablan de escasos indicios de que dicha variable pueda ser considerada como un factor relacionado con el padecimiento del síndrome, en forma absoluta; más bien proponen que, en todo caso sería una relación moderada por otras variables (Adriaenssens et al., 2013; Eagar, 2003; Ibáñez, Vlaregut, & Abio, 2004; Ríos et al., 2008).

En cuanto al estado civil o más concretamente la situación de tener o no pareja, es para algunos autores un factor que apunta a una mayor propensión a desarrollar el trastorno (Bennetti, 2009). Sin embargo, se encuentran trabajos de investigación en los que se informa de ausencia de relación entre esta variable y el síndrome (Melita et al., 2008). De forma inmediata al planteamiento anterior, la relación del estado civil y el Burnout suele venir acompañada del estudio de la variable número de hijos. Se ha informado mayoritariamente, aunque no de forma unánime, de una tendencia a sufrir mayores niveles en las tres dimensiones del síndrome, en personas con hijos que en aquellos casos en que no los tienen (França et al., 2012; Ríos et al., 2008).

Frente a los factores que actúan favoreciendo el padecimiento del síndrome, comentados en párrafos anteriores, existen otros que actúan como protectores. Así, el apoyo socio-familiar, es muy importante pues disminuye el impacto de las situaciones de estrés crónicas a las que están expuestos estos profesionales. La disponibilidad de dicho apoyo familiar, así como una vida social desarrollada en todos sus aspectos se consideran factores protectores y ayudan a evitar la aparición y desarrollo del

síndrome de Burnout (Albar & García, 2005; Hu et al., 2015; Lorenz et al., 2010; Solano, Hernández, Moreno & Reig, 2002).

Factores laborales.

El profesional sanitario que presenta Burnout, es un sujeto con experiencia laboral, que no percibe el grado de reconocimiento mínimo a su labor asistencial, sumado a un alto nivel de insatisfacción laboral. (Albaladejo et al., 2004; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000; Díaz, Stimolo & Caro, 2010; Fillion et al., 2007).

En el desarrollo diario de cualquier unidad sanitaria o área de salud, la organización de la actividad asistencial, es uno de los muchos indicadores que se analizan a la hora de hablar de calidad asistencial. Los profesionales sanitarios cubren la demanda asistencial de sus servicios 24 horas 365 días al año, peculiaridad ésta, que marca el desarrollo de la sanidad y deja huellas visibles en los profesionales. Los recursos económicos y estructurales que consumen la sanidad y las políticas de recortes en los últimos años en las políticas sociales, han tenido su repercusión en los profesionales sanitarios. Esto ha afectado a las condiciones del trabajo, la confortabilidad-comodidad-estabilidad en los servicios y los avances tecnológicos, que junto con la formación continuada de los profesionales conforman el eje central del proceso enfermero y la continuidad en el cuidado, con una calidad asistencial que cumpla los criterios y estándares establecidos por la sociedad donde se desarrollan (Adriaenssens et al., 2011; Bellagamba, Gionta, Senergue,

Beque & Lehucher, 2015; Melita et al, 2008; Stimpfel, Sloane & Aiken, 2012).

La sobrecarga laboral, incide en la salud emocional de los profesionales de enfermería, afectando a los cuidados que prestan y provocando la deshumanización en muchos de ellos. El personal sanitario se encuentra sometido a altos niveles de estrés, debido a las continuas demandas asistenciales y sociales que recibe (Córdoba et al., 2011; Gómez et al., 2009; Palmer, 2014).

En cuanto a la turnicidad indicar que afecta el ritmo circadiano y, por tanto, provoca efectos negativos en las personas. Los horarios que tienen los profesionales sanitarios pueden afectar al estado de ánimo el día después de la guardia. Para muchos profesionales, éstas, las irregularidades de los turnos, son uno de los factores más estresantes de su vida laboral. El problema es que no se pueden modificar factores como la duración de los turnos, la nocturnidad o turnicidad, pues son características implícitas al desarrollo laboral de las profesiones sanitarias (Camerino, Cassitto, Gugiarì & Conway, 2013; Caruso, 2015; Da Silva et al., 2011; Deschamps et al., 2011; Eanes, 2015; Kushner & Ruffin, 2015).

Existen otras múltiples variables ocupacionales que afectan a las enfermeras y favorecen el desarrollo del Burnout. Como contrapartida, hay que resaltar que algunas de las tensiones y presiones que genera el trabajo sobre estos trabajadores, pueden ser mitigadas, por ejemplo, con una buena gestión por parte de los cargos intermedios como son los supervisores y coordinadores de cuidados o jefes de bloque. Una buena actuación en gestión favorece un incremento de la satisfacción de las

enfermeras y puede ser esencial para mitigar en ellas los efectos del Burnout (Albar et al., 2005; Griep, Rotenberg, Landsbergis & Vasconcellos, 2011; Lorenz, Benatti & Sabino, 2010; Paschoalini, Martins, Cândida, Ribeiro & Dos Santos, 2008).

Factores psicológicos.

El panorama de investigación sobre el Burnout ha cambiado mucho desde sus inicios. En la última década se plantea que algunas variables psicológicas son muy importantes en el desarrollo del trastorno; de hecho, algunas de estas variables podrían ser variables protectoras frente al desarrollo del mismo (Cañadas et al., 2015; Fornes et al., 2012). Muchos de estos trabajos se centran en el estudio de la relación entre la personalidad y el Burnout, haciendo uso de la Teoría de los Cinco Factores “Big Five”. A continuación se describe como se relacionan con el Burnout cada uno de estos cinco factores, en el contexto profesional en el que se desarrolla esta Tesis Doctoral.

El neuroticismo equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos (Bakker, Van Der Zee, Lewig & Dollard, 2006; Zellars, Perrewé, & Hochwarter, 2000). Las fuertes reacciones emocionales interfieren en su propio equilibrio, haciéndolo reaccionar de forma inconveniente, a veces demasiada ajustada a los protocolos y guías de práctica clínica impidiendo pequeñas variaciones en la práctica diaria, y negando evidencias en la práctica asistencial por parte de los profesionales de enfermería. Su principal característica es la suspicacia, en aspectos de la práctica diaria en el caso de las enfermeras, asumiendo que todo puede

salir mal, o llevar a una situación de empeoramiento al paciente, en prevención del peor de los escenarios asistenciales posibles (Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010).

La extraversión implica aspectos como la asertividad y el dinamismo (Alarcón, Eschleman & Bowling, 2009; Zellars et al., 2000). Los extravertidos son personas sociables, en el caso de la enfermería tienen que ser personas que comuniquen y cuiden en todas las fases de la vida de los individuos que conforman la sociedad, realizando una labor diaria de formación, docencia, actividad asistencial e investigación (Burgess et al., 2010; Rodríguez & Cañón, 2015).

La apertura a la experiencia supone el desarrollo de un campo innovador y la amplitud de intereses; se refiere a personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia (Alarcón et al., 2009; Zellars et al., 2000). En el caso de la enfermería el desarrollo profesional desde principios del siglo pasado, se ha debido al desarrollo de nuevas teorías y del marco de trabajo propio (Cachá, Mellado, Hernández, Blanco, & Alonso, 2015).

La afabilidad o amabilidad indica la capacidad de ser altruista, compasivo, confiado, franco y sensible con los demás (Alarcón et al., 2009). La enfermería española marcada por una historia relacionada con la religión, tiene que olvidarse de su pasado religioso en lo profesional, para dar una respuesta metodológica y científica a los retos del siglo XXI (Ali, Wattis & Snowden, 2015; Rodríguez & Cañón, 2015).

El tesón o responsabilidad se refiere al concepto del deber y el desarrollo de un trabajo ordenado y sistemático (Alarcón et al., 2009; Zellars et al., 2000). En el caso de enfermería serían personas que no se dejan llevar por sus impulsos, sino que cumplen con su trabajo de manera profesional y ética (Hurtado & Larraín, 2015).

Los profesionales con mente más abierta tienen más estrategias para afrontar adecuadamente las situaciones estresantes (Costa & McRae, 1992). Los trabajadores y, en particular las enfermeras, con factores de personalidad positivos de estabilidad emocional, amabilidad, responsabilidad, extroversión y apertura a la experiencia, pueden manifestar menores niveles de cansancio emocional y despersonalización, así como un nivel más alto de realización personal (Cañadas, et al., 2015).

Sólo la realización de estudios de este calado y amplia profundidad, nos permitirá el desarrollo de estrategias comunes para todas las profesiones, y manejar un mejor diagnóstico, evaluación e intervención para las profesiones sanitarias en particular (Liu et al., 2013; Ortega & López, 2004; Souza et al., 2012).

1.4. ESPECIFICIDADES DE LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS

En el apartado anterior hemos centrado nuestra reflexión en el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Nos centraremos ahora en el profesional de enfermería de urgencias, siguiendo una sistematica similar a la empleada en el punto anterior.

La enfermería en urgencias se define como: “la provisión de cuidados especializados de enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida, enfermos o con lesiones” (Federación de Enfermería de Urgencias y Emergencias, 2007). Los cuidados de enfermería de urgencias, en Andalucía, son los que se prestan en urgencias hospitalarias, atención prehospitalaria, emergencias, catástrofes, transporte sanitario asistido y urgencias en atención primaria. Cada una de ellas con sus características y sus elementos definitorios. La enfermería de urgencias incluye toda la problemática planteada previamente en la enfermería general, agudizada por el hecho de ser un servicio más complicado en el ámbito asistencial por la patología que se atiende, por su organización, por la presión que soporta por parte de los usuarios, y realizar una labor menos reconocida institucionalmente que otras.

En el caso de la enfermería de los servicios de urgencias y emergencias existe una exposición diaria a los estresores que pueden ser desencadenantes de la aparición del Burnout; probablemente, dicha exposición es mucho mayor en éstos que en el resto de servicios sanitarios. En cuidados críticos y urgencias (CCyU), a pesar de tener unos protocolos de actuación basados en las guías de práctica clínica y profesionales preparados para las eventualidades propias del servicio, tienen una presión asistencial de diversa índole en situaciones críticas, que requieren a los profesionales estar atentos y articular los distintos niveles asistenciales que conforman la asistencia urgente y emergente (Domínguez & Rutledge, 2009; Galián, Llor & Ruiz, 2012). La presión derivada de todos los aspectos asistenciales inherentes al servicio, se ve incrementada por otro tipo de cuestiones, entre las que cabe destacar, la

falta de reconocimiento de la labor desempeñada por estos profesionales, las tremendas exigencias de formación con que se encuentran y la ausencia de vías oficiales para poder consolidar dicha formación, por ejemplo, mediante la especialización oficial como se puede realizar en otras áreas de la profesión enfermera.

En conclusión, todos los aspectos incluidos previamente en este trabajo sobre el Burnout y variables relacionadas, en el caso de la enfermería, se presentan exactamente igual en enfermería de urgencias. Pero además, existe un elemento muy importante, la formación de los profesionales, que es crucial y que afecta de forma diferencial a los enfermeros que desarrollan su actividad en estos servicios. Otros elementos que añaden complejidad a la labor que se desarrolla en estos servicios son las consecuencias del Real Decreto 954/2015 y el riesgo violencia a la que se ven sometidos estos profesionales.

Formación y especialización de los enfermeros de urgencias

Los documentos que inician el desarrollo de determinadas especialidades de enfermería son un reflejo de una sociedad cambiante desde principios del siglo XX hasta la actualidad; son una muestra del desarrollo del campo de conocimiento y metodología enfermera, sustentado sobre los avances tecnológicos continuos y el desarrollo de la autonomía del cuidado de los profesionales formados en las Ciencias de la Salud (González, Meléndez Tomillo, Morales & Rodríguez, 2015; Ramírez, Quintana, Sanhueza & Valenzuela, 2013).

La formación del pregrado y post grado en los distintos países de nuestro entorno europeo, denota que queda mucho para el desarrollo de una enfermería, respaldada en su autonomía de conocimiento; por ello el desarrollo de las distintas especialidades conllevaría, la mejora de la formación y, en definitiva, repercutiría en el desarrollo de unos programas conjuntos y coherentes con los tiempos en los que vivimos. La enfermería de CCyU es una de las grandes afectadas por esta problemática, pues su importancia no queda recogida en los planes actuales del Ministerio; a pesar de las demandas en este sentido por diversos colectivos profesionales, esta especialidad de enfermería de las áreas de CCyU no queda en absoluto recogida en los planes docentes que existen (Ramírez et al., 2013; Riessen et al., 2015). Sin embargo la necesidad de mejorar la formación de estos profesionales es clara para todas las partes implicadas en el problema, quedando recogida como recomendación (por ejemplo, en el caso de Andalucía), en el desarrollo del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) (García, Quintana & Prats, 2012; Reyes, González & Delgado, 2014).

Desde Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, (BOE de 1 de agosto), por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista, hasta el actual Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, publicado en el BOE el 6 de mayo de 2005, no se ha conseguido determinar la especialidad de enfermería en CCyU, lo cual ha generado protestas por distintas organizaciones científicas en el ámbito de la enfermería de urgencias y emergencia española; y cierto grado de descontento generalizado entre los profesionales de enfermería de estos servicios (Armengol, 2015).

Como se expresa claramente desde el comité consultivo para la formación en el ámbito de los cuidados de enfermería, el enfermero especialista es un profesional que posee cualificación complementaria a la de un enfermero responsable de cuidados generales con arreglo a la Directiva 77/452/CEE; está habilitado para ejercer como especialista que posee conocimientos avanzados en un ámbito determinado de los cuidados de enfermería. El ejercicio de una especialidad comprende actividades clínicas y de relación, de asesoramiento, investigación, docencia y administración.

La necesidad de la especialización en el campo de las urgencias y emergencias, tanto hospitalarias como extra hospitalarias, ha recibido distintas respuestas en función del país donde se desarrolle la actividad profesional. Algunos han optado por el concepto de calidad asistencial y excelencia profesional, adaptando sus legislaciones y recursos tanto materiales como humanos. Lo que más nos llama la atención, por su importancia, es el desarrollo de la formación que cada estado realiza sobre sus profesionales del ámbito de los cuidados críticos y urgencias en el panorama actual. Ya que los cuidados de enfermería en las situaciones críticas marcan la diferencia entre el éxito y fracaso de las actuaciones sobre el paciente crítico.

Existe, por ejemplo, un perfil profesional de la enfermería de urgencias, emergencias y desastres, aprobado en Chihuahua (México), el día 12 de octubre de 2007, por la Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias (IBAMEUE). Los profesionales de enfermería especialista en urgencias y emergencias cuentan con un título oficial emitido por una institución reconocida en su país, que además cuenta con

una formación académica adicional para ejercer la enfermería a un nivel avanzado.

En Ginebra, Suiza, del 30 de junio al 2 de julio de 2003, con motivo del Congreso BIANUAL del Consejo Internacional de Enfermería, quedó puesto de manifiesto que era necesario desarrollar mejor un marco de competencias específicas en esta área de los cuidados de enfermería, bajo la denominación de urgencias y emergencias, además de todo lo relacionado con el término cuidados intensivos. A diferencia de la situación que se produce en España, existen otros países como Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Gran Bretaña, Suecia y Eslovenia, en los que existe la especialidad de enfermería de urgencias. En estos países se apuesta por unas urgencias de calidad atendidas por profesionales formados y entrenados.

Al igual que ocurre en otras profesiones sanitarias, las enfermeras demandan disponer de esta posible especialización, que ya existe en buena parte de Europa y en muchos otros países. Por ejemplo, el periodo mínimo de formación recomendado para los especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) es de cinco años (Plan Europeo de Estudios de Medicina de Urgencias y Emergencias, 2009; Pines et al., 2011; Riessen, Gries, Seekamp-Dodt, Kumle & Busch, 2015).

La situación de inestabilidad generada por esa ausencia de una especialización “reconocida”, añadido a la tremenda cartera de servicios que se ofertan desde los servicios de urgencias y emergencias, hace que sea aún más importante conocer cómo son los niveles de Burnout de los enfermeros que trabajan en estos servicios, en términos diferenciales con

otras categorías de profesionales sanitarios; de igual modo, resulta de gran interés toda la información disponible sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo del Burnout en estos profesionales, lo que facilitaría la implantación de programas preventivos del trastorno que ayudarían a minorar sus consecuencias negativas para las personas, para las organizaciones en las que trabajan y para los pacientes que atienden en su quehacer diario.

Real Decreto 954/2015

Recientemente, se han producido variaciones en el marco legislativo que puede afectar de forma importante a la asistencia que ofrecen los enfermeros. El Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. En sus artículos 3 y 5 desarrolla la prescripción enfermera, que a juicio de la mayoría de profesionales en este ámbito, genera una tremenda inseguridad jurídica. La inadecuada legislación, en este caso, parece claro que puede ser un estresor añadido a los que ya existen para estos profesionales pues como se deduce de distintos documentos redactados por sociedades científicas, colegiales y sindicales del ámbito de la enfermería, nos encontramos con un importante recorte en el marco competencial y profesional de la enfermería del siglo XXI La Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos (SAECC) en su página <http://www.saecc.net/>, publica una nota de su oposición totalmente contraria al RD 954/2015 de 23 de octubre, que se suman no sólo a las emitidas por los colegios profesionales de enfermería (Consejo General de Enfermería, <http://www.consejogeneralenfermeria.org/>),o en la página

web del Sindicato de Enfermería (SATSE, <http://www.satse.es/>), todas ellas actualizando información a diario sobre la evolución de los problemas en la aplicación práctica del RD, desde su publicación en el Boletín Oficial del Estado a finales de diciembre.

Riesgo de violencia en servicios de urgencias

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en sus documentos sobre la situación de los profesionales de enfermería, y, en particular, los servicios de urgencias, son los que mayor probabilidad de sufrir violencia en el ámbito de su trabajo tienen, respaldando sus argumentaciones por las características del cuidado de los enfermos en este ámbito. En definitiva, los servicios de urgencias son el ambiente propicio en el que se acumulan mayor número de agresiones, y situaciones tensas entre los usuarios del sistema y la enfermería (Buchan, Twigg, Dussault, Duffield & Stone, 2015; Rodríguez, González, Castellano & Buitrago, 2006). Este acúmulo de tensiones, obviamente, favorece que estos profesionales puedan llegar a desarrollar el síndrome de Burnout (Edward, Ousey, Warelow & Lui, 2014; Ortells, Muñoz, Paguina & Morató 2013).

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A lo largo de las páginas anteriores hemos expuesto los aspectos fundamentales para la conceptualización y descripción del síndrome de Burnout, y la forma en que éste afecta a los profesionales del ámbito de la enfermería y, en particular, de la enfermería de urgencias, destacando en

dichos colectivos algunas de las características más importantes que los definen en relación con esta temática.

Una pregunta que surge es la magnitud del problema al que nos enfrentamos. Las estadísticas son inquietantes. Ciertos estudios apuntan a que cabe atribuir entre el 50 y el 60 % de las jornadas de trabajo perdidas debido al estrés relacionado con el trabajo y los riesgos psicosociales (Rial, 2006; Takala, 2007; OSHA, 2000). Se trata del segundo problema de salud más frecuentemente denunciado en Europa, después de los trastornos musculoesqueléticos, esto también se extiende al personal sanitario (Buja et al., 2013; Caruso, 2014). A lo largo de un periodo de nueve años, casi un 28 % de los trabajadores europeos denunció haber estado expuesto a riesgos psicosociales que afectaron su bienestar mental. Los costes totales de los trastornos de salud mental en Europa (relacionados y no relacionados con el trabajo) se han estimado en unos 240000 millones de euros al año. Menos de la mitad de esta cantidad se deriva de costes directos como los relacionados con el tratamiento médico, y 136 000 millones se atribuyen a la pérdida de productividad, incluido el absentismo ligado a bajas por enfermedad (The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP, 2009).

El Burnout se puede considerar, pues, un problema de Salud Pública en auge entre los profesionales de CCyU y aquellos que realizan JFC, que no sólo repercute en la salud de los profesionales de estas áreas sino también en la calidad asistencial que éstos prestan, deteriorando la relación con los usuarios y suponiendo un alto coste socio-económico para los sistemas sanitarios (OMS, 2000). Con la apertura de nuevas líneas de investigación

se pretende dar algunas respuestas a la demanda de conocimiento en el que basar posibles Programas Preventivos de desarrollo del trastorno.

La presente Tesis Doctoral tiene como punto de partida la creencia de la existencia de la epidemia del Burnout en todos los servicios de enfermería y, en especial, en servicios como las urgencias y emergencias, donde los profesionales de enfermería luchan contra patologías graves, que ponen en serio riesgo la vida del paciente (Curtis & Puntillo, 2007; Rosales & Cobos, 2011). Esta creencia conlleva una responsabilidad, la de ofrecer cuántos estudios puedan ser realizados por nuestra parte, de manera seria, que permita establecer el estado de la cuestión en los profesionales de enfermería en servicios de CCyU y que, además, pudieran servir para avanzar en el estudio de la identificación de factores relacionados con el trastorno.

***CAPITULO 2. OBJETIVOS E
HIPÓTESIS***

2.1 INTRODUCCIÓN

La importancia que tienen los estudios que permitan conocer mejor el desarrollo y evolución del síndrome de Burnout, parece clara. En la actualidad se desarrollan algunas políticas de prevención desde la Unión Europea (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2013; OMS 2006) y se busca abordar la problemática expuesta, haciendo partícipes a todos los niveles de las distintas administraciones de los estados miembros (Bressó et al., 2007; Rial, 2006; Takala, 2007). Es decir, se busca mejorar el ámbito laboral de los profesionales desde medidas preventivas, cuantificación, clasificación, diagnóstico e intervención del síndrome de Burnout (McGonagle et al., 2013; EU-OSHA, 2013).

El presente manuscrito y la investigación que en él se incluye, se enmarcan en el área de investigación desarrollada por el grupo “Procesamiento de la Información y Toma de Decisiones”, (HUM-0183) del Plan Andaluz de Investigación. Los integrantes de este grupo realizan su actividad investigadora en el Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento (CIMCYC) de la Universidad de Granada, los Departamentos de Enfermería, y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Granada y el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la UNED. El trabajo de investigación desarrollado por este equipo es interdisciplinar, abarcando a aspectos de Metodología de Investigación y Psicometría, enmarcados en el área sanitaria y buscando estudiar su repercusión en los profesionales de Ciencias de la Salud.

Los proyectos de investigación desarrollados en los últimos ocho años por este equipo de investigación, han sido subvencionados por la Universidad de Granada y en las convocatorias de excelencia de la Junta de Andalucía. Todos ellos eran continuación de proyectos anteriores, aunque los de estos últimos ocho años son los siguientes: HUM-0183, P07HUM-02529, P11HUM-7771 y Proyecto de Investigación del Campus de Excelencia CEI-BIOTIC (CEI2014-MPBS6). La investigación desarrollada en estos proyectos sigue tres grandes líneas:

(1) Alternativas en el Análisis de Datos de investigación en Ciencias de la Salud.

Bajo esta denominación se tratan cuestiones de investigación relacionadas con el chequeo de la bondad de algunos procedimientos de análisis estadísticos novedosos en este campo y enmarcados en la Filosofía Bayesiana. En este trabajo de tesis doctoral, se ha utilizado el análisis bayesiano cuando los objetivos planteados y el tipo de datos así lo requerían; se encuentran en el capítulo cuatro.

(2) Valoración psicométrica, clásica y bayesiana, de pruebas que permiten evaluar el Síndrome de Burnout.

Esta línea de trabajo incluye la validación y creación, según el caso, de herramientas de medida del síndrome de Burnout; es decir, se han estudiado los aspectos psicométricos relacionados con dichas herramientas. Algunas de estas herramientas han sido utilizadas en el trabajo de recogida de información asociado con esta tesis doctoral.

(3) Estudio de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en policías, docentes y profesionales sanitarios.

Dentro de esta tercera línea de trabajo centrada en el estudio de los factores de riesgo asociados con el desarrollo del síndrome de Burnout en diferentes grupos profesionales, se desarrolla esta tesis doctoral. En ella se estudian aspectos relacionados con la identificación de factores relacionados con el Burnout en el colectivo de profesionales de enfermería.

En particular, esta tesis doctoral se centra en los profesionales de enfermería de CCyU de Andalucía o que desarrollan parte de su actividad asistencial en dichos servicios mediante la realización de Jornada Física Complementaria (JFC) en unidades de CCyU. La principal finalidad es la de conocer mejor cómo se encuentran dichos profesionales de la sanidad pública andaluza.

2.2 OBJETIVOS

Objetivo 1. Analizar la situación actual sobre los niveles de Burnout en los profesionales de urgencias, mediante la realización de una revisión sistemática de la literatura que existe sobre el tema.

Objetivo 2 Realizar una descripción basada en la literatura de los niveles de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias.

Objetivo 3. Identificar a partir de la revisión sistemática, algunos de los factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias.

Objetivo 4. Estudiar los niveles de Burnout de los enfermeros que realizan JFC en urgencias del SAS.

Objetivo 5. Informar de la posible relación entre el Burnout, algunas características de personalidad y el hecho de desarrollar parte de su actividad asistencial en JFC del SAS.

Objetivo 6. Describir los niveles de Burnout de los profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

Objetivo 7. Estimar la prevalencia de Burnout en los profesionales de CCyU del SAS.

Objetivo 8. Estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de Burnout y algunos factores relevantes en el estudio del síndrome, en profesionales de CCyU del SAS.

2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

A partir del estudio de toda la documentación existente sobre el tema y para la consecución de los objetivos indicados previamente, se plantean varias hipótesis de investigación, que guían el diseño de los estudios que constituyen este trabajo de tesis doctoral.

En relación con los objetivos 4 y 5, se hipotetiza como se incluye seguidamente:

- **Hipótesis 1.** La realización de JFC será un factor de riesgo de padecer Burnout en los profesionales de enfermería que realizan dicha actividad asistencial en servicios de CCyU del SAS.

- **Hipótesis 2.** Los profesionales sanitarios de enfermería que realizan JFC y desarrollan su labor asistencial en CCyU del SAS, presentan niveles altos de Burnout y superiores a los profesionales que no realizan dicha actividad.

- **Hipótesis 3.** Las variables de personalidad (Neuroticismo, Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión y Apertura) serán factores relacionados con el Burnout en profesionales de enfermería que realizan JFC en servicios de CCyU del SAS.

- **Hipótesis 4.** Los niveles de Burnout y prevalencia del trastorno en el grupo de profesionales sanitarios de CCyU del SAS serán altos.

- **Hipótesis 5** Algunas variables sociodemográficas están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

- **Hipótesis 6.** Algunas variables propias del entorno laboral están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

- **Hipótesis 7.** Algunas características de personalidad están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

CAPITULO 3.

**PREVALENCIA BAYESIANA Y
NIVELES DE BURNOUT EN
ENFERMERÍA DE URGENCIAS. UNA
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Como Citar:

Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas-de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de Burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>

PALABRAS CLAVE: Enfermería de Cuidados Críticos; Revisión Sistemática; Burnout profesional; Prevalencia.

3.1 RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivos conocer los niveles de Burnout, estimar la prevalencia del trastorno así como analizar las relaciones entre algunos factores de riesgo y el síndrome en profesionales de enfermería que trabajan en servicios de urgencias. Se ha realizado una revisión sistemática de estudios primarios cuantitativos que midiesen el síndrome de Burnout en enfermeros del servicio de urgencias. La búsqueda se realizó en octubre de 2014 en las siguientes bases: CINAHL, CUIDEN, IBECs, LILACS, Pubmed, Proquest, Psycinfo, Scielo, Scopus y la Biblioteca Cochrane. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra final de 27 estudios. Se han encontrado mayoritariamente niveles medios y altos en la dimensión cansancio emocional. En la dimensión despersonalización los valores han sido principalmente de nivel intermedio aunque también se han encontrado estudios que informan de niveles altos. En la dimensión realización personal no existe consenso en la literatura revisada sobre un nivel más prevalente. Variables como el género, el turno de trabajo y la carga horaria, entre otras, son factores de riesgo de Burnout. Los trabajos revisados informan de niveles intermedios y altos en todas las dimensiones del Burnout y concluyen que la prevalencia de Burnout en enfermeros de servicios de urgencias es alta. Algunos factores de riesgo sociodemográficos, como edad y sexo, otros laborales como antigüedad en la profesión y servicio, y alguno psicológico, como ansiedad, juegan un papel importante por su relación con el Burnout.

3.2 INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios afrontan a diario situaciones complejas derivadas de la relación y atención a los procesos de salud-enfermedad, tanto con los pacientes como con sus familiares. Las situaciones derivadas del contexto laboral, hacen que tanto estos como otros profesionales estén sometidos de forma reiterada a estresores, cuya cronicidad en el tiempo conlleva la aparición del síndrome de Burnout. Según Maslach y Jackson (1981), el Burnout es un trastorno psicológico que se caracteriza por la presencia de cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y baja realización personal (RP).

El padecimiento de Burnout implica el deterioro de la salud física y mental, así como la aparición de consecuencias negativas en las esferas laboral y personal (Epp, 2012).

Entre las profesiones susceptibles de padecer el síndrome de Burnout se han identificado algunas como los cuerpos y fuerzas de seguridad, docentes o profesionales sanitarios (De la Fuente et al., 2013; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). La enfermería es, en el ámbito sanitario, una de las profesiones más afectadas por el Burnout (Cañadas-de la Fuente et al., 2014).

Las consecuencias del síndrome afectan la salud física y psicológica del profesional de enfermería, así como la calidad de los cuidados prestados y sus resultados en la salud de los pacientes; los niveles de insatisfacción que se generan pueden desembocar en absentismo y bajas laborales, por lo

que también afecta a las instituciones donde desarrollan su labor (Gasparino, 2014; Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels, 2010).

En el caso de la enfermería de los servicios de urgencias y emergencias (SUE) existe una exposición diaria a situaciones potencialmente generadoras de estrés. Estos servicios, a pesar de tener unos protocolos de actuación basados en las guías de práctica clínica y profesionales preparados para las eventualidades propias del servicio, tienen una afluencia de pacientes de diversa índole en situaciones críticas que requieren estar alerta y actuar tanto a nivel intra- como extrahospitalario (Domínguez-Gómez & Rutledge, 2009). También se trata de uno de los servicios donde se producen más agresiones a los profesionales, lo que obviamente es un factor predisponente en el padecimiento del síndrome (Edward, Ousey, Warelow & Lui, 2014).

Las peculiaridades de los SUE hacen que sea importante conocer el nivel de Burnout de los enfermeros, en relación con otras categorías profesionales en este marco laboral, ya que permitiría saber el grado en que se ven afectados por el síndrome. Por otra parte, resulta de interés toda la información disponible sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo del Burnout, lo que facilitaría la implantación de programas preventivos del trastorno que ayudarían a minorar sus consecuencias negativas para los profesionales, para las organizaciones en las que trabajan y para los pacientes que atienden en su quehacer diario.

Adriaenssens, De Gucht y Maes (2015) presentan una revisión sistemática para explorar la prevalencia del Burnout y algunos determinantes del síndrome; se basa en trabajos publicados entre 1989 y 2014, en inglés, en los que el Burnout se mide con varias herramientas y en una población de enfermeros de emergencias.

Nuestro interés y, por tanto, el motivo de este trabajo de revisión, es diferente al de estos autores. Las diferencias más importantes son las siguientes: (a) no se ha incluido ninguna restricción temporal en la búsqueda; (b) la población de interés fue enfermeros que trabajan en servicios de urgencias, lo que excluye cualquier otro servicio o actividad que no sea la de urgencias (paramédicos, conductores de ambulancia, enfermeros de cuidados críticos, etc.); (c) solo hemos considerado investigaciones cuya herramienta de medida del Burnout fuera el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), debido a que es el instrumento más utilizado para la evaluación del síndrome; y (d) la búsqueda incluye investigaciones en inglés, español y portugués.

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática de trabajos publicados que informasen de los niveles de Burnout en enfermeros de SUE y ofrecer la estimación de la prevalencia del síndrome en estos profesionales. Además, se incluye información sobre la comparación de estos niveles de Burnout en relación con otros profesionales de estos servicios, así como los factores de riesgo asociados al padecimiento del síndrome en este colectivo profesional.

3.3 MÉTODO

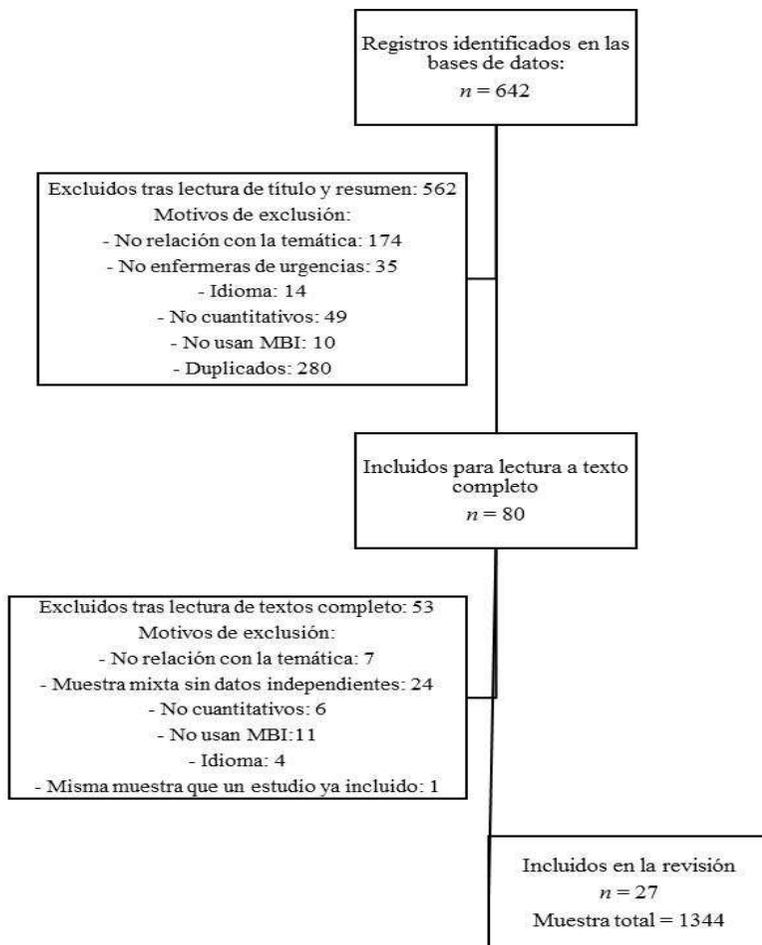
3.3.1 Fuentes de información y ecuación de búsqueda

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones propuestas por la declaración PRISMA (Moher et al., 2015; Urrutia & Bonfill, 2010). La búsqueda se realizó en las bases de datos CINAHL, CUIDEN, IBECS, LILACS, Pubmed, Plataforma Proquest (*Proquest Health & Medical Complete*), Psycinfo, Scielo, Scopus y la Biblioteca Cochrane.

La ecuación de búsqueda utilizada en inglés fue «*emergency AND nurs* AND Burnout*» y en español «urgencias AND enfermería AND *Burnout*». Con el objetivo de minimizar el potencial sesgo de publicación, la búsqueda no tuvo limitación temporal, ni del tipo de publicación o del tamaño de la muestra y las bases de datos consultadas incluyen el acceso a la denominada literatura gris.

La búsqueda se realizó en octubre de 2014 y mostró 642 resultados, que se redujeron a 27 estudios tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. El proceso completo, con indicación de los trabajos descartados junto a los motivos de su eliminación, queda detallado en la figura 1.

Figura 1. Diagrama de Flujo de los estudios empíricos incluidos en la revisión sistemática.



3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

La revisión sistemática incluyó trabajos que cumplieran con los siguientes criterios: (a) estudios primarios que aportasen datos empíricos originales; (b) que el constructo Burnout fuese medido con el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1981); (c) que la muestra fuera de profesionales de enfermería que trabajasen en SUE; (d) estudios que estuviesen redactados en español, inglés o portugués; (e) estudios transversales, pues aportan datos de prevalencia.

Como criterios de exclusión se utilizaron: (a) muestras de alumnos en prácticas; (b) muestras mixtas que no ofrecían información independiente sobre enfermería de SUE.

3.3.3 Codificación de los resultados y análisis de la información

Se obtuvo de cada uno de los trabajos la información siguiente: autores, año de publicación, país en que se desarrolla el estudio, idioma, diseño de la investigación, muestra (total y profesionales de los SUE), instrumento de medida, niveles en las dimensiones del Burnout, principales resultados sobre factores de riesgo asociados al Burnout, comparación de los niveles de Burnout entre enfermeros y otros profesionales de los SUE, así como el tipo de revista en que se publica la investigación. En un segundo nivel de análisis y a partir de los niveles de Burnout de los participantes en las investigaciones, se realiza un análisis inferencial bayesiano para estimar la prevalencia del síndrome en la población de enfermeros que trabajan en SUE.

Los estudios empíricos fueron codificados de forma independiente por dos investigadores.

3.4 RESULTADOS

La búsqueda mostró 642 resultados, que se redujeron a 27 estudios tras aplicar los criterios de selección. El proceso completo, con indicación de los trabajos descartados junto a los motivos de su eliminación, queda detallado en la figura 1.

Respecto a la localización de los estudios, un 25.9% se realizaron en España, un 14.8% en Brasil, un 11.1% en Reino Unido, un 7.4% en Estados Unidos y un 3.7% en cada uno de los países siguientes: Chile, China, Egipto, Grecia, Holanda, Irán, Irlanda, México y Turquía. En cuanto al idioma, el 59.2% de los estudios estaban publicados en inglés, el 25.9% en lengua española y por último el 14.8% en portugués. El diseño en los trabajos revisados fue de tipo descriptivo transversal, a excepción de un estudio de diseño longitudinal (Adriaenssen, De Gucht & Maes, 2013). La mayoría de los estudios informaron de un tamaño muestral entre 50 y 100 participantes (37%), una tasa de respuesta superior al 75% (55.6%) y un muestreo de tipo intencional (85.1%). Por el contrario, tan solo el 26% de ellos informó del valor alfa de Cronbach de alguna de las dimensiones del MBI (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los estudios incluidos ($n = 27$).

Características	Modalidades	<i>n</i>	(%)
Propósito principal	Medir niveles de burnout	4	14,8
	Analizar relaciones entre variables	12	44,4
	Ambos	11	40,7
Diseño	Cuantitativo transversal	26	96,2
	Cuantitativo longitudinal	1	3,7
Tamaño muestral	< 50	5	18,5
	50-100	10	37,0
	101-500	8	29,6
	> 500	4	14,8
Tipo de muestreo	Aleatorio	4	14,8
	Intencional	23	85,1
Tasa de respuesta	25%-49%	2	7,4
	50%-75%	7	25,9
	76%-100%	15	55,6
Alfa de Cronbach			
CE	0,70-0,80	3	11,1
	> 0,80	4	14,8
D	0,70-0,80	4	14,8
	> 0,80	1	3,7
RP	0,70-0,80	4	14,8
	> 0,80	1	3,7

Tipo de muestra	Sólo enfermeras de urgencias	12	44,4
	Mixta con otros profesionales o servicios	15	55,5
Tipo de MBI	MBI-Human Services Survey	23	85,1
	MBI-General Survey	4	14,8
País de realización	España	7	25,9
	Brasil	4	14,8
	Reino Unido	3	11,1
	Estados Unidos	2	7,4
	Otros	11	40,7
Idioma	Español	7	25,9
	Inglés	16	59,2
	Portugués	4	14,8
Tipo de publicación	Revista Nacional	2	7,4
	Revista Internacional	24	88,8
	Tesis	1	3,7

3.4.1 Niveles de Burnout en enfermería de urgencias

Hay gran variabilidad en los niveles informados de Burnout de los enfermeros. En la dimensión CE, se obtienen principalmente valores intermedios y altos (Casa, Rincon & Vila, 2012 , Escribá-Agüir, Martin & Perez, 2006, Fernandes, Sousa, Santos, Rodrigues & Marziale, 2012; Gillespie & Melby, 2003, Keller & Verdes, 1990, Melita et al., 2008, Ríos et al., 2008, Stathopoulou et al., 2011 and Walsh et al., 1998). Cabe destacar que en el trabajo de França, Martino, Aniceto y Silva (2012), se informa de valores altos de CE en un 88.9% de la muestra.

Los estudios revisados informan mayoritariamente de valores altos en D, en este grupo de profesionales (Casa et al., 2012, França et al., 2012, Stathopoulou et al., 2011, Escribá-Agüir et al., 2006 and Keller y Verdes, 1990). No obstante se encuentran trabajos en los que una parte de la muestra presenta porcentajes o promedios que corresponden a niveles medios o bajos en esta dimensión (Fernandes et al., 2012, Melita et al., 2008 and Ríos et al., 2008).

En RP los niveles encontrados en la literatura también son contradictorios. Algunos estudios indican que las enfermeras de SUE se sienten realizadas (Casa et al., 2012, Fernandes et al., 2012 and Gillespie y Melby, 2003), sin embargo, otros autores encuentran niveles bajos de RP (Stathopoulou et al., 2011) en un porcentaje importante de la muestra; así, el 42% de la muestra de Keller & Verdes (1990) obtenían baja RP, de igual modo ocurría en un 46.5% de la muestra de Ríos et al. (2008), el 41.80% de la muestra de Escribá-Agüir et al. (2006) e incluso en el 97.4% de la muestra de França et al. (2012). Otros estudios informan de valores intermedios de

RP (Melita et al., 2008). En la tabla 2 se incluyen los porcentajes de participantes que obtienen niveles, bajos, medios o altos en cada una de las dimensiones del síndrome en los trabajos revisados.

Tabla 2. Descripción de los niveles de Burnout en enfermeros ($n = 10$)

Estudio	Cansancio emocional			Despersonalización			Realización personal			N (% de urgencias)
	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	
Casa et al., 2012	33,3	38,1	28,6	23,8	23,8	52,4	33,3	28,6	38,1	41(73,2)
Eagar, 2003	-	-	5,7	-	-	7,5	-	-	-	173 (100)
Escribá-Aguir et al., 2006	0,0	81,0	19,0	0,0	66,1	33,9	46,5	53,5	0,0	639 (42,7)
Fernandes et al., 2012	35,2	52,9	11,7	47,0	38,0	15,0	5,88	52,9	41,1	50 (34,0)
França et al., 2012	-	-	88,9	0,0	0,0	100	97,4	-	-	38 (100)
Gillespie et al., 2003	20,0	60,0	20,0	95,0	5,0	0,0	0,0	35,0	65,0	30 (66,7)
Keller et al., 1990	35,0	29,0	36,0	22,0	38,0	40,0	42,0	36,0	22,0	532 (100)
O'Mahony, 2011	-	-	67	-	-	59	-	-	-	64 (100)
Ríos et al., 2008	20,0	49,1	30,9	32,7	38,1	29,0	41,8	38,2	20,0	125 (52,2)
Ríos et al., 2012	43,8	34,4	21,9	26,6	50,0	23,4	10,2	21,9	68,0	128 (100)

Nota: N = Número total de participantes; % urgencias = Porcentaje de participantes que trabajan en servicios de urgencias.

Algunos de los trabajos revisados no ofrecían información que permitiese establecer la prevalencia de Burnout en estos profesionales; sin embargo, en ellos se obtiene información descriptiva diferente que también permite

conocer en qué medida estos profesionales presentan el síndrome. Esta información se encuentra en la tabla 3.

Tabla 3. Medias y DT en Burnout de enfermeros ($n = 12$)

Estudio	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	N (% de urgencias)
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	
Benetti et al., 2009	1,8 (0,33)	1,6 (0,47)	4,5 (0,20)	33 (18,2)
Browning et al., 2007	26,8 (-)	11,9 (-)	37,9 (-)	228 (43,9)
De los Rios-Castillo et al., 2007	8,0 (-)	16,0 (-)	16,0 (-)	70 (24,3)
Ersoy-Kart, 2009	-	-	21,1 (-)	100 (100)
Helps, 1997	21,3 (9,7)	8,09 (6,19)	36,09 (5,47)	51 (100)
Ibáñez et al., 2004	21,1 (10,40)	6,7 (4,40)	34,6 (10,10)	70 (42,9)
Melita et al., 2008	19,5 (10,40)	8,2 (5,40)	34,8 (7,20)	91 (100)
Popa, 2010	1,65 (-)	1,1 (-)	4,4 (-)	4693 (52,8)
Quirós-Aragon, 2007	19,07 (8,31)	10,07 (4,35)	33,0 (8,31)	76 (35,5)
Ritter et al., 2009	1,9 (0,36)	1,60 (0,36)	4,57 (0,21)	38 (86,8)
Stathopoulou et al., (2011)	22,8 (11,12)	9,1 (0,01)	32,7 (8,65)	213 (100)
Yao et al., 2013	13,7 (5,84)	7,3 (4,85)	12,2 (7,91)	845 (13,5)

Nota: \bar{x} = Media; DT = Desviación típica; N = Número total de participantes; % urgencias = Porcentaje de participantes que trabajan en servicios de urgencias.

Algunos estudios ofrecen sólo información parcial, por ejemplo, los tres trabajos que utilizaron el MBI General Survey; dos de ellos informaron de promedios bajos en todas las dimensiones del Burnout (Benetti et al, 2009; García & Ríos, 2012), mientras que Eagar (2003) informó de niveles medios en CE, medios-bajos en D y medios-altos en RP. Por último, el estudio de Sorour y Abd (2012) informa de niveles altos en un 37,2% de la muestra.

A partir de los datos recabados se obtuvo la estimación bayesiana de la prevalencia de Burnout en cada una de las dimensiones del síndrome para

la población de profesionales de enfermería en SUE. Las inferencias se realizaron a partir de las muestras de cada uno de los trabajos y de la muestra total (1344 enfermeras). El método bayesiano está especialmente indicado en el caso de tamaños de muestra pequeños. Se obtuvieron estimaciones puntuales y por intervalos de la prevalencia del trastorno en cada uno de los niveles y dimensiones del síndrome. Los resultados se incluyen en las tablas 4, 5 y 6. Respecto a la dimensión CE:

Los estudios revisados ofrecen análisis descriptivos de sus muestras de participantes, sin llegar a ofrecer la estimación de la prevalencia del trastorno para la población correspondiente. A partir de los resultados de los estudios revisados, se ha estimado dicha prevalencia poblacional mediante el método bayesiano, especialmente indicado cuando las inferencias se realizan a partir de muestras, algunas de tamaño pequeño (Wilkinson, 1999). Las prevalencias estimadas para cada uno de los niveles (bajo, medio, alto) de Burnout en cada una de las dimensiones del síndrome para la población de profesionales de enfermería en SUE se incluyen en las Tabla 4, Tabla 5 and Tabla 6.

Tabla 4. Estimación puntual (Punt) y por intervalos (L_I , L_S) bayesiana de la prevalencia de CE en la población de enfermeros de SUE

Estudio	CE Bajo			CE Medio			CE Alto			N
	Punt	L_I	L_S	Punt	L_I	L_S	Punt	L_I	L_S	
Casa et al., 2012	0.344	0.193	0.514	0.375	0.219	0.546	0.313	0.167	0.481	30
Eagar, 2003	-	-	-	-	-	-	0.063	0.032	0.103	173
Escribá-Aguir et al., 2006	0.004	0.000	0.013	0.807	0.759	0.851	0.193	0.149	0.242	273
Fernandes et al., 2012	0.368	0.173	0.589	0.526	0.307	0.739	0.158	0.036	0.347	17
França et al., 2012	-	-	-	-	-	-	0.875	0.758	0.957	38
Gillespie et al., 2003	0.228	0.083	0.418	0.591	0.384	0.782	0.228	0.083	0.418	20
Keller et al., 1990	0.35	0.31	0.391	0.29	0.253	0.33	0.361	0.321	0.403	532
O'Mahony, 2011	-	-	-	-	-	-	0,667	0,55	0,774	64
Ríos et al., 2008	0.211	0.126	0.313	0.493	0.378	0.609	0.31	0.209	0.421	69
Ríos et al., 2012	0.438	0.355	0.524	0.346	0.268	0.429	0.223	0.156	0.298	128
TOTAL	0.216	0.194	0.239	0.379	0.353	0.406	0.285	0.256	0.32	1344

Nota: CE = Cansancio Emocional; Punt = Estimación puntual; L_I = Límite inferior; L_S = Límite superior; n = Número de participantes que trabajan en servicios de urgencias.

Tabla 5. Estimación puntual (Punt) y por intervalos (L_I , L_S) bayesiana de la prevalencia de D en la población de enfermeros de SUE

Estudio	D Bajo			D Medio			D Alto			N
	Punt	L_I	L_S	Punt	L_I	L_S	Punt	L_I	L_S	
Casa et al., 2012	0.25	0.119	0.411	0.25	0.119	0.411	0.531	0.36	0.698	30
Eagar, 2003	-	-	-	-	-	-	0.08	0.045	0.125	173
Escribá et al., 2006	0.003	0.000	0.013	0.658	0.601	0.713	0.342	0.287	0.399	273
Fernandes et al., 2012	0.474	0.261	0.693	0.368	0.173	0.589	0.211	0.064	0.413	17
França et al., 2012	-	-	-	-	-	-	0.975	0.911	0.999	38
Gillespie et al., 2003	0.909	0.761	0.988	0.091	0.012	0.238	0.045	0.001	0.16	20
Keller et al., 1990	0.221	0.187	0.257	0.380	0.339	0.422	0.401	0.36	0.443	532
O'Mahony, 2011	-	-	-	-	-	-	0,591	0,471	0,706	64
Ríos et al., 2008	0.324	0.221	0.436	0.38	0.272	0.495	0.31	0.209	0.421	69
Ríos et al., 2012	0.269	0.197	0.348	0.5	0.415	0.586	0.238	0.169	0.315	128
TOTAL	0.162	0.143	0.183	0.38	0.354	0.407	0.334	0.309	0.362	1344

Nota: D = Despersonalización; Punt = Estimación puntual; L_I = Límite inferior; L_S = Límite superior; n = Número de participantes que trabajan en servicios de urgencias.

Tabla 6. Estimación puntual (Punt) y por intervalos (L_I , L_S) bayesiana de la prevalencia de RP en la población de enfermeros de SUE

Estudio	RP Bajo			RP Medio			RP Alto			N
	Punt	L_I	L_S	Punt	L_I	L_S	Punt	L_I	L_S	
Casa et al., 2012	0.344	0.193	0.514	0.313	0.167	0.481	0.375	0.219	0.546	30
Eagar, 2003	-	-	-	-	-	-	-	-	-	173
Escribá et al., 2006	0.465	0.407	0.524	0.535	0.476	0.593	0.004	0.000	0.013	273
Fernandes et al., 2012	0.105	0.014	0.273	0.526	0.307	0.739	0.421	0.215	0.642	17
França et al., 2012	0.95	0.865	0.994	-	-	-	-	-	-	38
Gillespie et al., 2003	0.045	0.001	0.16	0.363	0.181	0.57	0.637	0.43	0.819	20
Keller et al., 1990	0.42	0.378	0.461	0.361	0.321	0.403	0.221	0.187	0.257	532
Ríos et al., 2008	0,423	0,311	0,538	0,38	0,272	0,495	0,211	0,126	0,313	69
Ríos et al., 2012	0,108	0,061	0,167	0,223	0,156	0,298	0,677	0,594	0,754	128
Total	0,344	0,318	0,37	0,326	0,301	0,352	0,195	0,174	0,217	1280

Nota: RP = Realización Personal; Punt = Estimación puntual; L_I = Límite inferior; L_S = Límite superior; n = Número de participantes que trabajan en servicios de urgencias.

3.4.2 Factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout

Uno de los factores sociodemográficos asociado con el síndrome es el sexo de los profesionales. Adriaenssens et al. (2013) informan de diferencias significativas en CE entre hombres y mujeres, las últimas presentan niveles más bajos. Igualmente ocurre en la dimensión D, en la que los hombres parecen más vulnerables (Ríos et al., 2008), aunque algunos autores informan de ausencia de relación significativa entre género y Burnout (Eagar, 2003).

La relación entre edad y Burnout también ha sido controvertida; algunos estudios indican que los niveles de CE son iguales entre los menores de 29 años y los mayores de 30 (França et al., 2012), mientras que otros informan de mayor CE en los profesionales que tienen entre 50 y 59 años (Melita et al., 2008). También hay quienes afirman que no existen diferencias en CE en función de la edad (Ibañez, Vlaregut & Abio, 2004) o descartan que dicha variable influya en el desarrollo del síndrome (Adriaenssens et al., 2013, Eagar, 2003, Ibañez et al., 2004; Ríos et al., 2008).

Según Benetti et al. (2009), los niveles de Burnout son más elevados en aquellas personas que no tienen una relación estable. Por el contrario Ríos et al. (2008) y Adriaenssens et al. (2013), indican que no existen diferencias significativas en los niveles de Burnout en función del estado civil o se informa de una tendencia diferencial en D (Melita et al., 2008). De igual modo se ha informado de tendencia a sufrir mayores niveles, en las tres dimensiones del síndrome, en personas con hijos (França et al., 2012 and Ríos et al., 2008).

Respecto a las variables laborales, el salario no parece ser motivo de la existencia de diferencias significativas en el desarrollo del síndrome, obteniéndose el mismo resultado cuando cambia el número total de pacientes atendidos por los profesionales y cuando se compara el nivel de formación profesional previa de los trabajadores (França et al., 2012).

Atendiendo a la experiencia laboral (cantidad de años de servicio), se encontraron resultados que indican que los grupos extremos en esta variable, parecen los más afectados por el síndrome (Melita et al., 2008; Ríos et al., 2008). En relación con las variables carga y control laboral, recursos materiales y personales, y satisfacción y compromiso laboral, se encuentran asociaciones significativas y negativas con la dimensión CE del Burnout (Adriaenssens et al., 2013). En particular, cabe destacar que la carga laboral presenta asociación negativa con el nivel de D (França et al., 2012), aunque algunos autores resaltan que dicha asociación sólo refleja una tendencia, que no concluye en la obtención de diferencias significativas en función de las horas de trabajo (Adriaenssens et al., 2013).

El turno también influye en los niveles del síndrome de forma que las enfermeras con turnos exclusivamente diurnos se sienten más realizadas que los profesionales con turno rotatorio (García & Ríos, 2012; Melita et al., 2008). El tipo de contrato parece tener influencia en D, siendo los empleados fijos y los sustitutos con contratos de larga duración los que presentan una puntuación más alta en esta dimensión (García & Ríos, 2012). La percepción de la falta de recursos en la unidad se asocia a niveles más altos de CE y significativamente más bajos de RP (Melita et al., 2008). El tipo de hospital en el que trabaje la enfermera, podría ser también un factor que motive diferencias en los niveles del trastorno,

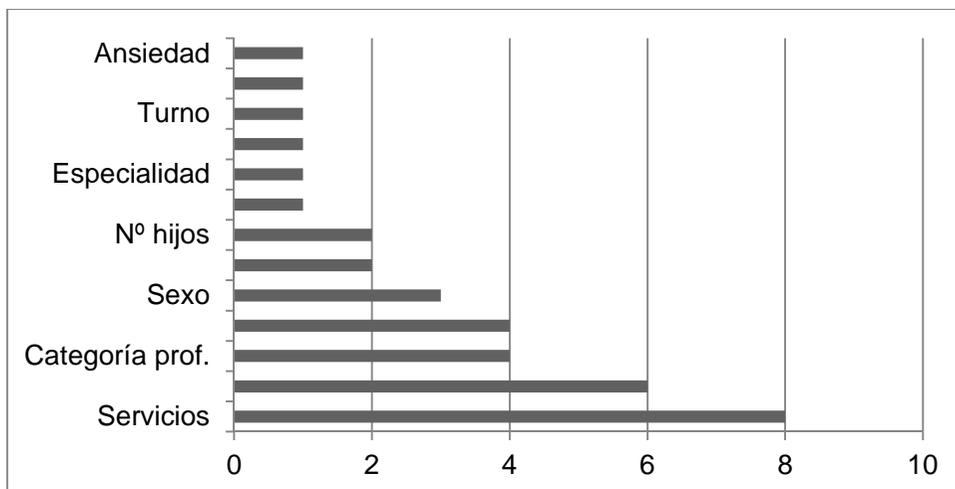
siendo los profesionales que están en centros públicos los menos afectados por el síndrome. Tener otros empleos no parece tener influencia en el desarrollo del Burnout (Melita et al., 2008).

Entre las variables de tipo psicológico asociadas con el desarrollo del Burnout, la ira no parece predecir los niveles de CE y D; no obstante, el control de la ira podría tener un papel importante en la predicción de la RP de los trabajadores (Ersoy, 2009). La presencia de niveles importantes de estrés resultaron tener una asociación positiva con las tres dimensiones del Burnout en enfermería de urgencias (García & Ríos, 2012). La ausencia de apoyo emocional junto a la carga de trabajo, son predictores de CE; ambas variables junto al tipo de contrato predicen el desarrollo de D, y esas variables junto a los conflictos personales predicen bajos niveles de RP de estos profesionales (García & Ríos, 2012).

Se encontraron otras variables asociadas con los niveles de Burnout, por ejemplo, la intención de cambiar de trabajo (Ríos et al., 2012), la realización de actividad física o tener dolores de espalda (França et al., 2012; Sorour & Abd, 2012). También se informa de correlaciones positivas significativas entre los niveles de ansiedad y las dimensiones CE y D, siendo la correlación entre ansiedad y RP negativa (Stathopoulou et al., 2011).

Los factores de riesgo asociados más frecuentemente con el Burnout en los trabajos revisados aparecen en la figura 2.

Figura 2. Frecuencia con que se tratan los factores de riesgo asociados al Burnout.



3.4.3 Comparación de los niveles de Burnout con otros profesionales de la unidad de urgencias y otros servicios hospitalarios

Los resultados obtenidos indican que las enfermeras presentaban niveles ligeramente más bajos que los médicos en CE y D (Benetti et al., 2009; Ritter, Stumm, & Kircher, 2009), o sólo en CE (Escribá et al., 2006) mientras que otros afirman que no existen diferencias significativas entre ambas categorías (Escribá et al., 2006). En los niveles de RP, Benneti et al. (2009) informa de puntuaciones similares, mientras que Ritter, Stumm, & Kircher (2009) y Escrivá et al. (2006) obtienen niveles más altos para los médicos.

De acuerdo con Fernandes et al. (2012), enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tienen niveles similares en CE, mientras que Ríos et al. (2012) concluyen que los enfermeros puntúan más alto. Los TCAE despersonalizan más según Fernandes et al. (2012),

siendo los enfermeros más vulnerables según Ríos et al. (2012). El nivel de RP es mayor en los profesionales de enfermería (Fernandes et al., 2012).

Si se compara la enfermería de urgencias con la de otros servicios, se obtiene que los niveles de CE y D fueron mayores en los profesionales de urgencias, sintiéndose menos realizados (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, & Rolniak, 2007). Los enfermeros de urgencias y los de cuidados intensivos presentaban puntuaciones similares en todas las dimensiones del Burnout (Ahmadi, Azizkhani, & Basravi, 2014; Gillespie & Melby, 2003; Ríos et al., 2008); de igual modo no se encontraron diferencias en relación con otros servicios como medicina interna o los servicios con pacientes semicríticos (Ibáñez et al., 2004). En servicios como cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología sólo se encontraron mayores niveles de RP en la enfermería de urgencias y no se encontraron diferencias en CE ni en D (Yao et al., 2013). En relación con otros servicios como diálisis, ortopedia o enfermeros en residencias geriátricas, el nivel de Burnout fue mayor en las urgencias (Ahmadi et al., 2014; Casa et al., 2012).

Como contrapartida, De los Ríos, Barrios, Ocampo & Ávila (2007) informan que los profesionales de enfermería de SUE tienen niveles de Burnout significativamente mayores que los que desarrollan su labor en servicios de cirugía, diálisis, unidad de cuidados intensivos y medicina interna.

3.5 DISCUSIÓN

El análisis de la información recogida indica que más del 50% de los participantes en las investigaciones revisadas desarrollaron el trastorno encontrándose en niveles medios o altos y, por tanto, como se ha reiterado en la literatura sobre el tema (Cañadas et al., 2015; França et al., 2012), en situación de riesgo de estar en una de las fases de mayor gravedad del trastorno. Como han puesto de manifiesto diferentes autores, la prevalencia de Burnout en los profesionales de enfermería es alta (Cañadas et al., 2014). Respecto a las dimensiones más importantes del Burnout, se estiman prevalencias cercanas al 38% y 28% en niveles medios y altos, respectivamente, de la dimensión CE y cercanas al 38% y 33% en los niveles medios y altos, respectivamente, de la dimensión D. Estos datos junto a la totalidad de los incluidos en las tablas de resultados, hablan inequívocamente de la gravedad del problema.

Entre los principales factores de riesgo del síndrome destaca el género, edad, experiencia y carga laboral, la antigüedad en el servicio, satisfacción, compromiso y turno laboral. En variables como el estado civil, o el número de hijos la relación con el síndrome no es clara. De acuerdo con (Ahmadi et al., 2014; García-Izquierdo & Ríos, 2012), consideramos necesaria más investigación que incluya el análisis de asociaciones entre el Burnout y algunas de las variables más relevantes asociadas al mismo, lo que permitiría establecer perfiles de riesgo de padecimiento del síndrome en estos profesionales.

Las enfermeras muestran valores similares aunque algo menores en CE, D y RP que los médicos, mientras que obtienen valores superiores a otros profesionales de estos SUE.

A excepción de los servicios de cuidados intensivos, en el resto de servicios considerados, los profesionales presentan niveles de Burnout menores que en urgencias (Ahmadi et al., 2014; Casa et al., 2012).

Los estudios analizados han sido realizados en diferentes países y sistemas de salud, lo que ha podido favorecer que exista una alta variabilidad en los resultados obtenidos. Lo anterior, indica que la revisión sistemática de los trabajos, aun siendo una buena aproximación inicial al estudio del problema, es mejorable. Resulta necesario realizar meta-análisis que permitan concretar de forma más objetiva la estimación de los tamaños del efecto de las relaciones entre el Burnout y aquellos factores de riesgo asociados al síndrome, en estos servicios de especial propensión al desarrollo del trastorno Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández, & De la Fuente (2014).

El presente trabajo tiene algunas limitaciones. De una parte, el uso de la revisión sistemática y no del meta-análisis para la objetivación e integración de la información proveniente de los diversos trabajos considerados. De otra parte, el uso de un bajo número de estudios con muestras mixtas, lo que lleva a exigir la prudencia al interpretar los resultados que se derivan, sobre todo, de estos trabajos; es decir, los resultados relativos a factores asociados al síndrome y la comparación entre profesionales y servicios, del personal de enfermería. Lo anterior

debe ser enmarcado en un contexto de “prudencia” en cuanto al manejo de los resultados citados. Por último, indicar que los trabajos revisados utilizan mayoritariamente el baremo para población general de la versión del MBI utilizada. La interpretación podría cambiar si se utilizaran baremos del instrumento obtenidos específicamente para profesionales de enfermería lo que existe para alguna otra herramienta (De la Fuente et al., 2015) pero, que sepamos, no existe para el MBI.

CAPITULO 4
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

4.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo presentaremos dos estudios que corresponden a la parte empírica de la presente Tesis Doctoral. En ambos se trabaja con profesionales de enfermería que desarrollan su labor en el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En el primer estudio participan enfermeros de diversos servicios, todos ellos del SAS. En este estudio se comprueba si la realización de JFC, sea cual sea el servicio de procedencia de los enfermeros, les hace más vulnerables al padecimiento del síndrome de Burnout. Para ello se estudian los niveles de burnout, así como la clasificación según las fases del Burnout progresivo, de forma diferencial, en enfermeros que presentan o no, dicha sobrecarga laboral.

En el segundo estudio participan enfermeros cuya actividad se desarrolla íntegramente en servicios de CCyU del SAS. Se obtienen estimaciones de la prevalencia del trastorno y se describen los niveles de Burnout en enfermeros de CCyU. Se clasifica a los enfermeros de CCyU según la fase de gravedad en la que se encuentran, del trastorno. Además, se estudian algunos factores relacionados y su asociación con el síndrome de Burnout. En los dos estudios que se incluyen seguidamente, participan profesionales de 38 centros sanitarios del SAS.

4.2. ESTUDIO 1: SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES QUE REALIZAN JORNADA FÍSICA COMPLEMENTARIA EN URGENCIAS

El síndrome de Burnout ha quedado estructurado tradicionalmente en tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (D), y baja realización personal (RP). La primera dimensión se refiere a la sensación de falta de energía, la segunda al comportamiento deshumanizado hacia los demás volviéndonos más pesimistas, distantes e indiferentes, y la tercera se define como la insatisfacción y falta de logros en el trabajo (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 1996; Maslach et al., 2001). Este síndrome afecta a multitud de profesiones de diversa índole, siendo el de profesionales de la Salud uno de los más afectados (Cañadas et al., 2014).

De entre las profesiones sanitarias, enfermería es sin lugar a dudas una de las más propensas al padecimiento del Burnout (Cañadas et al., 2015). En este sentido, se sufre de un malestar físico y psicológico que puede conducir al desgaste profesional, lo que en última instancia afecta, tanto en éste como en otros colectivos, a la administración que gestiona y a los beneficiarios del servicio (Hunsaker, Chen, Maughan & Heaston, 2015). Los problemas que se asocian al padecimiento del Burnout son: enfermedades físicas, problemas emocionales, absentismo, bajo rendimiento laboral, y actitudes negativas, problemas que en general tienen repercusión en la calidad de la atención al paciente (Cañadas et al., 2015)

Es sabido que los profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria (JFC) en los servicios de urgencias son vulnerables al desgaste profesional debido a la compleja naturaleza de los problemas de salud de los pacientes que cuidan, pero esta situación se agrava en estas áreas debido a los horarios de trabajo por turnos (Wisetborisut, Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Uaphanthasath & Wiwatanadate., 2014). Son muchos los trabajos que han estudiado los problemas de salud asociados a la sobrecarga laboral y la consiguiente turnicidad, señalándolo además como uno de los factores inductores de Burnout (Caruso, 2014). En estos casos disminuye el rendimiento y la satisfacción en el trabajo, pudiendo además traducirse en efectos psicosociales tales como sensación de fatiga y alteraciones del sueño, además de otros trastornos y lesiones crónicas (Adriaenssens et al., 2011).

A pesar de la abrumadora evidencia estadística acerca de la adversidad para la salud y el bienestar de los trabajadores que trabajan en turnos rotatorios, creemos que estos estudios están lejos de ser completos. Una de las razones puede derivarse del hecho de que las cargas de trabajo real y la presión varían sustancialmente, sobre todo en función de los compañeros de trabajo o las instalaciones (Adriaenssens et al., 2011), y en establecer lo que definimos como áreas de cuidados críticos, y otra que no se ha tenido en cuenta aquellos profesionales que además realizan guardias de 12 a 24 horas dentro (Stimpfel et al., 2012) o fuera de los hospitales (Deschamps et al., 2011).

No existen estudios que informen de la relación entre las dimensiones del síndrome de Burnout y la realización de guardias de urgencias en profesionales de enfermería que trabajen en diferentes áreas hospitalarias

(JFC). El objetivo de este trabajo es estudiar los niveles de Burnout de los enfermeros con JFC en urgencias, así como informar de la posible relación entre el Burnout, algunas características de personalidad y la realización de jornada física complementaria.

4.2.1. MÉTODO

Participantes.

La muestra del estudio estaba compuesta por un total de 1225 profesionales de enfermería del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en Andalucía, España. La edad promedio de los sujetos fue de 44,30 (DE = 8,402), con un porcentaje de mujeres del 64,8%. De éstos, 408 afirmaron que realizaban JFC en servicios de Urgencias y 792 que no la realizaban.

Instrumentos y Variables.

Se administró un cuadernillo a través del cual se obtiene información del ámbito social, laboral y sociodemográfico de los participantes en la investigación. Las variables registradas fueron: edad, género, estado civil (casado vs. no casado), número de hijos, nivel de atención donde desarrollan su actividad (Especializada vs. primaria), áreas asistenciales (área quirúrgica, el área médica, área materno-infantil, área de urgencias y cuidados críticos, y área de atención primaria) turno laboral (rotatorio vs. fijo), realización de guardias de JFC (sí vs. no), antigüedad en la profesión y antigüedad en el puesto de trabajo.

Para medir el Burnout se utiliza el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 1981; Maslach et al., 1996) en su versión adaptada a población española (Seisdedos, 1997). Este instrumento de medida está constituido por 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert de siete puntos, 9 ítems de CE, 5 ítems de D y 8 ítems de RP.

Se administró el NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa y McRae, 1992) en su versión adaptada a población española (Costa & McRae, 2002) para evaluar los cinco factores de la personalidad. El cuestionario consta de 60 ítems en un formato de escala tipo Likert de cinco puntos, 12 por cada una de las dimensiones, Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

Procedimiento y diseño.

Se llevó a cabo un estudio transversal multicéntrico en 2015. Se contactó con el secretario provincial de Granada del Sindicato de Enfermería (SATSE), a través del cual se pudo contactar con los responsables del sindicato en Andalucía. La investigación se llevó a cabo con la colaboración del SATSE a nivel autonómico y la autorización de todos los participantes, que participaron de forma voluntaria, individual y anónima. Una vez rellenados los cuestionarios, los participantes los depositaban en un buzón de la delegación provincial del SATSE en cada caso. El tiempo estimado para cumplimentar el cuadernillo era de unos 45 minutos.

Análisis de datos.

Se realizaron análisis descriptivos de las variables y contrastes de hipótesis de dos medias independientes con el paquete estadístico SPSS 20.0 y análisis bayesianos con el programa WinBugs (Spiegelhalter, Thomas, Best & Gilks, 1994).

4.2.2. RESULTADOS.

El análisis descriptivo de las variables recogidas en la muestra, porcentajes en el caso de variables categóricas y medias y desviación típica en el caso de variables continuas, se encuentra en la tabla 7.

Tabla 7. Análisis Descriptivo de las Variables

Variables		Variables	
Estado Civil			
(n = 1212)	% (n)	D (n = 1215)	JFC $\bar{X} \pm DE$
Casado	38,5 (231)		Si 7,48 \pm 6,34
No casado	61,5 (102)		No 6,28 \pm 5,34
		RP (n = 1217)	
Hijos (n = 1211)	% (n)		Si 37,03 \pm 9,13
0	21,9 (265)		No 36,53 \pm 8,38
1	18,7 (226)	CE (n = 1216)	
2	44,9 (544)		Si 18,40 \pm 11,73
3	12,1 (147)		No 17,53 \pm 11,01
		Neuroticismo	
4	2,1 (25)	(n = 1209)	
5	0,2 (2)		Si 27,96 \pm 8,16
			No 27,56 \pm 7,29
Nivel Asistencial	% (n)	Amabilidad	

(n = 1224)		(n = 1207)	
Atención			
Primaria	28,2 (345)	Si	45,03 ± 7,08
Atención			
Especializada	71,8 (879)	No	45,71 ± 6,26
		Responsabilidad (n = 1214)	
Turno laboral			
(n = 1217)	% (n)	Si	46,69 ± 7,29
Rotatorio	55,5 (675)	No	47,56 ± 6,43
		Extraversión	
Fijo	42,3 (515)	(n = 1216)	
		Si	42,45 ± 7,75
Área Asistencial		No	42,74 ± 7,04
(n = 1209)	% (n)	Apertura (n = 1212)	
CCyU	27,9 (337)	Si	38,94 ± 7,05
Quirúrgica	18,9 (218)	No	38,78 ± 6,65
Médica	23,5 (284)	Antigüedad en el puesto (n = 1179)	
Atención Primaria	22,5 (272)	Si	129,54 ± 107,06
Materno-Infantil	7,3 (88)	No	131,92 ± 107,62
		Antigüedad en la profesión (n = 1222)	
		Si	247,24 ± 97,31
		No	256,53 ± 102,93

Se obtuvieron los niveles de Burnout utilizando la clasificación, con los correspondientes puntos de corte, establecidos en la adaptación española del MBI (Seisdedos, 1997). Los porcentajes de sujetos que se encuentran en los niveles bajos, medios y altos en cada una de las dimensiones del Burnout, según que realicen o no JFC, se incluyen en la tabla 8.

Tabla 8. Niveles en las dimensiones del Burnout

	D (%)			RP (%)			CE (%)		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Si JFC	52,3	29,8	17,9	65,9	12,3	21,8	64,9	19,8	15,3
No JFC	58,6	29,6	11,8	61	17,3	21,7	68,2	21	10,8

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

Combinando los niveles de las dimensiones del síndrome, se obtuvieron las ocho fases de gravedad del cuadro clínico correspondiente a los profesionales de la muestra, según el modelo de Golembiewski (1983). En la tabla 9 se incluyen los profesionales que presentan niveles bajos, medios y altos en cada una de las dimensiones del Burnout, según la fase en la que se encuentren del trastorno y para enfermeros que realizan o no, JFC.

Tabla 9. Clasificación de los niveles de Burnout según el modelo de 8 fases de Golembiewski (1983).

	Bajo	Medio	Alto
	(Fases I, II, III)	(Fases IV, V)	(Fases VI, VII, VIII)
Si JFC	42,5%	13,4%	44,1%
No JFC	44,2%	17,8%	38%

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

En la tabla 10 se encuentran los análisis clásicos y bayesianos de comparación de los niveles en las dimensiones del Burnout así como en

las variables de personalidad, entre los enfermeros que realizan y los que no realizan jornada física complementaria. En los análisis clásicos de contrastes de medias se obtienen diferencias estadísticamente significativas en D y una de las características de personalidad, la Responsabilidad, entre los dos grupos considerados. Despersonalizan más y presentan menores niveles de responsabilidad los enfermeros que realizan JFC (ver tabla 10). En los casos en que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se realizó el correspondiente contraste de medias bayesiano. El análisis bayesiano indica que la probabilidad de obtener un promedio mayor en CE entre los que realizan JFC es de 0,8958. De igual modo se obtiene que, en promedio, la probabilidad de que se encuentren más realizados los que tienen JFC que aquellos que no la realizan, es de 0,8294.

En las características de personalidad en las que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, los análisis bayesianos indican que la probabilidad de tener valores más altos en Neuroticismo y más bajos en Responsabilidad y Extraversión son, respectivamente, 0,8012, 0,9813 y 0,746 en los profesionales de enfermería que tienen JFC. Los resultados del análisis clásico y bayesiano en relación con las dimensiones Amabilidad y Apertura, son muy similares. Los resultados de ambos tipos de análisis se incluyen en la tabla 10.

Tabla 10. Análisis clásico y bayesiano para comparar los que realizan o no JFC

Variables	Análisis Bayes P($\mu_{JFC} > \mu_{noJFC}$)	Análisis clásico t-test	p
MBI			
D	0,9997	t_{699,292}=3,257	0,001
RP	0,8294	t₁₁₉₀=0,955	0,340
CE	0,8958	t_{772,450}=1,235	0,217
NEO-FFI			
Neuroticismo	0,8012	t_{739,788}=0,824	0,410
Amabilidad	0,4867	t_{728,690}=-1,608	0,108
Responsabilidad	0,0187	t_{727,390}=-2,021	0,044
Extraversión	0,2540	t₁₁₈₉=-0,650	0,516
Apertura	0,6481	t₁₁₈₅=0,381	0,703

4.2.3. DISCUSIÓN

Los servicios de urgencias de atención primaria donde se realiza la JFC, son una fuente de estrés más que considerable para el personal de enfermería. El desempeño de la labor asistencial en ellos es muy duro debido al tipo de trabajo y las consecuencias que conlleva éste, tanto a nivel físico como emocional. De hecho son más graves en comparación con otro tipo de servicios, lo que reafirma el hecho de que se les etiquete

de “especiales” (Duffy, Avalos & Dowling, 2015; Fuentelsaz-Gallego et al., 2013; Westphal et al., 2015).

Nuestros resultados indican que la sobrecarga laboral o realización de JFC favorece que los enfermeros tengan una mayor probabilidad de sufrir altos niveles de CE. Lo que se encuentra en consonancia con otros estudios, que indican que las condiciones laborales en términos de situaciones estresantes y/o impredecibles como las que se producen en estos servicios, contribuyen a un alto grado de insatisfacción laboral y altos niveles de CE, llegando los profesionales a afrontar de forma inadecuada su situación e incluso a plantearse la posibilidad de abandonar la profesión (Duffy et al., 2015; Flarity et al., 2013; Fuentesalz et al, 2013; Sinclair et al., 2015; Westphal et al., 2015).

Una parte importante de los enfermeros con sobrecarga laboral presenta altos niveles de D; las altas puntuaciones en D y su relación con los la sobrecarga laboral parece clara y pueden ser originadas por las situaciones límite que se viven estos profesionales, a diferencia de otros servicios con menor necesidad de intervenciones de enfermería (Ahmadi et al., 2014; Flarity et al., 2013). Se han encontrado niveles de D significativamente más altos en los enfermeros que realizan JFC respecto a los que no la realizan, lo que se encuentra en la línea de lo informado por otros investigadores (Adriaenssens et al., 2015; Vargas et al., 2014). Estos niveles de D más altos cuando existe dicha sobrecarga laboral entre los profesionales procedentes del mismo servicio de urgencias u otros que aumentan su carga laboral con JFC (Hooper et al., 2010) en relación a la satisfacción profesional puede ser debido a una mala organización, un ambiente hostil y una mala gestión de los recursos sanitarios, favoreciendo

el anonimato del profesional y el abandono por parte de éste de unos cuidados de enfermería individualizados, lo que perjudica seriamente al usuario (Sinclair et al., 2015; Stifter et al., 2015; Westphal et al., 2015).

Los resultados obtenidos indican que los profesionales que realizan JFC se sienten más realizados profesionalmente lo que puede estar motivado por las implicaciones económicas que conlleva dicha actividad; se produce un sustancial aumento de sus retribuciones. En términos que no son de tipo económico, cabe considerar que la adquisición de conocimientos y técnicas avanzadas en los cuidados de urgencias, como el soporte vital cardiológico o soporte vital al paciente traumatológico, podrían potenciar el sentido vocacional propio de estos servicios y hacer que los profesionales se vean menos afectados por el esfuerzo que supone la realización de JFC (Cañadas et al., 2012; Myhren et al., 2013). El trabajador que realiza voluntariamente JFC, al parecer, no se siente infeliz, pues aumenta su desarrollo profesional, aumenta sus competencias en un área habitualmente distinta a la de su trabajo ordinario y aumenta su capacidad de adaptación a distintas organizaciones funcionales de enfermería (Fernández, Rodríguez & Goyal, 2013; Hanrahan et al. 2010; Kanai et al. 2008).

A partir de la clasificación que ofrece el modelo de Golembiewski, se puede concluir que un importante porcentaje de los enfermeros que tienen JFC se encuentran en una fase avanzada del Burnout progresivo.

Por otro lado nuestros resultados indican mayor posibilidad de tener valores altos en neuroticismo de estos profesionales. Dicho resultados se

encuentran en la misma línea que los informados por otros investigadores (Cañadas et al., 2015; Kushner & Ruffin, 2015), lo que parece lógico debido a que a las tareas habituales de su jornada ordinaria hay que sumar las que se derivan de la JFC, que habitualmente conllevan un modelo de procesos asistenciales y planes de cuidados distintos al de sus unidades de enfermería de origen.

Los valores bajos en responsabilidad y extraversión se puede comprender porque estos trabajadores no pertenecen, específicamente al servicio donde se desarrolla la JFC; lo anterior implica que no tienen la necesidad de conseguir los objetivos de la unidad y no tener una formación continuada específica como la que reciben los enfermeros miembros de los servicios de urgencias (Alarcón et al., 2009; Armengol, 2015; Burgess et al., 2010; Hoghwalder, 2009; Chana et al., 2015; Kleim et al., 2014). Además, estos enfermeros no se relacionan de igual manera con el resto de elementos y profesionales de las unidades donde realizan JFC (Adriaenssens et al., 2015; Stathopoulou et al., 2011).

Los resultados obtenidos van en la dirección de los apuntados por otros autores, según los cuales los turnos complementarios a la jornada matutina propios de los servicios de urgencias donde se efectúa la JFC, aumentan la tensión familiar y profesional, afectan a la satisfacción del personal por la duración de los turnos siempre por encima de las 12 horas y próxima en la mayoría de los casos a las 24, favoreciendo que aparezcan los errores e incidentes en lo que se refiere a la seguridad del paciente (Deschamps et al., 2011; Fuentelsaz et al., 2013; Tomás, Chanovas, Roqueta & Toranzo, 2012). Si existiese una dotación de personal adecuada, un mejor ambiente de trabajo y horas de trabajo razonables, los profesionales serían menos

vulnerables al Burnout (Buja et al., 2013; Caruso, 2014; Stimpfel et al., 2012; Zhou et al., 2015).

De igual modo, la flexibilidad horaria permitiría mayor realización personal y satisfacción (Ersoy , 2009; Hooper et al., 2010; Lu et al., 2005) y ayudarían a evitar los efectos nocivos en los cuidados que se prestan en urgencias; todo lo anterior genera la necesidad de la creación de entornos saludables para disminuir la tensión en el trabajo, la familia y las afecciones de diversos tipos que sufren estos profesionales (Ausserhofer et al., 2013; Kushner & Ruffin, 2015; Martins, Bronzatti, Vieira, Parra & Silva, 2000).

4.3. ESTUDIO 2. PERFILES DE RIESGO Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El síndrome de Burnout, como ya hemos comentado en diferentes páginas de esta Tesis Doctoral, fue descrito como el cinismo y agotamiento emocional desarrollado en personas que prestan servicio a otras personas. (Maslach & Jackson, 1981, 1983).

En el caso del personal sanitario existen multitud de estudios que informan sobre diferentes aspectos relacionados con el Burnout; sus factores asociados de riesgo, prevalencia, circunstancias en las que se desarrolla, evaluación para su diagnóstico y evolución del trastorno. Estas investigaciones se centran en las distintas categorías del ámbito sanitario (Beltrán, Moreno & Reyes, 2014; Higuera, Durban & Maza, 2013; Sanclemente, Elboj & Iñiguez, 2014;) y, en particular, informan que es el

personal de enfermería uno de los más perjudicados por el síndrome (Fuentelsaz et al, 2013; Ríos et al, 2012).

El nivel asistencial donde se desarrollan las actuaciones relacionadas con los procesos de CCyU, requiere de grandes exigencias por parte de sus profesionales. La estructura de los propios servicios de urgencias denota distintas jerarquías y el desarrollo de los procesos multidisciplinarios, con procesos de salud-enfermedad agudos (Armengol, 2014; Fernández et al., 2013; Valenzuela, 2011). La constante presión asistencial en urgencias y el aumento de la demanda por parte de los usuarios no tiene visos de mejorar. Todo ello, exigirá en el futuro una gran cantidad de medios materiales, humanos, técnicos y organizativos para responder a una demanda sustentada en el derecho a la protección de la salud, cuyas exigencias de calidad y seguridad aumentan continuamente y se desarrollan en el ámbito de la salud (Almuedo et al., 2011; Armengol, 2014; Ceña et al., 2012; Fet & García, 2013; García et al., 2012).

A la vista de ello y tal como exponen diversos autores, destaca la presencia de altos niveles de Burnout en los profesionales de enfermería de estos servicios (Lerones & Rodríguez, 2010; López & Economía, 2015; Sanclemente et al., 2014), lo que justifica que se profundice, en cómo influyen las exigencias de este tipo de servicios en sus profesionales en relación con el síndrome de Burnout. (Liu et al., 2013; Ortega & López Ríos, 2004; Ramírez et al., 2013; Riessen et al., 2015).

En esta parte de la investigación nuestros objetivos se centran en estimar la prevalencia y describir los niveles de Burnout, así como su relación con

algunas variables relevantes, en profesionales de los servicios de cuidados críticos y urgencias (CCyU) de Andalucía

4.3.1. MÉTODO.

Participantes.

La muestra estaba formada por 337 profesionales de enfermería de servicios de CCyU pertenecientes al SAS (Andalucía, España). Los datos se recogieron en el año 2015, estando representadas todas las provincias andaluzas. La edad media de los sujetos fue de 41,73 años (DT = 8,133) siendo un 62% mujeres. No se han tenido que excluir participantes por falta de datos en la recogida de información.

Variables e Instrumentos.

La recogida de la información se realizó mediante un cuadernillo en el que se solicita información sociodemográfica, laboral y psicológica de los participantes. Las variables sociodemográficas y laborales presentes en la investigación fueron: edad, género, estado civil (casados vs no casados), número de hijos, nivel de atención (hospitalaria vs. primaria), turno laboral (fijo vs. rotatorio), realización de guardias (sí vs. no), haber realizado tareas de gestión (sí vs. no), antigüedad en la profesión y antigüedad en el puesto de trabajo. Se registraron asimismo algunas características de personalidad, neuroticismo, extraversión, amabilidad, responsabilidad y apertura, así como los constructos ansiedad y depresión

de los enfermeros. Se evaluaron las tres dimensiones del Burnout, CE, D y RP de los participantes.

Se utilizó la adaptación española del Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir las dimensiones del Burnout (Maslach & Jackson, 1981; Seisdedos, 1997). El cuestionario contiene 22 ítems con respuestas en formato tipo Likert de siete puntos (0 a 6). El MBI plantea una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos relacionados con la interacción en el trabajo donde se valoran las tres dimensiones del Burnout: CE (9 ítems), D (5 ítems) y baja RP en el trabajo (8 ítems). Se utilizaron los valores diagnósticos para establecer los niveles de Burnout de los participantes según establece el manual de la prueba (Seisdedos, 1997).

Se administró el inventario de personalidad Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1989) en su versión adaptada a la población española (Costa & McCrae, 1999). El NEO-FFI proporciona una evaluación global de la personalidad a través de las cinco principales dimensiones o factores de personalidad: Neuroticismo (nivel de inestabilidad emocional), Extraversión (nivel de energía y sociabilidad), Apertura (nivel de curiosidad intelectual y sensibilidad estética), Amabilidad (nivel de las tendencias interpersonales de acercamiento o rechazo de los demás) y Responsabilidad (nivel de autocontrol y autodeterminación). Está constituido por 60 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, 12 ítems por cada una de las dimensiones.

Así mismo, se administró igualmente el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD; Lozano, García-Cueto & Lozano, 2007) para determinar el padecimiento de trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión. Se compone de 50 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Valora dichos trastornos a partir de las puntuaciones en cinco dimensiones de las que, en este trabajo sólo se utilizan Ansiedad y Depresión

Procedimiento y diseño

Se llevó a cabo un estudio transversal. Se contactó, para su colaboración, con el delegado provincial de Granada del Sindicato de Enfermería (SATSE), a través del cuál se pudo contactar con los responsables del sindicato en Andalucía. Las diferentes delegaciones provinciales del SATSE fueron invitadas y aceptaron, en su totalidad, participar en la investigación; los delegados provinciales en cada caso, junto a personal especializado en la recogida de la información, se pusieron en contacto directo con los enfermeros, tras haber sido informados sus centros. Todos los participantes colaboraron de forma voluntaria, individual y anónima. Los cuestionarios, una vez cumplimentados, fueron depositados en las delegaciones del SATSE. El tiempo estimado para responder al cuadernillo era de unos 45 minutos aproximadamente.

Análisis de datos

Se utiliza el estadístico t-Student para realizar los contrastes de hipótesis sobre dos medias independientes. Se utiliza el coeficiente de correlación

de Pearson para establecer la asociación entre las variables cuantitativas y las diferentes dimensiones del MBI. Estos análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 20.0.

El programa WinBugs (Ntzoufras, 2009; Spiegelhalter et al., 1994a, 1994b; Spiegelhalter et al., 2003) fue utilizado para obtener la estimación bayesiana de la prevalencia en cada una de las dimensiones del Burnout y los contrastes de hipótesis, con distribución inicial no informativa.

4.3.2. RESULTADOS.

Descripción de la muestra y niveles de Burnout.

Se ha realizado el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, psicológicas y laborales incluidas en la investigación. Los resultados se pueden ver en la tabla 11.

Tabla 11. Valores descriptivos de las variables recogidas en la muestra

Variables		Variables	
Estado civil (n = 333)	% (n)	APu (n= 323)	M (DT)
Casados	69,4 (231)		112,67 (93,18)
No Casados	30,6 (102)	APr (n = 336)	M (DT)
Hijos (n = 336)	% (n)		221,75 (91,408)
0	28,3 (95)	Neuroticismo	
1	20,5 (69)	(n = 332)	M (DT)
2	41,4 (139)		27,2 (7,551)
3 o más hijos	9,8 (33)	Amabilidad	
Niveles de atención		(n = 331)	M (DT)
(n = 337)	% (n)		45,36 (6,528)
Atención primaria	75 (22,3)	Responsabilidad	
Atención especializada	262 (77,7)	(n = 335)	M (DT)
JFC (n = 327)	% (n)		46,74 (7,072)
Si	38,5(126)	Extraversión	
No	61,5(201)	(n = 333)	M (DT)
Turno laboral (n = 335)	% (n)		42,85 (7,296)
Rotatorio	80,3 (269)	Apertura	
Fijo	19,7 (66)	(n = 332)	M (DT)
			38,47 (6,703)
		Ansiedad	
		(N=333)	M (DT)
			35,32(10,828)
		Depresión	
		(N=334)	M (DT)
			48,31(15,798)

APu: Antigüedad Puesto de Urgencias APr: Antigüedad en la Profesión

Se obtuvieron los niveles del Burnout en cada una de sus dimensiones. El promedio en la dimensión CE fue 17,14 (DT = 10,663). El 69,4% de los participantes presentaban un nivel bajo, el 20,1% un nivel medio y el 10,5% un nivel alto en dicha dimensión. Se obtuvo un promedio de 6,93 (DT = 5,904) en D. El 55% de los participantes tenían un nivel bajo, el 28,2% un nivel medio y el 16,8% un nivel alto. Finalmente, el valor medio que se obtuvo en la dimensión RP fue de 36,64 (DT = 8,796). En esta dimensión, el 63,3% de los enfermeros presentaban un nivel bajo, el 13,1% un nivel medio y un 23,6% obtuvieron valores altos de RP.

Estimación de la Prevalencia de Burnout y Clasificación de los participantes según el modelo de Golembiewski.

A partir de los resultados obtenidos en la muestra (tabla 12) se puede concluir que la estimación de la prevalencia de niveles altos en CE fue del 10,72%, con un intervalo de credibilidad asociado que oscilaba entre el 7,647% y el 14,24%. En D se obtuvo que la prevalencia estimada de nivel alto en la citada dimensión fue de 17,02% con intervalo de estimación entre el 13,2% y el 21,23%. La estimación puntual de la prevalencia para los valores bajos de la dimensión RP, a partir de los datos recogidos en la muestra, fue de 63,2% y su intervalo de estimación asociado entre 57,98% y 68,27%.

Tabla 12. Niveles de Burnout en cada una de sus dimensiones

D (%)			RP (%)			CE (%)		
Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
55	28,2	16,8	63,3	13,1	23,6	69,4	20,1	10,5
6,93 (DT = 5,904)			36,64 (DT = 8,796)			17,14 (DT = 10,663)		

Si se utiliza el modelo completo de fases del Burnout para clasificar a los profesionales que participan en la investigación, según la fase en la que se encuentran de gravedad del trastorno, se obtienen los datos que aparecen en la tabla 13.

Tabla 13. Clasificación de los participantes según el Modelo de Fases

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8
D	B	A	B	A	B	A	B	A
RP(inv)	B	B	A	A	B	B	A	A
CE	B	B	B	B	A	A	A	A
n	39	21	91	30	24	77	29	22
(%)	(11,7%)	(6,3%)	(27,4%)	(9%)	(7,2%)	(23,2%)	(8,7%)	(6,6%)

Estudio de las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad en relación con el Burnout.

Factores de riesgo categóricos

En cuanto al género de los participantes se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones D y CE. Se obtuvieron diferencias significativas en D ($t_{217,093}=2,518$; $p=0,013$), así como en RP ($t_{333}=-2,282$; $p=0,023$), de forma que los enfermeros, hombres, puntúan más alto en D y se sienten menos realizados que las mujeres.

El estado civil también parece ser un factor de riesgo del Burnout. Los profesionales de enfermería no casados puntúan significativamente más

alto que los casados en CE ($t_{328}=-2,018$; $p=0,044$). Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas entre estos dos grupos, en las dos dimensiones restantes del síndrome.

En cuanto al turno laboral no se encontraron diferencias significativas en CE ni D entre los que tenían un turno de trabajo rotatorio frente a los que tenían turno fijo. No obstante, se sienten significativamente más realizados, los que desarrollan su labor en turnos fijos ($BF= 13,347$; $df=1,79\cdot 850$; $p<0.001$).

Factores de riesgo cuantitativos y Burnout.

Se obtuvo la correlación entre los valores obtenidos por los participantes en las tres dimensiones del Burnout y las variables cuantitativas consideradas: la antigüedad en el puesto y en la profesión, los cinco factores de personalidad y las variables ansiedad y depresión.

En cuanto a la dimensión CE, se obtuvieron valores no significativos o muy bajos, de asociación con las variables antigüedad en el puesto y en la profesión. Sin embargo, se obtuvieron relaciones significativas entre los niveles de Burnout y el resto de variables consideradas. El CE se relaciona de forma significativa con cuatro de los cinco factores de personalidad: Neuroticismo ($r = 0,618$, $p < 0,001$), Amabilidad ($r = - 0,413$, $p < 0,001$), Responsabilidad ($r = -0,362$, $p < 0,001$), Extraversión ($r = -0,374$, $p < 0,001$), siendo no significativa la relación con Apertura. El CE está relacionado de forma significativa con los niveles de Ansiedad ($r = 0,582$, $p < 0,001$) y Depresión ($r = 0,65$, $p < 0,001$) de los enfermeros.

Respecto a la dimensión D, se obtuvieron valores de asociación no significativos o muy bajos con las variables antigüedad en el puesto y en la profesión. Se obtuvieron correlaciones significativas entre los niveles de D de los enfermeros y los cinco factores de personalidad. La D está relacionada con Neuroticismo ($r = 0,449$, $p < 0,001$), Amabilidad ($r = -0,492$, $p < 0,001$), Responsabilidad ($r = -0,457$, $p < 0,001$), Extraversión ($r = -0,306$, $p < 0,001$) y Apertura ($r = -0,189$, $p < 0,01$). La D está relacionada de forma significativa, también, con los niveles de Ansiedad ($r = 0,228$, $p < 0,003$) y Depresión ($r = 0,293$, $p < 0,001$) de los enfermeros.

En relación con la dimensión RP, las variables antigüedad en el puesto y en la profesión, de nuevo, correlacionan de forma muy baja o no significativa con esta dimensión del Burnout. Los niveles de realización de los enfermeros están asociados de forma significativa con los cinco factores de personalidad, de forma que la RP correlaciona con Neuroticismo ($r = -0,463$, $p < 0,001$), Amabilidad ($r = 0,492$, $p < 0,001$), Responsabilidad ($r = 0,556$, $p < 0,001$), Extraversión ($r = 0,485$, $p < 0,001$) y Apertura ($r = 0,255$, $p < 0,001$). La RP está relacionada de forma significativa con los niveles de Ansiedad ($r = -0,371$, $p < 0,001$) y Depresión ($r = -0,413065$, $p < 0,001$) de los enfermeros.

4.3.3. DISCUSIÓN.

En relación con la descripción de los niveles de Burnout y la clasificación según la gravedad del trastorno de los profesionales de enfermería en servicios de CCyU en el S.A.S., nuestros resultados indican que una parte importante de estos profesionales presentan niveles altos de agotamiento y

despersonalización, así como bajos niveles de realización personal. Es más, en una valoración sobre el estadio de gravedad en el que se encuentran estos profesionales, se obtienen cifras alarmantes; un 38,5% de los enfermeros se encuentran en las fases 6, 7 y 8, las tres más graves de desarrollo del trastorno. Estos resultados están en la línea de los encontrados en otras investigaciones que informan de mayor agotamiento y despersonalización, con menores niveles de realización personal en estos profesionales (Adriaenssens et al., 2013; Ahmadi et al, 2014; Flarity, et al, 2013; Gandoy et al, 2009). Esto se puede deber a la actividad desarrollada en este tipo de servicios donde los niveles de presión asistencial son elevados, las plantillas insuficientes, falta de tecnificación, un reconocimiento social pobre y cierta complejidad a la hora de dispensar los cuidados con un mínimo de calidad (Epp, 2012; Hunsaker, 2010; Liu et al., 2013; Pizarro et al, 2014; Potter, 2006; Vargas et al., 2014;).

En particular, los cambios y mejoras introducidas en la asistencia de CCyU en Andalucía, han provocado también cambios en el perfil laboral de los profesionales de estos servicios, aumentando las necesidades específicas de éstos, por ejemplo, en su formación continuada (Alonso & Sánchez, 2013; Danet, March & Romera, 2014; Simón et al., 2013; Salazar, Roldán, Garrido & Parejo, 2014). A partir de ahí se entiende que tantos profesionales presenten niveles medio-altos en las dimensiones del síndrome de forma que, al menos uno de cada tres profesionales en Andalucía, se encuentra afectado por el trastorno, lo que evidentemente, afecta al desempeño de su trabajo (Domínguez & Rutledge, 2009; Epp, 2012; Fernández et al., 2013; França et al., 2012). Muchos trabajos informan en la línea de los resultados obtenidos en esta investigación; es más, se encuentran otros estudios que indican que se encuentran afectados

por el síndrome hasta la mitad de las plantillas de enfermeras de los servicios de CCyU (Jodas & Haddad, 2009; Potter, 2006; Ríos et al, 2008).

En relación con los factores de riesgo de Burnout en las enfermeras se obtuvieron relaciones que merecen ser destacadas. Los niveles más altos de cansancio emocional los presentan los enfermeros que informaban de estar no casados (solteros, separados o divorciados). Este grupo constituye un importante porcentaje de los participantes en la investigación (78,4%). Estos resultados están en la línea de los obtenidos por otros autores, que establecen como elemento protector contra el Burnout el hecho de estar casado (Benetti et al, 2009); sin embargo, en otros estudios se complementa dicha información, de forma que, si bien es cierto que los solteros que participaban en sus investigaciones se encuentran sujetos a mayor inestabilidad laboral, y, por tanto, mayores niveles de Burnout, también lo es que los casados, según sus resultados, presentaban mayor predisposición al abandono de la profesión (Gandoy et al., 2009; Gomes et al., 2008; Ritter et al., 2012).

En cuanto a la despersonalización se encuentran diferencias según el género, siendo los hombres los que presentan los mayores niveles de Burnout. Este resultado está en consonancia con lo encontrado por otros autores que indican que el hecho de despersonalizar más o menos depende del género de los enfermeros, siendo mayor en los hombres (Bambi, Becattini, Pronti, Lumini & Rasero, 2012; Coffey & Coleman, 2001; Potter, 2006; Ríos et al, 2008); resultado que corroboran otros autores llegando a proponer que la menor D en el caso de las mujeres puede ser

debido al mayor número de profesionales de género femenino (Edwards et al., 2014; Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias & Pereira, 2013; Teixeira, Ribeiro, Fonseca & Carvalho, 2013).

En realización personal se encuentran diferencias según el turno laboral de los enfermeros. Parece claro que las enfermeras de CCyU son vulnerables al Burnout debido a la compleja naturaleza de su trabajo; en particular, algunos aspectos del mismo como los horarios y turnos en los que lo desarrollan. Los profesionales con menor posibilidad de cambiar turnos, en sus horarios tienen más dificultades para la conciliación de la vida familiar y cuidado de los hijos, además de sentirse más limitadas para, por ejemplo, acudir a actividades de formación continuada (Palmer, 2014; Shahriari et al., 2014; Wisetborisut et al., 2014); todo ello lleva, en muchos casos, a un incremento de los niveles de Burnout.

Los turnos de los servicios de CCyU, desarrollados sobre todo durante el fin de semana, favorecen la aparición de tensiones familiares y, por ende, profesionales (Bellagamba et al, 2015). Por otra parte, los turnos de más de 12 horas aumentan el cansancio, y favorecen la aparición de incidentes y errores en el desempeño laboral del personal de enfermería (Smith, Shaw, Curro & Jones, 2014); por ejemplo, el turno de noche se ha llegado a asociar con síntomas físicos como el agotamiento y molestias abdominales (Buja et al., 2013; Caruso, 2014). Las enfermeras que realizan turnos de más de diez horas son propensas a dejar el trabajo y desarrollar un grado considerable de insatisfacción laboral (Stimpfel, et al., 2012) e incluso hay estudios que demuestran como una mejor organización horaria permite mayores niveles de satisfacción y realización personal y profesional (Liu, et al. 2013; Yao et al., 2013). En la misma

línea Eanes (2015) advierte de los efectos nocivos en los cuidados de enfermería, indicando la posible aparición, también, de patologías relacionadas con el sueño, tanto en su forma aguda como crónica. La existencia de medidas encaminadas a la disminución de la tensión en el trabajo y una mejor organización horaria, contribuiría notablemente a mejorar esta problemática (Kushner & Ruffin, 2015), lo que consecuentemente ayudaría a prevenir el desarrollo del síndrome de Burnout en estos profesionales.

Los profesionales de enfermería más jóvenes presentan niveles bajos de Burnout a diferencia de los profesionales con más de diez años de experiencia (Koivula, 2000). Además, las enfermeras que realizan sus primeros contratos en urgencias, no suelen estar familiarizadas con el entorno, provocando una sobrecarga laboral en el resto de profesionales de más experiencia y, generalmente, de más edad (Potter, 2006). En el ámbito de la comunidad autónoma de Andalucía la elevada edad en la que se consigue la consolidación del puesto de trabajo en la administración podría explicar por qué es mayor el padecimiento del Burnout en estratos de edad más altos (Cañadas et al., 2012).

Los factores de personalidad deben ser considerados en cualquier teoría de los perfiles de riesgo de desarrollo del síndrome de Burnout, y cada vez adquieren un papel más importante en orden a establecer dichos perfiles. Trabajos recientes proponen la necesidad de su análisis en relación con las dimensiones del Burnout en cualquier campo profesional afectado por el síndrome; en particular, de especial interés en el caso de los profesionales

de enfermería de CCyU (Cañadas et al., 2015; Fornes et al., 2012; Hudek et al., 2012).

Se ha encontrado una relación significativa y positiva entre los niveles de CE y Neuroticismo de los participantes en la investigación, lo que parece ser consecuencia de las tensiones a las que se ven sometidos estos profesionales a lo largo de su jornada laboral. El quehacer del turno de urgencias va desde la recepción del paciente crítico a su estabilización, pasando por intervenciones enfermeras -extracción de muestras, control de signos vitales, preparación y administración de fármacos-, lo que genera mayor carga de trabajo, y favorece que coexistan ambas variables, niveles crecientes de agotamiento emocional con niveles crecientes de Neuroticismo en este ambiente (Armon et al, 2012; Browning et al, 2007; Cañadas et al, 2012; Myhren et al, 2013). Se obtienen relaciones significativas y negativas entre los niveles de extraversión –energía y sociabilidad-, amabilidad –grado de acercamiento a los demás- y responsabilidad –autocontrol y autodeterminación-, con el agotamiento de los profesionales. Dicha información conlleva que al incrementar los niveles de sociabilidad, acercamiento a los demás y autocontrol de los enfermeros, disminuyen los de cansancio emocional de los mismos. En relación con la amabilidad, indicar que a pesar de la necesidad de que los profesionales de urgencias necesiten empatizar con los usuarios para aportarles cuidados de calidad, esto suele darse en ambientes laborales cordiales, cosa que pocas veces sucede en las áreas de CCyU (Hudek et al, 2011; LaFauci & Marotta, 2011). Con respecto a la responsabilidad, cabe decir que el mayor nivel de exigencia en estos servicios, por ejemplo, mayor grado de formación y preparación en diversos aspectos del trabajo (Burgess et al, 2010) y su sobrecarga laboral, merma, en ocasiones, las

aptitudes del personal en su trabajo (Kushner & Ruffin, 2015) y supone una tendencia a disminuir en los niveles de estos aspectos psicológicos que parecen covariar en sentido negativo con el cansancio emocional.

La extraversión es un rasgo esencial del trabajo en equipo, que se desarrolla en este tipo de servicios. Si sufren de CE debido a una sobrecarga laboral, obviamente el grado de comunicación tanto con sus compañeros como con los usuarios disminuirá y consecuentemente se darán situaciones no deseadas durante la jornada laboral que contribuyan a la aparición del Burnout (Adriaenssens et al, 2011; Stathopoulou et al, 2011).

Las enfermeras de CCyU son especialmente vulnerables a las reacciones de estrés postraumático debido a la exposición repetitiva a trabajar en eventos traumáticos (Adriaenssens et al., 2012; Chana et al., 2015). Algunos autores relacionan el coste económico que supone para los servicios de salud el padecimiento del Burnout, ansiedad y depresión (Noben et al., 2015) y obviamente los servicios de CCyU están más expuestos a estas situaciones. De hecho, Ansiedad y CE se ha constatado en diversas publicaciones que están relacionados con los cuidados que prestan los profesionales de CCyU y las situaciones estresantes que viven a diario (Kleim, Bingisser, Westphal & Bingisser, 2014). La aplicación de intervenciones enfermeras por profesionales formados y entrenados, sirven como elementos moderadores de la ansiedad, depresión y el CE (Chana et al., 2015; Westphal et al., 2015).

El rol de las enfermeras de CCyU es diferente al resto, ya que no existe

una continuidad de cuidados y es difícil conocer la evolución de la mayoría de pacientes que se atiende por lo que se puede entender que estos profesionales, se distancien y despersonalicen más que los enfermeros que desarrollan su labor en otros servicios (Cañadas et al., 2015; Kenedy, Curtis & Waters, 2014; Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld & Gold, 2014).

Nuestros resultados indican una alta covariación entre D y Neuroticismo, es decir, las enfermeras de CCyU que presentan valores altos de D tienen valores altos de Neuroticismo, en la misma línea que otros autores (Adriaenssens et al, 2013; Arrogante & Pérez, 2013; Burgess et al., 2010; Hudek et al, 2011); de nuevo algo comprensible dado el estado de tensión continuo que se da en este tipo de servicios. Las enfermeras de urgencias que presentan mayores niveles de amabilidad, responsabilidad, apertura mental y extraversión, tienden a optimizar su trabajo en urgencias, favoreciendo su permanencia por más años y mitigando así la D (Gholipour et al., 2011; Kennedy et al, 2014; Kim & Lim, 2015; Li, et al., 2014).

A partir de los resultados obtenidos se puede informar de niveles de ansiedad y depresión que covarían positivamente y de forma significativa con la despersonalización, lo que coincide con la propuesta de otros autores que indican que los niveles más altos en estas variables pueden venir motivados porque estos profesionales están menos en contacto con la realidad del paciente y, además, reciben menos formación continuada en urgencias (Adriaenssens et al., 2012; Chana et al., 2015). Al parecer, los profesionales de enfermería de CCyU presentan menores niveles de D, ansiedad y depresión si reciben una formación adecuada a su ámbito de

trabajo (Westphal et al, 2015) ya que esto les aporta seguridad y tranquilidad (Norden, Hult & Engstrom, 2014).

En relación con la dimensión RP, hemos encontrado que está relacionada de forma significativa y negativa con los niveles de Neuroticismo y de forma positiva con la amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura de los enfermeros, lo que se encuentra en consonancia con otras investigaciones. De acuerdo con Browning et al. (2007), Cañadas et al. (2012), Armon et al. (2012), Myhren et al. (2013), parece razonable la relación entre amabilidad y la medida en que los enfermeros se sienten realizados, así como la relación inversa entre los niveles de Neuroticismo y la realización de los mismos, dado que estas relaciones pueden representar lo que sería una correcta relación enfermero-paciente.

Así mismo, el desempeño del trabajo bajo una gran presión asistencial, hace necesario el desarrollo de estrategias que permitan prestar los cuidados necesarios de forma meticulosa y eficiente, lo cual explicaría la relación entre RP y responsabilidad (Browning et al., 2007; Koivula et al., 2000; LaFauci & Marotta, 2011; Potter, 2006). La extraversión y la RP también están muy relacionadas en los profesionales de CCyU. Sus profesionales son gente dinámica que se desenvuelve bien en ambientes conflictivos y donde los cuidados responden a necesidades que afectan en muchos casos a la vida del paciente. Por último, una RP elevada se traduce en el trabajo del personal de enfermería en que los niveles de ansiedad y depresión disminuyen (Chana et al., 2015). Esto obviamente contribuye a la mejora en la calidad de los cuidados y las intervenciones del personal (Hudek et al, 2011; Myhren et al, 2013).

En la actualidad los servicios de CCyU son un ámbito laboral sobrecargado y con tanta presión asistencial que la carencia de recursos materiales, técnicos y humanos, se hacen notar en la continuidad y calidad de los cuidados de sus pacientes (Fernández et al., 2013; Potter, 2006). Varios autores resaltan la necesidad de entornos saludables donde se desarrollen los cuidados enfermeros, para favorecer niveles bajos de Burnout (Klopper et al., 2012; Hooper et al., 2010), junto a otros factores como tener gerentes más eficaces, que existan mejores relaciones enfermera–médico y mayores ratios de personal enfermera-paciente para minimizar los efectos negativos de un ambiente laboral inadecuado (Kanai et al. 2008, Hanrahan et al. 2010).

Nuestros datos reflejaron que las enfermeras de CCyU en Andalucía parecen tener un elevado riesgo de Burnout. Esto es lógico teniendo en cuenta los recortes sufridos en recursos humanos o la sobrecarga de los primeros niveles asistenciales, que contribuye a que las urgencias como puerta de entrada al sistema se vea saturada (Browning et al., 2007; Hooper, 2010; Pizarro et al, 2014; Potter, 2006;). Si bien es cierto que otros autores reflejan una situación algo diferente, en la que las unidades de CCyU tienen niveles de Burnout importantes, pero algo menor que las unidades de hospitalización (Fuentelsaz, 2013). Lo anterior se puede deber a que la falta de profesionales en estas áreas es igual o superior a la de los servicios de urgencias. Si bien es cierto que en los servicios especiales se ven menos afectados por los recortes de plantilla, ya que dichos recortes puede aumentar las tasas de morbi-mortalidad (Adriaenssens et al 2015; Bellagamba et al, 2015; Kavlu & Rukiye, 2009).

Existen diferencias significativas en las dimensiones del Burnout, dentro del marco europeo en la enfermería de CCyU (O'Mahony, 2011; Pisanti et al, 2011). Tengamos en cuenta que no solo existen diferencias en los que a la categoría profesional de enfermería se refiere, y su marco de competencias en Europa (McGonagle et al, 2013; Pisanti et al, 2011), sino que en España existe un sistema sanitario por comunidad autónoma, y por lo tanto una concepción de los modelos funcionales de la enfermería en las áreas de CCyU diferentes (Armengol, 2015; Aguilar, Fernández, Fuentes & González, 2015; Tudela et al., 2015).

En conclusión, a partir de los datos recogidos en personal de enfermería de las áreas de CCyU del SAS, un posible conjunto de variables asociadas con el desarrollo del Burnout en estos profesionales incluiría a hombres, no casados y trabajan en turnos rotatorios. Además, los niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, así como los niveles bajos de realización personal covarían con niveles altos de neuroticismo y bajos de amabilidad, responsabilidad, apertura mental y extraversión. Añadido a lo anterior hay que indicar que situaciones de riesgo de Burnout, parecen coincidir con niveles importantes en otros trastornos psicológicos como son ansiedad y depresión de los trabajadores.

CAPITULO 5.
CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

En este trabajo 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 urgencias. La investigación se ha desarrollado en tres fases, cada una de las cuales constituye un estudio independiente, habiéndose realizado una revisión sistemática y dos estudios empíricos. La totalidad del trabajo ha podido ser llevado a cabo gracias a la participación de un gran número de profesionales de enfermería del SAS.

Existen trabajos de síntesis o meta análisis realizados por diferentes investigadores, relacionados con la temática de interés en esta tesis doctoral; que sepamos, existen publicaciones de estas características sobre la prevalencia y niveles de Burnout, así como factores de riesgo asociados con el síndrome, en la profesión enfermera (Aydemir & Icelli, 2013; Cañadas, 2012; Cañadas et al., 2015; De la Fuente et al., 2015; De Pablo, 2007; Vargas et al., 2014). En esta Tesis Doctoral se ha realizado una revisión sistemática, con el objetivo de identificar dichos factores de riesgo en un servicio que entendemos está algo desatendido en cuanto a las investigaciones que se centran en los servicios de urgencias y cuidados críticos.

Uno de los factores asociados con el Burnout es la sobrecarga laboral de los profesionales; es decir, la prolongación de la jornada laboral debido a las necesidades estructurales, funcionales y laborales en los servicios de urgencias en especial en Andalucía, lo que ha sido denominado Jornada Física Complementaria (JFC). Dicha jornada laboral supone una

sobrecarga en estos profesionales, elemento que se une a otros estresores que de forma continuada les afectan, y que podrían tener relación con el desarrollo del Síndrome de Burnout. La importancia que parece tener este factor unido a la ausencia de trabajos que lo contemplen, en enfermeros, motivó que fuera incluido en esta Tesis Doctoral. Se han recogido datos en este sentido y que permiten concluir acerca de la relación de los niveles de Burnout y la realización de JFC en personal de enfermería del SAS. Todos los participantes eran enfermeros de diversos servicios y todos ellos realizaban JFC en puntos de urgencias extrahospitalarios, sobrecarga de trabajo añadida a su labor habitual en servicios de otro tipo, como EBAP, equipos de áreas médicas, quirúrgicas, oncología, etc...

Entre los principales factores de riesgo propuestos en la literatura, como ya se ha indicado previamente en este trabajo, se encuentran algunos de tipo sociodemográfico, otros propios del entorno laboral y algunos aspectos de personalidad, que han sido motivo, a veces, de controversia y utilizados en diversas investigaciones; algunos de ellos han sido incluidos en esta Tesis Doctoral (Cañadas, 2012; Gomes et al., 2008; Liu et al., 2013; Rios et al., 2012; Ritter et al., 2012; Vargas et al., 2014). La información recogida permite establecer la situación que se produce en una parte del personal de enfermería del SAS. En esta ocasión, hemos recogido datos que nos permiten resumir el estado de la cuestión para profesionales de enfermería cuya actividad se desarrolla íntegramente en servicios de urgencias.

A continuación se relacionan los objetivos e hipótesis que se plantearon al inicio de este trabajo, se resaltan los aspectos principales de las discusiones ya realizadas en cada uno de los capítulos anteriores en esta

Tesis Doctoral y se incorporan las conclusiones finales que se derivan de los datos y resultados obtenidos.

5.2. OBJETIVOS 1, 2 y 3

Objetivo 1. Analizar la situación actual sobre los niveles de Burnout en los profesionales de urgencias, mediante la realización de una revisión sistemática de la literatura que existe sobre el tema.

Objetivo 2 Realizar una descripción basada en la literatura de los niveles de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias.

Objetivo 3. Identificar a partir de la revisión sistemática algunos de los factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias.

En la revisión sistemática realizada se encontró que más de la mitad de los participantes en estos estudios tenían niveles medio-altos de Burnout, lo que indicaría una clara situación de riesgo, al encontrarse buena parte de los profesionales de urgencias en las fases de mayor gravedad del trastorno (Cañadas et al., 2015; França et al., 2012). Estos resultados muestran la importancia y gravedad del problema estudiado.

Si se atiende a las diferentes dimensiones del Burnout, algunos autores indican que la casi totalidad de enfermeros de urgencias participantes en la investigación (el 88,9%) presentan niveles altos del trastorno (Franca et al., 2012). En el resto de trabajos revisados el informe indica que el nivel de CE de estos profesionales se sitúa en niveles medios o altos (Casa et al.,

2012; Escribá et al., 2006; Fernandes et al., 2012; Gillespie & Melby, 2003; Keller & Verdes, 1990; Melita et al., 2008; Ríos et al., 2008; Stathopoulou et al., 2011). Las estimaciones de la prevalencia del trastorno en los niveles medios y altos de CE se sitúa cercana al 66% de los enfermeros de servicios de urgencias.

De igual modo, diversos trabajos informan de niveles medios y altos en despersonalización en la enfermería de urgencias (Casa et al., 2012; França., 2012; Stathopoulou et al., 2011; Escribá et al., 2006; Keller & Verdes, 1990). En esta dimensión se estima que la prevalencia del trastorno –dimensión D-, se sitúa en valores cercanos al 71% de los enfermeros de urgencias. En estos trabajos, se indica que son los enfermeros, hombres, los que más despersonalizan en su práctica diaria en urgencias. Esta falta de empatía y apego por parte de los profesionales de urgencias podría estar relacionada con la sobrecarga que hay en estos servicios así como la falta de tiempo que se produce en la práctica diaria en urgencias (Vargas et al., 2014).

Todo parece indicar que los profesionales de enfermería de urgencias consituyen un grupo de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout (Adriaenssens et al., 2013; Cañadas de la Fuente, 2012; O'Mahony, 2011), debido a las características propias de la profesión (cuidados, patología, relación con los pacientes, sistema sanitario precario y poco reconocimiento de la Sociedad).

Históricamente, la evolución de los cuidados y del rol de la profesión enfermera va desde las meras técnicas y cuidados básicos que se

realizaban a principios del siglo XX, hasta el desarrollo de un pensamiento crítico y nuevas competencias en el siglo XXI. Se ha generado un rol con patrones de comportamiento jerárquico y un claro androcentrismo que puede explicar cómo muchos factores sociodemográficos influyen de manera concreta en estos profesionales y favorecen esa propensión a padecer el síndrome de burnout (Minguez & Siles, 2014; Vicente & Delgado, 2009).

En la bibliografía revisada se alude a diversos aspectos sociodemográficos como factores de riesgo de burnout en los profesionales de CCyU, entre los que destacan el género (Adriaenssens et al., 2013; Ríos et al, 2008; Eagar, 2003) o la edad (Franca et al., 2012; Melita et al., 2008). Sin embargo, en variables como el estado civil (Bennetti, 2009), o el número de hijos la relación con el síndrome no está tan clara (Franca et al, 2012; Ríos et al., 2008).

La feminización de la profesión enfermera, a pesar de los cambios sustanciales en las políticas de empleo y promoción profesional, hace que este colectivo profesional sea uno de los que mayores dificultades encuentran en el intento de conciliación de su vida social, familiar y laboral; sobre todo porque este colectivo, en su mayoría mujeres, aún hoy en día no tienen las mismas facilidades que sus compañeros del género masculino para posibilitar dicha conciliación (Mayordomo & Carrasco, 2000; Ortiz, Birriel & Ortega, 2004).

En cuanto a la relación entre las variables laborales y el síndrome de burnout en enfermería de urgencias, encontramos que la experiencia laboral, la carga laboral (Stiemfel et al., 2012; Bellaggamba et al., 2015),

la antigüedad en el servicio (Lorenz et al., 2010; Shahriari et al., 2014; Palmer, 2014), la satisfacción laboral (Pelayo, 2012; Lopez et al., 2012), y turno laboral (Ortega et al., 2004; Albadalejo et al., 2004; Diaz et al., 2010; Fillion et al, 2007; Aenes, 2015), se han considerado, de forma repetida, como factores relacionados con el padecimiento del síndrome.

Todo lo anterior favorece que esta investigación se centre, a partir de la revisión sistemática realizada en sus inicios, en el estudio de los niveles de burnout y algunos de los factores relacionados con el síndrome, en los enfermeros de CCyU del SAS. Se ha trabajado desde dos perspectivas claramente diferenciadas. De una parte se realiza la investigación en personal de enfermería que desarrollan su labor asistencial en cualquier tipo de servicio sanitario, pero que realizan JFC en urgencias. De otra parte, se ha realizado el estudio en profesionales de enfermería que trabajan en servicios de cuidados críticos y urgencias.

5.3 OBJETIVOS 4 y 5.

Objetivo 4. Estudiar los niveles de burnout de los enfermeros que realizan JFC en urgencias del SAS.

Objetivo 5. Informar de la posible relación entre el Burnout, algunas características de personalidad y el hecho de desarrollar parte de su actividad asistencial en JFC del SAS.

La JFC se diferencia en dos grandes categorías: las actividades que se realizan fuera de la jornada ordinaria (jornadas especiales y/o peonadas) y las guardias de presencia física que se realizan en servicios de urgencias

de atención primaria, como es el caso de nuestro estudio empírico, el horario más extendido de guardia es de 17 horas de lunes a viernes y de 24 horas los sábados y festivos (Argüello, 2011; Caramés, 2008; Sancho, 2013).

La JFC surge en el ámbito de las urgencias de Andalucía, como una respuesta que garantice los servicios de urgencias 24 horas los 365 días del año, se trata por consiguiente de una jornada distinta a la ordinaria, determinada por los gestores de cada centro y no equiparable a la jornada extraordinaria (Caramés, 2008; Sancho, 2013). En cualquier caso, esta JFC supone una sobrecarga de trabajo para los enfermeros que la realizan.

La sobrecarga laboral aparece como claro factor de riesgo de burnout en el personal de enfermería. La repercusión laboral y económica que tiene la JFC en Andalucía, parece indicar que podría suponer una diferenciación entre los que la tienen y los que no la tienen. Todo lo anterior motivó el establecimiento de los objetivos 4 y 5 en el intento de relacionar dicha sobrecarga laboral con los niveles de burnout que presentan los enfermeros en el SAS.

En relación con estos objetivos 4 y 5, se plantean las tres hipótesis que se relacionan a continuación.

H1. La realización de JFC será un factor de riesgo de padecer burnout en los profesionales que realizan dicha actividad asistencial en servicios de CCyU del SAS.

Los niveles promedio de Burnout, en las tres dimensiones que componen el síndrome, son intermedios. Se encuentran porcentajes importantes de profesionales afectados por los niveles más altos del trastorno. Cabe destacar los porcentajes de valores altos en las tres dimensiones CE (15,3%), D (17,9%) y RP (21,8%). Los porcentajes de enfermeros del SAS que se encuentran en niveles altos en CE y D y niveles bajos de RP, son siempre superiores en los enfermeros que realizan JFC frente a los que no la realizan.

El análisis bayesiano indica que la probabilidad de obtener un promedio mayor en CE entre los que realizan JFC es de 0,8958. De igual modo se obtiene que, en promedio, la probabilidad de que despersonalicen más los que tienen JFC que aquellos que no tienen dicha sobrecarga, es de 0,9997.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a pensar que la sobrecarga que supone la realización de JFC puede favorecer que se tenga valores más altos, sobre todo, en las dos dimensiones principales del Burnout, el CE y la D. La variable JFC, puede ser considerada como otro factor relacionado con el Burnout, y quizás podría ser considerado en futuras investigaciones.

H2. Los profesionales sanitarios que realizan JFC y desarrollan su labor asistencial en servicios de CCyU del SAS, presentan niveles altos de Burnout y superiores a los de los profesionales que no realizan dicha actividad.

La modelización que se ha utilizado del Burnout progresivo se enmarca en el modelo estructural de C. Maslach y su equipo de colaboradores. Parece

unánimemente aceptado que las dimensiones reales del síndrome, son las que hemos venido utilizando en esta Tesis Doctoral, pero lo que no ha sido aceptado de forma unánime, hasta el momento, es la secuencia en la que aparecen dichas dimensiones que constituyen las tres subescalas del MBI.

Se ha utilizado el modelo de Golembiewski (1983), para clasificar a los profesionales que participan en la investigación, a partir de las puntuaciones que obtuvieron en cada una de las tres dimensiones del Burnout, según el MBI. El modelo de ocho fases se enmarca en la propuesta estructural de Maslach y Jackson (1981) y propone un Burnout progresivo clasificado en 8 fases, las que resultan de combinar niveles bajos y altos en las tres dimensiones del trastorno.

Una vez clasificado el grupo completo de participantes, se obtienen resultados que indican que una parte importante de la muestra de sanitarios que realizan JFC en urgencias, están en una fase avanzada del síndrome. De hecho, los enfermeros que están en fases VI, VII y VIII han resultado ser el 44.1% del total; este dato permite inferir la gravedad del problema y el número de profesionales afectados por el síndrome.

Los datos recogidos apoyan el planteamiento que se realiza desde la segunda hipótesis de este trabajo de tesis doctoral.

Hipótesis 3. Las variables de personalidad (Neuroticismo, Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión y Apertura) serán factores relacionados con el burnout en profesionales de enfermería que realizan JFC en servicios de CCyU del SAS.

Los resultados obtenidos indican que la probabilidad de tener valores más altos en Neuroticismo y más bajos en Responsabilidad y Extraversión son, respectivamente, 0,8012, 0,9813 y 0,746 en los profesionales de enfermería que tienen JFC. No se encuentran diferencias en las variables Amabilidad y Apertura, entre los que realizan la JFC con respecto a los que no la realizan. Además, los resultados del análisis clásico indican que los que tienen esta sobrecarga, despersonalizan y puntúan en responsabilidad significativamente más alto que los que no añaden a su actividad habitual la JFC. Resultados que algunos autores justifican, en parte, porque estos profesionales no se sienten parte de la organización funcional de CCyU (Alarcón et al., 2009; Burgess et al, 2010).

Según lo anterior, nuestros resultados apoyan parcialmente la hipótesis planteada.

5.4 OBJETIVOS 6, 7 y 8.

Distintos estudios analizan la funcionalidad, estructura y desarrollo de los servicios de urgencias y emergencias, en Andalucía. Los datos son poco claros a este respecto y generan controversia (Olavarría, García & Álvarez, 2014), llegando a plantearse que la distribución de las urgencias en la Comunidad Autónoma Andaluza no queda ajustada a unos criterios muy definidos (Ballesteros, 2012; Reyes et al., 2014). La implantación de Diraya-Urgencias, ha generado datos reales de la creciente demanda que sufren estos servicios de urgencias en Andalucía, y cómo crecen cada año las demandas de asistencia por parte de los usuarios. El estudio sobre perfiles de pacientes, horas de máxima afluencia, días de mayor presión e

indicadores de calidad en urgencias centran estos trabajos (Goicoechea, Nieto, Laguna, Larrocha, Canto & Murillo, 2013); sin embargo, se deja de lado la mención y el abordaje de algunos problemas muy importantes para el personal de enfermería, por las posibles repercusiones que tiene en todos los niveles de los servicios sanitarios, empezando por las personas que están en ellos. Queremos destacar que no se plantea relacionado con la calidad de los servicios el estudio del posible desarrollo del síndrome de Burnout y alguna forma de prevención, por ejemplo, mediante el conocimiento de algunos factores asociados a su padecimiento.

Lo anterior ha motivado que se planteasen, al inicio de esta Tesis Doctoral, algunos objetivos relacionados con estos aspectos en los servicios de CCyU. Más concretamente, se proponen los objetivos 6 y 7 siguientes.

Objetivo 6. Describir los niveles de burnout de los profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

Objetivo 7. Estimar la prevalencia del burnout en los profesionales de CCyU del SAS.

Objetivo 8. Estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de burnout y algunos variables relevantes en el estudio del síndrome en profesionales de CCyU del SAS.

Asociadas a los objetivos anteriores, se plantean las hipótesis siguientes:

- **Hipótesis 4.** Los niveles de burnout y prevalencia del trastorno en el grupo de profesionales sanitarios de CCyU del SAS serán altos.

El promedio en la dimensión CE fue 17,14 (DT = 10,663). El 69,4% de los participantes presentaban un nivel bajo, el 20,1% un nivel medio y el 10,5% un nivel alto en dicha dimensión. Se obtuvo un promedio de 6,93 (DT = 5,904) en D. El 55% de los participantes tenían un nivel bajo, el 28,2% un nivel medio y el 16,8% un nivel alto. Finalmente, el valor medio que se obtuvo en la dimensión RP fue de 36,64 (DT = 8,796). En esta dimensión, el 63,3% de los enfermeros presentaban un nivel bajo, el 13,1% un nivel medio y un 23,6% obtuvieron valores altos de RP. Los resultados obtenidos informan que si se clasifican los enfermeros de CCyU, atendiendo al nivel que presentan de Burnout progresivo, un 38,5% de ellos se encuentran en niveles de burnout alto (fases 6, 7 y 8 del modelo ya utilizado en objetivos anteriores).

Nuestros datos reflejan que un importante número de los profesionales de enfermería de CCyU en el SAS tienen un elevado riesgo de burnout. Los recortes sufridos en recursos humanos, la percepción del usuario de las urgencias como puerta de acceso al sistema (Goicoechea et al., 2013), la sobrecarga de los niveles asistenciales que no generan una respuesta acorde a las expectativas de los usuarios (Reyes et al., 2014), todo ello, como ya se ha indicado previamente en este trabajo, configura un escenario perfecto para la instauración y desarrollo del síndrome de burnout.

Los datos muestran que uno de cada tres profesionales está afectado por el síndrome de Burnout en niveles medios o altos. De hecho, algunos autores concluyen que se podría plantear un modelo predictivo que indicaría que podríamos encontrarnos con que la mitad de la plantilla podría sufrir este síndrome en un futuro inmediato (Jodas & Haddad, 2009; Potter, 2006).

Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis 4 anterior.

• **Hipótesis 5.** Algunas variables sociodemográficas están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

De acuerdo con lo que se informa en algunas investigaciones (Queiros et al., 2013; Teixeira et al., 2013), existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. Nuestros datos indican que los hombres despersonalizan significativamente más que las mujeres.

En la línea de lo informado en otras investigaciones (Benetti et al., 2009), el estado civil también parece ser una variable asociada con el Burnout entre los enfermeros de CCyU. Los profesionales de enfermería no casados puntúan significativamente más alto que los casados en CE; no se obtuvieron diferencias significativas entre estos dos grupos, en las dos dimensiones restantes del síndrome.

Todo parece indicar que en los servicios de CCyU algunas variables sociodemográficas son relevantes por su asociación con el desarrollo del burnout. Nuestros datos apoyan parcialmente la hipótesis planteada.

• Hipótesis 6. Algunas variables del entorno laboral están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

En cuanto al turno laboral se encuentran diferencias significativas en la dimensión RP; los enfermeros que trabajan en turnos fijos puntúan significativamente más alto en RP que los que lo hacen en turnos rotatorios. En nuestra investigación, no se encuentran diferencias significativas en CE ni D al considerar el resto de variables laborales consideradas.

Los resultados obtenidos apoyan parcialmente el planteamiento realizado en esta sexta hipótesis. Queremos resaltar que en CCyU, a diferencia de otros servicios, no se encuentran diferencias significativas en algunas de las variables laborales consideradas. En nuestro caso, el porcentaje de profesionales que se encuentran en las fases que reflejan Burnout alto es mayor que el que se encuentra en otros servicios. Casi el 40% de la muestra presenta Burnout alto, en consecuencia, es cierto que no existen diferencias en Burnout entre los grupos considerados, pero también lo es que la ausencia de diferencias es, en nuestro caso, porque la mayoría de los participantes de los grupos comparados, presentan Burnout alto.

Hipótesis 7. Algunas variables de personalidad están relacionadas con el Burnout en profesionales de enfermería de CCyU del SAS.

En el presente trabajo se ha encontrado una relación estadísticamente significativa y positiva entre los niveles de CE y neuroticismo de los participantes en la investigación. Por otra parte, se han obtenido

relaciones estadísticamente significativas y negativas entre los niveles de extraversión –energía y sociabilidad-, amabilidad –grado de acercamiento a los demás- y responsabilidad –autocontrol y autodeterminación-, con el Cansancio Emocional de los profesionales (Armon et al, 2012; Browning et al, 2007; Cañadas et al, 2012; Myhren et al, 2013).

Nuestros resultados indican una alta covariación entre Despersonalización y Neuroticismo, es decir, las enfermeras de CCyU que presentan valores altos de Despersonalización tienen valores altos de Neuroticismo (Gholipour et al., 2011; Kennedy et al, 2014; Kim & Lim, 2015; Li, et al., 2014). Del mismo modo, las enfermeras de urgencias que presentan mayores niveles de amabilidad, responsabilidad, apertura mental y extraversión, tienden a optimizar su trabajo en urgencias, favoreciendo su permanencia por más años y mitigando así la Despersonalización.

En cuanto al factor Realización Personal, se ha encontrado una relación significativa y negativa con los niveles de Neuroticismo. Mientras que la realización personal muestra una relación estadísticamente significativa y positiva con la amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura de los enfermeros (Chana et al., 2015; Noben et al., 2015). Así, una Realización Personal elevada se traduce en el trabajo del personal de enfermería en que los niveles de ansiedad y depresión disminuyen (Chana et al., 2015).

Se han encontrado relaciones significativas entre todas y cada una de las dimensiones del burnout, características de personalidad y otros aspectos psicológicos, los niveles de ansiedad y depresión de los enfermeros.

Esto nos lleva a tomar en consideración que los factores de personalidad, deben ser incluidos en cualquier teoría relacionada con posibles los perfiles asociados con el desarrollo del Síndrome de Burnout, lo que ha venido siendo defendido por algunos autores (Cañadas et al., 2015; Fornes et al., 2012; Hudek et al., 2012).

Los resultados obtenidos apoyan el planteamiento propuesto desde esta séptima hipótesis.

5.5 CONCLUSIONES FINALES.

A partir de la revisión sistemática de la literatura que se ha realizado, se puede concluir que los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en servicios de cuidados críticos y urgencias constituyen un grupo de riesgo de padecimiento del burnout, encontrándose que más de la mitad de los participantes en diversas investigaciones se encontraban en niveles medios o altos del trastorno.

En cuanto a los factores asociados con el burnout en el caso de estos profesionales, las investigaciones revisadas parecen concluir que se reproduce el perfil de riesgo laboral encontrado para otros profesionales en diferentes servicios sanitarios. Merece ser destacado que en el caso de estos servicios de urgencias sería necesario continuar con el estudio específico de los factores sociodemográficos y algunos aspectos psicológicos, en relación con el desarrollo del burnout.

Añadido a lo anterior y a la vista de los resultados empíricos obtenidos para enfermeros del SAS, se incluyen seguidamente algunas conclusiones finales.

1. La sobrecarga laboral que supone para los enfermeros del SAS la realización de JFC en urgencias, parece favorecer que se tengan niveles más altos de burnout. De hecho, un importante número de profesionales que realizan dicha JFC (44,1% del total de participantes), se encuentran en las fases más avanzadas del trastorno.

Los enfermeros que realizan JFC tienen mayor probabilidad de tener valores más altos en Neuroticismo y más bajos en Responsabilidad y Extraversión que los enfermeros que no tienen dicha sobrecarga laboral.

2. La prevalencia del trastorno en niveles medios y altos de CE y D y niveles medios y bajos de RP en los enfermeros de urgencias del SAS se sitúa en el 30,6%, 45% y 76,4%, respectivamente. Los datos son muy claros, un alto porcentaje de la plantilla actual de enfermeros de servicios de cuidados críticos y urgencias en el SAS están en una clara situación de riesgo de desarrollo del burnot.

3. El género y el estado civil parecen ser factores asociados con el síndrome en este colectivo. El turno laboral, parece también afectar a estos profesionales. Un perfil de especial vulnerabilidad al Burnout entre los profesionales que prestan cuidados de enfermería en CCyU, incluiría, además de otras variables, las siguientes: hombres, no casados y trabajan en turnos rotatorios.

4. La presencia de niveles altos de burnout, coincide con altos niveles de Neuroticismo, Ansiedad y Depresión. Y bajos niveles de Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad y Apertura de los enfermeros.

5.6. LIMITACIONES DEL TRABAJO

En primer lugar, la revisión sistemática planteada al inicio de este trabajo de Tesis Doctoral, permitiría concluir en términos mucho más amplios y precisos si pudiera realizarse en el futuro un meta análisis, cuando el número de estudios lo permitiese.

En segundo lugar, indicar que las posibilidades de análisis de las variables recogidas son superiores a las incluidas en este trabajo; los análisis realizados se pueden complementar con otros análisis, tanto clásicos como bayesianos. Estos últimos serían de especial interés en el caso de las comparaciones de grupos en los que no se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas.

Por último, se puede modificar el Modelo de Fases del Burnout progresivo, de forma que su planteamiento sea más acorde a la estructura teórica derivada a partir del MBI, utilizando para clasificar a los profesionales utilizando los puntos de cambio de criterio del MBI, en lugar de los valores promedio del grupo.

5.7. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Tras la realización de este manuscrito, no tenemos la sensación de que sea un trabajo acabado, más bien lo contrario. La enfermería de CCyU del SAS nos parece un punto de partida que genera nuevas preguntas de investigación que surgen tras la realización de los estudios, de revisión sistemática y empíricos.

En cuanto a aspectos de investigación que se plantean de forma inmediata a partir de la investigación desarrollada en esta Tesis Doctoral creemos que resultan necesarias nuevas revisiones sistemáticas, preferiblemente con meta análisis, que aclaren el controvertido panorama que nos encontramos, sobre los factores realmente relacionados con el Burnout. Es necesario aclarar el papel de la edad de los profesionales y el del género matizado por variables importantes cuando se necesita, por ejemplo, conciliar la vida familiar y laboral, como son el estado civil y la presencia de hijos. Añadido a lo anterior, sería conveniente estudiar de forma específica cómo cambian esos factores cuando se trata de servicios de CCyU.

Creemos que se podría disminuir la prevalencia del burnout, en la población de enfermeros de CCyU de Andalucía, por medio del diseño de un plan de formación específico, acorde a las nuevas demandas que se requieren de estos profesionales. Además, estos profesionales necesitarían más formación en los nuevos elementos informáticos que se han incluido en su práctica diaria. La aplicación Diraya, tendría que ser una ayuda y por tanto un elemento amortiguador, y no resultar ser un estresor nuevo añadido a los que se conocen como factores asociados con el Burnout.

En el Decreto 18/2007, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía, pone en manos de los profesionales, nuevas competencias en lo que se ha denominado Enfermería Práctica Avanzada (EPA); cabe esperar que esta situación puede ayudar a disminuir la prevalencia de Burnout en Andalucía.

En el manual de acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), se incluyen los estándares de calidad en relación con el funcionamiento de cada unidad de CCyU. Se encuentran datos relativos a la gestión, organización, buenas prácticas y optimización de la comunicación entre las distintas categorías profesionales que conforman la unidad. Podría ser una iniciativa de interés que se incluyeran elementos relacionados con la prevención del Burnout en estas unidades. Quizás los responsables y coordinadores de estas UGC, podrían recibir el apoyo necesario para conocer el estado de los profesionales que integran la unidad, en relación con el síndrome de Burnout. Por ejemplo, integrando profesionales de la Psicología en estas unidades. Sobre todo en períodos tan críticos para estos profesionales como son las activaciones de los planes de hiperfrecuentación o tras episodios de emergencias colectivas.

La variabilidad que existe en el territorio español, en la concepción de los CCyU, puede afectar a los niveles y prevalencia del Burnout en las distintas poblaciones de enfermería de España. Creemos de gran interés conocer los aspectos diferenciales que se dan entre los servicios de CCyU así como el resto de servicios sanitarios, en las diferentes Comunidades Autónomas españolas. Conocer tanto los elementos de protección como de

exposición de estos profesionales al Burnout en las distintas Comunidades Autónomas podría ayudar a mejorar la situación de los profesionales en aquellos casos en que estén más expuestos al trastorno.

Por último indicar que el estudio transcultural de los factores relacionados con el Burnout en distintos sistemas sanitarios internacionales, incluyendo países en vías de desarrollo o dónde se encuentren aplicándose programas de cooperación en urgencias, podría ser de interés para avanzar en el estudio diferencial del síndrome de Burnout y optimizar la forma en que las distintas administraciones gestionan este problema que afecta a tantos profesionales en el mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 53-58.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1317-1328.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2000). *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo, Bélgica: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/203>
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2013). Guía de la campaña: Gestión del estrés y de los riesgos psicosociales en el trabajo. Luxemburgo, Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/empleo/webiaprl/larpsico/sites/es.empleo.webiaprl.larpsico/files/recursos/documentacion_normativa/ESTR%C3%89S.pdf
- 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.

- Aguilar Mulet, J. M., Fernández Alonso, C., Fuentes Ferrer, M. E., & González Armengol, J. J. (2015). Pacientes frecuentadores/as en servicios de urgencias hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 394-396.
- Ahmadi, O., Azizkhani, R., & Basravi, M. (2014). Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Advanced Biomedical Research*, 24(3), 44. doi:10.4103/2277-9175.125751
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and Burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Albar Marín, M., & Garcia-Ramirez, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *The European Journal of Psychiatry*, 19(2), 96-106.
- Ali, G., Wattis, J., & Snowden, M. (2015). Why are Spiritual Aspects of Care so hard to Address in Nursing Education? A Literature Review (1993-2015). *International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies*, 2(1), 7-31.
- Almuedo-Paz, A., Brea-Rivero, P., Buiza-Camacho, B., Figueroa, A. R. D. M., & Torres-Olivera, A. (2011). Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo profesional continuo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(4), 221-227.

- Alonso, S. R. L., & Sánchez, C. R. (2013). Necesidad de desnudar las evidencias enfermeras desde el Realismo Crítico. *Evidentia: Revista de Enfermería Basada en la Evidencia*, 10(41), 1.
- Amutio Kareaga, A., Ayestaran Exeberria, S., & Smith, J. C. (2008). Evaluación del Burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252.
- Argüello, N. S. (2011). Dos desafíos para la Sanidad pública: el mantenimiento de los recursos humanos y la delimitación de la jornada de trabajo. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, (17).
- Armengol, J. J. G. (2014). Urgencias y Emergencias: conociéndonos mejor. *Emergencias*, 26, 4-6.
- Armengol, J. J. G. (2015). Informe de los Defensores del Pueblo sobre los servicios de urgencias hospitalarios en España. *Emergencias*, 27, 4-6.
- Armon, G., Shirom, A., & Melamed, S. (2012). The big five personality factors as predictors of changes across time in Burnout and its facets. *Journal of personality*, 80(2), 403-427.
- Arrogante, O., & Pérez-García, A. M. (2013). El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios ¿ es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 145-154.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 240-252.

- Aydemir, O., & Icelli, I. (2013). Burnout: risk factors. En *Burnout for Experts* (pp. 119-143). New York: Springer, US.
- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and Burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of social psychology*, 146(1), 31-50. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/SOCP.146.1.31-50>
- Ballesteros, S. (2012, August). Unidades de soporte vital básico y avanzado en España: análisis de la situación actual. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 35, No. 2, pp. 219-228). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Bambi, S., Becattini, G., Pronti, F., Lumini, E., & Rasero, L. (2012). [Lateral hostilities among emergency and critical care nurses. Survey in five hospitals of Tuscany Region]. *Assistenza infermieristica e ricerca: AIR*, 32(4), 213-222
- Bellagamba, G., Gionta, G., Senergue, J., Beque, C., & Lehucher-Michel, M. P. (2015). Organizational factors Impacting Job Strain and Mental Quality of Life in Emergency and Critical Care Units. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(2), 357-367.
- Beltrán, C. A., Moreno, M. P., & Reyes, M. B. P. (2014). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o Burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14(1), 79-87.
- Benetti, E. R. R., Stumm, E. M. F., Izolan, F., Ramos, L. P., & Kirchner, R. M. (2009). Variáveis de burnout empofissionais de umaunidade de emergencia hospitalar. *Cogitare de Enfermagem*, 14(2), 269-77. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i2.15613>

- 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.
- Bezerra, F. N., Silva, T. M., & Ramos, V. P. (2012). Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paul Enferm, 25*(2), 151-156.
- Birks, M., Missen, K., & Al-Motlaq, M. (2014). Babies and machines that go 'beep': First-year nursing students' preferred areas of future practice. *International Journal of Nursing Practice, 20*(4), 353-359.
- Bocanegra Pérez et al., (2013) Cuidados de Enfermería en la atención Extrahospitalaria. Editado por Empresa Pública de Emergencias Sanitarias Enero 2014, *Grupo Regional de Cuidados de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía*. Revisado 12 de Noviembre de 2016 http://www.epes.es/anexos/publicacion/Cuidados_enfermeria_EPE_S/Cuidados_de_enfermeria_EPES061.pdf
- Bressó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2007). *Síndrome de estar quemado por el trabajo " Burnout"(III): Instrumento de medición. Nota Técnica de Prevención (NTP 732)*. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf
- Browning, L., Ryan, C.S., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and Burnout. *Psychology, Health and Medicine, 12*(2), 148-154.

- Buchan, J., Twigg, D., Dussault, G., Duffield, C., & Stone, P. W. (2015). Políticas que sustentan la fuerza laboral de enfermería: Una perspectiva internacional. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 62(2), 175-184.
- Buja, A., Zampieron, A., Mastrangelo, G., Petean, M., Vinelli, A., Cerne, D., & Baldo, V. (2013). Strain and health implications of nurses' shift work. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(4), 511-521.
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140.
- Burke, R. J. & Richardsen, A. M., (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social science & medicine*, 33(10), 1179-1187.
- Byrne, B. M. (1994). Testing for the factorial validity, replication, and invariance of a measuring instrument: A paradigmatic application based on the Maslach Burnout Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 29(3), 289-311.
- Cabrera, J. H., & Elvira, J. A. M. (2004). Estrés y Burnout en profesores. *International journal of clinical and health psychology*, 4(3), 597-621.
- Cachá, A. A., Mellado, M. H., Hernández, T. B., Blanco, C. M. C., & Alonso, A. G. (2015). Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (II) Analysis and development of normalized structure of care diagnosis etiology (II). *Nure Investigación*, 2(75).

- Camerino, D., Grazia Cassitto, M., Gugiarì, M. C., & Conway, P. (2013). Burnout ieri e oggi: stato delle conoscenze. *Brazilian Business Review (Portuguese Edition)*, 104(6).
- Cañadas de la Fuente, G. A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en personal de enfermería*. (Tesis doctoral). Granada, España: Sider S.L.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of Burnout síndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout síndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & de la Fuente, E. I. (2014). Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and Burnout levels among health workers. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.
- Caramés, C. F. (2008). La ordenación del tiempo de trabajo del personal estatutario: un apunte específico sobre el Servicio Andaluz de Salud. *Temas laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, (97), 63-96.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2010) Recuperado el 4 de Marzo 2015 de: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2010-70003>

- Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing, 39*(1), 16-25.
- Casa Tacar, P. P., Rincón Rodríguez, Y. Z., & Vila Candel, R. (2012). Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral, 100*, 19-24.
- Ceña, D. P., Rodríguez, J. M., & Martínez, M. E. P. (2012). Enfermería de urgencias (2): investigación cualitativa en emergencias, diseño y áreas de aplicación. *Emergencias, 24*(5), 410-413.
- Cherniss C (1980a). Professional burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage.
- Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational behavior, 13*(1), 1-11.
- Coffey, M., & Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing, 34*(3), 397–407.
- Comunicado de prensa Bruselas. (24 de abril de 2014). Condiciones de trabajo: una nueva encuesta revela que hay un deterioro y que existen grandes disparidades en el grado de satisfacción de los trabajadores. *Comisión Europea*. Recuperado de http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-467_es.htm
- Consejo Internacional de Enfermería. Hoja informativa: Cantidad, calidad y pertinencia del personal de enfermería en los resultados de los pacientes. Recuperado de http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/Sintesis_de_Policas_del_CIE_3.pdf

- Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A., & Barbato, S. H. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia*. *Colombia Médica*, 42(3), 286-293.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2002). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual. 3ª ed. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., Pando, A. C., Pamos, A., Cubero, N. S., & Aranda, M. D. A. (2008). *Inventario de personalidad Neo revisado (NEO PI-R), Inventario Neo reducido de cinco factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Curtis, J. R., & Puntillo, K. (2007). Is there an epidemic of Burnout and post-traumatic stress in critical care clinicians?. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 634-636
- Danet, A., March, J. C., & Romera, I. G. (2014). Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España Communication, participation and leadership in the perception of the emotional climate in a university. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 546-558.
- DE CONSENSO, D. O. C. U. M. E. N. T. O. (2009). Plan europeo de estudios de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*, 21, 456-470.)
- De la Fuente Solana, E. I., Fernández, L. M. L., Cueto, E. G., Costas, C. S. L., Vargas, C., de la Fuente, G. C., & Hambleton, R. K. (2013). Development and validation of the Granada Burnout Questionnaire

- in Spanish police. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 216-225. doi:10.1016/S1697-2600(13)70026-7
- De la Fuente, E. I., García, J., Cañadas, G. A., San Luis, C., Cañadas, G. R., Aguayo, R., De la Fuente, L. & Vargas, C. (2015). Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 130-138. doi:10.1016/j.ijchp.2015.01.001
- De los Ríos Castillo, J. L., Barrios-Santiago, P., Ocampo-Mancilla, T. L., & Ávila-Rojas, T. L. Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(5), 493-502.
- De Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing (Ed. española)*, 25(8), 60-65.
- De Pablos Ramírez, J. C., & Martínez, A. (2008). La Estrategia Europea de Empleo: Historia, consolidación y claves de interpretación. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (77), 105-133.
- De Quirós-Aragón, M. B., & Labrador-Encinas, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Decisión del Consejo, de 3 de diciembre de 2013, por la que se establece el Programa Específico por el que se ejecuta Horizonte 2020 - Programa Marco de Investigación e Innovación (2014-2020) y se derogan las Decisiones 2006/971/CE, 2006/972/CE, 2006/973/CE, 2006/974/CE y 2006/975/CE. Diario Oficial Unión Europea, núm. 347, Bruselas, Bélgica de 20 de diciembre de 2013. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2013-82910>

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, B.W. (2000). A model of Burnout and life satisfaction amongst nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.
- Díaz Echenique, M.S., Stimolo, M.I. y Caro, N.P. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos de Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218), 22-38.
- Directiva 2007/30/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007, por la que se modifica la Directiva 89/391/CEE del Consejo, sus directivas específicas y las Directivas 83/477/CEE, 91/383/CEE, 92/29/CEE y 94/33/CE del Consejo, a fin de simplificar y racionalizar los informes sobre su aplicación práctica. Diario Oficial Unión Europea núm. 165, Bruselas, Bélgica, de 27 de junio de 2007. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2007-81050#analisis>
- Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. Diario Oficial Unión Europea, núm. 307, Bruselas, Bélgica, de 13 de diciembre de 1993. Recuperado de <http://www.boe.es/doue/1993/307/L00018-00024.pdf>
- Directiva del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de

- los trabajadores en el trabajo. Diario Oficial Unión Europea núm. 183, Bruselas, Bélgica, de 29 de junio de 1989. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1989-80648>
- Directiva del Consejo, de 29 de mayo de 1990, referente a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización (quinta Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE. Diario Oficial Unión Europea núm. 156, Bruselas, Bélgica, de 21 de junio de 1990. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1990-80727>
- Directiva del Consejo, de 30 de noviembre de 1989, relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud en los lugares de trabajo (primera directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE). Diario Oficial Unión Europea núm. 393, Bruselas, Bélgica, de 30 de diciembre de 1989. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1989-81589>
- Domínguez-Gómez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 273-4. doi:10.1016/j.jen.2008.05.003
- Duffin, C. (2013). Quarter of emergency nurses may leave specialty by 2015: Three recent surveys reveal the strain urgent care staff are under at work. Christian Duffin reports. *Emergency Nurse*, 20(10), 6-7.
- Duffy, E., Avalos, G. & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 53-58.

- Eagar, S.C. (2003). *Emergency nurses stress support and Burnout*. (Tesis doctoral). Sidney, Australia: University of Western Sydney.
- Eanes, L. (2015). CE: The Potential Effects of Sleep Loss on a Nurse's Health. *AJN The American Journal of Nursing*, 115(4), 34-40.
- Edelwich, J. & Brodsky A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press.
- Edward, K. L., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-4. doi:10.12968/bjon.2014.23.12.653
- El empleo y la dimensión social en la estrategia UE 2020. Ministerio de Trabajo e Inmigración, RET 10-2.287 http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/indice/contenidos/El_empleo_y_la_dimension_social_en_la_estrategia_UE-2020.pdf
- Elliot, J. L., & Smith, N. M. (1984). Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 12, 136.
- Emener, W. G., Luck, R. S., & Gohs, F. X. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*.
- Epp K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*, 23(4), 25–31.
- Ersoy-Kart, M. (2009). Relations among social support, Burnout, and experiences of anger: an investigation among emergency nurses. *Nursing Forum*, 44(3), 165-174.
- Escribá-Agüir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and Burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(2), 127-33.

- Esteve, E. B., Salanova, M., Schaufeli, W., & Nogareda, C. (2007). *NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo" Burnout"(III): Instrumento de medición*. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf
- Europa 2020: estrategia para el crecimiento de la Unión Europea: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/eu2020/em0028_es.htm
- European Comision Press Release. Bruselas, 7 de Abril 2014. Recuperado el 3 de Marzo 2015 de: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-386_en.htm
- Fahimi, F., Sefidani Forough, A., Taghikhani, S., & Saliminejad, L. (2015). The Rate of Physicochemical Incompatibilities, Administration Errors. Factors Correlating with Nurses' Errors. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research, 14*, 87-93.
- Farber, B.A. (1985) Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist, Winter*, 10-13.
- 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. doi:10.1701/1574.17110
- Fernández, M. T., Pérez, F. J. M., del Moral, R. M., García, F. G., García, J. J. R., & Moyano, A. M. G. (2013). Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo? *Emergencias, 25*(3), 218-227.

- Fernandez-Parsons, R., Rodriguez, L., & Goyal, D. (2013). Moral distress in emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 547-552.
- Fet, B. C., & García, V. P. (2013). Enfermería en urgencias (y 6): potencialidad de la enfermería específica de investigación en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 25, 318-321.
- Fidalgo, M. (2008). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (I): definición y proceso de generación. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Fidalgo, V. (2007). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (II): consecuencias, evaluación y prevención. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
- Fillion, M. L., Tremblay, I., Truchon, M., Côté, D., Struthers, C. W. y Dupuis, R. (2007). Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: empirical evidence for an integrative occupational stress. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 1-25.
- Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 247-258.

- Fornés-Vives, J., García-Banda, G., Frías-Navarro, D., Hermoso-Rodríguez, E., & Santos-Abaunza, P. (2012). Stress and neuroticism in Spanish nursing students: A two-wave longitudinal study. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 589-597.
- França, S.P.S, Martino, M.M.F., Aniceto, E.V.S, & Silva, L.L. (2012). Preditores da síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 68-73.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Gómez-García, T., & González-María, E. (2013). Entorno laboral, satisfacción y Burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 104-112.
- Galián Muñoz, I. (2015). *Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería: evaluación del riesgo laboral y análisis de las consecuencias psicológicas*. Tesis Doctoral. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Galián Muñoz, I., Llor Esteban, B., & Ruiz Hernández, J. A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 86(3), 279-291.
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayán-Santos, J. M. y Espinosa, P. (2009). Personal determinants of Burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 246-249.

- Garcés de los Fayos Ruiz, E.J. y Peinado Portero, A.I. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14(1), 83-93.
- García Izquierdo, M., & Velandrino Nicolás, A. P. (1992). EPB: escala para evaluación del " burnout" profesional. *Anales de psicología*, 8(1), 131-138.
- García, F. M., Quintana, A. I. F., & Prats, A. D. (2012). La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 134-141.
- García-Izquierdo, M., & Ríos Rísquez, M. (2012). The relationship between psychosocial job stress and Burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nursing Outlook*, 60(5), 322-329. doi:10.1016/j.outlook.2012.02.002
- Garden, A. M. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout?. *Human relations*, 40(9), 545-559.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of Burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-489.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and Burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215.
- Gasparino, R.N. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 210-6.

- Gholipour, A., Akhavan Anvari, M. R., Seyed Kalali, N., & Yazdani, H. R. (Enero de 2011). Investigation of the effects of the big five personality model on job Burnout: Survey in an Iranian hospital. In *International Conference on Economics and Finance Research (ICEFR)* (Vol. 4), Singapur, República de Singapur.
- Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, *12*(6), 842-51.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, *11*(1), 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2002a). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, *7*(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2002b). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, *44*(1), 33-40.
- Gil-Monte, P. R., Peiro, J. M., & Valcarcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, *6*(2), 43-63.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo Maringá*, *7*, 3-10.
- Goicoechea Salazar, J. A., Nieto García, M. A., Laguna Téllez, A., Larrocha Mata, D., Canto Casasola, V. D., & Murillo Cabezas, F.

- (2013). Características de las urgencias hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud durante 2012 a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 87(6), 587-600.
- Gold, Y., Roth, R. A., Wright, C. R., Michael, W. B., & Chin-Yi, C. (1992). The factorial validity of a teacher burnout measure (Educators Survey) administered to a sample of beginning teachers in elementary and secondary schools in California. *Educational and Psychological Measurement*, 52(3), 761-768.
- 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: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of applied behavioral science*, 19(4), 461-481.
- 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. y 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, 264-8.
- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R. (1984b). Phases of psychological burnout and organizational covariants. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 6, 290-323.

- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport, Praeger.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. Nueva York: Praeger.
- Gomes, A. R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). *Stresse, "Burnout", saúde física, satisfação e realização em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Gómez Sánchez, M., Álamo Santos, M., Amador Bohórquez, M., Ceacero Molina, F., Mayor Pascual, A., Muñoz González, A., & Izquierdo Atienza, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55(215), 52-62.
- González, A. V., Meléndez, R. M., Tomillo, I. A., Morales, P. N., & Rodríguez, G. B. (2015). Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias. *Enfermería Docente*, 1(103), 33-34.
- Graf, J. (2015). Movilidad laboral en la Unión Europea: Factores determinante. Manuscrito no publicado. Facultad de Economía y Empresa, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

- Greenglass, E.R., Burke, R.J. y Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology*, 39(1), 5-27.
- Griep, R.H., Rotenberg, L., Landsbergis, P. & Vasconcellos-Silva, P.R. (2011). Uso combinado de modelos de estrés en el trabajo y la salud auto referida en la enfermería. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 145-152.
- Hanrahan N., Aiken L., McClaine L. & Hanlon A. (2010) Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse Burnout in acute care general hospitals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 198–207.
- Helps, S. (1997). Experiencias of stress in Accident and Emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 5, 48-53.
- Higuera, J. C. B., Durbán, M. V., & Maza, R. C. (2013). Diseño y fiabilidad de una escala sobre la idea de empatía. Diferencias entre profesiones sanitarias y sociales. *Acción Psicológica*, 10(2), 143-156.
- Hochwälder, J. (2009). Burnout among Torgersen's eight personality types. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 37(4), 467-479.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D.R., Wetsel, M.A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, Burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-7. doi:10.1016/j.jen.2009.11.027
- Hu, H. X., Liu, L. T., Zhao, F. J., Yao, Y. Y., Gao, Y. X., & Wang, G. R. (2015). Factors Related to Job Burnout Among Community Nurses in Changchun, China. *The journal of nursing research: JNR*.

- 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.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194.
- Hurtado, P. M. M., & Larraín, A. I. (2015). La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan*, 15(1). Recuperado el 4 de Marzo 2015 de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2935>
- Ibañez Martínez, N., Vlaregut Puigdesens, A., & Abio Roig, A. (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-51.
- Instituto Nacional de Estadística (Notas de Presan). *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2014*. Publicado el 27 de mayo de 2015. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np909.pdf>
- Jodas, D. A., & Haddad, M. D. C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192-7.
- Juan Carlos de Pablos, Antonio Martínez .Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración: La Estrategia Europea de Empleo. Historia, consolidación y claves de interpretación. Abril 2009.
- Kanai-Pak M., Aiken L., Sloane D. & Lusine P. (2008) Poor work environments and nurse inexperience are associated with Burnout,

- job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3324–3329.
- Keller, K.L., & Verdes, R.P. (1990). The management of stress and prevention of Burnout in emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 16(2), 90-95.
- Kim, O. G., & Lim, J. Y. (2015). Effects of Individual-organization Personality Agreement using Five-factor Model on Hospital Nurses' Job Satisfaction and Organizational Commitment. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 21(2), 164-173.
- 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.
- Klopper, H. C., Coetzee, S. K., Pretorius, R., & Bester, P. (2012). Practice environment, job satisfaction and Burnout of critical care nurses in South Africa. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 685-695.
- Koivula, M., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of Nursing Management*, 8(3):149-158.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of Burnout. *Work & Stress*, (19), 192-207.
- Kushner, J., & Ruffin, T. (2015). Empowering a Healthy Practice Environment. *Nursing Clinics of North America*, 50(1), 167-183.
- LaFauci Schutt, J. M., & Marotta, S. A. (2011). Personal and environmental predictors of posttraumatic stress in emergency management professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 8.

- Leiter, M., Clark, D. y Durup, J. (1994). Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *Journal of Applied Behavioral Science*, 30(1), 63-82.
- Leiter, M.P. (1988a). Burnout as a function of communication patterns: A study of a multidisciplinary mental health team. *Group & Organization Management*, 13(1), 111-128.
- Leiter, M.P. (1988b). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 117-234.
- Leiter, M.P. (1991a). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12(2): 123-144.
- Leiter, M.P. (1991b). The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*, 32(4), 547-558.
- Leiter, M.P. (1991c). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43(11), 1067-1083.
- Leiter, M.P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work & Stress*, 6(2): 107-116.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis. 237-250.
- Leiter, M.P. y Maslach C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.

- Lerones, M. J. F., & Rodríguez, A. D. L. F. (2010). Evaluación de riesgos laborales para el personal sanitario de los servicios de urgencias de atención primaria. *Emergencias*, 22, 445-450.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre de 1995, Ley de Prevención de Riesgos laborales. Boletín Oficial del Estado núm. 269, BOE-A-1995-24292, Madrid, España, 8 de noviembre de 1995. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292>
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre; Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Boletín Oficial del Estado núm.266, Referencia: BOE-A-1999-21568, Madrid, España, de 6 de noviembre de 1999. Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1999-21568
- Ley 54/2003, de 12 de Diciembre; Prevención de Riesgos Laborales Reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado núm. 298, Referencia: BOE-A-2003-22861, Madrid, España, de 13 de Diciembre de 2003. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-22861>
- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo; Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado núm. 71, Referencia: BOE-A-2007-6115, Madrid, España, de 23 de marzo de 2007. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Li, A., Early, S. F., Mahrer, N. E., Klaristenfeld, J. L., & Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and Burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 89-99.

- Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., & Bryngelsson, L. (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *International journal of behavioral medicine*, 13(1), 51-59. Recuperado el 4 de Marzo 2015 de [http:// www. regionorebrolan.se / files-sv/uso/ kliniker_enheter/ amm/utbr%C3%A4ndhet %20i %20 befolkn. pdf](http://www.regionorebrolan.se/files-sv/uso/kliniker_enheter/amm/utbr%C3%A4ndhet%20i%20befolkn.pdf)
- Liu, Y. E., While, A., Li, S. J., & Ye, W. Q. (2013). Job satisfaction and work related variables in Chinese cardiac critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 23(4), 487-497.
- Llorens Gumbau, S., & Salanova Soria, M. (2011). Burnout: un problema psicológico y social.
- López-Valcárcel, B. G., & en Economía, C. (2015). Sostenibilidad del sistema sanitario y contribución de los servicios de urgencias. *Emergencias*, 27, 197-203.
- López-Valcárcel, B. G., & Pérez, P. B. (2012). Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 46-51.
- Lorenz, V.R., Benatti, M.C.C. y Sabino, M.O. (2010). Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1084-1091.
- Lozano, L., García-Cueto, E. y Lozano, L. M. (2007). Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión. Madrid: TEA Ediciones.
- Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227.
- Marion da Silva, R., Colomé Beck, C.L., Bosi de Souza Magnago, T.S., Sampaio Carmagnani, M.I., Petri Tavares, J. y Cassol Prestes, F.

- (2011). El trabajo nocturno y su repercusión en la salud de los enfermeros. *Escola Anna Nery*, 15(2), 270-276.
- Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en humanidades*, (19), 167-177.
- Martínez de Viergol Lanzagorta, A. (2005). La consideración del síndrome del " Burn out" 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.
- Martínez, O. F., Cabrera, C. H., Tapia, S. M., Suárez, S. M., & del Río García, B. G. (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 19(3), 116-121.
- Martins, L., Bronzatti, J. A., Vieira, C. S. D. C. A., Parra, S. H. B., & Silva, Y. B. D. (2000). Stressors agents in workplace and sugestions to soften its: opinions of the post graduation's nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 52-58.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9(5), 16-22.
- Maslach, C. (1978). Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36(2), 56-59.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981a). Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.

- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12,835-851.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- 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). MBI manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mayordomo, M., & Carrasco, C. (2000). Los modelos y estadísticas de empleo como construcción social: la encuesta de población activa y el sesgo de género. *Política y Sociedad*, 34, 101.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and Research*, 2, 139-153.
- McGonagle, A., Barnes-Farell, J., Di Milia, L., Fischer, F., Hobbs, B., Iskra-Golec, I., et al., 2013. Demands, resources, and work ability: a crossnational examination of health care workers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 1-17.
- Melita Rodríguez, A., Cruz Pedreros, M., & Merino, J.M. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75-85.
- Menéndez, M. A. G., & Cepeda, T. T. (2012). Enfermería de urgencias (1): pasado, presente y futuro de la enseñanza en enfermería de urgencias y emergencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 24(4), 332-334.

- Mingote, A. J., Moreno, J. B., & Gálvez, H. M. (2004). [Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options]. *Medicina clinica*, 123(7), 265-270.
- Mínguez Gonzalo, M. (2007). El "nuevo reglamento sanitario internacional": RSI (2005). *Revista Española de Salud Pública*, 81(3), 239-246.
- Minguez Moreno, I., & Siles, J. (2014). Critical Thinking in Nursing: From Technical Rationality to Reflective Practice. *Aquichán*, 14(4), 594-604
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Estudio sobre la conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. Madrid: GPI Consultores; 2005.
- Miret, C., & Martínez Larrea, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y Burnout. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 193-201). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1). doi:10.1186/2046-4053-4-1
- Moreno, B. y Oliver, C. (1993). *El M.B.I. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones*. En: Porns, M. y Anguera, M.T. (eds.). *Aportaciones a la evaluación psicológica*. Barcelona, P.P.U.; p. 161-74.
- Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 70-74.

- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2013). Job satisfaction and Burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical Care Research and Practice*, 2013(4):786176.
- Noben, C., Evers, S., Nieuwenhuijsen, K., Ketelaar, S., Gärtner, F., Sluiter, J., & Smit, F. (2015). Protecting and promoting mental health of nurses in the hospital setting: Is it cost-effective from an employer's perspective?. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 28(5), 891-900.
- Noben, C., Smit, F., Nieuwenhuijsen, K., Ketelaar, S., Gärtner, F., Boon, B., & Evers, S. (2015). Comparative cost effectiveness of two interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses: Pragmatic cluster randomized trial. *Investing in employability interventions?*, 51, 125.
- Norden, C., Hult, K., & Engstrom, A. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22(2), 75-80.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Lindahl, B., Janlert, U., & Birgander, L. S. (2010). Burnout, working conditions and gender-results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10(1), 326.
- Novoa Gómez, M. M., Nieto Dodino, C., Forero Aponte, C., Caycedo, C. E., Palma Riveros, M., Montealegre Martinez, M., & Sánchez Durán, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas psychologica*, 4(1), 63-76.
- Ntzoufras, I. (2009). *Bayesian modeling using WinBUGS*. New Jersey: Wiley & Sons.

- O'Mahony, N., 2011. Nurse Burnout ans the working environment. *Emergency Nursing*, 19, 30–37. <http://doi.org/10.7748/en2011.09.19.5.30.c8704>
- Oficina Internacional del Trabajo. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Olavarría Govantes, L., García del Águila, J. J., & Álvarez Rueda, J. M. (2014). Recursos y Actividad en Emergencias. La situación en Andalucía. *Emergencias*, 26(3).
- Oliver, C., Pastor, J. C., Aragonese, A., & Moreno, B. (1990). Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. II Congreso Social de Psicología.
- Oltra-Rodriguez, E., Riestra-Rodriguez, R., Alonso-Pérez, F., Garcia-Valle, J. L., Martinez-Suarez, M. D. M., & Miguélez-Lopez, R. (2007). Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enfermería Clínica*, 17(1), 3-9.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *World Health Statistics2005*. World Health Organization. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2005en.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Declaration on workers' health*. Italia: International Centre for Pesticides and Health Risk Prevention and the World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Reglamento sanitario internacional, (2005)*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_s_p_web.pdf
- Ortega Ruiz, C., López Ríos, F. y Gómez Martín, S. (2008). Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Medicina paliativa*, 15(2), 93-97.
- Ortega, C. y López Ríos, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ortells Abuyé, N., Muñoz Belmonte, T., Paguina Marcos, M., & Morató Lorente, I. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*, 12(30), 196-207.
- Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., & Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta sanitaria*, 18, 189-194.
- Palenzuela, C. N., Karlsdotter, K., Martín, J. J. M., del Amo, M. D. P. L., & Tabanera, L. H. (2011). Medida de la eficiencia de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud mediante técnicas no frontera. Indicadores sintéticos de eficiencia. En XVIII Encuentro de economía pública, España.
- Palmer, S. P. (2014). Nurse retention and satisfaction in Ecuador: implications for nursing administration. *Journal of Nursing management*, 22(1), 89-96.

- Paschoalini, B., Martins Oliveira, M., Cândida Frigério, M., Ribeiro Pereira Dias, A.L. y Heloísa dos Santos, F. (2008). Efectos cognitivos y emocionales del estrés ocupacional en profesionales de enfermería. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 487-492.
- Peiró, S., Librero, J., Ridaó, M., Bernal-Delgado, E., & Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. (2010). Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 6-12.
- Pelayo, R. R. C. (2012). Sistema sanitario público/privado: equidad, eficiencia. Propuestas de sustentabilidad. *Actualidad Médica*, 97(787), 11-15.
- Pérez, C. (2013). " Los países periféricos necesitan crecimiento para crear empleo y el crecimiento requiere inversión"/" España debería haber invertido más en capital humano de los recursos de la UE en el pasado": Entrevista a László Andor, comisario de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. *Dossier Europa*, (5), 12-19.
- Pérez, J. P. (2013). Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455.
- Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human relations*, 35(4), 283-305.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth* (p. 15). New York: Free Press.
- Pines, J. M., Hilton, J. A., Weber, E. J., Alkemade, A. J., Al Shabanah, H., Anderson, P. D., Schull, M. J. (2011). International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1358-1370.

- Pisanti, R., Van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., Bertini, M., 2011. Job characteristics, organizational conditions, and well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 829–837.
- Pizarro, C. G., Sánchez, J., Armengol, J. J. G., & Pérez, C. F. (2014). Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias*, 26, 114-120.
- Popa, F., Raed, A., Purcarea, V. L., Lală, A., & Bobirnac, G. (2010). Occupational burnout levels in emergency medicine--a nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life*, 3(3), 207–215.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience Burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(2), 57-64.
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van Der Heijden, F. M., Van De Wiel, H., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical education*, 41(8), 788-800.
- Queiros, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. M. (2013). Predictors of Burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., & Talias, M. (2012). The factors associated with the Burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*, 12(1), 457.
- Ramírez Elizondo, N. A., Quintana Zavala, M., Sanhueza Alvarado, O., & Valenzuela Suazo, S. V. (2013). El paradigma emancipatorio y su

influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. *Enfermería Global*, 12(30), 410-421.

Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Boletín Oficial del Estado. núm. 97. Referencia: BOE-A-1997-8669, Madrid, España, de 23 de abril de 1997. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-8669>

Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. Boletín Oficial del Estado núm. 97, Madrid, España, de 23 de abril de 1997. Recuperado el 4 de Marzo 2015 de: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-8671>

Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado. núm. 306. Referencia: BOE-A-2015-14028, Madrid, España, de 23 de diciembre de 2015. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-14028-consolidado.pdf>

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 154, Madrid, España, de 29 de junio de 1994. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-14960>

Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (2014) (ENWHP, por sus siglas en inglés). A guide to the business case for mental health. Recuperado el 15 de Marzo 2015 de:

- http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Guias/Ficheros/23_1%20Guia%20empresa.pdf
- Reyes, D. M., González, P. A., & Delgado, R. C. (2014). Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España. *Emergencias*, 26, 7-12.
- 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.
- Riessen, R., Gries, A., Seekamp, A., Dodt, C., Kumle, B., & Busch, H. J. (2015). [Position paper for a reform of medical emergency care in German emergency departments]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 110(5), 364-375
- Ríos Rísquez, M.I., Godoy Fernández, C., Peñalver Hernández, F., Tovar Alonso, A.R., López Alcaraz, F., López Romera, A.,...Liébanas, B. (2008). Estudio comparativo del Burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva*, 19(1), 2-13.
- Ríos Rísquez, M.I., Martínez Cano, F., Sabuco Tebar, E., Lozano Alguacil, E., & Mateo Perea G. (2012). Enfermería de urgencias: “quiero cambiar de servicio... ¿estoy quemado?” *Revista ROL de Enfermería*, 35(5), 376-381.
- Ríos Rísquez M. I., Carrillo García, C., Sabuco Tebar, E., & De los Angeles, E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95.

- Ritter, R. S., Fernandes Stumm, E. M., Kirchner, R. M., Schmidt Piovesan Rosanelli, C. L., & Ubessi, L. D. (2012). Correlaciones de variables del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de urgencia hospitalaria. *Enfermería Global*, 11(27), 210-223.
- Ritter, R.S., Stumm, E.M.F., & Kircher, R.M. (2009). Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 236-248.
- Roberts, G. A. (1986). Burnout: psychobabble or valuable concept?. *British journal of hospital medicine*, 36(3), 194-197.
- Rodríguez, P. C., González, L. M. R., Castellano, S. V., & Buitrago, D. V. (2006) Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre. 26. Revisado 8 enero 2016 disponible en: http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto_26.pdf
- Rodríguez-Acelas, A. L., & Cañón-Montañez, W. (2015). Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 879-81.
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G. P., De Bruin, M. B., & Schmidt, A. J. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health*, 21(1), 17-25.
- Rosales Ricardo, Y., & Cobos Valdes, D. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(225), 313-318.

- Salanova Soria, M., & Llorens Gumbau, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Salanova, M. & Llorens, S. (2011). Hacia una perspectiva psicosocial del Burnout. Cuando el trabajo “nos quema”. En E. Agulló Tomás (coord.), *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad* (pp.271-296). Oviedo, España: Universidad de Oviedo.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Nogareda, C. (2007). NTP 730: Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_730.pdf
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L., & Parejo, J. M. R. N. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Psicología Conductual*, 22(3), 523.
- Sánchez-Bermejo, R. (2015). Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27, 98-103.
- Sánchez-Gómez, M. B., Duarte-Clímets, G., Aguirre-Jaime, A., Sierra-López, A., Arias-Rodríguez, Á., & De Armas-Felipe, J. M. (2012). Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. *ENE, Revista de Enfermería.*, 6(2), 39-70.

- Sancho, J. J. C. (2013). 10.4 Estructura retributiva y sistemas de compensación del personal estatutario: el marco estatutario.
- Sancllemente Vinué, I., Elboj Saso, C., & Iñiguez Berrozpe, T. (2014). Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*, 17(10), 17-23
- Santamera, A. S., Prado-Galbarro, F. J., Fariña, Y. R., Díaz, M. Q., Virto, A. M. M., & Aguilar, P. S. (2015). Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *Semergen*, 41(2), 63-69.
- Sawatzky, J. A. V., & Enns, C. L. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 696-707.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with Burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. doi:10.1108/13620430910966406
- 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., Leiter, M. P., Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. En Maslach, C., Jackson S. E. y Leiter, M. P. *The Maslach Burnout Inventory* (3rd. Ed). Test Manual (19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schwab, R. L. (1986). Burnout in education. En C. Maslach, C. y Jackson, S. E. *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed., pp. 18-22). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Seisdedos, N. (1997). MBI Inventario “Burnout de Maslach”. Madrid, España: TEA ediciones.
- Serrano Cugat, Á. (2011). El complemento retributivo de continuidad asistencial en el Servicio Andaluz de Salud: ¿ Es un derecho absoluto?. *Actualidad del Derecho Sanitario*.
- Shahriari, M., Shamali, M., & Yazdannik, A. (2014). The relationship between fixed and rotating shifts with job Burnout in nurses working in critical care areas. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 360.
- Shahriari, M., Shamali, M., & Yazdannik, A. (2014). The relationship between fixed and rotating shifts with job Burnout in nurses working in critical care areas. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 360.
- Shinn, M., Rosario, M., Mørch, H., & Chestnut, D. E. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 864.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations.
- Silva, R. M. D., Beck, C. L. C., Magnago, T. S. B. D. S., Carmagnani, M. I. S., Tavares, J. P., & Prestes, F. C. (2011). Night shift and the repercussion in nurses' health. *Escola Anna Nery*, 15(2), 270-276.
- Silverstein, R. (1982). How experienced psychotherapists cope with burnout at a state mental hospital. *How experienced psychotherapist cope with burnout at a state mental hospital*.
- Simón Lorda, P., Velázquez, T., Isabel, M., Esteban López, M. S., Blanco Piñero, N., Fernández López, A. & Méndez Martínez, C. (2013). *Planificación anticipada de las decisiones: guía de apoyo para los profesionales*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Recuperado de

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_20_guia_planificacion_anticipada_decisiones/planificacion_anticipada_decisiones/planificacion_anticipada_de_decisiones_SSPA.pdf

Sinclair, R. R., Sliter, M., Mohr, C. D., Sears, L. E., Deese, M. N., Wright, R. R., ... Jacobs, L. (2015). Bad Versus Good, What Matters More on the Treatment Floor? Relationships of Positive and Negative Events With Nurses' Burnout and Engagement. *Research in Nursing & Health*, 38(6), 475-491.

Sindicato de Enfermería SATSE. (Nota de Prensa) *Enfermería advierte a las CC.AA de que no pueden evitar la aplicación integral del RD de prescripción enfermera en su territorio*. Recuperado de - <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/enfermeria-advierete-a-las-cc.aa-de-que-no-pueden-evitar-la-aplicacion-integral-del-rd-de-prescripcion-enfermera-en-su-territorio>

Smith-Miller, C. A., Shaw-Kokot, J., Curro, B., & Jones, C. B. (2014). An integrative review: fatigue among nurses in acute care settings. *Journal of Nursing Administration*, 44(9), 487-494.

Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias (SAECC). *Comunicado SAECC de posicionamiento sobre prescripción enfermera y el RD 954/2015*. Recuperado de <http://www.saecc.net/>

Solano, R., Hernández-Vidal, P., Moreno, V., & Reig-Ferrer, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos [Burnout's syndrome in critical care nursing professionals]. *Enfermería Intensiva*, 13(1), 9-16.

- Sorour, A.S., & Abd El-Maksoud, M. (2012). Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and Burnout among emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 34(3), 272-282. doi:10.1097/TME.0b013e31826211e1
- Spiegelhalter, D., Thomas, A., Best, N. & Gilks W. (1994b). *BUGS: Examples*. Cambridge: Available from MRC Biostatistics Unit.
- Spiegelhalter, D., Thomas, A., Best, N. & Gilks, W. (1994a). *BUGS: Bayesian inference using Gibbs sampling*. Cambridge: Available from MRC Biostatistics Unit.
- Spiegelhalter, D.J., Thomas, A., Best, N.G. y Lunn, D. (2003). *WinBUGS Version 1.4 Users Manual*. Cambridge: MRC Biostatistics Unit. Recuperado de <http://www.mrc-bsu.cam.ac.uk/bugs/>
- Starrin, B., Larsson, G., & Styrborn, S. (1990). A Review and Critique of Psychological Approaches to the Burn-out Phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83-91.
- Stathopoulou, H., Karanikola, N.K., Topoulou, F.P., & Papathanassoglou, E.D.E. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 314-320.
- Steege, L. M., Drake, D. A., Olivas, M., & Mazza, G. (2015). Evaluation of physically and mentally fatiguing tasks and sources of fatigue as reported by registered nurses. *Journal of nursing management*, 23(2), 179-189.
- Stein-Parbury, J., Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., & Gallagher, P. (2015). Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A

- qualitative study in Australia. *Nursing & Health Sciences*, 17(4), 476-482.
- Stifter, J., Yao, Y., Lopez, K. D., Khokhar, A., Wilkie, D. J., & Keenan, G. M. (2015). Proposing a New Conceptual Model and an Exemplar Measure Using Health Information: Technology to Examine the Impact of Relational Nurse Continuity on Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Advances in Nursing Science*, 38(3), 241-251.
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of Burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509.
- Stolk, C. V., Staetsky, L., Hassan, E., & Kim, C. W. (2012). Management of occupational safety and health: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). European Risk Observatory Report. Recuperado el 15 de Marzo 2015 de: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/management-of-occupational-safety-and-health-analysis-of-data-from-the-esener>
- 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.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units-a consideration of the possible

- prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC anesthesiology*, 13(1), 38.
- Tomás, S., Chanovas, M., Roqueta, F., & Toranzo, T. (2012). Patient safety in emergency medicine: report on 4 years' implementation of a program designed for the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES). *Emergencias*, 24, 225-233.
- Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea marco, Recuperado el 4 de Marzo 2015 de: http://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ue/Trat_EC_consol.pdf
- Urbanos Garrido, R. M., & López-Valcárcel, B. G. (2015). Sostenibilidad del sistema sanitario y contribución de los servicios de urgencias. *Emergencias*, 27, 197-203.
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010) Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clinica*, 135(11), 507-511.
- Vacha-Haase, T., Kogan, L. R., & Thompson, B. (2000). Sample compositions and variabilities in published studies versus those in test manuals. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 509-522.
- Valenzuela Rodríguez, A. (2011). Prescripción, Administración de medicación y Práctica enfermera avanzadas.¿ Argumentos para una nueva definición de funciones en el área de los cuidados de urgencias y emergencias prehospitalarios?: El Ejemplo Andaluz. Ciber Revista EnfermeriadeUrgencias. com.
- Valenzuela Rodríguez, A. (2011). Prescripción, Administración de medicación y Práctica enfermera avanzadas.¿ Argumentos para una nueva definición de funciones en el área de los cuidados de

- urgencias y emergencias prehospitalarios?: El Ejemplo Andaluz. *Ciber Revista EnfermeriadeUrgencias.com*, (19). Recuperado de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2011/pagina7.html>
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & De la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with Burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 14(1), 28-38. doi:10.1016/S1697-2600(14)70034-1
- Vázquez-Santiago, S., & Peña, F. G. (2016). El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 76-80.
- Vicente, M. C., & Delgado, Á. A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental RAE*, 9(9), 119-136.
- Walker, G. A. (1986). Burnout: From metaphor to ideology. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 35-55.
- Walsh, M., Dolan, B., & Lewis, A. (1998). Burnout and stress among A&E nurses. *Emergency Nurse*, 6(2), 23-30.
- Westphal, M., Bingisser, M. B., Feng, T., Wall, M., Blakley, E., Bingisser, R., & Kleim, B. (2015). Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel. *Journal of Affective Disorders*, 175, 79-85.
- Wilkinson, L., & Task Force on Statistical Inference, APA Board of Scientific Affairs (1999). Statistical Methods in Psychology Journals: Guidelines and Explanations. *American Psychologist*, 54, 594-604.

- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and Burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64(4), 279-286.
- Yao, Y., Yao, W., Wang, W., Wang, W., Li, H., & Lan, Y. (2013). Investigation of risk factors of psychological acceptance and Burnout syndrome among nurses in China. *International Journal of Nursing Practice*, 19(5), 530-538.
- You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, & Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154-161.
- Zellars, K. L., Perrewé, 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. Recuperado el 23 de Marzo 2015 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02456.x/pdf>
- Zhou, W., He, G., Wang, H., He, Y., Yuan, Q., & Liu, D. (2015). Job dissatisfaction and Burnout of nurses in Hunan, China: A cross-sectional survey. *Nursing & Health Sciences*, 17(4), 444-450.

