



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA
GENERAL SANITARIA**

Curso 2021-2022

Trabajo Fin de Máster

**Resiliencia y Síndrome del Quemado en los profesionales
sanitarios. Una revisión sistemática**

Autor: Juan Félix García Nuño

Tutora: Eva León Zarceño

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.ELZ.JFGN.220417

Convocatoria: Junio 2022

ÍNDICE	
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MÉTODO	7
2.1. Diseño	7
2.2. Fuentes de información	8
2.3. Criterios de inclusión de los estudios	9
2.4. Criterios de exclusión de los estudios	10
2.5. Análisis de la calidad de los estudios	10
2.6. Valoración de los instrumentos según los criterios de Terwee	12
2.7. Análisis de la información	14
3. RESULTADOS	14
3.1. Selección de los estudios	14
3.2. Características de los estudios	15
3.3. Análisis de la calidad de los estudios	16
3.4. Características de los instrumentos	18
3.5. Análisis de la calidad de los instrumentos	18
4. DISCUSIÓN	19
4.1. Limitaciones	21
5. CONCLUSIONES	22
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
7. APÉNDICES	27
7.1. Características de los estudios seleccionados	27
7.2. Valoración de la calidad de los estudios con <i>Quality Assessment Tool</i>	30
7.3. Valoración semicuantitativa de acuerdo al <i>Quality Assessment Tool</i>	32
7.4. Clasificación de la calidad de los estudios según <i>Quality Assessment Tool</i>	33
7.5. Características generales de los instrumentos	34
7.6. Valoración de las propiedades de cada instrumento	36
7.7. Evaluación de las propiedades y valoración por número evaluado	36
7.8. Informe de evaluación de investigación responsable	37

RESUMEN

Introducción: El *burnout* está motivado por el desequilibrio que percibe el trabajador entre sus expectativas y su trabajo real. En la resiliencia se produce de adaptación positiva a una situación de estrés, en el que se establece una relación entre el entorno y las habilidades del trabajador.

Objetivo: Analizar la última evidencia entre el síndrome de *burnout*, la salud y la resiliencia de dichos profesionales.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática a través de las bases de datos de PubMed, PsycINFO y Science Direct entre el 1 de octubre de 2021 y el 15 de mayo de 2022, descartando aquellos artículos basados en indicadores de salud, que respondían más a factores de productividad y clima laboral. Como criterios deben estar publicados en los últimos siete años y con un instrumento de medición específico para la valoración de *burnout* y la resiliencia. Para la extracción de la información se aplicó el protocolo PRISMA de 2020 y se evaluó la calidad de los estudios con la herramienta “Quality Assessment Tool” del NIHR y de los instrumentos a través de la guía Terwee.

Resultados: Se seleccionaron 11 estudios de los cuales se analizaron seis instrumentos. El instrumento más utilizado fue el MBI. Entre las dimensiones principales de dichos instrumentos podemos encontrar: Agotamiento emocional, Autorrealización, Despersonalización entre otros.

Conclusiones: el *burnout* y la resiliencia están relacionados, pero son constructos diferentes. Hay herramientas para mejorar el burnout y mejorar la resiliencia. Debido a la COVID-19 se ha impulsado la creación de nueva evidencia.

Palabras clave: burnout, resiliencia, profesionales sanitarios.

ABSTRACT

Introduction: Burnout is motivated by the imbalance perceived by the worker between their expectations and their actual work. Resilience is a positive adaptation to a stressful situation in which a relationship is established between the environment and the workers skills.

Objective: To analyse the latest evidence between burnout syndrome and the health and resilience of these professionals.

Methodology: A systematic review was carried out through the databases of PubMed, PsycINFO and Science Direct between 1 October 2021 and 15 May 2022 discarding those articles based on health indicators which responded more to productivity and work climate factors. As criteria, they must have been published in the last seven years and with a specific measurement instrument for the assessment of burnout and resilience. To extract the information, the PRISMA 2020 protocol was applied and the quality of the studies was reviewed using the NIHR Quality Assessment Tool and the instruments using the Terwee guide.

Results: Eleven studies were selected from which six instruments were analysed. The most commonly used instrument was the MBI. Among the main dimensions of these instruments we can find: Emotional exhaustion, Self-realisation and Depersonalization among others.

Conclusions: Burnout and resilience are related but they are different constructs. There are tools to improve burnout and to improve resilience. Due to COVID-19, new evidence has been promoted.

Keywords: burnout, resilience, health professionals

1. INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Quemado o Síndrome del Agotamiento Profesional, más conocido como Síndrome Burnout, está motivado por el desequilibrio que percibe el trabajador entre sus expectativas y su trabajo real, según algunos estudios. Este síndrome tiene diversas causas, así como varias consecuencias, entre los que se encuentran en primera línea los profesionales sanitarios (Matsuishi et al., 2021).

Según Heinze et al. (2021), la resiliencia es una de las herramientas con las que cuenta el profesional sanitario. La resiliencia se define como la capacidad del individuo para enfrentar tanto las adversidades como los desafíos. La literatura indica que cuando los individuos son resilientes, se reduce el impacto de los eventos traumáticos, disminuyendo la probabilidad de desarrollar trastornos de estrés postraumático o el *burnout* (Luceño-Moreno et al., 2020).

La resiliencia puede entenderse como un proceso de adaptación positiva a una situación de estrés, en el que se establece una relación entre el entorno y las habilidades del trabajador. Esta varía de una persona a otra y depende de varios factores, como la personalidad o los antecedentes sociales, laborales o familiares (El-Hage et al., 2020).

Otras estrategias para mejorar la resiliencia implican el entrenamiento en actividades externas tales como el adiestramiento en resolución de problemas, la meditación u oración, el ejercicio físico, el juego o la pintura. En cuanto a la parte más introspectiva de la resiliencia factores o pensamientos tales la esperanza, el propósito y sentido de la vida, son de gran importancia (Rushton et al., 2015).

En cuanto al *burnout*, se evalúan diferentes dimensiones. Una de las de las principales y de la que poco se ha estudiado es la fatiga por compasión, que puede paliarse mediante varias técnicas, como el mindfulness (Pintado, 2019). Los estudiantes de enfermería y medicina ya presentan un elevado grado de estrés. Los últimos estudios sugieren que al menos el 25% de los trabajadores sanitarios sufren más estrés que la media según su profesión (De Pedro et al., 2021).

Otra referencia de tratamiento para paliar los efectos del *burnout*, además del mindfulness es el yoga. Se ha demostrado que se pueden obtener beneficios mentales y físicos a través de la ejecución de intervenciones de yoga, tanto para los profesionales sanitarios como para los estudiantes de un grado de ciencias de la salud, siempre siguiendo un método o guía de ejecución de la actividad (Ciezar-Andersen et al., 2021).

Además, la alta prevalencia de este síndrome y el alto riesgo de desarrollarlo entre los profesionales sanitarios, concretamente los que trabajan en cuidados intensivos, puede afectar la calidad de su práctica clínica, la atención que brindan e incluso en su propia salud y bienestar. (Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2020). Como resultado, las principales sociedades americanas relacionadas con la atención al paciente han alertado recientemente a las autoridades sobre la serie de problemas que este *burnout* constituye para estos profesionales de la salud en concreto (Moss et al., 2016).

Con el ya habitual argumento de la aparición de la pandemia por COVID-19, el Síndrome Burnout ha proliferado entre los trabajadores sanitarios y el nivel de afectación de los que ya lo sufrían ha aumentado de forma considerable (Meseguer de Pedro et al., 2021).

Deben plantearse modelos para evitar que esta situación vuelva a suceder y para reducir el grado de los que ya lo sufrían. Se hace necesario una evaluación y tratamiento específico, ya que la eficacia de los profesionales se merma si sufren *burnout* y las consecuencias se dirigen hacia toda la población (Falgueras et al., 2015).

En referencia a la evaluación, hay evidencia acerca de la asociación entre la hormona del estrés cortisol y el burnout. La evidencia es amplia, pero ha arrojado resultados incompletos según Rothe et al. (2020). Según estos autores, la heterogeneidad observada respecto a dichos resultados se debía principalmente a la falta de estudios que han analizado los niveles de cortisol en pacientes con burnout y a los métodos muy dispares utilizados para evaluar el cortisol. Aunque es difícil llegar a una conclusión definitiva, los resultados tienden a mostrar una correlación negativa entre la secreción de cortisol y el *burnout* (Marcil et al., 2022).

El *burnout* y la resiliencia no solamente se mide a través de hormonas y cuestionarios, hay un factor fundamental que es el de la organización, el trabajo o el clima laboral. Tal y como indican las evaluaciones de riesgo psicosociales en el trabajo acerca del *burnout*, la prevención colectiva ha de imperar sobre la individual, y por lo tanto, las empresas han de actuar en los centros de trabajo de forma global para evitar este síndrome (Anthony et al., 2021).

La cultura organizacional debe crear ambientes de trabajo más saludables y distinguir aspectos únicos (tanto morales como éticos) que contribuyen a reducir el *burnout* y mejorar el clima organizacional en todos los ámbitos de trabajo, incluido el sanitario (Antonsdottir et al., 2022).

Recientemente, los conceptos de clima organizacional y entusiasmo laboral han recibido un nivel de atención cada vez mayor, pudiendo establecerse como interesantes conceptos de apoyo para el análisis y evaluación dentro de las organizaciones (Anthony et al., 2021). Dentro de este análisis y evaluación se encuentran factores muy relacionados como la satisfacción en el trabajo, la repetición de tareas y el *burnout*. En referencia a la resiliencia se ha demostrado que recursos laborales de recompensa y reconocimiento, la participación en la toma de decisiones o la percepción de control del trabajo son de suma importancia para aumentar o disminuir dicha resiliencia o el propio *burnout* (Scanlan y Still, 2019).

El interés mostrado por los psicólogos acerca del clima organizacional ha crecido en paralelo con la voluntad de mejorar el clima social y humano: un diagnóstico del clima organizacional puede conducir al reconocimiento y análisis de algunas señales relevantes que incluyen la facilitación e identificación de formas nuevas y eficaces de gestión de las organizaciones (Platania et al., 2015).

Dada toda esta última evidencia publicada en los últimos años acerca de la resiliencia y el *burnout*, junto con un aumento de este Síndrome del Quemado debido al COVID-19 se cree pertinente esta revisión sistemática, cuyo objetivo principal es analizar la última evidencia entre el síndrome de *burnout*, la salud y la resiliencia de dichos profesionales.

2. MÉTODO

2.1. Diseño

Se realizó este estudio siguiendo de forma rigurosa el protocolo PRISMA, aplicando sus criterios tanto para la recuperación de datos, así como para la realización del cribado y la presentación de los resultados (Page et al., 2021).

Una vez se seleccionaron las referencias bibliográficas para esta revisión sistemática, se analizaron tanto los estudios que evaluaban este constructo además de los instrumentos utilizados en los mismos. Todo este estudio está realizado siguiendo la Guía de la 7ª Edición de las Normas APA (American Psychological Association, 2020)

Por un lado, se realizó la valoración de la calidad de los estudios siguiendo los criterios de la guía “*Quality Assessment Tool*” del *National Institute for Health Research* del Ministerio de Sanidad y Servicios Humanos de Estados Unidos.

En el caso de esta revisión, dado que la mayor parte de los estudios seleccionados fueron de diseño transversal, se siguió la guía específica para estudios observacionales de cohorte (NHLBI-NIH, 2021).

En último lugar, cabe mencionar que esta revisión fue autorizada por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández con el código TFM.MPG.ELZ.JFGN.220417, cuya autorización se adjunta en el Apéndice 7.

2.2. Fuentes de información

Se realizó la búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed (MEDLINE), PsycINFO y Science Direct entre el 1 de octubre de 2021 y el 15 de mayo de 2022. La primera fue elegida debido a que se especializa en estudios de ciencias de la salud, la segunda por su enfoque en la psicología, y la tercera por aportar un enfoque asistencial y de gestión, con el propósito de estudiar los colectivos sanitarios.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores MeSH y palabras clave: “*Burnout*” (MeSH), “*Health Personnel*” (MeSH), “*Psychosocial Intervention*” (MeSH), “*Psychological Resilience*” (MeSH), “*Treatments*” (Title/Abstract).

En el proceso de cribado se descartaron aquellos estudios que contaban con una óptica del paciente y no del profesional. Además, se descartó aquellos artículos basados en indicadores de salud, que respondían más a factores de productividad en el trabajo.

En contraposición, se seleccionaron aquellos que desarrollaban un enfoque basado en la percepción del estado de salud de los profesionales, en su gestión del estrés y las herramientas utilizadas para disminuir este factor.

Se consideró 7 años como período de obsolescencia científica, por lo que se incluyeron estudios desde enero de 2015 hasta la actualidad y estudios de impacto de más años de antigüedad para el desarrollo de la metodología.

Para las ecuaciones de búsqueda se incluyeron los operadores booleanos: AND, OR y NOT. Las ecuaciones de búsqueda utilizadas en las base de datos se detallan a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1*Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos*

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Cantidad de resultados (N)
PubMed	("Burnout"[Title/Abstract] OR "Psychological Resilience [Title/Abstract]) AND "Health Personnel" [Title/Abstract] AND ([adult]/lim NOT [aged]/lim NOT [middle aged]/lim NOT [very elderly]/lim NOT [young adult]/lim) AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py)	82
	("Burnout"[Title/Abstract] OR "Psychological Resilience [Title/Abstract]) AND "treatments" [Title/Abstract] AND ([adult]/lim NOT [aged]/lim NOT [middle aged]/lim NOT [very elderly]/lim NOT [young adult]/lim) AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py)	83
PsycINFO	("Burnout"[Title/Abstract] OR "Psychological Resilience [Title/Abstract]) AND "Health Personnel" [Title/Abstract] AND "treatments" [Title/Abstract] AND ([adult]/lim NOT [aged]/lim NOT [middle aged]/lim NOT [very elderly]/lim NOT [young adult]/lim) AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py)	742
Science Direct	("Burnout"[Title/Abstract] OR "Psychological Resilience [Title/Abstract]) AND "Health Personnel" [Title/Abstract] AND "treatments" [Title/Abstract] AND ([adult]/lim NOT [aged]/lim NOT [middle aged]/lim NOT [very elderly]/lim NOT [young adult]/lim) AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py)	32
Total		939

2.3. Criterios de inclusión de los estudios

Para este estudio, la población de interés fueron adultos que centraran su actividad profesional en la salud y que experimentaran síndrome del quemado, mostrando su resiliencia ante situaciones de estrés. Se incluyeron en este estudio los artículos comprendidos entre 2015 y 2022. Fueron incluidos en la búsqueda los artículos publicados en castellano, inglés y francés. Por último y en referencia a las fuentes de información se incluyeron publicaciones en revistas científicas.

2.4. Criterios de exclusión de los estudios

Como criterio de exclusión a esta revisión se estableció que los pacientes no son de interés directo. También se excluyó estudios distintos a los que la población fuera infantil, adolescente o envejecida. Como tipo de documento se excluyeron estudios de caso, actas de conferencia, comentarios, videos, biografía, papeles de trabajo de ediciones preliminares y editoriales. Por último, de las fuentes de información se excluyeron tesinas y tesis doctorales, ponencias, servicios de prensa y actas.

2.5. Análisis de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios se realizó con los criterios de la “*Quality Assessment Tool*”. Consta de 14 preguntas que tienen por objetivo valorar exhaustivamente el riesgo de sesgo que pueda presentar un estudio (NHLBI-NIH, 2021). Los aspectos fundamentales son evaluar el grado de exposición a la variable predictora, la representatividad de la muestra, la validez de constructo, la imparcialidad de los examinadores, y el control de variables extrañas.

Con el propósito de ofrecer una mayor rigurosidad y claridad, se decidió por aceptar como respuesta “SÍ”, si cumplía con el ítem, “NO” si no lo cumplía, o “NA” cuando no aplica el ítem, como es en el caso de los estudios transversales las preguntas referentes a la recogida de muestras, por ejemplo. En referencia a esta consideración se descartaron dos de las preguntas de esta herramienta, siendo 12 el total de preguntas evaluadas. Las preguntas eliminadas fueron la 6 y 12. La primera que hace referencia a la exposición previa al resultado (para estudios de cohorte) y la 12 que hace referencia al ciego del estudio (para estudios analíticos). Estas preguntas y sus respuestas a dichos ítems se detallan en el Apéndice 2 (NHLBI-NIH, 2021).

Los creadores de estos criterios mencionan que no se trata de indicar en las casillas “SÍ”, “NO” o “NA”, sino más bien que sea utilizada como guía que cubra aspectos fundamentales que ha de tener cualquier estudio científico de calidad. Por este motivo, en esta revisión sistemática se realizó un análisis semicuantitativo, con el propósito de complementar la valoración numérica de las preguntas con una evaluación cualitativa del riesgo de sesgo, de acuerdo y según el error en el estudio o calidad de la omisión.

Esta evaluación semicuantitativa se realizó con valoración en tres etapas. En primera instancia, se valoró cuantitativamente cada estudio como “bueno”, “regular” y “pobre”. En la Tabla 2 se detallan los valores para cada categoría.

Tabla 2

Escala de valoración de los estudios según respuestas del Quality Assessment Tool

Valoración	Puntuación
Bueno	0 “noes”
Regular	1 “no”
Pobre	2 o más (noes)

Ulterior a esta escala de valoración, se evaluó de forma cualitativa el potencial riesgo de los sesgos presentes en los estudios y se clasificó en la Tabla 3 cada uno de ellos como “no evidenciado”, “bajo”, “medio”, y “alto”. Además, en el Apéndice 3 se encuentra una justificación del sesgo hallado en cada estudio.

Tabla 3

Escala de valoración cualitativa del riesgo de sesgo

Categoría	Riesgo de sesgo
No evidenciado	Evidencia de sesgo no hallada en los estudios
Bajo	El riesgo de sesgo no compromete la interpretabilidad de los resultados
Medio	Se puede dar un posible sesgo que limitaría la interpretabilidad de los resultados
Alto	Se evidencia un sesgo que puede hacer dudar de las conclusiones del estudio

Por último, según la combinación de la calificación obtenida según las respuestas a las preguntas de la “*Quality Assessment Tool*” y el análisis del sesgo identificado, se otorgó una valoración ponderada. Considerando que son tres categorías (“Bueno”, “Regular” y “Pobre”), y cuatro subcategorías según el riesgo de sesgo (“no evidenciado”, “bajo”, “medio” y “alto”) se estableció una escala del 12 al 1 para producir un ranking que resulte a modo de guía rápida para categorizar la calidad de los estudios. Se dio una puntuación de 12 a aquellos con una calificación de “Bueno” y “No evidenciado” una de 11 para aquellos valorados con “Bueno” y “Bajo”, y así sucesivamente hasta la puntuación de uno para un estudio con una valoración de “Pobre” y de riesgo de sesgo “Alto”.

En la tabla Tabla 4 se incluye la escala completa. En el Apéndice 2 y 3 se detallan los resultados correspondientes a cada uno de los estudios seleccionados para esta búsqueda y en el Apéndice 4 el ranking obtenido de esta clasificación.

Tabla 4

Escala de valoración ponderada de los estudios

Categoría	Quality Assessment Tool	Puntuación ponderada
Pobre	No evidenciado	1
Pobre	Bajo	2
Pobre	Medio	3
Pobre	Alto	4
Regular	No evidenciado	5
Regular	Bajo	6
Regular	Medio	7
Regular	Alto	8
Bueno	No evidenciado	9
Bueno	Bajo	10
Bueno	Medio	11
Bueno	Alto	12

2.6. Valoración de los instrumentos según los criterios de Terwee

Se realizó una valoración de la calidad de los instrumentos identificados en los estudios seleccionados a través de un análisis semicuantitativo en tres fases, combinando puntuaciones numéricas con valoraciones cualitativas de los potenciales sesgos. Concretamente de los 19 instrumentos de los estudios, se seleccionaron seis, que son los que evalúan directamente el burnout y la resiliencia descartando el resto por ser complementarios a dichos estudios.

Las propiedades que conforman los criterios de Terwee et al. (2007), son: validez de contenido, consistencia interna, validez de criterio, validez de constructo, replicabilidad (fiabilidad y grado de acuerdo), sensibilidad, efectos de suelo y techo, e interpretabilidad.

Para el cumplimiento de cada criterio Terwee se otorga un valor numérico tal como se expresa en la Tabla 5. El primero que se llevó a cabo fue el análisis de la calidad de los instrumentos mencionados (apéndice 6) sumando las puntuaciones de cada criterio para obtener una calificación cuantitativa del instrumento.

Tabla 5*Escala de valoración del cumplimiento de los criterios Terwee para cada propiedad*

Categoría	Valoración	Puntuación ponderada
Positivo	Cumple correctamente el criterio	1 punto
Medio	Cumple con algunos aspectos del criterio	0,5 puntos
Pobre	No cumple con el criterio	Resta 1 punto
No evaluado	No se mide el criterio	Ningún punto

Es relevante mencionar que Terwee resalta la importancia de no finalizar en un análisis exclusivamente cuantitativo y destacar la calidad de un estudio exclusivamente según la puntuación obtenida, ya que puede darse que un artículo con mayor calificación contenga errores que comprometerían su fiabilidad, por lo que a esta valoración cuantitativa, se le añadió una evaluación cualitativa, apoyado en que Terwee destaca que no todas las propiedades son igualmente importantes, por lo que en este análisis se valoró la presencia de las propiedades esenciales que considera el autor de esta guía. Dichas propiedades son: 1) la validez de contenido, 2) la presencia de una hipótesis para evaluar la validez de contenido, 3) que los cuestionarios discriminativos tengan alto nivel de fiabilidad (distinguir la variable predictora correctamente) 4) que los cuestionarios evaluativos tengan un alto nivel de acuerdo (sensible de medir cambios en el tiempo), y 5) que se haya realizado el análisis factorial.

El coeficiente según el número de propiedades presentes, por el que se multiplica a la puntuación cuantitativa del primer paso, se detalla en la Tabla 6. De esta forma, se obtiene puntuación ponderada, cuyos puntos de corte se detallan en la Tabla 7. Estos criterios se aplican en el apéndice 7.

Tabla 6*Valoración según el número de propiedades esenciales analizadas*

Número de propiedades esenciales	Valoración	Multiplica a la puntuación cuantitativa
4	Excelente	2 puntos
3	Muy bueno	1,5 puntos
2	Regular	1 punto
1	Pobre	0,5 puntos
0	Muy pobre	Ningún punto

Tabla 7

Puntos de corte según la valoración semicuantitativa ponderada obtenida

Valoración	Multiplícala a la puntuación cuantitativa
Excelente	Más de 12 puntos
Muy bueno	De 9 a 12 puntos
Bueno	De 6 a 9 puntos
Regular	De 3 a 6 puntos
Pobre	De 0 a 3 puntos

2.7. Análisis de la información

En primer lugar, se extrajo la siguiente información de los artículos seleccionados: autor, país de publicación y año, tipo de población y muestra, objetivo del estudio, instrumento, constructo principal del instrumento, y principales hallazgos, todo ello recogido en el Apéndice 1.

Ulteriormente, se identificaron los diferentes instrumentos utilizados y se extrajo la siguiente información: tipo de estudio, objetivo del instrumento, las dimensiones o factores, número de ítems e interpretación, tal como se detalla en el Apéndice 5. Posteriormente se analizó la calidad de los estudios con la “*Quality Assessment Tool*” y la valoración semicuantitativa, que se encuentra detallada en los Apéndices 2 y 3, respectivamente.

3. RESULTADOS

3.1. Selección de los estudios

El proceso de esta revisión sistemática, se llevó a cabo según la guía PRISMA, dando claridad en la búsqueda de evidencia y análisis de los resultados (Page et al., 2021). Dicho proceso proporcionó un total 939 resultados, de los cuales después de eliminar duplicados, se identificaron 867 registros únicos.

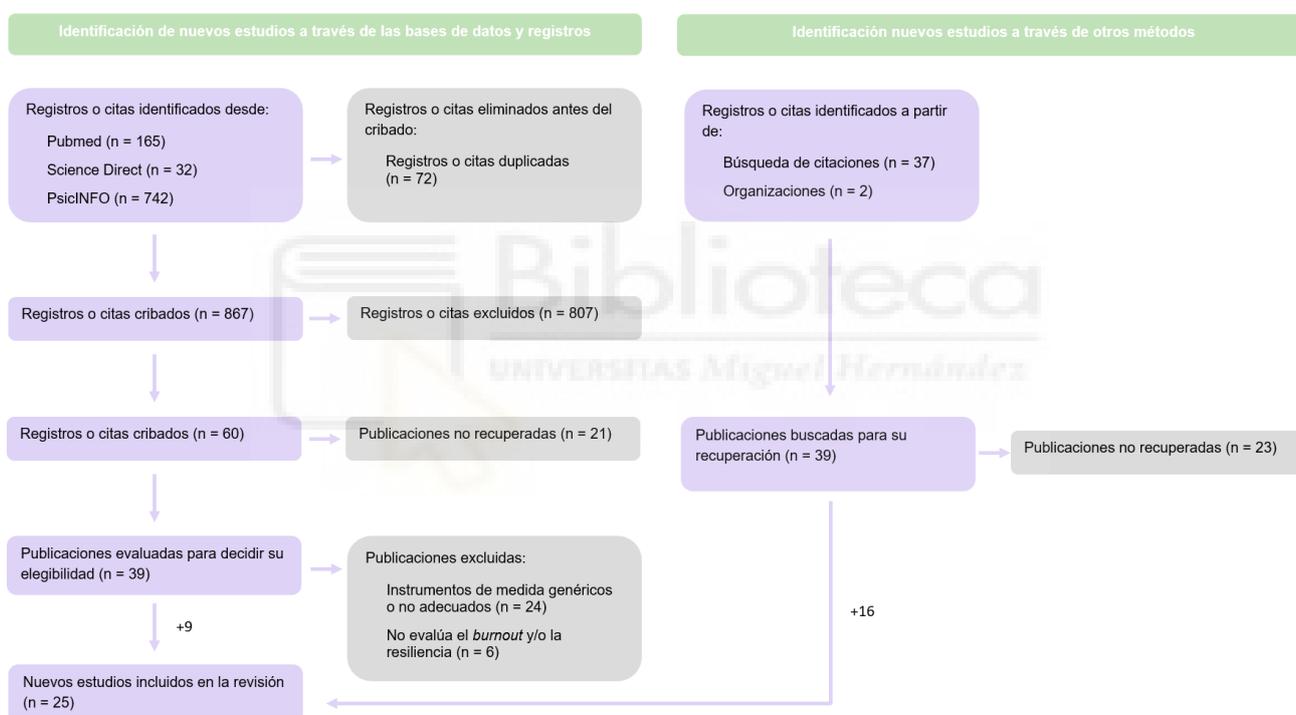
Ulteriormente se procedió al análisis de los títulos y resúmenes de las publicaciones, descartando 807 artículos y quedando 60 para cribar. De estos 60, no se pudieron recuperar 21 y se descartaron otros 30. Por último, se seleccionaron 9 artículos, en los cuales fueron utilizados 19 instrumentos diferentes.

Una vez realizada la revisión sistemática, fue necesaria añadir evidencia a este estudio, para ello se realizó una segunda búsqueda de artículos de organizaciones y de búsqueda citaciones para cubrir la validación de los instrumentos y complementar parte de esta revisión sistemática.

En la Figura 1, se analiza el proceso de selección de los artículos y los motivos de exclusión.

Figura 1

Proceso de selección de acuerdo al protocolo PRISMA 2020.



3.2. Características de los estudios

De los nueve estudios analizados siete presentan un diseño transversal, y dos son de tipo longitudinal, siendo factores predominantes de estudio en ambos el *burnout* y la resiliencia. De estos nueve estudios, cuatro se realizaron en España, dos en Estados Unidos, uno en Italia, uno en Australia y uno en Canadá.

La mayor parte de las muestras de estos estudios seleccionaron personal sanitario, aunque alguno de los mismos como el de Platania (2015) comparan además, otros profesionales no sanitarios.

Dentro de aquellos estudios que evalúan al personal sanitario, alguno de estos estudios se enfocan en algunas unidades hospitalarias concretas, como Falgueras et al. (2015), que evalúa a los profesionales de atención primaria.

En los nueve estudios seleccionados, se utilizaron 19 instrumentos diferentes, siendo el más utilizado MBI (*Maslach Burnout Inventory*), que aparece en ocho de los nueve artículos. Este cuestionario presenta tres dimensiones: agotamiento emocional, autorrealización y despersonalización, recogidos en sus 22 ítems. Los otros 18 instrumentos evaluados se reparten de forma homogénea con una aparición similar, pero mucho menos significativa respecto al MBI (Lin et al., 2022).

En cuanto a los instrumentos utilizados para evaluar la resiliencia, se destaca en primer lugar el RMRS (*Rushton Moral Resilience Scale*) que evalúa a través de sus 17 ítems sus cuatro dimensiones: respuestas ante la adversidad moral, integridad personal, eficacia moral e integridad relacional (Heinze et al., 2021). Por otro lado se utiliza el BRS (*Brief Resilience Scale*) que evalúa la recuperación del individuo ante la adversidad, recogido a través de sus seis ítems (Fung, 2020).

Por último los otros tres instrumentos valorados de los estudios seleccionados fueron el PSS (*Perceived Stress Scale*), el UWES (*Utrecht Work Engagement Scale*) y el OLBI (*Oldenburg Burnout Inventory*).

3.3. Análisis de la calidad de los estudios

El análisis de la calidad de los estudios se realizó tal y como se detalla en el apartado de metodología. En los apéndices 2 al 4 se incluye el detalle del procedimiento de valoración y la explicación del riesgo de sesgo según el caso.

A continuación se muestra en la Tabla 8, la puntuación ponderada de acuerdo a la valoración semicuantitativa realizada para los diferentes estudios.

Tabla 8*Resumen de la valoración de la calidad según los criterios de la Quality Assessment Tool*

Estudio	Autores	Puntuación QATool	Riesgo de sesgo	Puntuación ponderada
Burnout and moral resilience in interdisciplinary healthcare professionals	(Antonsdottir et al., 2022)	Bueno	Bajo	11
Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings	(Rushton et al., 2015)	Bueno	Bajo	11
Burnout, psychological capital and health during COVID-19 social isolation: A longitudinal analysis	(De Pedro et al., 2021)	Bueno	Medio	10
Burnout syndrome in intensive care professionals: relationships with health status and wellbeing	(Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2020)	Bueno	Medio	10
Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria	(Falgueras et al., 2015)	Pobre	Medio	2
Hair cortisol change at COVID-19 pandemic onset predicts burnout among health personnel	(Marcil et al., 2022)	Regular	Bajo	6
Job Satisfaction and Organizational Well-Being Queried: A Comparison Between The Two Companies	(Platania et al., 2015)	Bueno	No evidenciado	12
Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service	(Scanlan y Still, 2019)	Regular	Medio	6
Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic	(Luceño-Moreno et al., 2020)	Bueno	Bajo	11

3.4. Características de los instrumentos

De los seis instrumentos analizados, el total de ellos realiza son adecuados para evaluar globalmente la resiliencia y el síndrome del quemado en el personal sanitario. Además, todos estos instrumentos tienen la condición de que pueden ser autoadministrados, es decir que pueden ser cumplimentados por los participantes mismos sin necesidad de ayuda de un psicólogo o especialista.

Los instrumentos presentaron desde dos hasta cuatro dimensiones, a excepción del PSS y el BRS que son unidimensionales. La cantidad de ítems fue desde seis hasta 24, y por regla general con escala de Likert de cuatro a seis puntos.

En referencia a las puntuaciones, en la mayoría de los cuestionarios, una puntuación mayor indica más *burnout* o mayores niveles de resiliencia, excepto en el PSS, OLBI y BRS que cuenta con ítems que actúan de forma inversa (a mayor puntuación menor nivel de resiliencia o *burnout*).

En cuanto a la validación cultural cabe afirmar que todos los instrumentos han sido validados para España, exceptuando Todos los instrumentos han sido validados culturalmente para España, con la excepción del RMRS que fue validado para la población de Reino Unido y Estados Unidos.

En el Apéndice 5, se presenta la información con los datos más relevantes de cada cuestionario y su valoración obtenida posterior al análisis de calidad de los estudios que se han seleccionado.

3.5. Análisis de la calidad de los instrumentos

Con el fin de realizar el análisis de los instrumentos en los estudios seleccionados, se llevó a cabo una búsqueda de los artículos de evaluación de las propiedades psicométricas de cada uno de ellos. De esta forma se realizó la evaluación la calidad de los instrumentos siguiendo los criterios de Terwee de manera apropiada.

Para la selección de los estudios de validación de los instrumentos, se tuvo en cuenta si el artículo citado en el estudio de evaluación del *burnout* y la resiliencia era relevante y reciente, es decir, publicado en los últimos siete años y si añadía valor en concreto a la valoración de la

calidad de los mismos. Adicionalmente, otros criterios para la inclusión en el análisis fueron utilizar siempre el más novedoso, el que mayores propiedades evaluaba y si la validación al castellano de España estaba disponible.

En la Tabla 9 se enumera la clasificación de cada instrumento de acuerdo a la puntuación semicualitativa. Además, se incluyen en el Apéndice 6 la valoración de las propiedades de cada instrumento y en el Apéndice 7 la evaluación de las propiedades esenciales.

Tabla 9

Resumen de la valoración de la calidad según los criterios de la Quality Assessment Tool

Instrumento	Puntuación	Clasificación
RMRS	8,25	Bueno
MBI	14	Excelente
PSS	9	Muy bueno
UWES	5	Regular
OLBI	3,5	Regular
BRS	8,25	Bueno

4. DISCUSIÓN

Esta Revisión Sistemática cuenta con un total de nueve artículos sobre el Síndrome de *Burnout* en los profesionales sanitarios y su relación con el concepto de resiliencia.

El Síndrome de Burnout es el desequilibrio que percibe el trabajador entre sus expectativas y su trabajo real, y puede venir motivado por diversas causas y tener diferentes consecuencias (Matsuishi et al., 2021). La evidencia científica está de acuerdo en que los profesionales que padecen este Síndrome del Quemado son más vulnerables en su entorno de trabajo y puede tener grandes repercusiones en el desarrollo de sus tareas, lo que influye directamente en el paciente. Por ello es necesario evidenciar las causas y proponer herramientas para reducirlo (Falgueras et al., 2015). Los profesionales sanitarios españoles presentan un mayor riesgo de padecer estrés postraumático, ansiedad y depresión, solo por detrás de los trabajadores sociales.

Los trabajadores sanitarios que muestran mayor tasa de *burnout* son los encargados de las UCI, oncología y cuidados pediátricos. Está directamente relacionado con la sensación de carga de trabajo y resultados obtenidos, así como la responsabilidad personal en su desarrollo (Rushton et al., 2015).

En la literatura científica se viene hablando desde hace unos años de la resiliencia como una herramienta válida para minorar este Síndrome de *Burnout* en los trabajadores sanitarios. La resiliencia puede entenderse como un proceso de adaptación positiva a una situación de estrés, en que se pone de manifiesto la relación entre el entorno y las habilidades del trabajador sanitario (Scanlan y Still, 2019).

. La capacidad de adaptación positiva depende de factores tan variados como la personalidad o el entorno social, laboral o familiar (El-Hage et al., 2020). Otros, como De Pedro, et. al, equiparan la resiliencia al capital psicológico. Puesto que son variables subjetivas de difícil modulación, hay que perseverar en la búsqueda de mejoras.

Los resultados de este trabajo muestran que la resiliencia es un instrumento que interfiere de forma inversamente proporcional en el padecimiento de *burnout*. Según algunos autores, la resiliencia es un factor protector de los síntomas de *burnout*, por lo que, en conjunto con la opinión científica predominante, debe implementarse la resiliencia en este colectivo (Luceño-Moreno et al., 2020). Otro estudio, también demostró que la resiliencia moral tiene una relación protectora ante el *burnout*, y observó patrones entre la resiliencia moral y el agotamiento (Antonsdottir et al., 2022).

La resiliencia puede entrenarse de forma personal y también puede motivarse por parte de las empresas. Según Rushton et al. (2015), a nivel particular, la capacidad de resiliencia puede verse influido por actividades tales como la meditación u oración, el ejercicio físico, el juego o la pintura.

A nivel empresarial, en primer lugar, deben conocerse las características de los profesionales sanitarios que sufran mayor *burnout*. Estos suelen ser los que tienen más turnicidad, los que peor se llevan con sus jefes y los que menos consideran trabajar en equipo (Scanlan y Still, 2019). En segundo lugar, y una vez que se conocen estas debilidades, puede diseñarse un plan de actuación por parte de las empresas en que se invierta en formación para el adiestramiento en resolución de problemas o claves de organización.

En varios de los artículos incluidos en esta revisión, se observa que se ha reducido el *burnout* con la implementación de estrategias de equipo en el trabajo y actividades que mejoren las relaciones entre compañeros y jefes y trabajadores. Platania, S. et. al. (2015), argumentan en su trabajo que las relaciones entre trabajadores pueden mejorar mediante la implementación de un buen clima organizacional. Concluye que es un buen predictor del compromiso de los trabajadores, lo que a su vez ampara la literatura sobre el tema que afirma que este compromiso forma parte de la resiliencia que minora el *burnout*.

Como se puede observar, el riesgo de padecimiento de *burnout* tiene un gran componente personal, moral y psicológico, que tiene que ver con la autopercepción del propio trabajo y los resultados obtenidos, lo que entraña seria dificultad de abordaje. Esta cuestión unida a las consecuencias sobre los pacientes, implica la ferviente necesidad de generar herramientas como la resiliencia en los trabajadores sanitarios.

4.1. Limitaciones

En la elaboración de esta revisión sistemática se puede hablar de tres limitaciones principales. En primer lugar, cabe destacar que el diseño, búsqueda, investigación y análisis de resultados, se ha llevado a cabo por un solo investigador, lo que podría suponer cierto riesgo de sesgo. Para evitar esta situación, el estudio se ha apoyado en las herramientas existentes en la actualidad que lo dotan de rigurosidad. Estas son la “*Quality Assessment Tool*” y la escala de valoración cualitativa del riesgo de sesgo, dando lugar a una valoración ponderada de riesgo de sesgo de los estudios.

En segundo lugar, se han utilizado las tres principales bases de datos especializadas en la materia y se ha motivado su uso particular. No se ha considerado la búsqueda en otras bases de datos porque las tres seleccionadas reúnen las características necesarias para obtener información óptima. No obstante, es posible que no se haya tenido acceso a estudios relevantes debido a la no utilización de otras bases de datos que pudieran tener información relacionada.

En tercer y último lugar, no se ha encontrado un número muy elevado de artículos que relacionen de forma directa el Síndrome de *Burnout* con el concepto de resiliencia. En muchos de los estudios se menciona la idea, pero no se analiza en profundidad. El concepto de resiliencia es de difícil objetivación en el ámbito de la investigación, y es necesario definir bien los conceptos que la conforman para su análisis. Dado que la literatura científica aporta definiciones muy laxas de la resiliencia, las conclusiones del presente trabajo lo son también.

5. CONCLUSIONES

En primer lugar destacar que la resiliencia y el *burnout* son dos constructos diferentes y que por ello, deben evaluarse con sus instrumentos validados de forma individual. En cuanto a la evaluación de la resiliencia varios autores afirman la existencia de dificultad para evaluar dichos instrumentos respecto al *burnout*. El motivo de ello es que la resiliencia se ve influida por diversos factores como el país donde se reside, el clima laboral, la personalidad y otros factores ambientales del trabajador.

En segundo lugar, la evidencia científica señala que existe una necesidad no cubierta de diseñar e implementar modelos de prevención y tratamiento del Síndrome del Quemado para los profesionales sanitarios, así como mejorar las herramientas para obtener mayor resiliencia. La reducción de este síndrome en el personal sanitario no solo beneficia a este colectivo de forma individual, sino que aumenta la eficacia de sus actuaciones sobre los pacientes.

Como tercera conclusión, cabe afirmar que hay que mejorar las técnicas y terapias para reducir el burnout y aumentar la resiliencia en los profesionales sanitarios. Estas terapias se deben fomentar en mayor medida en el futuro tanto en las organizaciones así como en los centros sanitarios. Terapias como el yoga o el mindfulness, han demostrado contribuir en la reducción de los niveles de *burnout*.

Como cuarta y última conclusión, se ha evidenciado un aumento significativo de la evidencia en referencia al *burnout* y la resiliencia debido al COVID-19, tanto en las organizaciones sanitarias como en otros colectivos. Es imperativo mantener dicho interés científico y aumentar los estudios de corte más longitudinal con el propósito de no perder el pulso que se ha ganado en los últimos dos años.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7^a ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Anthony, M., Cruz, C., Tus, J., Barretto, R., Rayo, F., Crisostomo, J., y Cruz, M. (2021). Filipino Translation and Validation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Panukat ng Sobrang Pagkapagod. *International Journal of Psychology and Counseling*, 11(3), 34–43. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.16895065.v1>
- Antonsdottir, I., Rushton, C., Nelson, K., Heinze, K., Swoboda, S., y Hanson, G. (2022). Burnout and moral resilience in interdisciplinary healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1–2), 196–208. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15896>
- Arrogante, O., y Aparicio-Zaldivar, E. G. (2020). Burnout syndrome in intensive care professionals: relationships with health status and wellbeing. *Enfermería intensiva*, 31(2), 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>
- Baik, S., Fox, R., Mills, S., Roesch, S., Sadler, G., Klonoff, E., y Malcarne, V. (2019). Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Journal of Health Psychology*, 24(5), 628–639. <https://doi.org/10.1177/1359105316684938>
- Ciezar-Andersen, S., Hayden, K., y King-Shier, K. (2021). A systematic review of yoga interventions for helping health professionals and students. In *Complementary Therapies in Medicine* (Vol. 58). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102704>
- De Pedro, M., Fernández-Valera, M., García-Izquierdo, M., y Soler-Sánchez, M. (2021). Burnout, psychological capital and health during COVID-19 social isolation: A longitudinal analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031064>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M., y Aouizerate, B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*, 46(3), S73–S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

- Falgueras, M., Muñoz, C., Pernas, F., Sureda, J., López, M., y Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2014.01.008>
- Fung, S. (2020). Validity of the Brief Resilience Scale and Brief Resilient Coping Scale in a Chinese Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4). <https://doi.org/10.3390/IJERPH17041265>
- Heinze, K., Hanson, G., Holtz, H., Swoboda, S., y Rushton, C. (2021). Measuring Health Care Interprofessionals' Moral Resilience: Validation of the Rushton Moral Resilience Scale. *Journal of Palliative Medicine*, 24(6), 865–872. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0328>
- Ivette, C., Vargas, H., Gumbau, S., María, A., Sánchez, R., Eloísa, M., y Bannack, D. (2016). Validación de la escala UWES-9 en profesionales de la salud en México. *14(2)*, 89–100. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.veup>
- Lin, C., Alimoradi, Z., Griffiths, M., y Pakpour, A. (2022). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon*, 8(2). <https://doi.org/10.1016/J.HELİYON.2022.E08868>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., y Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1–29. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Marcil, M., Cyr, S., Marin, M., Rosa, C., Tardif, J., Guay, S., Guertin, M., Genest, C., Forest, J., Lavoie, P., Labrosse, M., Vadeboncoeur, A., Selcer, S., Ducharme, S., y Brouillette, J. (2022). Hair cortisol change at COVID-19 pandemic onset predicts burnout among health personnel. *Psychoneuroendocrinology*, 138. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105645>

- Matsuishi, Y., Mathis, B., Masuzawa, Y., Okubo, N., Shimojo, N., Hoshino, H., Enomoto, Y., y Inoue, Y. (2021). Severity and prevalence of burnout syndrome in paediatric intensive care nurses: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103082. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2021.103082>
- Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., y Sessler, C. (2016). An official critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals: A call for action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414–1421. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001885>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. In *The BMJ* (Vol. 372). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pintado, S. (2019). Changes in body awareness and self-compassion in clinical psychology trainees through a mindfulness program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34, 229–234. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2018.12.010>
- Platania, S., Santisi, G., Magnano, P., y Ramaci, T. (2015). Job Satisfaction and Organizational Well-Being Queried: A Comparison Between The Two Companies. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 1436–1441. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2015.04.406>
- Rothe, N., Steffen, J., Penz, M., Kirschbaum, C., y Walther, A. (2020). Examination of peripheral basal and reactive cortisol levels in major depressive disorder and the burnout syndrome: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 114, 232-270. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.024>
- Rushton, C., Batcheller, J., Schroeder, K., y Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>

Scanlan, J., y Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Services Research*, 19(1).

<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3841-z>

Study Quality Assessment Tools NHLBI, NIH. (17 de abril de 2022).

<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>

Terwee, C., Bot, S., De Boer, M., Van der Windt, D., Knol, D., Dekker, J., Bouter, L., y de Vet, H. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42.

<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>



7. APÉNDICES

7.1. Características de los estudios seleccionados

Artículo	Primer autor	País de publicación y Año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Instrumentos*	Principales Hallazgos
Burnout and moral resilience in interdisciplinary healthcare professionals	Antonsdottir, I.	Estados Unidos (2015)	Transversal	N = 350	Examinar las características demográficas y laborales de los profesionales de la salud asociados con un mayor agotamiento y examinar si los cuatro factores de la resiliencia moral contribuyen al agotamiento más allá de las variables laborales y demográficas.	1) RMRS 2) MBI 3) CD-RISC	La resiliencia moral es un concepto incipiente, que cada vez se reconoce más en los profesionales de la salud. Mediante el uso de una medida validada de resiliencia moral, este estudio demostró que la resiliencia moral tiene una relación protectora ante el <i>burnout</i> , encontrando patrones únicos de relaciones significativas y no significativas de resiliencia moral y agotamiento
Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings	Rushton, C.	Estados Unidos (2015)	Transversal	N = 114	Apoyar la creación de entornos de trabajo saludables para mejorar resiliencia de las enfermeras al tiempo que mejora la retención y reduciendo la rotación	1) MBI 2) MDS 3) PSS 4) CD-RISC 5) Meaning Scale 6) SHS	Las áreas de alto riesgo como pediatría, oncología y UCI son vulnerables al <i>burnout</i> debido a las altas necesidades de los pacientes, la incertidumbre de los resultados, y el contexto de alta carga de trabajo. Este estudio confirma la relación entre las variables del burnout, incluyendo factores moduladores como la resiliencia y la esperanza
Burnout, psychological capital and health during COVID-19 social isolation: A longitudinal analysis	De Pedro, M.	España (2021)	Longitudinal	N = 354	Evaluar la influencia del COVID-19 en los niveles de salud, capital psicológico y burnout en una muestra de trabajadores	1) MBI 2) OREA 3) GHQ-12	Reducción significativa en la salud autopercebida y el capital psicológico (resiliencia). La edad y el burnout actúan como variables predictoras. En cuanto a los efectos de salud el agotamiento emocional tiene mayor influencia que la autoeficacia laboral

Burnout syndrome in intensive care professionals: relationships with health status and wellbeing	Arrogante, O	España (2020)	Transversal	N = 52	Determinar los modelos predictivos que incluyan las dimensiones del burnout predictoras de la salud física/mental y del bienestar subjetivo/ psicológico percibido en profesionales de intensivos	1) MBI 2) SF-12 3) SWLS 4) PWBS	No hay diferencias sociodemográficas significativas. Los altos niveles del burnout se asocian con una pobre salud física/mental y bienestar subjetivo. Las altas puntuaciones en agotamiento emocional y bajas en realización personal predijeron negativamente las escalas del bienestar subjetivo y psicológico
Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria	Falgueras, M.	España (2015)	Transversal	N = 2.398	Estimar la prevalencia de burnout y percepción de trabajo en equipo en los equipos de Atención Primaria de Barcelona	1) MBI	Los trabajadores sociales presentan mayor media de dimensiones afectadas en grado alto, seguidas de médicos y enfermeras. El personal fijo presenta mayor agotamiento emocional. Los que peor valoraron a sus jefes y los que menos consideraban trabajar en equipo presentaron más agotamiento emocional, más despersonalización y mayor nivel de burnout en general
Hair cortisol change at COVID-19 pandemic onset predicts burnout among health personnel	Marcil, M.	Canadá (2022)	Longitudinal	N = 467	Evaluar la asociación entre el cortisol capilar (tres meses antes de la aparición de la pandemia y el cambio relativo en niveles de cortisol), y el <i>burnout</i> , TEPT, ansiedad y depresión en los sanitarios.	1) MBI 2) CAPS-5	El cambio en los niveles de cortisol capilar ha predicho el <i>burnout</i> del personal sanitario al inicio de la pandemia de COVID-19. En cuanto a la resiliencia o el apoyo organizativo percibido, el cambio en las cifras de cortisol no se vio representado en las mismas. Este marcador biológico no invasivo de la respuesta al estrés podría utilizarse en más iniciativas clínicas o de investigación para evaluar a las personas de alto riesgo de padecer desgaste profesional

Job Satisfaction and Organizational Well-Being Queried: A Comparison Between The Two Companies	Platania, S.	Italia (2015)	Transversal	N = 146	El objetivo de este estudio es investigar el significado, características y herramientas de análisis del clima organizacional, el compromiso del trabajador dentro de la organización y la satisfacción personal	1) M_DOQ10 2) UWES 3) SWLS	El clima organizacional es un fuerte predictor del compromiso de los trabajadores, es decir, la empresa puede, a través de la implementación de acciones mejorar su relación con el trabajador. La satisfacción con la vida puede actuar como mediadora del compromiso con la organización, y viceversa, influyendo esta en el estado de bienestar y satisfacción de la persona
Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service	Scanlan, J.	Australia (2019)	Transversal	N = 277	Conocer las relaciones entre el <i>burnout</i> , la satisfacción laboral en un contexto sanitario, teniendo en cuenta las demandas y las recompensas	1) OLBI 2) MBI	La satisfacción laboral, y el <i>burnout</i> se encuentran fuertemente correlacionados. Las recompensas, el reconocimiento, el control del trabajo, el <i>feedback</i> y la participación se asocian más fuertemente con niveles más bajos de <i>burnout</i> , y mayor satisfacción laboral. Si bien estas demandas laborales generalmente se consideraban un aspecto central de la prestación de servicios de salud mental.
Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic	Luceño-Moreno, L.	España (2021)	Transversal	N = 1.422	El objetivo de este estudio es analizar el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión durante la pandemia de COVID-19 por variables como el burnout o resiliencia	1) HADS 2) IES-R 3) MBI 4) BRS	Los profesionales sanitarios españoles presentan un mayor riesgo de padecer estrés postraumático, ansiedad y depresión. Por otro lado, la resiliencia es un factor protector de los síntomas mencionados, por lo que sería recomendable incluir la promoción de la resiliencia en el diseño de intervenciones para reducir el estrés, como señalan otros autores

Leyenda: Verde (instrumentos directamente relacionados con este estudio). Azul (instrumentos complementarios y/o de control de variables).

Was the exposure(s) assessed more than once over time?	NA	NA	SÍ	NA	NA	SÍ	NA	NA	NA
Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	SÍ								
Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure(s) and outcome(s)?	SÍ								
SÍ	9	9	11	9	7	10	9	8	9
NO	0	0	0	0	2	1	0	1	0



7.3. Valoración semicuantitativa de acuerdo al *Quality Assessment Tool*

	(Antonsdottir et al., 2022)	(Rushton et al., 2015)	(De Pedro et al., 2021)	(Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2020)	(Falgueras et al., 2015)	(Marcil et al., 2022)	(Platania et al., 2015)	(Scanlan y Still, 2019)	(Luceño-Moreno et al., 2020)
Valoración general	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Pobre	Regular	Bueno	Regular	Bueno
Importancia del riesgo de sesgo	Bajo	Bajo	Medio	Medio	Medio	Bajo	No evidenciado	Medio	Bajo
Explicación del sesgo	No incluye un grupo de control. La información demográfica, incluidos el género y el origen étnico no se recopiló, por lo no se pudo estudiar la asociación de estas características demográficas con el <i>burnout</i> .	Se desconoce si los investigadores en otras ubicaciones geográficas y en sistemas sanitarios tendrían resultados similares a los nuestros	La información se obtuvo a través de cuestionarios de autoinforme, lo que puede producir sesgos de respuesta, aumentando artificialmente las correlaciones entre variables.	Pequeño tamaño de la muestra y ausencia de diferencias entre las variables sociodemográficas	Hay una muestra muy grande que no está aleatorizada y que no cumple con el 50% de participación	No se puede descartar que algunos participantes hayan tenido antecedentes médicos o psiquiátricos.		La muestra no está aleatorizada y no cumple con el 50% de participación. Consiguieron un 25%. No especifican el n° de muestra necesaria	Población expuesta a estímulos negativos. Cuestionario realizado por la web.

7.4. Clasificación de la calidad de los estudios según *Quality Assessment Tool*

Estudio	Puntuación QATool	Riesgo de sesgo	Puntuación ponderada
Burnout and moral resilience in interdisciplinary healthcare professionals	Bueno	Bajo	11
Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings	Bueno	Bajo	11
Burnout, psychological capital and health during COVID-19 social isolation: A longitudinal analysis	Bueno	Medio	10
Burnout syndrome in intensive care professionals: relationships with health status and wellbeing	Bueno	Medio	10
Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria	Pobre	Medio	2
Hair cortisol change at COVID-19 pandemic onset predicts burnout among health personnel	Regular	Bajo	6
Job Satisfaction and Organizational Well-Being Queried: A Comparison Between The Two Companies	Bueno	No evidenciado	12
Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service	Regular	Medio	6
Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic	Bueno	Bajo	11

7.5. Características generales de los instrumentos

Instrumento*	Validación	Objetivo	Dimensiones	Ítems	Interpretabilidad	Validación cultural	Valoración de calidad
RMRS. Rushton Moral Resilience Scale	(Heinze et al., 2021)	La escala RMRS proporciona un método simple para evaluar el nivel de resiliencia moral autoinformado por los profesionales de la salud. La escala se diseñó para ser autoadministrada en formato electrónico o en papel. Puede ser autoadministrado.	Cuatro: Respuestas ante la adversidad moral, Integridad personal, Eficacia moral e Integridad relacional.	El RMRS cuenta con 17 ítems calificados en una escala de Likert de 4 puntos: 1 en desacuerdo, 2 algo en desacuerdo, 3 algo de acuerdo o 4 de acuerdo.	A mayor puntuación, mayor nivel de resiliencia moral.	Estados Unidos y Reino Unido. Inglés.	Bueno
MBI. Maslach Burnout Inventory	(Lin et al., 2022)	El cuestionario MBI es un instrumento psicométrico comúnmente utilizado para evaluar el burnout a través de sus tres dimensiones. Existe una versión global y adaptaciones enfocadas a un colectivo particular. Puede ser autoadministrado.	Tres: Agotamiento emocional, Autorrealización y Despersonalización.	El MBI cuenta con 22 ítems, organizados mediante una escala Likert de 6 puntos: 0 nunca, 1 algunas veces al año o menos, 2 una vez al mes o menos, 3 algunas veces al mes, 4 una vez a la semana, 5 varias veces a la semana y 6 todos los días.	A mayor puntuación, mayor grado de <i>burnout</i> .	Taiwan, Europa y Reino Unido. Inglés.	Excelente
PSS. Perceived Stress Scale	(Baik et al., 2019)	La escala PSS mide el grado en que las situaciones de la propia vida se perciben como estresantes. Como indicadores de estrés, los ítems del PSS evalúan el grado en que los individuos perciben que sus vidas son impredecibles, incontrolables y/o sobrecargadas. Puede ser autoadministrado.	Unidimensional	La PSS cuenta con 14 ítems calificados en una escala Likert de 5 puntos que van desde nunca (0), hasta muy a menudo (4).	El factor 1 (negativo) con 10 ítems, indica que a mayor puntuación mayor sentimiento negativo de estrés. Y el factor 2 (positivo) con 4 ítems indica lo contrario, a más puntuación menor nivel de estrés.	Estados Unidos, México y España. Inglés y Español	Muy bueno

UWES. Utrecht Work Engagement Scale	(Ivette et al., 2016)	La escala UWES es la medida que más reconocimiento está teniendo como herramienta válida y fiable para medir el entusiasmo laboral dadas sus propiedades psicométricas. Puede ser autoadministrado.	Tres: Vigor, dedicación y absorción	La escala UWES tiene tres versiones de 24, 17 o 15 ítems repartidos de forma proporcional entre las tres dimensiones. La escala es tipo Likert que parte desde (0) nunca a siempre (5).	A mayor puntuación, mayor entusiasmo laboral	España, Italia, Holanda y Japón. Inglés y Español	Regular
OLBI. Oldenburg Burnout Inventory	(Anthony et al., 2021)	El OLBI tiene como propósito medir el <i>burnout</i> del individuo. Se enfoca en el agotamiento físico, emotivo y cognitivo a través de la falta de compromiso y la realización personal. Puede ser autoadministrado.	Dos: Identificación y agotamiento	El OLBI se compone de 16 ítems compuestos por frases positivas y negativas. La escala es tipo Likert que van desde muy de acuerdo (1) a muy en desacuerdo (4)	Los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11 y 12 puntuaciones más altas indican más <i>burnout</i> . El resto de ítems se contabilizan de forma inversa	Países europeos y Filipinas. Inglés y Filipino	Regular
BRS. Brief Resilience Scale	Fung, S. (2020)	La Escala Breve de Resiliencia (BRS) es un instrumento creado con el objetivo de cuantificar la recuperación del individuo ante la adversidad. Puede ser autoadministrado.	Unidimensional	La escala BRS incluye 6 ítems a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que se enumera desde en absoluto (1) hasta muy bien (5)	Ítems 1, 3 y 5 a mayor puntuación mayores niveles de resiliencia. Resto de ítems se contabilizan de forma inversa	Estados Unidos, América del Sur, Holanda y Alemania. Inglés y Español.	Bueno

* Todos los instrumentos son autoadministrables (la cumplimentación por parte del sujeto puede realizarse de forma autónoma, sin necesidad de ayuda del profesional especializado).

7.6. Valoración de las propiedades de cada instrumento

Instrumento	Validez de Contenido	Consistencia Interna	Validez de Criterio	Validez de Constructo	Replicabilidad		Sensibilidad	Suelo y Techo	Interpretabilidad	Número Propiedades Evaluadas*	Puntuación Cuantitativa
					Grado de acuerdo	Fiabilidad					
RMRS	Positivo	Positivo	Medio	Positivo	No evaluado	Positivo	No evaluado	No evaluado	Positivo	6	5,5
MBI	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	No evaluado	Positivo	Positivo	No evaluado	Positivo	7	7
PSS	Positivo	Positivo	No evaluado	No evaluado	No evaluado	Positivo	Positivo	No evaluado	Medio	5	4,5
UWES	Positivo	Positivo	Medio	Positivo	No evaluado	Medio	No evaluado	No evaluado	Positivo	6	5
OLBI	Positivo	Positivo	No evaluado	No evaluado	No evaluado	Positivo	No evaluado	No evaluado	Medio	4	3,5
BRS	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	No evaluado	Medio	No evaluado	No evaluado	Positivo	6	5,5

* Por cada valoración "positivo" suma 1 punto, "medio" suma 0,5 puntos, "pobre" resta 1 punto y "no evaluado" equivale a 0.

7.7. Evaluación de las propiedades y valoración por número evaluado

Instrumento	Validez de contenido	Alto nivel de fiabilidad	Hipótesis para evaluar la validez de contenido	Análisis factorial presente	Coefficiente*	Indicador cualitativo**
RMRS	SÍ	SÍ	NO	SÍ	1,5	Muy bueno
MBI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	2	Excelente
PSS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	2	Excelente
UWES	SÍ	SÍ	NO	NO	1	Regular
OLBI	SÍ	SÍ	NO	NO	1	Regular
BRS	SÍ	SÍ	NO	SÍ	1,5	Muy bueno

* Por cada valoración "SÍ" suma 0,5 puntos, "NO" equivale a 0. ** Excelente: 2 puntos. Muy bueno: 1,5 puntos. Regular: 1 punto. Pobre: 0,5 puntos. Muy pobre: 0 puntos.

7.8. Informe de evaluación de investigación responsable



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 26 de abril del 2022

Nombre del tutor/a	Eva León Zarzeño
Nombre del alumno/a	Juan Félix García Nuño
Tipo de actividad	1. Revisión bibliográfica (no incluye revisión de historias clínicas ni ninguna fuente con datos personales)
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Resiliencia y Síndrome del Quemado en los profesionales sanitarios. Una revisión sistemática
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	220417103905
Código de Investigación Responsable	TFM.MPG.ELZ.JFGN.220417
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Resiliencia y Síndrome del Quemado en los profesionales sanitarios. Una revisión sistemática** ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de



prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>

