



Máster en Prevención de Riesgos Laborales

Trabajo de Fin de Máster

“Síndrome de Burnout en personal de
enfermería del Hospital Clínico
Universitario Virgen de la Arrixaca”

Juan David Lara Lozano

Tutor: Fermín Torrano Montalvo

Curso Académico 2019 - 2020



INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D. Fermín Torrano Montalvo, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado “Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca” y realizado por el estudiante Juan David Lara Lozano.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 22/07/2020

TORRANO
MONTALV
O FERMIN -

Firmado
digitalmente por
TORRANO
MONTALVO
FERMIN -

Fecha: 2020.07.22
10:11:53 +02'00'

Fdo.: Fermín Torrano Montalvo
Tutor/a TFM



Resumen

El Burnout es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo. Es un problema común entre los profesionales de la salud, especialmente aquellos en la primera línea de atención. Por ello, en este trabajo se tratará de analizar los niveles de burnout en el equipo de enfermería del hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Para alcanzar el objetivo planteado, se ha evaluado un equipo de 20 profesionales de enfermería del citado hospital. Para la evaluación se ha empleado el Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI - HSS), inventario reconocido para la medición del nivel de burnout. Así, los participantes obtienen puntuaciones medias en la variable Agotamiento Emocional, en cambio obtienen una puntuación alta en realización personal, que indican un bajo nivel de burnout, y una puntuación baja en despersonalización que indica un bajo nivel de burnout. En conclusión, encontramos que los niveles de burnout en nuestros participantes son medio bajos, siendo especialmente destacables los niveles agotamiento emocional.

Palabras Clave:

Burnout, enfermería, Maslach, recurso humano, psicosocial.

Índice de contenido

1. Justificación	6
2. Introducción	9
2.1. Consecuencias profesionales del Burnout	12
2.2. Consecuencias para la salud del profesional sanitario	14
2.3. Agentes causantes de Burnout.....	14
2.4. Factores de riesgo personales	16
2.5. Burnout en profesionales de la Salud.....	20
2.6. Burnout en enfermería.....	22
2.7. Intervenciones en burnout	24
3. Objetivos	29
4. Metodología	30
4.1. Participantes.....	30
4.2. Variables objeto de estudio	31
4.3. Descripción de instrumento de medida	32
4.4. Procedimiento.....	33
4.5. Análisis de datos	34
5. Resultados	35
6. Discusión	40
7. Conclusiones	43
8. Referencias	45

Índice de Tablas

Tabla 1. Niveles de Burnout	35
Tabla 2: Correlación de la variable edad con los componentes de burnout	36
Tabla 3. Comparación en función de Sexo del participante	37
Tabla 4: Comparación del nivel de burnout en función del lugar de trabajo	38



Índice de Figuras

Figura 1: Fases de Burnout	10
Figura 2: Consecuencias del Burnout en profesionales sanitarios	13
Figura 3: Distribución en función del sexo	30
Figura 4: Área de trabajo	31
Figura 5: Items del cuestionario MBI	33
Figura 6: Diferencias en función del sexo	37
Figura 7: Diferencias en función del puesto de trabajo	39



1. Justificación

La calidad de los servicios ofrecidos por las organizaciones de atención médica puede estimarse mediante dos enfoques: la perspectiva de los pacientes y la de los profesionales (Donabedian, 1996). La satisfacción del paciente se considera una medida del estado de la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios del servicio. El nivel de esta medida indica la calidad de la atención recibida (Hendriks et al., 2001; Mira y Aranaz, 2000; Tejedor et al., 2013). Esta información es esencial para la mejora continua de los servicios ofrecidos a los pacientes (Manary et al., 2013).

Hay características de la profesión de enfermería y las reacciones psicosociales del personal sanitario que deben tenerse en cuenta al describir las cualidades del servicio (Aiken et al., 2012; Laschinger y Leiter, 2006; Stalpers et al., 2015; Tummers et al., 2001; Van Bogaert et al., 2013; You et al., 2013). De algún modo, son las propias características del servicio y el tipo de relación que se establece entre los profesionales y los pacientes los que determinan la carga que puede acumular el trabajador.

Por esta razón, existen estudios que respaldan la existencia de condiciones organizacionales y profesionales en el contexto de la atención médica que fomentan el reconocimiento oportuno de la percepción de estrés ocupacional y agotamiento entre el personal tanto de enfermería como del resto de profesiones sanitarias (Adriaenssens et al., 2015; Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Garrosa et al., 2010).

Dado que a menudo se ha dicho que el estrés y el agotamiento afectan la salud de los profesionales de manera negativa e influyen en los resultados para los pacientes en términos de la calidad de su atención médica (Aiken et al., 2012; Vahey et al., 2004; Van Bogaert et al., 2013), es sorprendente cuán escasa es la investigación sobre estas asociaciones (Argentero et al., 2008; Leiter et al., 1998; Stimpfel et al., 2012; Vahey et al., 2004). Es aún más sorprendente en el caso del personal de enfermería que trabaja en los departamentos de emergencias de los hospitales, ya que estas unidades son el escenario de una faceta esencial de las interacciones de atención médica que tienen lugar entre los ciudadanos y el sistema de atención médica (Adriaenssens et al., 2015; Potter, 2006).

Existen condiciones laborales que pueden generar estrés entre el personal de enfermería del departamento de emergencias del hospital: conflictos interpersonales (conflictos con los médicos y otros colegas); falta de recursos personales al enfrentar las tareas diarias; falta de apoyo social; cargas de trabajo excesivas; presenciando la muerte y el sufrimiento de pacientes (García-Izquierdo y Ríos-Ríos, 2012). Además, estas circunstancias aumentan las tasas de agotamiento, fomentan otros comportamientos contraproducentes y afectan la calidad del servicio ofrecido (Adriaenssens et al., 2015; Sundin et al., 2007; Van Bogaert et al., 2014; Wu et al., 2010)

Maslach y col. (2001) afirman que el agotamiento es un fenómeno común en los profesionales que trabajan con personas ("servicios humanos") y es una respuesta al estrés laboral crónico causado por el agotamiento emocional, el cinismo y la falta de efectividad personal.

En esta definición, las características tridimensionales del agotamiento son obvias, ya que afectan el nivel personal (agotamiento emocional: la sensación de no poder hacer frente a las propias emociones), el nivel psicosocial (cinismo: comportamiento que lo distancia a uno) desde el trabajo, las personas implicadas en él y sus colegas) y el nivel profesional (falta de efectividad personal: la sensación de no cumplir con las tareas adecuadamente o ser incompetente).

Las consecuencias del agotamiento pueden ser negativas para la efectividad de la organización, por ejemplo, al aumentar las rotaciones y el absentismo, al disminuir la productividad y la calidad de las tareas realizadas, y al aumentar la frecuencia de los intentos de abandonar la profesión (Ha et al., 2014; Heinen et al., 2013; Roch et al., 2014), además de tener efectos negativos sobre la salud del individuo (Adriaenssens et al., 2015; Sorour y El-Maksoud, 2012; Stathopoulou et al., 2011)

Solo hay un pequeño cuerpo de investigación que intenta relacionar el estrés y el agotamiento entre las enfermeras con la satisfacción del paciente, y los resultados de estos estudios son controvertidos. Por lo tanto, Argentero et al. (2008), Garman y col. (2002), Leiter y col., (1998) y Vahey y col. (2004) han destacado que la satisfacción del paciente está relacionada negativamente con el agotamiento emocional en el personal de enfermería con el que entran en contacto. Por lo tanto, estudiar las

condiciones del personal puede y aplicar mejoras en estas, puede generar una mayor satisfacción con los servicios recibidos por los pacientes.



2. Introducción

Burnout es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo (Rodríguez, 2006). Es un problema común entre los profesionales de la salud, especialmente aquellos en la primera línea de atención (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

El Burnout generalmente se define y mide de acuerdo con tres dimensiones: agotamiento emocional, sentimientos de cinismo y desapego del trabajo (despersonalización) y una sensación de ineficacia y falta de logro (bajo logro personal; Maslach, 2003; Weber y Jaekel-Reinhard, 2000). El agotamiento, como se aplica a los trabajadores de servicios humanos, es experimentado por individuos cuyas ocupaciones requieren interacciones intensas con personas de las que son responsables de alguna manera (por ejemplo, sus pacientes, clientes o estudiantes; Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita & Pfahler, 2012; Schaufeli & Van Dierendonck, 1993).

Los factores que contribuyen al agotamiento entre los trabajadores de servicios humanos se han conceptualizado de acuerdo con varios modelos teóricos, incluido el modelo de agotamiento de los recursos de demanda de trabajo (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001; Schaufeli y Bakker, 2004), el esfuerzo- modelo de desequilibrio de recompensas (Bakker, Killmer, Siegrist y Schaufeli, 2000; van Vegchel, de Jonge, Bosma y Schaufeli, 2005), y un modelo específico para trabajadores de cuidado a largo plazo (Cohen-Mansfield, 1995). Un buen ejemplo es el modelo de Kaplé y Trapero (1997), que se resumen en la siguiente figura:

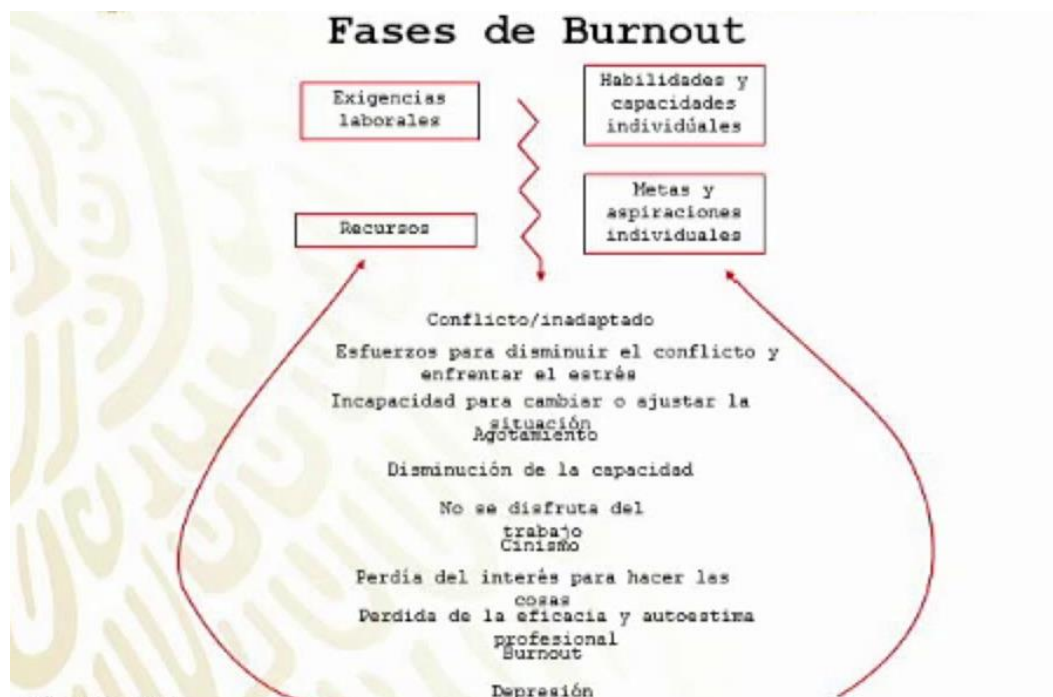


Figura 1: Fases de Burnout

En el estudio actual, el agotamiento se conceptualiza de acuerdo con el modelo de demanda de trabajo-recursos. Este modelo se ha aplicado a enfermeras, aunque no específicamente al personal de enfermería en centros de atención a largo plazo (Hansen, Sverke y Näswell, 2009; Jourdain y Chênevert, 2010). Estos estudios (Hansen et al., 2009; Jourdain y Chênevert, 2010) encontraron que las demandas laborales se asociaron con niveles más bajos de agotamiento emocional y despersonalización, y niveles más altos de realización personal. Los recursos laborales no se asociaron significativamente con el agotamiento, lo que sugiere que, para el personal de atención directa en algunos entornos de atención médica, los niveles de agotamiento pueden verse más directamente afectados por las demandas del lugar de trabajo.

Burnout es un síndrome bien estudiado en la asistencia sanitaria asociado con diversas consecuencias profesionales y personales. Numerosos estudios han intentado estimar las tasas de agotamiento en los profesionales de la salud que informan tasas de prevalencia que van del 25 al 75% (por ejemplo, Fahrenkopf et al., 2008; Linzer et al., 2001; Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002). El agotamiento se define como un síndrome que consiste en el agotamiento emocional (EE), la

despersonalización (DP) y el logro personal reducido (PA) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996). Los síntomas del agotamiento varían según las personas, pero también varían según la etapa del agotamiento.

El Inventario de agotamiento de Maslach (MBI) es la medida más utilizada del agotamiento del trabajo. El MBI ha dominado el campo como una herramienta de investigación; a finales de la década de 1990 se había utilizado en el 93% de los artículos de revistas (Schaufeli y Enzmann, 1998). La confiabilidad factorial y la validez del MBI se han establecido en todas las culturas y ocupaciones.

Las tres dimensiones del MBI generan tres puntajes para cada encuestado individual. El desafío para el investigador o profesional es cómo combinar estos tres puntajes diferentes. El Manual original de MBI presenta la distribución de puntajes para sus muestras normativas y los divide en tercios; el rango de puntuación en cada tercio se usa para indicar puntajes "bajos", "promedio" y "altos" en el agotamiento (Maslach et al., 1996).

El agotamiento emocional no aparece en los sistemas de clasificación más utilizados (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, CIE-10, y Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM 5). Sin embargo, en la práctica se realiza un diagnóstico y se utiliza como base para un tratamiento adicional (Kaschka, Korczak y Broich, 2011).

El MBI ha sido clínicamente validado en casi todos los países europeos (Brenninkmeijer y Van Yperen, 2003; Roelofs, Verbraak, Keijsers, de Bruin y Schmidt, 2005; Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap y Kladler, 2001). La clasificación de alto agotamiento se basa en puntajes de corte clínicamente validados. En los Países Bajos, esta herramienta de diagnóstico se incluye en las pautas prácticas para el manejo de los trastornos relacionados con el estrés en la atención médica ocupacional y primaria, según lo publicado por la Royal Dutch Medical Association en 2000. De acuerdo con estas pautas, el agotamiento se define como neurastenia relacionada con el trabajo que incluye la pérdida a largo plazo de la función ocupacional, y la herramienta de diagnóstico permite a los médicos discriminar entre aquellos que sufren de agotamiento severo y los que no.

El uso del MBI como herramienta para el diagnóstico médico también se ha adoptado en Suecia. El problema del uso del burnout como diagnóstico médico es que trata el burnout como un concepto unidimensional y fuerza toda la atención hacia el agotamiento emocional. Sin embargo, el uso del MBI como herramienta clínica para diagnosticar el agotamiento es problemático. Por ejemplo, Kleijweg, Verbraak y Van Dijk (2013) recomiendan que el MBI no se use solo como herramienta de diagnóstico en una población de pacientes, debido a la alta probabilidad resultante de sobrediagnóstico de agotamiento.

La cuestión de si el agotamiento es una variable continua o dicotómica es un tema importante en la comunidad médica. Por ejemplo, el intercambio entre Shanafelt y Dyrbye (2012) y Blanchard, Rodrigues y Colombat (2012) sobre la prevalencia de agotamiento entre los oncólogos en el Journal of Clinical Oncology destaca la necesidad de claridad sobre las pautas para la detección del agotamiento. De hecho, el hecho de que los profesionales de la salud se preocupen por la detección del agotamiento revela su deseo de poder diagnosticarlo adecuadamente.

2.1. Consecuencias profesionales del Burnout

Los estudios transversales han asociado el agotamiento del profesional sanitario con una disminución de la productividad, la insatisfacción laboral y más del doble de la intención autoinformada de abandonar la práctica actual por razones distintas a la jubilación. Considerando los cambios reales en la práctica, un estudio longitudinal de médicos que utilizan las medidas basadas en un solo ítem de MBI informaron que cada aumento de 1 punto en el agotamiento emocional o la disminución de 1 punto en la satisfacción laboral entre 2011 y 2013 se asoció con una probabilidad 28% y 67% mayor, respectivamente, de reducción en el esfuerzo profesional y el trabajo horas durante el año siguiente según los registros de nómina (Ruiz y Ríos, 2004).

Si se extrapola al nivel internacional solo en los Estados Unidos, se estima que el resultado efectivo de la pérdida anual de productividad equivale a la pérdida de las clases de graduados de siete escuelas de medicina. Otros estudios adicionales Apoyar la relación entre los síntomas de agotamiento y los médicos que abandonan sus prácticas clínicas. Además de los obvios efectos en la vida de los médicos, estos cambios en la práctica pueden reducir el acceso del paciente a la atención médica y

tensar aún más los sistemas de atención médica que ya luchan por satisfacer las necesidades de las poblaciones a las que atienden (Figura 2).

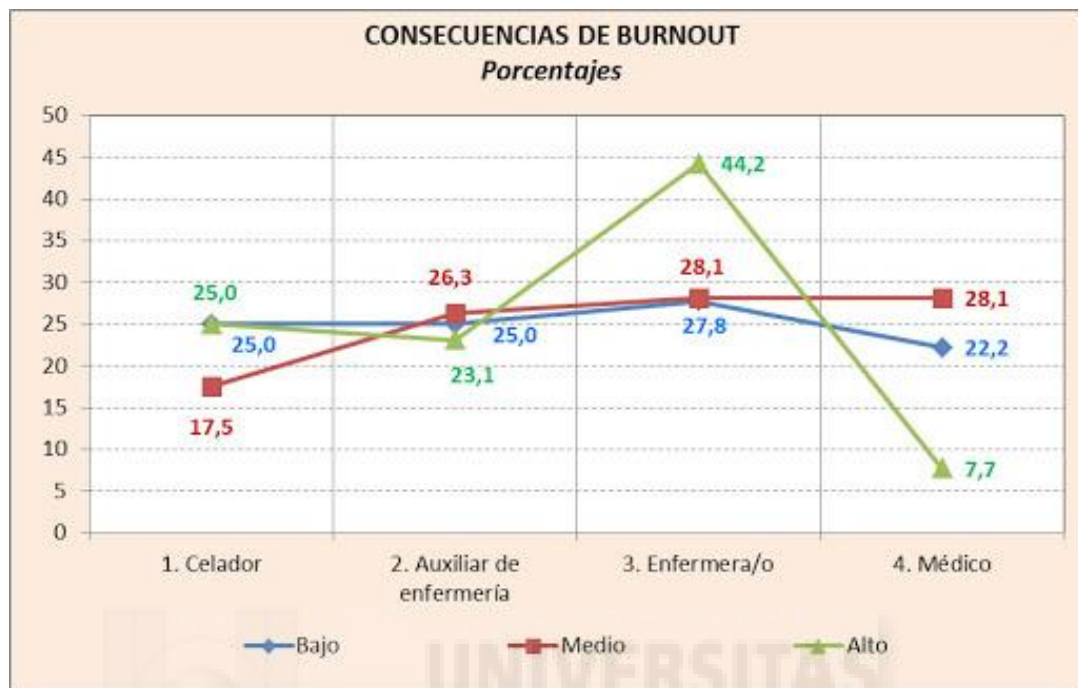


Figura 2: Consecuencias del Burnout en profesionales sanitarios

La rotación de médicos también tiene implicaciones financieras para las organizaciones de atención médica. Los costos estimados para reemplazar a un médico varían de cientos de miles a más de un millón de dólares estadounidenses, según la especialidad, la ubicación de la práctica y la duración de la vacante no ocupada. Varios estudios pequeños apuntan a la posibilidad de mayores referencias y una mayor utilización de recursos entre los médicos que experimentan agotamiento o altas cargas de trabajo.

El agotamiento del médico también puede aumentar los gastos de atención médica indirectamente a través de tasas más altas de errores médicos y reclamos por negligencia médica, absentismo y menor productividad laboral, como se señaló anteriormente. Una estimación conservadora del costo de la rotación relacionada con el agotamiento excede los 5000–10 000 dólares estadounidenses por médico por año, y la cifra real casi seguramente es mucho mayor debido a los costos adicionales relacionados con estos factores indirectos (Valdés-Salgado, Molina-Leza y Solís-Torres, 2001).

2.2. Consecuencias para la salud del profesional sanitario

Junto con las correlaciones previamente señaladas con la depresión, el agotamiento del médico se asocia con un deterioro médico más amplio, que incluye un aumento del 25% en las probabilidades de abuso / dependencia del alcohol y un riesgo duplicado de ideación suicida.

Este último la conexión es crítica porque los médicos tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con la población general, ya que la tasa de suicidios entre los médicos varones es 40% mayor que la de otros hombres en la población y la tasa de suicidios entre los médicos es 130% más alta que otras mujeres en la población. El agotamiento del médico también se asocia con un mayor riesgo de accidentes automovilísticos y eventos de casi accidentes, incluso después de ajustar por fatiga (Stuckler y Basu, 2013).

2.3. Agentes causantes de Burnout

Los factores estresantes relacionados con el trabajo impulsan el agotamiento del profesional sanitario. Procesos y entornos de trabajo ineficientes (p. Ej., Requieren una documentación completa ingresada por el médico y una comunicación electrónica de instrucciones, la llamada entrada computarizada de órdenes médicas y otras tareas que no maximizan el tiempo los médicos pasan trabajando en la parte superior de sus licencias) contribuyen a los síntomas de agotamiento.

El uso de la entrada computarizada de órdenes médicas se ha asociado con tasas 29% mayores de agotamiento médico. Otros aspectos dentro del ambiente de trabajo que impulsan la carga administrativa probablemente también contribuyan al agotamiento, particularmente cuando estos factores no contribuyen al significado en las actividades laborales de los médicos (Chávez, 2016).

Las cargas de trabajo excesivas (por ejemplo, largas horas de trabajo, tareas frecuentes de llamadas nocturnas y alta intensidad de trabajo), conflictos entre el trabajo y el hogar, la pérdida de apoyo de los colegas y el deterioro del control, la autonomía y el significado en el trabajo se han asociado con el agotamiento entre los médicos.

Por ejemplo, los análisis multivariantes de datos de estudios transversales de médicos han informado relaciones independientes entre el agotamiento y las horas de trabajo (un aumento del 3% en las probabilidades de agotamiento por cada hora adicional por semana), tareas de llamadas nocturnas o de fin de semana (aumento del 3-9% probabilidades por cada noche adicional o fin de semana de guardia), el tiempo que pasa en casa en tareas relacionadas con el trabajo (2% de probabilidades aumentadas por cada hora adicional por semana) y conflictos entre el trabajo y el hogar (mayor que el doble del riesgo de agotamiento cuando está presente) (Martín Criado y Prieto, 2015).

La importancia del significado en el trabajo queda más ilustrada por el hallazgo de que los médicos que gastan menos del 20% de su esfuerzo laboral en la actividad que consideran más significativa personalmente tienen casi tres veces más probabilidades de agotarse que aquellos que gastan al menos el 20% de su esfuerzo laboral en dicha actividad.

Se ha demostrado que las tasas de síntomas de agotamiento difieren constantemente entre las especialidades médicas, con algunas especialidades asociadas con tasas de agotamiento un 40% más bajas (por ejemplo, medicina preventiva y ocupacional) y otras asociadas con hasta tres veces mayores probabilidades de agotamiento (por ejemplo, medicina de emergencia o urgencia, medicina interna general y neurología) en comparación con otras especialidades, lo que sugiere que hay aspectos únicos de la vida laboral en estas especialidades que contribuyen a los diferentes riesgos de agotamiento (Viciano Céspedes, 2018).

También puede haber factores distintos relacionados con el trabajo para los médicos en la práctica privada, ya que varios estudios han encontrado tasas de agotamiento más altas en estas prácticas en relación con las prácticas académicas u otras, independientemente de la especialidad, las horas de trabajo y otros factores.

Los modelos de pago de los médicos también parecen afectar el agotamiento, ya que los médicos informan ingresos basados exclusivamente en incentivos o desempeño que experimentan tasas de agotamiento mucho más altas que los médicos asalariados (Delgado, González Delgado y Delgado, 2019).

Los factores del clima organizacional (por ejemplo, comportamientos negativos de liderazgo y colaboración interprofesional limitada, oportunidades de avance y apoyo social para los médicos) también influyen en el agotamiento. Por ejemplo, qué tan bien los líderes involucran a sus constituyentes y buscan aportes, informan, asesoran y reconocen a las personas por sus contribuciones. se relaciona con el agotamiento y la satisfacción profesional entre los médicos que dirigen.

Grandes estudios nacionales de médicos también sugieren que las organizaciones y los líderes que brindan a los médicos un mayor control sobre los problemas en el lugar de trabajo tienen más probabilidades de emplear a médicos con mayor satisfacción profesional y menor estrés informado. Los roles de los factores sociales y las diferencias en los sistemas de salud en el agotamiento de los médicos siguen sin estar claros.

2.4. Factores de riesgo personales

Los estudios transversales de los médicos han encontrado relaciones independientes entre el agotamiento y el sexo del médico, la edad, la deuda educativa, el estado de la relación, la edad de los hijos y la ocupación del cónyuge / pareja. Aunque el sexo no es un predictor independiente de agotamiento después de ajustar por edad y otros factores, algunos estudios han encontrado que las doctoras tienen un 20-60% más de probabilidades de agotamiento (Mendieta Montealegre, 2018).

Un estudio noruego que reportó puntajes de agotamiento encontró niveles más altos de agotamiento entre las mujeres, en quienes el agotamiento se relacionó notablemente con los conflictos entre el trabajo y el hogar, y niveles más altos de desconexión entre los hombres, en quienes el agotamiento fue más fuertemente predicho por la carga de trabajo. Los médicos más jóvenes también parecen estar en mayor riesgo de síntomas de agotamiento, con los menores de 55 años en más del doble del riesgo de los mayores de 55 años (Evenstand, 2016).

Sin embargo, no está claro si estos hallazgos explican completamente el posible impacto del agotamiento en las jubilaciones anteriores observadas anteriormente, y la posterior representación insuficiente de médicos mayores en los estudios de prevalencia de agotamiento que resultaría.

Se ha descubierto que tener un hijo menor de 21 años aumenta el riesgo de agotamiento en un 54% y que un cónyuge / pareja que trabaja como profesional de la salud no médico ha demostrado aumentar el riesgo de agotamiento en un 23%. Las características individuales, como la personalidad y las habilidades interpersonales, y las experiencias personales pueden influir en la forma en que los médicos enfrentan el estrés (Ocampo Soto, y Ríos Cardona, 2020).

Sin embargo, las personas que eligen convertirse en médicos no parecen ser inherentemente más vulnerables al estrés y al agotamiento, enfatizando la importancia de los factores relacionados con el trabajo, la organización y el sistema de salud en la actual crisis de agotamiento del médico.

Aunque los estudios sobre el agotamiento de los profesionales sanitarios tienen un conocimiento muy avanzado de su epidemiología e intervenciones para abordar este problema, quedan muchas lagunas.

Primero, gran parte de la literatura sobre agotamiento médico-sanitario ha involucrado estudios transversales, y se necesitan estudios longitudinales de las causas y consecuencias del agotamiento médico. Independientemente del diseño del estudio, la consideración de la mirada de posibles factores contribuyentes en general ha sido incompleta.

Los resultados sobre el impacto de los factores demográficos, incluidos el sexo, la edad, el estado de minoría, el estado financiero y los roles familiares, han sido inconsistentes, y es necesario aclarar los roles que desempeñan estas variables en el agotamiento del médico y la respuesta a las intervenciones. Las investigaciones y las razones de las diferencias en el agotamiento en los entornos de práctica, que incluyen diferentes ubicaciones de práctica, sistemas de atención médica, países, especialidades y estructuras de equipo, también han sido limitadas.

En un nivel más fundamental, la aplicación de instrumentos mal validados y las definiciones variables para la evaluación del agotamiento siguen siendo comunes. Las nuevas medidas y definiciones de agotamiento pueden ser útiles, pero como se señaló anteriormente, su desarrollo debe cumplir con los procedimientos científicos rigurosos establecidos para el desarrollo y validación de instrumentos.

En segundo lugar, no se ha estudiado el efecto de los enfoques de enfoque individual y estructural / organizacional en combinación, aunque generalmente se acepta que se necesitan soluciones en ambas áreas. Los enfoques óptimos para el desarrollo y la implementación de intervenciones de burnout tampoco son claros. Además, relativamente pocos estudios han evaluado los efectos a largo plazo o posteriores a la intervención, y se desconoce si es necesario volver a exponerse a intervenciones potencialmente beneficiosas para mantener sus efectos.

En tercer lugar, se necesita investigación adicional para comprender mejor las consecuencias del agotamiento del médico en los resultados y la seguridad del paciente, los comportamientos de práctica del médico, los costos de atención médica y la capacidad de los sistemas de atención médica para atender a las poblaciones. Esto incluye un examen más detallado del impacto del agotamiento en los planes de carrera a lo largo del proceso de capacitación médica en la práctica. Los estudios que incorporan la evaluación del agotamiento médico en los marcos de mejora de la calidad y análisis económico pueden ser particularmente informativos. Las estrategias basadas en evidencia que pueden emplear los médicos individuales incluyen la atención plena, la capacitación para el manejo del estrés, la capacitación en habilidades de comunicación, los programas de ejercicio y los esfuerzos de autocuidado y la participación en programas de grupos pequeños orientados a promover la comunidad, la conexión y el significado.

Las estrategias organizacionales han demostrado ser más difíciles de estudiar hasta la fecha, pero en los Estados Unidos, las restricciones en las horas de servicio de los residentes han reducido las tasas de agotamiento. Estudios adicionales han mostrado beneficios al reducir las horas de médicos en unidades de cuidados intensivos y en la enseñanza de rotaciones. Estos enfoques se alinean con una carga de trabajo excesiva como factor de agotamiento. También se ha demostrado que los cambios de práctica desarrollados localmente para promover la eficiencia y la satisfacción ofrecen beneficios.

En términos más generales, Shanafelt y Noseworthy han delineado estrategias específicas que las organizaciones de atención médica deberían considerar para promover el bienestar de los médicos y abordar el agotamiento. Los enfoques de

extensión ya discutidos incluyen apoyo institucional y defensa para el apoyo de pares y la comunidad y atención cuidadosa a qué tan bien expresados y vividos valores se alinean dentro de una organización.

Las intervenciones adicionales informadas por la investigación transversal también pueden ofrecer beneficios. Aunque faltan datos sobre el impacto de estas intervenciones, se podrían esperar beneficios de una atención específica al ajuste profesional, cómo se integran las responsabilidades laborales y domésticas y la reflexión sobre los valores personales y cómo el trabajo de uno se alinea con esos valores.

Independientemente del enfoque adoptado, se requiere una evaluación válida del agotamiento del médico. Hemos revisado previamente las recomendaciones de instrumentos, pero la medición debe realizarse tanto a nivel individual como a nivel organizacional. Existen herramientas anónimas en línea, que permiten a los médicos individuales medir de forma privada su nivel de agotamiento con respecto a las muestras de médicos normativos.

Se ha demostrado que estas herramientas impulsan la reflexión y los posibles pasos de acción para abordar el agotamiento en grandes grupos de médicos. A nivel organizacional, la evaluación del agotamiento debe considerarse parte del "tablero" de medidas de desempeño institucional rastreadas, indicadores de calidad y desempeño de liderazgo.

Los elementos abreviados de desgaste descritos anteriormente se adaptan bien a este propósito, pero las medidas alternativas también pueden ser útiles si se aplican consistentemente para informar los cambios a lo largo del tiempo. Dichas evaluaciones organizacionales se pueden agregar por unidad de trabajo para proporcionar información procesable sobre problemas locales con el agotamiento mientras se mantiene la confidencialidad del médico (Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, San Luis-Costas, Fernández-Castillo, Aguayo-Estremera y Cañadas-de la Fuente, 2017).

Finalmente, las soluciones al agotamiento de los médicos requerirán esfuerzos coordinados a nivel nacional y potencialmente internacional. Los requisitos

reglamentarios y de documentación, aunque bien intencionados, a menudo sobrecargan a los médicos y los distraen de las actividades directas de atención al paciente. Mantener la importancia crítica de la seguridad del paciente y optimizar los resultados del paciente, al tiempo que protege los roles de trabajo más significativos para los médicos, debe convertirse en objetivos complementarios.

Esto se ha caracterizado como una expansión necesaria del enfoque de Triple Objetivo para mejorar el rendimiento del sistema de salud (mejorar la salud de las poblaciones, mejorar la experiencia de la atención y reducir los costos per cápita de la atención médica) a un Objetivo Cuádruple, agregando el objetivo de mejorar la vida laboral de los profesionales de la salud y su experiencia en la prestación de atención. Dado que el burnout en trabajadores sanitarios obstaculiza directamente el desempeño del sistema de salud, los esfuerzos para abordar el agotamiento deben considerarse elementos fundamentales de las estrategias nacionales y globales para mejorar la atención de la salud.

2.5. *Burnout en profesionales de la Salud*

La alta presión y el estrés laboral debido a presenciar el sufrimiento humano y la naturaleza impredecible del trabajo hacen que el agotamiento sea un fenómeno común entre los profesionales de la salud (Essex y Scott, 2008; Hamdam, 2017; Kuhn, Goldberg, Compton, 2009; Gilardi et al., 2013; Gilardi, Guglielmetti y Pravettoni, 2014). Los profesionales de la salud que trabajan en el servicio de urgencias tuvieron un mayor nivel de agotamiento en comparación con otras especialidades médicas (por ejemplo, Howlett et al., 2015). El agotamiento en los profesionales de la salud tiene varias consecuencias negativas tanto a nivel organizacional como a nivel individual.

A nivel organizacional, el agotamiento en la disfunción eréctil se asocia con una alta tasa de rotación de personal, disminución del rendimiento laboral y compromiso profesional. A nivel individual, puede afectar negativamente el funcionamiento cognitivo, como la dificultad para concentrarse, la disminución de la atención y la mala toma de decisiones (Arora et al., 2013; Alessandra Gorini et al., 2015; Deligkaris et al., 2014; Howlett et al., 2015; Margallo-Lana, Reichelt, Hayes, 2001; Yates, Benson, Harris, 2012; Sandström, Rhodin, Lundberg, Olsson y Nyberg, 2005, Mazzocco y Cherubini, 2005).

La disminución del funcionamiento cognitivo en última instancia puede conducir a graves consecuencias clínicas como errores médicos, baja satisfacción del paciente y baja adherencia al tratamiento de las recomendaciones del médico (Erickson y Grove, 2007; Deligkaris et al, 2014).

Aunque el agotamiento es común entre los profesionales de la salud de la sala de emergencias, no todo el personal de la sala de emergencias muestra síntomas de agotamiento (Howlett et al., 2015). Algunos miembros del personal parecen hacer frente de manera efectiva al estresante entorno de los profesionales de la salud. Para disminuir la probabilidad de agotamiento en esta población, es de suma importancia comprender los mecanismos de agotamiento e identificar posibles factores aislantes.

Las investigaciones han resaltado que dos grupos de factores pueden desempeñar un papel en el síndrome de burnout, a saber, los factores situacionales y los factores individuales. El primer grupo está más relacionado con el trabajo, las características ocupacionales y organizativas, el último se refiere a factores individuales que están relacionados con características demográficas, actitud laboral, aspectos psicocognitivos y disposicionales (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

La investigación que investiga los aspectos psicocognitivos y de disposición en el agotamiento ha identificado el papel crucial de las estrategias de afrontamiento y la alexitimia (Shin et al., 2014; MacArthur y MacArthur, 1998). Las estrategias de afrontamiento son esfuerzos específicos, conductuales o psicológicos, que las personas utilizan para dominar, tolerar o reducir los eventos estresantes (MacArthur y MacArthur, 1998). Un metaanálisis (Shin et al, 2014) informó que las estrategias de afrontamiento afectan las dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia profesional), de diferentes maneras.

En particular, Shin y sus colegas (2014) descubrieron que el agotamiento emocional y la despersonalización de los profesionales de la salud estaban fuertemente asociados a estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, mientras que la ineficacia profesional estaba fuertemente asociada a estrategias de afrontamiento enfocadas en problemas. Además, se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento orientadas a tareas se asocian con un agotamiento disminuido, mientras que las estrategias orientadas a la emoción se asociaron con un agotamiento

incrementado en estudiantes de enfermería (Watson et al, 2008) y en profesionales de la salud en varios profesionales de la salud canadienses (Howlett et al., 2015).

La conexión entre alexitimia y agotamiento revela el importante papel de la regulación individual de las emociones. La alexitimia se define como la dificultad para identificar y describir los sentimientos, y se caracteriza por un pensamiento orientado externamente centrado en los aspectos concretos de los estímulos externos, más que en el espacio interior (Katsifaraki y Tucker, 2013). Recientemente, Edwards (2017) descubrió que la alexitimia predijo significativamente el agotamiento en los servicios de emergencia, incluidos los bomberos, el personal médico de emergencia y el personal de rescate. Edwards y sus colegas también encontraron una correlación negativa entre la alexitimia y el número de años trabajados en centros sanitarios.

Otro factor posiblemente relacionado con el agotamiento puede ser el estilo de toma de decisiones. Aunque la relación entre el estilo de toma de decisiones y el agotamiento en los profesionales de la salud de la sala de emergencias puede parecer razonable, no se ha investigado exhaustivamente.

Sin embargo, varios estudios han indicado que, en condiciones de estrés agudo, los responsables de la toma de decisiones tienden a aplicar procesos automáticos (Allwood y Salo, 2012; Porcelli y Delgado, 2009; Van den Bos, Harteveld y Stoop, 2009; Lucchiari et al., 2016; Gorini, Masiero y Pravettoni, 2016) y que los empleados que se sienten agotados tienden a participar en una toma de decisiones más pobre (McGee, 1989; Michailidis y Banks, 2016). Además, aquellos que sufren de agotamiento a menudo toman decisiones más riesgosas (Michailidis y Banks, 2016).

2.6. *Burnout en enfermería*

En el estudio actual, conceptualizamos los estresores ocupacionales y personales como demandas laborales, de acuerdo con el modelo de agotamiento de las demandas laborales y los recursos (Demerouti et al., 2001). El personal de enfermería en los centros de atención a largo plazo se enfrenta a varios factores estresantes ocupacionales específicos que no experimenta el personal de enfermería de cuidados agudos que influyen en su satisfacción laboral y pueden conducir a mayores tasas de agotamiento (Stone & Harahan, 2010). Uno de esos factores estresantes es la gran

cantidad de residentes con demencia que pueden dirigir el abuso físico y verbal hacia el personal u otros residentes. Estos residentes a menudo también requieren transferencias frecuentes entre camas, sillas y sillas de ruedas, lo que aumenta aún más la presión sobre el personal de atención directa (Pitfield, Shahriyarmolki y Livingston, 2011).

Entre los factores estresantes adicionales se incluyen la exposición al deterioro de la salud y la muerte de muchos de sus receptores de servicios, el cuidado de las personas que son incontinentes de orina o heces, el cuidado de las personas que necesitan diferentes niveles de asistencia y la integración de los residentes con demencia con otros residentes de hogares de ancianos (Hasson & Arnetz, 2008; Morgan, Semchuk, Stewart y D'Arcy, 2002; Pekkarinen, Sinervo, Perälä y Elovainio, 2004).

La literatura actual sobre los efectos indirectos entre el estrés personal y laboral (efectos indirectos de la familia al trabajo) sugiere que el estrés personal puede conducir a mayores niveles de agotamiento emocional, aunque esta investigación no se ha centrado en el personal de enfermería en los centros de atención a largo plazo (Pfaff, Kowalski y Ansmann, 2013). La investigación que se ha llevado a cabo en el personal de atención a largo plazo sugiere que el estrés personal puede contribuir a síntomas depresivos más altos, aunque el agotamiento no se ha examinado como resultado (O'Donnell, Ertel y Berkman, 2011).

La tarea de disminuir el agotamiento entre el personal de enfermería de cuidados a largo plazo requiere la identificación de variables de los empleados que tengan el potencial de disminuir o prevenir los factores estresantes relacionados con el agotamiento. A la luz de la investigación que se analiza a continuación, el apoyo social es un fuerte candidato para esta tarea.

El clima social de un lugar de trabajo está relacionado con el estrés laboral y el agotamiento (Kinman, Wray y Strange, 2011; Kowalski et al., 2010). El apoyo social puede disminuir el agotamiento y el estrés laboral (Jenkins y Elliott, 2004), aunque se sabe poco sobre los tipos de apoyo social que están disponibles para el personal de enfermería de cuidados a largo plazo, y si los diferentes tipos de apoyo están relacionados con el agotamiento. En el estudio actual, las fuentes y funciones de

apoyo social se conceptualizaron como recursos laborales, de acuerdo con el modelo de agotamiento de los recursos laborales (Demerouti et al., 2001). Incluimos tanto la fuente de apoyo como la función de apoyo en el estudio actual a la luz de investigaciones previas que sugieren que los tipos de apoyo (es decir, la función de apoyo) y el tipo de apoyo (es decir, la fuente de apoyo) son dos construcciones conceptualmente distintas (Thoits, 2011).

Existe alguna evidencia de que el apoyo relacionado con el trabajo, particularmente el apoyo de los supervisores, puede ser particularmente importante para disminuir el estrés entre el personal de enfermería de cuidados a largo plazo (Liang, Hsieh, Lin y Chen, 2013; McGilton, Hall, Wodchis y Petroz, 2007), aunque investigaciones anteriores no han examinado el agotamiento directamente. Hasta donde sabemos, no hay trabajo publicado sobre fuentes de apoyo no laborales (amigos, familiares) entre el personal de enfermería de cuidados a largo plazo y sobre sus asociaciones con el agotamiento.

Se han hecho una variedad de distinciones entre varios tipos de apoyo social y las funciones que cumplen (Uchino, 2004). Por ejemplo, el apoyo social puede proporcionar funciones informativas, emocionales o instrumentales (Thoits, 2011). Hasta donde sabemos, los estudios existentes sobre el agotamiento entre el personal de enfermería en entornos de atención a largo plazo no han considerado las funciones de apoyo al examinar el impacto de los recursos laborales en el agotamiento. La provisión de ciertos tipos de apoyo social dentro de las relaciones laborales y no laborales, como el apoyo instrumental y la garantía de valor, puede tener un resultado positivo en la salud y el bienestar, como ayudar a las personas a lidiar con el estrés laboral y el agotamiento (Akroyd, Caison, & Adams, 2002; Scheurer, Choudhry, Swanton, Matlin, & Shrank, 2012; Stevens et al., 2013; Varvel et al., 2007).

2.7. Intervenciones en burnout

Se han realizado numerosas revisiones de la literatura para encontrar intervenciones para mejorar el agotamiento, la depresión y el suicidio en el personal de atención médica.

Awa, Plaumann y Walter (2010) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de 25 estudios de intervención primaria, que incluyeron una evaluación previa y posterior a la intervención. Estos estudios no fueron específicos para enfermeras e incluyeron otros profesionales de la salud, dentistas, trabajadores sociales y policías. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del programa de intervención de agotamiento para disminuir el agotamiento. De los estudios revisados en esta revisión sistemática, 14 eran ensayos controlados aleatorios, nueve eran cuasiexperimentales, cinco no aleatorios y dos no tenían grupos de control.

Las intervenciones fueron dirigidas por personas (individuales / grupales) o por organizaciones. Las intervenciones cognitivo-conductuales, que tenían como objetivo mejorar las habilidades personales de afrontamiento, el apoyo social o los ejercicios de relajación, se consideraron dirigidas por la persona. Los cambios en los procedimientos de trabajo destinados a disminuir las demandas laborales y aumentar el control sobre el trabajo se consideraron intervenciones dirigidas por la organización. En esta revisión sistemática, Awa et al. descubrieron que las intervenciones de agotamiento fueron beneficiosas, y aquellas dirigidas tanto por la persona como por la organización tuvieron efectos positivos más prolongados sobre el agotamiento.

Davidson, Zisook, Kirby, DeMichele y Norcross (2018) describieron una expansión piloto de un programa proactivo de detección de suicidios para enfermeras con el fin de derivarlas para atención médica mental. Los métodos utilizados para este programa comenzaron educando a las enfermeras sobre el agotamiento y la depresión, así como una introducción a la herramienta de detección de riesgos anónimos en línea disponible. La población incluía a todas las enfermeras del centro médico urbano que fueron invitadas a participar en el examen por correo electrónico.

En este estudio, la educación se proporcionó en tres grandes rondas de una hora, que discutieron los riesgos de agotamiento, depresión y suicidio en la atención médica. El programa de detección también se introdujo a la enfermería en grupos diarios durante un período de dos semanas. Los resultados de este programa seis meses después de la implementación incluyeron el 7% de las enfermeras que completaron los cuestionarios en línea, con el 43% identificado con alto riesgo y el 55% con riesgo moderado. El resultado incluyó el 44% de las enfermeras seleccionadas que

participaron en el asesoramiento y 17 enfermeras derivadas para continuar el tratamiento. Davidson y col. Llegó a la conclusión de que la detección en línea, anónima y proactiva del riesgo de suicidio era una forma efectiva de encontrar enfermeras en riesgo y ofrecer asesoramiento para mejorar su salud mental.

Henderson (2015) realizó un estudio cuasiexperimental al brindar educación sobre resistencia para reducir el agotamiento en el personal de enfermería. La población incluyó una muestra de conveniencia de enfermeras que trabajan en el departamento médico-quirúrgico en un hospital infantil en una gran ciudad metropolitana. Los datos sobre el agotamiento se obtuvieron con encuestas previas y posteriores a la prueba utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI), y la resistencia de la personalidad se evaluó mediante la Encuesta de vistas personales. La intervención educativa incluyó el manejo del estrés y estrategias de afrontamiento efectivas en una sesión de entrenamiento de una hora.

Las encuestas de MBI antes y después de la intervención mostraron una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes en las tres subescalas, que incluyeron agotamiento emocional, despersonalización y logro personal. Los puntajes de la encuesta de inventario personal antes y después de la intervención mostraron aumentos en el compromiso, el control y el desafío. Henderson descubrió que la educación sobre resistencia era efectiva para disminuir el agotamiento y para apoyar la educación y la conciencia como una solución para disminuir el agotamiento en el personal de salud.

Flarity, Gentry y Mesnikoff (2013) realizaron un estudio cualitativo para evaluar la efectividad de un programa educativo para disminuir los síntomas de fatiga por compasión y agotamiento en las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias. Las enfermeras del departamento de emergencias en un hospital universitario, con una designación de centro de trauma primario y accidente cerebrovascular de nivel II, fueron invitadas a participar en la intervención. La muestra de enfermeras de conveniencia autoseleccionada completó un seminario de cuatro horas sobre fatiga de compasión y resistencia.

Las encuestas previas y posteriores a la intervención utilizando la prueba de la Encuesta de Calidad de Vida Profesional (ProQOL) se obtuvieron de los participantes.

La encuesta ProQOL es una herramienta de autoinforme de 30 ítems que utiliza tres subescalas: satisfacción por compasión, estrés traumático secundario y agotamiento.

Flarity y col. encontró un aumento estadísticamente significativo en la satisfacción de la compasión, una disminución en el agotamiento y una disminución en los síntomas de estrés traumático secundario. Los resultados previos y posteriores a la intervención respaldaron la intervención como beneficiosa para el bienestar de las enfermeras de urgencias.

Downs y col. (2014) realizaron un estudio transversal de un programa voluntario de detección de depresión y prevención del suicidio ofrecido a profesores y estudiantes de una escuela de medicina durante un período de cuatro años. Este programa ofrecía un examen de depresión anónimo en línea utilizando el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), con preguntas adicionales para evaluar el riesgo de suicidio.

El programa de Educación, evaluación y derivación de sanadores (HEAR) fue el título de esta intervención, que fue completada por el 44% de los estudiantes e identificó que el 8% de los estudiantes tenían un riesgo alto / significativo. En general, la implementación del programa HEAR fue exitosa en la identificación de estudiantes y profesores en riesgo y en derivarlos para tratamiento (Downs et al., 2014).

En resumen, la literatura revisada apoya las intervenciones educativas para los proveedores de atención médica para disminuir el agotamiento y la implementación de una herramienta de detección para identificar los síntomas depresivos y la ideación suicida. Con altas tasas de agotamiento y síntomas depresivos reportados en la literatura, es evidente que se debe prestar atención a este problema de salud. Dado que el agotamiento y la depresión pueden conducir al riesgo de suicidio, también es evidente que la detección del suicidio es una forma efectiva de identificar a los proveedores de atención médica en riesgo y derivarlos para el tratamiento adecuado.

Brindar educación sobre el agotamiento y la depresión, así como ofrecer evaluaciones de riesgo de suicidio, ayudará a contribuir al bienestar y la resistencia del personal de atención médica, lo que, a su vez, mejorará los resultados y la satisfacción del paciente, disminuirá los errores y mejorará las tasas de retención de enfermeras. Pero ante esta situación, siempre se debe comenzar por un diagnóstico de la situación

El marco del Instituto para el Mejoramiento de la Atención Médica (IH) para mejorar la alegría en el trabajo será el marco utilizado para guiar este proyecto. Este marco incluye los aspectos críticos del sistema en los que los líderes deben enfocarse para ayudar a asegurar que los empleados estén comprometidos y que los empleados encuentren alegría en su trabajo (Perlo et al., 2017).



3. Objetivos

3.1. *Objetivo general*

Este trabajo parte del objetivo de analizar los niveles de burnout en el equipo de enfermería del hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

3.2. *Objetivos específicos*

- Analizar la relación entre la variable sexo y los niveles de burnout de los participantes.
- Analizar la influencia de la edad sobre los niveles de burnout referidos por los participantes.
- Analizar la relación entre el puesto de trabajo y el nivel informado de burnout de los participantes.
- Analizar qué medidas pueden plantearse con carácter preventivo frente al burnout.
- Establecer una serie de recomendaciones y buenas prácticas que nos permitan generar conocimiento y respuestas eficaces frente a casos de burnout.

4. Metodología

4.1. Participantes

Los participantes en este estudio pertenecen a la plantilla del hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Este es un hospital de tercer nivel asistencial que cuenta con servicio de urgencias, hospitalización, consulta externa, quirófanos, hospitalización ambulatoria, hospital de día, docencia y otras pruebas especiales.

La media de edad de los participantes que han participado en este estudio asciende a 46.4 (dt 9.33) años con edades comprendidas entre los 29 y los 64 años.

En total han participado en este estudio un total de 20 personas que desarrollan funciones de enfermería, y que al menos desarrollan las mismas funciones y en mismo ámbito de trabajo desde hace al menos un año. En este sentido encontramos que, del total de participantes, son mayoritariamente mujeres (n14; 70%), como se refleja en la siguiente figura.

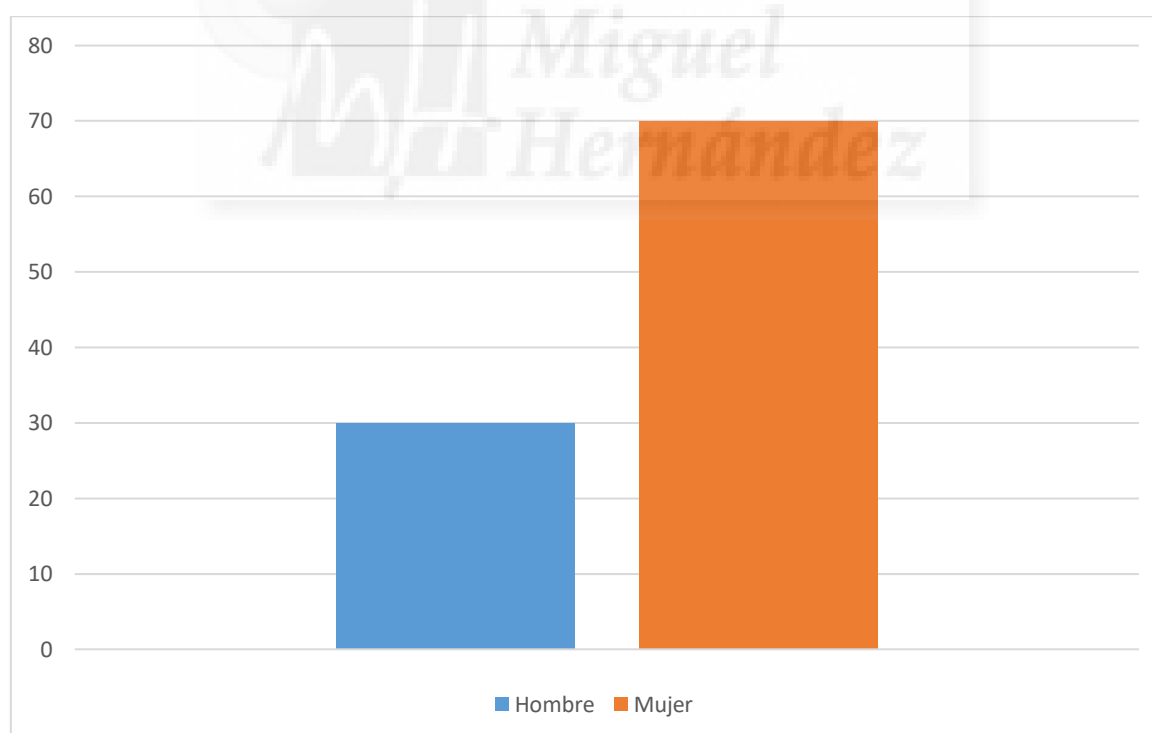


Figura 3: Distribución en función del sexo

Por último, referente al ámbito de trabajo encontramos que los participantes se distribuyen de forma homogénea en tres categorías o áreas de trabajo como son en consultas (n6; 30%), en planta (n7; 35%) y en el servicio de atención a urgencias (n7; 35%).

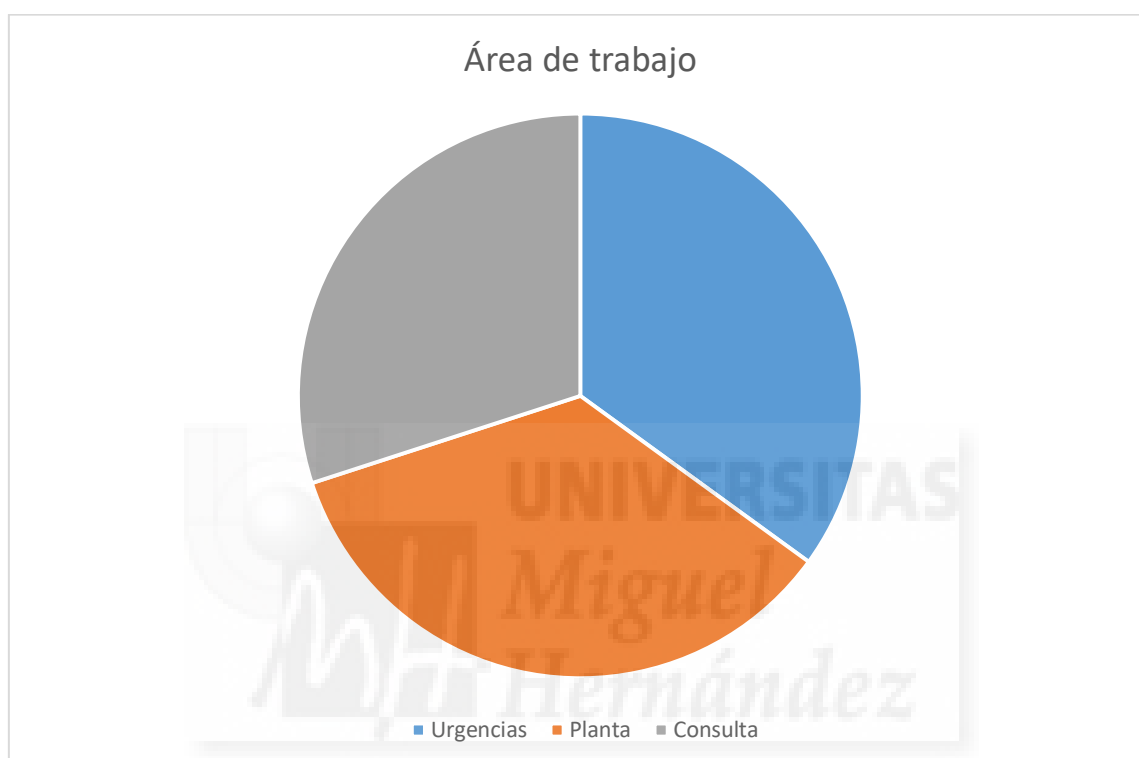


Figura 4: Área de trabajo

4.2. Variables objeto de estudio

En cuanto a las variables objeto de estudio, encontramos en primer lugar las vinculadas al fenómeno a estudiar, que se derivan del cuestionario de MBI:

1. Agotamiento emocional: con esta se pretende medir, en qué grado el trabajo supone un desgaste para el personal.
2. Despersonalización, como la falta de recursos psicológicos y emocionales para afrontar el día a día en su ámbito laboral.
3. Realización personal, medida como el grado en el que el resultado de su trabajo resulta satisfactorio.

Por otro lado, se recogen una serie de variables que nos permitirán analizar algunos de los factores que pueden ejercer un efecto modulador de los resultados. En este sentido, encontramos variables como sexo (hombre o mujer), edad o unidad o lugar en el que desarrolla su trabajo.

4.3. Descripción de instrumento de medida

Para alcanzar los objetivos propuestos, se han aplicado una serie de medidas sociodemográficas y el cuestionario de Burnout de Maslach.

Los datos se obtuvieron con una versión en español de Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) (Maslach et al, 1996). El cuestionario consta de veintidós ítems que proporcionan una medida de BurnOut. Se utilizó el formato de respuesta gradual de frecuencia. Los ítems pueden ser respondidos en una escala Likert de siete puntos, que varía de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días).

Según Maslach et al, (1996) la Realización personal (PA) (8 ítems), Agotamiento emocional (EE) (9 ítems) y Despersonalización (DP) (5 ítems) son tres áreas representativas que permiten informar sobre el nivel de estrés en el trabajo, informando sobre la sensación de “quemarse en el trabajo”. Los resultados sobre la validez factorial y la consistencia interna de las escalas en estos estudios fueron aceptables (Gil-Monte y Peiró, 1999). A continuación, se muestran algunos ítems del cuestionario (figura 5)

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis alumnos.							
5. Creo que trato a algunos alumnos con indiferencia.							
6. Trabajar con alumnos todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis alumnos.							
8. Me siento agotado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que me comporto de manera más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los alumnos a los que tengo a mi cargo en el colegio.							
16. Trabajar en contacto directo con los alumnos me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis alumnos.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con mis alumnos.							
19. He realizado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que he llegado al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los conflictos emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los alumnos me culpan de algunos de sus problemas.							

Figura 5: Ítems del cuestionario MBI – HSS.

4.4. Procedimiento

De manera previa al inicio de este estudio, se requirió la autorización por parte del comité de ética del hospital. Una vez respondida nuestra solicitud informada sobre el procedimiento a seguir, comenzamos a realizar un muestreo incidental, con aquellos trabajadores que voluntariamente aceptaron las condiciones del estudio.

De manera previa a la cumplimentación del CRD (Cuestionario de recogida de datos), se fijaron una serie de criterios de inclusión y exclusión. Entre estos criterios encontramos la necesidad de haber trabajado durante el último año en el hospital de manera continuada, formar parte del personal sanitario asistencial y como criterios de

exclusión, no haber padecido o sufrido ninguna enfermedad o patología psiquiátrica que pueda influir en los resultados, no haber sido diagnosticado de una enfermedad grave durante los últimos meses y no estar inmerso o haber estado en los últimos 12 meses e situaciones sociales potencialmente estresantes como paternidad, contraer matrimonio, fallecimiento de un familiar, separación o divorcio.

La cumplimentación de los cuestionarios se realizó de manera autónoma. La duración de evaluación fue de 25 minutos aproximadamente durante las que se ofreció solución a las posibles dudas que o falta de entendimiento que pudiese causar cada uno de los ítems que componen el cuestionario.

4.5. *Análisis de datos*

Para analizar los datos, se han implementado distintos análisis de frecuencias expresados como tanto por cien y número muestral. Además, se han empleado análisis descriptivos haciendo constar media y desviación típica. Para estudiar posibles efectos modulares producidos por las distintas variables registradas. Finalmente se ha realizado un contraste de hipótesis empleando el parámetro t de Student para muestras independientes con el objetivo de medir las diferencias entre los distintos grupos.

5. Resultados

A continuación, se procede a detallar los datos que se reflejan tras el análisis de los mismos. Al analizar estos resultados se aprecia que los trabajadores, a grandes rasgos, informan de valores medios (o medio bajos) de burnout para todas las subescalas que componen esta variable como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Niveles de Burnout

Dimensión	Media	Desviación típica
Agotamiento Emocional	21,40	9,69
Despersonalización	5,30	3,51
Realización Personal	36,20	7,70

Como se observa, los participantes obtienen puntuaciones medias en la variable Agotamiento Emocional con una media de 21.40 (9.69); en cambio obtienen una puntuación alta en realización personal, que indican un bajo nivel de burnout, y una puntuación baja en despersonalización que indica un bajo nivel de burnout.

Al analizar la relación de estas variables en función de la edad, se observan los siguientes aspectos destacables que se resumen en la tabla 2. Sobre esto, encontramos que la edad ofrece un efecto regulador positivo, disminuyendo la intensidad de sentirse quemado en el trabajo. De este modo, encontramos que el agotamiento emocional y la despersonalización disminuyen con la edad y, sin embargo, la realización personal del trabajo aumenta con la edad.

Tabla 2: Correlación de la variable edad con los componentes de burnout

Dimensión	Coefficiente de Correlación	Sig. (Bilateral)
Agotamiento Emocional	-,418*	,033
Despersonalización	-,461*	,020
Realización Personal	,439*	,027

* Sig bilateral menor que 0.05

En lo referente a la variable sexo y su influencia sobre los resultados se encuentran los siguientes datos. Según se desprende, podemos afirmar que los hombres sufren en mayor medida las consecuencias del agotamiento emocional, y por tanto sienten una menor realización personal con el trabajo que llevan a cabo.

Del mismo modo, podríamos interpretar que las mujeres se sienten más realizadas en su trabajo, siendo este un indicador de un menor nivel de burnout sin encontrarse diferencias para la variable despersonalización.

Tabla 3. Comparación en función de Sexo del participante

	Sexo	Media	DT	t	gl	Sig. (bilateral)
Agotamiento Emocional	Hombre	27,83	5,98	2,112	18	,049
	Mujer	18,64	9,81			
Despersonalización	Hombre	5,83	1,60	,435	18	,669
	Mujer	5,07	4,10			
Realización Personal	Hombre	27,83	5,41	-4,526	18	,000
	Mujer	39,78	5,40			

Dt: Desviación típica; t: T de Student, gl: Grados de Libertad; Sig.: Significación

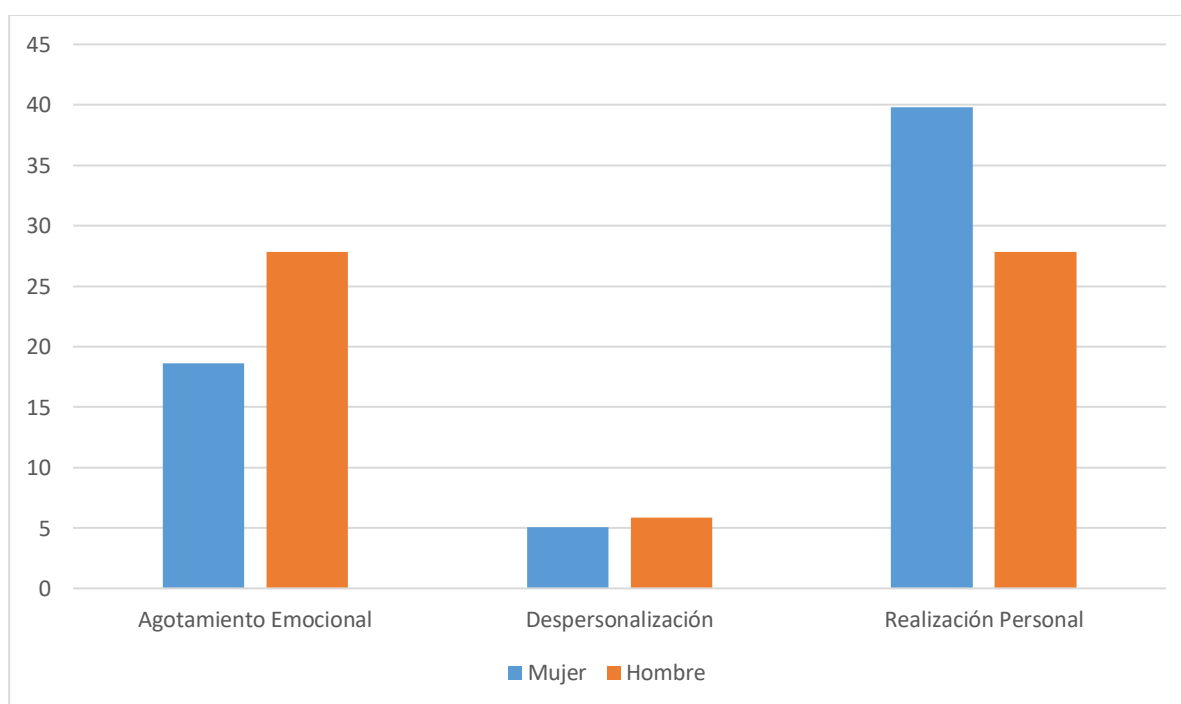


Figura 3: Diferencias en función del sexo

Tal y como es apreciable en esta figura, las diferencias en función del sexo son más acusadas para las variables Agotamiento emocional y Realización personal siendo significativas a nivel estadístico. Además, en el sentido en que ambas variables miden el nivel de burnout, encontramos que son los hombres, los que mayores niveles de agotamiento emocional reflejan y también los que menor realización personal refieren respecto de su trabajo.

En la tabla 5, se resumen las diferencias que se observan en cuanto al lugar donde realizan sus labores profesionales. Al analizar este aspecto se puede apreciar un mayor nivel de agotamiento emocional en los trabajadores que de urgencias. Frente a esto, un mayor nivel de despersonalización se observa en el personal de enfermería que trabaja en consultas. Finalmente, lo que mayor nivel de burnout refieren respecto a la realización personal son los trabajadores de planta.

Tabla 5: Comparación del nivel de burnout en función del lugar de trabajo.

	Urgencias		Planta		Consulta	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt
Agotamiento emocional	22,16	8,93	21,85	12,37	20,28	8,71
Despersonalización	4,00	2,44	5,00	3,51	6,71	4,19
Realización personal	39,83	4,00	32,85	8,17	36,42	9,01

En la figura 6 encontramos un resumen gráfico de las puntuaciones de los sujetos respecto al puesto de trabajo. En este sentido se puede observar que, pese a que se aprecian ligeras variaciones entre los distintos grupos estas diferencias no resultan significativas ni destacables.

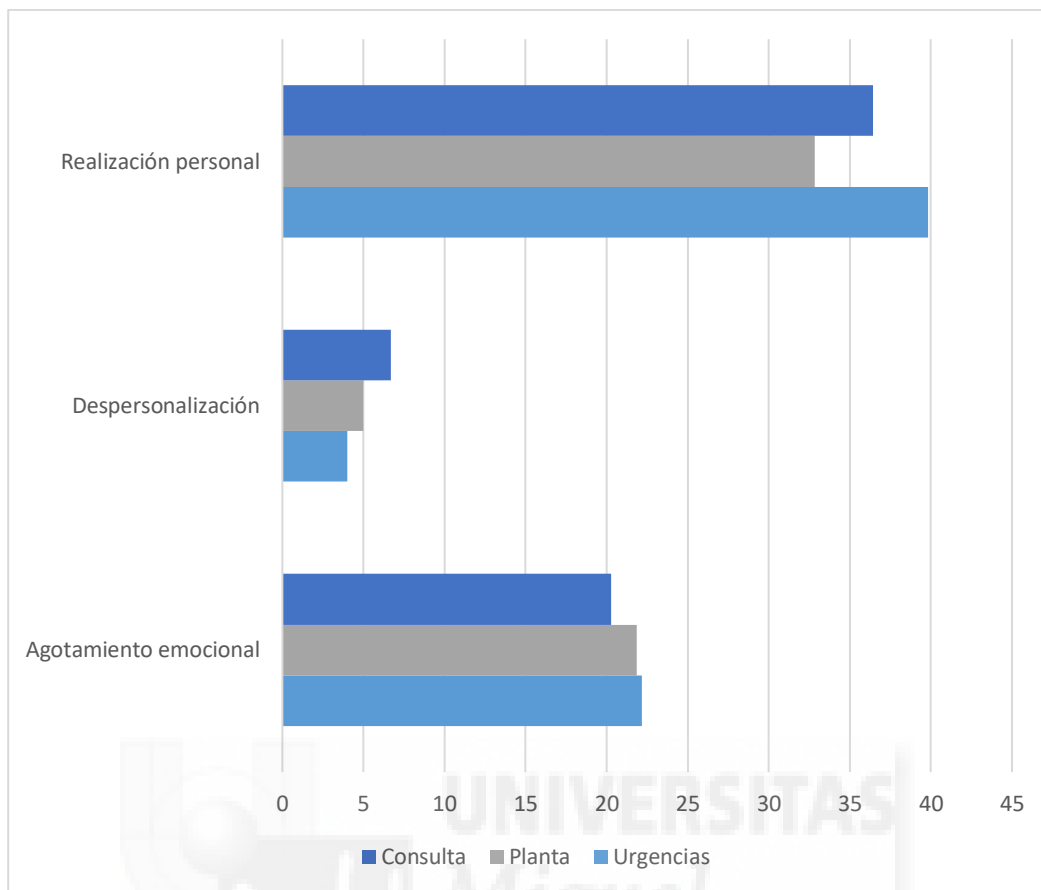


Figura 6: Diferencias en función del puesto de trabajo

6. Discusión

Una actividad profesional debe ser una fuente de satisfacción, logro económico y profesional, y debe enfatizar el importante papel del individuo en la sociedad. Sin embargo, la práctica diaria se experimenta con diferentes niveles de estrés ocupacional, lo que puede conducir al desarrollo del síndrome de Burnout. La edad y la duración del servicio son factores que se han relacionado inversamente con Burnout. Por lo tanto, las personas más jóvenes y recién ingresadas tienen más probabilidades de tener este síndrome. Los participantes en esta investigación tenían una edad media de 43 años ($DE = 9,6$) y una duración del servicio de nueve años ($DE = 9,4$); por lo tanto, sus características individuales no indicaban susceptibilidad al agotamiento ocupacional. Sin embargo, los valores medios y medianos resultantes de la aplicación del MBI indicaron agotamiento emocional moderado (media $22,4 \pm 6,5$) y despersonalización (media $8,9 \pm 3,1$) y reducción del logro personal (media $31,4 \pm 4,3$). Los puntajes entre 16 y 25, y 7 y 12 indicaron agotamiento emocional moderado y despersonalización, respectivamente. Para el tercer dominio, los puntajes menores a 32 indicaron un bajo sentido de logro personal.

La variación de los puntajes observados en la muestra (Tabla 1) indica la presencia de individuos con alto agotamiento emocional y despersonalización y logros personales reducidos.

Con respecto al ambiente de trabajo, este estudio encontró valores cercanos a 2 en todas las subescalas de SNS, resultados similares a las investigaciones realizadas en Unidades de Cuidados Intensivos y mejores que los observados en un estudio realizado en Unidades de Atención Primaria.

En comparación con otros países, el entorno de trabajo descrito por el SNS presenta peores características que las encontradas en un estudio irlandés que, a su vez, encontró entornos menos favorables que los observados en las instituciones norteamericanas.

Una revisión integradora en las revistas brasileñas identificó que la infraestructura deficiente, la falta de equipo, la insatisfacción con el salario, la sobrecarga de tareas, el dimensionamiento inadecuado del personal y el proceso de trabajo agotador

resultante, la falta de reconocimiento profesional, entre otros, son factores que influyen en la calidad de vida de enfermeras que trabajan en instituciones hospitalarias.

Otra revisión de la literatura, que incluyó estudios publicados entre 2010 y 2014, mostró que el déficit de personal, la sobrecarga de trabajo, los problemas de relación en el equipo multiprofesional, la falta de liderazgo, entre otros, son las principales causas de eventos adversos en la atención de enfermería.

Las dos revisiones descritas anteriormente identifican condiciones de ambiente de trabajo desfavorables en el contexto brasileño, lo que puede resultar en agotamiento físico y / o emocional y puede afectar la calidad de la asistencia brindada a los pacientes.

En el presente estudio, los profesionales de enfermería presentaron síntomas de agotamiento y estaban trabajando en entornos con aspectos desfavorables para la práctica profesional. Los entornos desfavorables en términos de autonomía, control sobre el entorno y apoyo organizacional se asociaron más fuertemente con un alto agotamiento emocional, un componente que se considera el núcleo y el signo inicial del síndrome.

Estas observaciones pueden contribuir a los análisis de prevalencia, ya que estos estudios aplican diferentes criterios para diagnosticar Burnout: para algunos, esta condición se define por la presencia de una alteración significativa en los tres dominios MBI; para otros, una alteración en uno de los dominios ya es un signo de Burnout. Un estudio realizado en un hospital no encontró el síndrome entre los entrevistados cuando aplicó el criterio de alteraciones significativas en los tres dominios. Sin embargo, la prevalencia alcanzó el 35,7% cuando solo uno de los componentes fue suficiente para el diagnóstico. Según los autores, otros estudios que utilizaron los criterios más rígidos también presentaron tasas de agotamiento más bajas que este último resultado. Por lo tanto, la pregunta sigue siendo si la presencia de la tríada Burnout es realmente necesaria para su diagnóstico. De manera que se pueda evaluar la condición de los participantes

Vale la pena mencionar como una limitación de esta investigación que los profesionales que participan en este estudio han estado activos en una situación de

pandemia que ha podido influir sobre los resultados del estudio. La inclusión de estos profesionales en la investigación podría cambiar el alcance de los aspectos de agotamiento.



7. Conclusiones

El trabajo se iniciaba con el objetivo de analizar los niveles de burnout en el equipo de enfermería del hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Al respecto, se encuentra que no existen niveles destacados de burnout, y que los participantes obtienen puntuaciones compatibles con sintomatología leve.

De manera específica, se planteaba analizar la influencia de la edad sobre los niveles de burnout referidos por los participantes. En este sentido, los resultados reflejan que la edad puede actuar como variable protectora, siendo un factor que prevendría el padecimiento de burnout. Este resultado puede parecer esperable, el tiempo de trabajo, el aprendizaje sobre el manejo de situaciones difíciles son situaciones que pueden proporcionar recursos a los trabajadores para solucionar situaciones de crisis.

Además, se ha planteado también analizar la relación entre los niveles de burnout y el sexo. Sobre esta base se muestra que de todas las variables sociodemográficas relacionadas con burnout ha sido principalmente el sexo de los participantes la más influyente, siendo los hombres los que más afectados se han visto en este ámbito.

Por otro lado, dentro de los demás los objetivos se planteaba analizar variables como el área de trabajo, mostrando como este resultado parece no influir de manera directa sobre el sentimiento de burnout en el trabajador.

De entre todas las variables, y siguiendo la inercia de lo que se desprende de la literatura científica, la variable de agotamiento emocional suele ser la más acusada en los grupos de instituciones con peores condiciones de trabajo con respecto a la autonomía, el apoyo organizacional y el control sobre el medio ambiente, que en el grupo con las condiciones más favorables para la práctica de enfermería. Además, la actitud negativa de despersonalización también puede estar más presente en grupos con características desfavorables para las instituciones con perfiles intermedios.

Los estudios futuros deben abordar otras variables potencialmente asociadas con Burnout, además de los rasgos organizativos identificados por el NWI-R, como: tipo de paciente, unidad hospitalaria, administración pública o privada, entre otros. Los estudios que aborden los patrones de puntuación del Burnout de enfermería serían

particularmente útiles para identificar el síndrome y la necesidad de una intervención temprana.

En el trabajo también se ha planteado, en base a estos resultados, determinar de qué forma se podría actuar o qué medidas pueden plantearse con carácter preventivo frente al burnout. En este sentido se considera que en primer lugar la gestión de personal y la organización de este, debe atender a criterios de edad y experiencia, ya que este ha demostrado ser un factor protector frente al burnout. Del mismo modo, se debe garantizar la generación de un clima favorable entre los trabajadores y un sistema de comunicación bueno entre los mismos.

Cumpliendo con el último de los objetivos se pueden establecer una serie de pautas y recomendaciones para reducir el nivel informado de burnout:

1. Establecer sistema de escucha activa que permitan al trabajador sentirse atendido y que sus quejas sean atendidas.
2. Establecer sistema de control, actuación y consejo creando la figura de compañero experto.
3. Fomentar el pensamiento positivo en el trabajador, y facilitar la desconexión al finalizar la jornada laboral
4. Facilitar sistemas de apoyo emocional para los trabajadores.

En conclusión, se encuentra que los niveles de burnout en los participantes pueden no resultar relevantes, sin embargo, se considera importante, dada la situación actual de pandemia y emergencia sanitaria, pautas que permitan proteger a los trabajadores de este sentimiento de burnout, y del mismo modo, establecer estrategias, recomendaciones y guías de buenas prácticas que nos permitan generar conocimiento y respuestas eficaces frente a casos de burnout.

7. Referencias

- Aiken LH, Patrician PA. (2000) Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*;49(3):146-53.
- Allwood, C. M., & Salo, I. (2012). Decision-making styles and stress. *International Journal of Stress Management*, 19(1), 34–47. <https://doi.org/10.1037/a0027420>
- Amaral JF, Ribeiro JP, Paixão DX. (2014) Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Espaço Saúde*;16(1):66-74.
- Balsanelli AP, Cunha ICKO. (2016) The work environment in public and private intensive care units. *Acta Paul Enferm*; 26(6):561-8.
- Balsanelli AP, Cunha ICKO. (2015) Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment. *Rev Latino-Am Enfermagem* ;23(1):106-13.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., ... Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 551– 559. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00228-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00228-0)
- Carlotto MS, Câmara SG. (2007) Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. *Estud Psicol*;24(3):325-32.

Chavez, L. C. (2016). El estrés laboral y su efecto en el desempeño de los trabajadores administrativos del Área de Gestión Comercial de Electrosur SA en el periodo 2015.

Delgado, F. G., González Delgado, J. C., & Delgado, A. X. G. (2019, March). Evaluación De La Situación Psicosocial De Los Trabajores De La Constuctura Consulambiente. In *Biblioteca Colloquium*.

Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm* ;68(1):144-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>

Evenstad, S. B. (2016). *A communicational approach to burnout by interpretative phenomenological analysis: Understanding the role of stress-inducing communications in burnout: a comparative analysis of two groups of ICT workers in France and Norway* (Doctoral dissertation, Côte d'Azur).

França MF, Ferrari R. (2012) Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. *Acta Paul Enferm*; 25(5):743-8.

Flynn M, McCarthy G. (2008) Magnet hospital characteristics in acute general hospitals in Ireland. *J Nurs Manag* 16(8):1002-11.

Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, Gonzáles-María E. (2008) Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*; 50(2):274-80.

Gasparino RC, Guirardello Ede B, Aiken LH. (2016) Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *J Clin Nurs*; 20(23-24):3494-501.

Gambetti, E., Fabbri, M., Bensi, L., & Tonetti, L. (2008). A contribution to the Italian validation of the General Decision-making Style Inventory. *Personality and*

Individual Differences, 44(4), 842–852.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.017>

Gilardi, S., Guglielmetti, C., & Pravettoni, G. (2014). Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1299–1309. <https://doi.org/10.1111/jan.12284>

Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención primaria*, 49(2), 77-85.

Gorini, A., Masiero, M., & Pravettoni, G. (2016). Patient decision aids for prevention and treatment of cancer diseases: are they really personalised tools? *European Journal of Cancer Care*, 25(6), 936–960. <https://doi.org/10.1111/ecc.12451>

Gorini, A., Mazzocco, K., Gandini, S., Munzone, E., McVie, G., & Pravettoni, G. (2015). Development and psychometric testing of a breast cancer patient-profiling questionnaire. *Breast Cancer (Dove Medical Press)*, 7, 133–46. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S80014>

Guido LA, Silva RM, Goulart CT, Bolzan MEO, Lopes LFD. (2012) Burnout syndrome in multiprofessional residents of a public university. *Rev Esc Enferm USP* ;46(6):1477-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_27.pdf

Howlett, M., Doody, K., Murray, J., LeBlanc-Duchin, D., Fraser, J., & Atkinson, P. R. (2015). Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: A cross-sectional survey. *Emergency Medicine Journal*. <https://doi.org/10.1136/emered-2014-203750>

Katsifaraki, M., & Tucker, P. (2013). Alexithymia and Burnout in Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 52(11), 627–633. <https://doi.org/10.3928/01484834-20131014-04>

Kim CW, Lee SY, Kang JH, Park BH, Park HK, Lee KH, et al. (2007) Application of Revised Nursing Work Index to Hospital Nurses of South Korea. *Asian Nur Res* 7(3):128-35.

Kristensen TS, Borritz M, Villadsen M, Christensen KB. The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 19(3):192-207. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02678370500297720>

Lake ET. (2002) Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*;25(3):176-88.

Levin RF, Lunney M, Krainovich-Miller B. (2014) Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. *Int J Nurs Terminol Classif* (4):114-22.

Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO (2010). Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*; 18(6):1084-91.

Lorenz VR, Guirardello EB. (2014) The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. *Rev. Latino-Am.*;22(6):926-33

Lucchiari, C., Masiero, M., Botturi, A., Pravettoni, G., Anderson, J., Jorenby, D., ... Ferretter, I. (2016). Helping patients to reduce tobacco consumption in oncology: a narrative review. *SpringerPlus*, 5(1), 1136. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2798-9>

Maslach C, Jackson SE, Leiter M (1999) Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd.ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist's Press. 51p

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

- Martín Criado, E., & Prieto, C. (Eds.). (2015). *Conflictos por el tiempo: poder, relación salarial y relaciones de género* (Vol. 6). CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Mendieta Montealegre, J. L. (2018). Nivel de Burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud y factores asociados en una localidad de Bogotá DC Año 2016. *Facultad de Medicina*.
- Michailidis, E., & Banks, A. P. (2016). The relationship between burnout and risk-taking in workplace decision-making and decision-making style. *Work & Stress*, 30(3), 278–292. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1213773>
- Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 25(7):1559-68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>
- Ocampo Soto, M. V., & Rios Cardona, A. (2020). Caracterización de rasgos de personalidad relacionados con el estrés presente en los colaboradores del área administrativa de una comercializadora de la ciudad de Manizales.
- Panunto MR, Guirardello EdB (2013). Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem*;21(3):765-72.
- Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *The Libyan Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International journal of clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte*. Taurus.

- Tamayo RM. (1997) Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília. 102p. Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR (2006). [Quality of working life and burnout among nursing staff in Intensive Care Units]. *Rev Bras Enferm*; 66(1):13-7.
- Valdés-Salgado, R., Molina-Leza, J., & Solís-Torres, C. (2001). Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *salud pública de méxico*, 43(5), 444-454.
- Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, van Heusden D, Wouters K, Franck E. (2004) Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events-a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 51(8):1123-34.
- Van den Heede K, Aiken LH. (2011) Nursing workforce a global priority area for health policy and health services research: a special issue. *Int J Nurs Stud*;50(2):141-2.
- Viciano Céspedes, F. A. (2018). Riesgos psicosociales, salud y autoeficacia en trabajadores de la sanidad pública.
- Vieira I. Conceito(s) de burnout (2010): questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Rev Bras Saúde Ocup*;35(122):269-76.
- Vega NV, Sanabria A, Domínguez LC, Osorio C, Bejarano M. (2009) Síndrome de desgaste profesional. *Rev Colomb Cir*; 24(3):138-46.