

Trabajo Final de Grado

Síndrome de Burnout en la enfermería

Intervenciones para su prevención y disminución

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE VITORIA-GASTEIZ

Autora: Noemí Torres Vargas

Directora: Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana

Fecha: 10 de mayo del 2018

Número de palabras: 6991

*Para mis padres,
por confiar en mí desde el principio.*

Agradecimientos

A Begoña, por orientarme y apoyarme en el proceso de realización de mi trabajo. Por su paciencia y disponibilidad durante estos nueve meses. Por animarme a seguir adelante en los momentos más complicados.

Índice

Introducción	5
Marco conceptual y justificación.....	6
Objetivo	10
Metodología	11
Resultados y discusión	13
Intervenciones activas.....	13
Relajación	13
Autoconocimiento	15
Autoeficacia	18
Intervenciones pasivas.....	21
Cambios organizacionales	21
Conclusiones	24
Limitaciones.....	26
Bibliografía	28
Anexos.....	32
ANEXO 1: Dimensiones, interpretación de los resultados y cuestionario MBI	33
ANEXO 2: Tabla conceptos de búsqueda	34
ANEXO 3: Tabla de ecuaciones de búsqueda y resultados obtenidos.....	35
ANEXO 4: Diagrama de flujo de la selección de la literatura.....	39
ANEXO 5: Lectura crítica de un ECA	40
ANEXO 6: Resumen de la lectura crítica de 11 artículos seleccionados	42
ANEXO 7: Tabla de artículos incluidos en la revisión con escala MBI para medir el nivel del burnout.....	45
ANEXO 8: Árbol categorial	49

Introducción

El estrés laboral cada vez está más presente entre los profesionales de enfermería repercutiendo en su salud física y mental. Cuando no se aplican medidas para prevenir o reducir los niveles de estrés, puede aparecer el Síndrome de Burnout cuyas consecuencias afectan negativamente a los profesionales, al sistema sanitario y a los receptores de cuidados. Este fenómeno ha sido estudiado desde los años 70 y se han planteado diferentes intervenciones dirigidas a distintos estresores.

Esta revisión crítica de la literatura pretende analizar qué intervenciones son eficaces apoyándose en la evidencia científica existente. Se han revisado las bases de datos Ovid Medline, Cinhal, Cochrane y Cuiden introduciendo las palabras clave burnout, nursing, stress management y prevention y se han hecho búsquedas manuales en Google Académico y Science Direct para seleccionar los artículos que responden a una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Para dar respuesta al objetivo se han seleccionado 15 artículos en los que se ha medido el Síndrome de Burnout con el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Se han analizado los efectos de las intervenciones dirigidas a la relajación, autoconocimiento, autoeficacia y cambios organizacionales sobre las tres dimensiones que componen el burnout; cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Se ha comprobado que las intervenciones activas dirigidas a la relajación y el autoconocimiento son efectivas para las dimensiones cansancio emocional y despersonalización mientras que las dirigidas a la autoeficacia mejoran la realización personal de los profesionales. Con lo que a las intervenciones pasivas respecta, enfocadas al ámbito organizacional, se ha observado que son eficaces en la reducción y prevención del Síndrome de Burnout. De todas formas, son necesarios estudios que ayuden a delimitar la efectividad de las distintas intervenciones así como las variables culturales y de género para obtener conclusiones más firmes.

Marco conceptual y justificación

En los últimos años el Síndrome de Burnout se ha convertido en un tema de gran relevancia en nuestra sociedad. El psiquiatra Freudenberger, que trabajaba en una clínica de toxicómanos en EEUU, dio a conocer este síndrome ya que fue quien hizo las primeras formulaciones sobre este fenómeno⁽¹⁾. Observó que tras un año de trabajo, los voluntarios de la clínica mostraban cansancio, ansiedad, depresión, desmotivación por su trabajo y agresividad hacia los pacientes⁽²⁾. A lo largo de la historia distintos autores han definido el concepto “Síndrome de Burnout” en cambio, hoy en día existe un consenso entre todas las definiciones previas. Se entiende este síndrome entre los profesionales de la salud como el agotamiento experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás y empieza en el momento en el que el profesional siente la incapacidad de encontrar satisfacción en su trabajo⁽¹⁾. Surge como respuesta a la exposición prolongada al estrés laboral cuando las estrategias de afrontamiento habituales fallan^(3,4).

El estrés laboral se define como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del individuo ante exigencias laborales que no se ajustan a sus capacidades con la sensación de no poder afrontar la situación y caracterizado por altos niveles de angustia^(1,5). Es uno de los principales problemas de salud en la actualidad y los profesionales de enfermería se ven considerablemente afectados por él debido a la gran responsabilidad que supone el trabajo que realizan. Este estrés repercute negativamente en el bienestar de los profesionales así como en su rendimiento laboral disminuyendo la productividad, la calidad de los cuidados y dando lugar al deterioro de la atención proporcionada a los usuarios⁽³⁾.

El Síndrome de Burnout es evaluable y aunque las primeras evaluaciones consistían en una simple descripción mediante observación clínica, posteriormente se desarrollaron diversos instrumentos para medirlo como técnicas proyectivas, entrevistas estructuradas, cuestionarios y autoevaluaciones, sin embargo, estos métodos no han tenido un desarrollo posterior ya que no eran suficientemente efectivos. Más adelante, Maslach y Jackson establecieron las bases conceptuales y empíricas del Síndrome de Burnout y así llevaron a cabo el primer instrumento sistemático para evaluarlo llamado Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽¹⁾ (Anexo 1). Este cuestionario fue publicado por primera vez en el año 1981 y surgió a partir de entrevistas que se realizaron previamente

a varios profesionales. Este instrumento tuvo gran impacto sobre la investigación del burnout porque marcó la diferencia entre un periodo inicial de formulación y otro sistemático y riguroso, es decir, a partir de su aparición se estableció de forma clara qué era el Síndrome de Burnout. El MBI evalúa tres dimensiones que son: cansancio emocional, despersonalización y realización personal^(1,6).

En la búsqueda realizada no hemos encontrado cifras que estimen a nivel mundial ni europeo la prevalencia de este síndrome en la población de profesionales de la salud. No obstante un estudio del 2008 realizado en la CAPV muestra que la prevalencia no es alta ya que sólo el 4.1% de los profesionales de la salud presenta el Síndrome de Burnout. Llama la atención que el cansancio emocional es la dimensión más prevalente con un 28.8% de prevalencia, siendo los médicos los más afectados con un 32.8%. En lo que a la enfermería respecta, el 2.3% presenta niveles elevados de burnout, el 24.7% cansancio emocional, el 3% baja realización personal y el 2.8% despersonalización⁽⁷⁾.

En cuanto a la etiología de este síndrome no existe un consenso, sin embargo, múltiples autores coinciden al hablar de la existencia de factores individuales y ambientales^(6,7). Entre los factores individuales se encuentran principalmente los rasgos de personalidad de forma que los profesionales que presentan niveles más bajos de optimismo, bienestar psicológico y dureza emocional son más propensos a padecer el Burnout⁽⁷⁾. Además, este proceso se ve facilitado ante la presencia de sentimientos de altruismo ya que provocan la implicación excesiva por parte de los profesionales haciéndoles sentir culpables en caso de error lo cual conlleva un aumento del agotamiento emocional así como sentimientos de baja realización personal en el ámbito laboral⁽⁸⁾.

Existen factores ambientales relacionados con el entorno laboral que predisponen el desarrollo del burnout como las condiciones de trabajo inadecuadas: mala iluminación y ventilación o ruido. Se han establecido relaciones entre unas condiciones óptimas de trabajo y la calidad del cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería a los usuarios. De hecho los pacientes son más propensos a recomendar el hospital y manifiestan una mejor comunicación con las enfermeras cuando las condiciones son adecuadas^(9,10). A parte, la sobrecarga de trabajo, la falta de personal, la monotonía, la falta de desarrollo profesional, de reconocimiento y apoyo

por parte de los superiores predicen altos niveles de dicho síndrome, por lo que los profesionales que ejercen actividades de docencia e investigación presentan niveles más bajos de burnout⁽⁷⁾. También son considerados estresores la falta de autonomía para la toma de decisiones, la exposición al sufrimiento y los problemas de interrelación con los compañeros y con los usuarios⁽⁸⁾. Hay que mencionar las nuevas incorporaciones a la profesión de enfermería, es decir, nuevas leyes, procedimientos, tecnologías y cambios en los programas de educación que junto al aumento de la demanda por parte de los usuarios y la incompetencia de la administración pública para solucionar las dificultades expuestas, provocan un incremento importante en los niveles de Síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería^(8,11). En definitiva, los factores ambientales que producen estrés están relacionados con aspectos de administración y sistemas de trabajo, organización y la calidad de las relaciones humanas⁽³⁾.

Los síntomas principales del Síndrome de Burnout son, un nivel bajo de realización personal en el trabajo a consecuencia del cual los profesionales se evalúan negativamente y afecta tanto al desempeño laboral como a la relación enfermera-paciente. El cansancio emocional, es decir, agotamiento de la energía y de los recursos emocionales personales. Y por último despersonalización, entendida como el desarrollo de sentimientos negativos hacia los usuarios⁽⁸⁾. A pesar de que esta es la clasificación de la que hablan los autores y dada la definición de despersonalización, entendemos dicho concepto como un sentimiento que pertenece al paciente y no al profesional, de manera que lo que los profesionales de enfermería experimentan es una desvinculación de los usuarios más que la despersonalización como tal.

Estos síntomas principales se acompañan de otros más específicos catalogados en cuatro bloques. A nivel somático: cansancio, alteraciones cardio-respiratorias, problemas digestivos, dolores de cabeza y musculares, insomnio, etc. A nivel conductual: inflexibilidad, actitud cínica, quejas constantes, consumo de tranquilizantes etc. A nivel emocional: irritabilidad, soledad, impaciencia, ansiedad, depresión, etc. A nivel cognitivo: incapacidad para tomar decisiones, olvidos, fracaso profesional, etc^(2,8).

La manifestación del Síndrome de Burnout no solo conlleva consecuencias negativas para quien lo sufre, sino que otro colectivo al que afecta son los usuarios del sistema sanitario, ya que si una enfermera sufre este síndrome los pacientes a los que atiende también se verán afectados⁽¹⁰⁾. Los profesionales de enfermería que sufren el

burnout llevan a cabo las actividades de forma automática siendo insuficiente la eficiencia y eficacia del trabajo que esta realiza⁽¹²⁾. Así se omiten actividades como actualizar los planes de cuidados o la educación para la salud y la seguridad del paciente se ve comprometida porque aumenta el riesgo de producirse errores de medicación, caídas de usuarios, úlceras por presión o infecciones nosocomiales^(10,13,14). En ocasiones han sucedido graves errores provocando reingresos, recidivas e incluso la muerte del paciente⁽¹²⁾. Generalmente los errores no son de tal magnitud, mas es cierto que la calidad asistencial no es óptima ante la ausencia de intervenciones necesarias para el cuidado de los usuarios.

Esta repercusión sobre la seguridad de la persona entra en conexión con el principio ético de no maleficencia ya que actuar de manera errónea en lo que a los pacientes se refiere da lugar a consecuencias negativas. Además, como ya hemos explicado previamente, ante la presencia del burnout se produce una desvinculación enfermera-paciente en la que la primera no se implica en los problemas del segundo, pudiendo llegar a realizar acciones lesivas sin sentimiento de culpa e incluso ofrecer un trato poco respetuoso provocando en los usuarios sentimiento de despersonalización⁽⁸⁾. Ante esto, no solo se omite el principio de no maleficencia sino que también queda vulnerado el de beneficencia y justicia.

En consecuencia, el sistema sanitario se ve afectado negativamente debido a que pueden surgir quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los profesionales de enfermería lo cual supone un desprestigio de la profesión⁽¹⁵⁾. Además, aumenta el riesgo de accidentes de trabajo, aumentan las bajas laborales y los absentismos dando lugar a pérdidas económicas para la organización y aumentan también los conflictos interpersonales en el ámbito laboral^(2,8).

La presencia del Síndrome de Burnout en el ámbito sanitario dificulta que se desarrolle un sistema de salud de calidad, por lo que es de gran importancia comprometerse con la prevención de este síndrome así como con la lucha por un entorno de trabajo saludable ya que hay que tener en cuenta el bienestar y la salud laboral de los trabajadores al determinar la eficacia de una organización que repercute directamente sobre la sociedad.

Objetivo

Por lo tanto, es necesaria la investigación en intervenciones a nivel personal y organizacional para disminuir el estrés y prevenir el Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería de manera que no se sientan sobrepasados en su entorno laboral y puedan llevar a cabo su trabajo de forma eficaz y eficiente. Con este propósito en esta revisión de la literatura se propone el siguiente objetivo:

- Conocer las intervenciones más eficaces para prevenir o disminuir el burnout en los profesionales de enfermería.

Metodología

Con el fin de dar respuesta al objetivo planteado, hemos realizado un estudio cercano a una revisión crítica de la literatura sobre intervenciones efectivas para la prevención o reducción del síndrome de burnout en el personal de enfermería.

El primer paso fue descomponer el objetivo a estudiar en diferentes conceptos de búsqueda para así buscar sus sinónimos en castellano e inglés. Estos términos fueron traducidos a lenguaje controlado (tesauro) siendo burnout, nursing, stress management y prevention las palabras clave utilizadas en las distintas bases de datos (Anexo 2).

Hemos introducido el manejo del estrés laboral en las búsquedas debido a que al ser el paso previo al desarrollo del Síndrome de Burnout, si se consigue un adecuado manejo y control del mismo, se estará consiguiendo nuestro objetivo que es la prevención del burnout.

Con la combinación de las palabras clave y utilizando los operadores booleanos AND y OR obtuvimos varias ecuaciones de búsqueda que se fueron perfilando hasta conseguir la información más efectiva de acuerdo al objetivo. Realizamos cinco búsquedas en Ovid Medline, tres en Cinhal, dos en Cochrane y cinco en Cuiden. Accedimos a ellas a través de My Athens y mediante la conexión a Cisco que permite la entrada en la página web de la Universidad del País Vasco. También realizamos búsquedas manuales, cuatro en Google Académico y tres en Science Direct. (Anexo 3). Las búsquedas fueron realizadas hasta fecha del 12 de enero del 2018.

Con el objetivo de delimitar la búsqueda a realizar, se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:
 - Tipo de publicación: Artículos de investigación, revisiones sistemáticas de la literatura, guías de práctica clínica, artículos publicados en revistas científicas, estudios analíticos, descriptivos, experimentales o ensayos clínicos.
 - Población: Artículos desarrollados en cualquier hospital del mundo, en plantas de cualquier especialidad, con cualquier tipo de pacientes en las que

el personal de enfermería sufra el síndrome de burnout o estrés laboral previo al desarrollo de dicho síndrome.

- Instrumento de medición: Estudios en los que el nivel de burnout sea calculado con el Maslach Burnout Inventory (MBI) u otros instrumentos homólogos a este.
- Tiempo: 2000-2018. Hubiera sido deseable limitarlo a los últimos 10 años pero hubo que ampliar el intervalo en las búsquedas por falta de resultados.
- Idioma: Artículos disponibles a texto completo en inglés o español.
- Criterios de exclusión:
 - Artículos de opinión, cartas a editoriales, libros y literatura gris.

Teniendo en cuenta estos criterios de inclusión y exclusión realizamos la selección crítica de la literatura en dos fases, tal y como queda representada en el diagrama de flujo (Anexo 4). Se seleccionaron un total de 313 artículos, 310 de bases de datos y 3 de búsqueda manual, descartando los duplicados quedaron 294 artículos. En la primera fase, tras la lectura del título y abstract, se excluyeron 252: 1 estaba redactado en francés, 8 no cumplían los criterios de inclusión y exclusión y los 243 restantes no abordaban el objetivo. Quedaron así 42 para una primera lectura a texto completo.

En la segunda fase, fueron descartados 27 artículos: 11 por no estar disponibles a texto completo y 11 por no abordar el objetivo aunque en el abstract pareciera que sí y 5 por no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente quedaron 15 para someter al análisis crítico de la literatura, 13 pertenecientes a bases de datos y 2 obtenidos por búsqueda manual (Anexos 5, 6).

Resultados y discusión

Tras el proceso de selección crítica de la literatura se incluyeron 15 artículos: 2 transversales, 1 descriptivo correlacional, 2 pre-experimentales, 3 cuasi-experimentales, 4 ECAs y 3 revisiones sistemáticas (Figura 1).

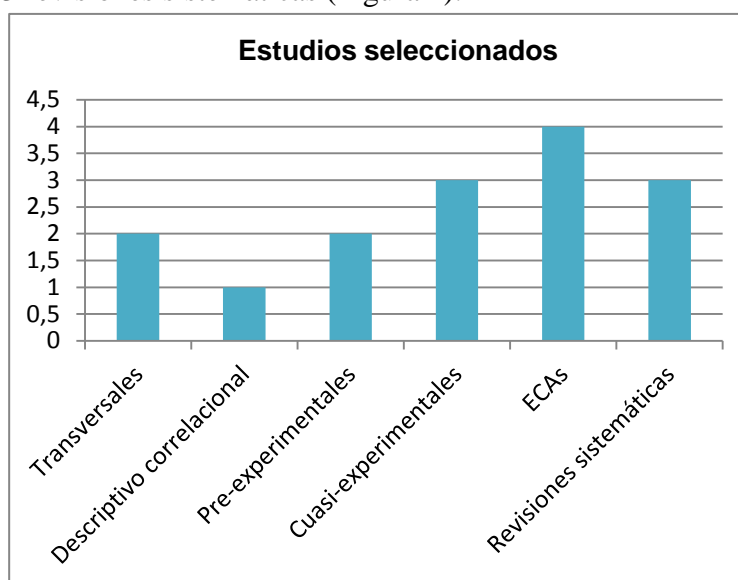


Figura 1: Distribución de los artículos seleccionados por tipo de diseño

La información recogida se clasificó por un lado en intervenciones activas y por otro en intervenciones pasivas. Estas categorías principales se dividieron en subcategorías; las intervenciones activas en relajación, autoconocimiento y autoeficacia, y las pasivas en cambios organizacionales. Finalmente estas subcategorías se dividieron en subgrupos con intervenciones específicas para cada uno formando así el árbol categorial (Anexo 8).

Intervenciones activas

En esta categoría recogemos intervenciones en las que el profesional de enfermería participa activamente, es decir, es el sujeto de la acción.

Relajación: Hace referencia a actividades mediante las cuales el profesional consigue una reducción de la tensión física y mental así como la auto regulación emocional.

Un estudio pre-experimental que empleó técnicas de relajación mostró una reducción estadísticamente significativa del *cansancio emocional* y *despersonalización* ($p < 0.0005$), sin embargo, los niveles de *realización personal* no fueron satisfactorios⁽¹⁶⁾.

Estas diferencias fueron encontradas de igual modo en un estudio cuasi-experimental que reveló una disminución en los niveles de *cansancio emocional* ($p=0.009$) y *despersonalización* ($p=0.047$) en el grupo intervención (GI)⁽¹⁷⁾. Sin embargo, en este estudio que también se aplicó la relajación, la *realización personal* del GI incrementó significativamente ($p=0.036$)⁽¹⁷⁾. Estas diferencias no son extrapolables a otras poblaciones ya que existen algunas limitaciones. Por ser un estudio piloto la muestra fue demasiado escasa ($n=20$) para GI y este mostró niveles más elevados de burnout previo a la intervención que el grupo control (GC) que pudo deberse a que los grupos no fueron homogéneos, de hecho pertenecían a unidades de hospitalización distintas. Los participantes del GI se ofrecieron voluntarios por lo que, al no haber ciego del investigador, es probable que las respuestas estuvieran influidas. Además, no se compararon GC y GI tras la intervención así que desconocemos si realmente fue efectiva o pudo haber factores que produjeron una mejora en el GI.

La intervención de mindfulness también la agrupamos en esta subcategoría ya que se realizan ejercicios con intención de propiciar la relajación. Una revisión sistemática del 2016 afirmó que esta intervención protege la salud física y mental disminuyendo las consecuencias del Síndrome de Burnout⁽¹⁸⁾.

En un ECA que también analizó el efecto de la intervención de mindfulness, los análisis arrojaron una mejora en el GI, al contrario que en el GC⁽¹⁹⁾. Estos efectos se manifestaron con significación estadística en la interacción grupoXtiempo en la dimensión *cansancio emocional* ($p<0.05$) con $F=4'96$ y $\eta^2=0'16$ siendo el tamaño del efecto moderado-bajo. Lo mismo ocurrió con la *despersonalización*, siendo también la interacción grupoXtiempo $p<0.05$ con $F=4'88$ y $\eta^2=0'16$. En cuanto a la *realización personal* la interacción grupoXtiempo no fue significativa. Este estudio en su diseño tuvo una limitación ya que previo a la intervención el GI mostró niveles significativamente más elevados de *cansancio emocional* que el GC ($p<0.01$)⁽¹⁹⁾.

A diferencia del anterior, el ECA que comparó la intervención de mindfulness en el GC y GI antes(T1) y después(T2) y una tercera medida del GI a los tres meses del programa(T3), encontró diferencias estadísticamente significativas entre GC y GI en cuanto al *cansancio emocional* ($p=0.05$) y *realización personal* ($p=0.014$), pero no para la *despersonalización* ($p=0.063$)⁽²⁰⁾. El GI en sí mismo mostró una reducción estadísticamente significativa en cuanto a *cansancio emocional* ($p=0.001$) así como a

los tres meses ($p=0.01$). En los niveles de *despersonalización* y *realización personal* la diferencia no fue significativa⁽²⁰⁾. Es posible que con una muestra mayor a $n=12$ que fue la empleada, se alcanzase mayor potencia estadística. A pesar de esto, el *cansancio emocional* es la dimensión que frecuentemente más se relaciona con el desarrollo del burnout de manera que es la variable que más hay que someter a consideración⁽²⁰⁾.

Otro estudio aleatorizado con una medición pre/post-test de una intervención de yoga mostró una mejora significativa del GI en *cansancio emocional* ($p=0.008$) y *despersonalización* ($p=0.007$)⁽²¹⁾. Los resultados del GI en el post-test fueron significativamente mejores que el GC en *cansancio emocional* ($p=0.028$) y *despersonalización* ($p=0.048$)⁽²¹⁾. Sin embargo, las diferencias en *realización personal* no fueron significativas ni en el GI ni entre grupos por lo que parece que dicha dimensión no es sensible a la intervención de yoga. Este estudio también tuvo la limitación del reducido tamaño muestral.

En definitiva, aunque los resultados recogidos deberían interpretarse con cierta cautela dado que las muestras estudiadas fueron reducidas, podemos decir que las intervenciones de relajación dirigidas a disminuir el burnout tienen un efecto positivo por un lado en el *cansancio emocional*, produciendo una mejoría física y psíquica acabando con el sentimiento de desesperanza y recuperando el interés por el trabajo. Por otro en la *despersonalización*, es decir, el profesional no muestra una disminución del interés por el paciente y ofrece una visión humanizada con un trato personalizado. Sin embargo, la intervención de relajación no parece propiciar cambios en la dimensión de *realización personal*, por tanto podríamos pensar que la relajación no influye en que el profesional se sienta más realizado en su trabajo.

Autoconocimiento: esta subcategoría recoge intervenciones dirigidas a mejorar el autoconocimiento de los profesionales mediante el autoanálisis de sus comportamientos y pensamientos.

La intervención de mindfulness compuesta por algunas sesiones orientadas al autoconocimiento, se aplicó en un ECA que comparando GC y GI, mostró una interacción grupoXtiempo $p<0.05$ en las dimensiones *cansancio emocional* y *despersonalización* con $F=4.96$ y $\eta^2=0.16$ y $F=4.88$ y $\eta^2=0.16$ respectivamente, pero no en la *realización personal*⁽¹⁹⁾.

En esta misma línea el ECA con otra intervención de mindfulness expuso una diferencia estadísticamente significativa entre GC y GI para el *cansancio emocional* ($p=0.05$) y *realización personal* ($p=0.014$), pero no para la *despersonalización* ($p=0.063$)⁽²⁰⁾. Además, el GI mejoró significativamente en *cansancio emocional* ($p=0.001$) al finalizar y a los tres meses ($p=0.01$), aunque no en *despersonalización* y *realización personal*⁽²⁰⁾.

Un estudio pre-experimental evaluó la eficacia de un programa de manejo del estrés y resiliencia mediante un reentrenamiento del cerebro para, ante determinada situación, analizar las posibles opciones y actuar intencionadamente⁽²²⁾. Consideramos que el análisis de actitudes y creencias de uno mismo es autoconocimiento porque promueve un cambio de mentalidad así como una visión más amplia de cualquier situación en el individuo. Se hizo una medición basal utilizando el Copenhagen Burnout Inventory seguido de otras mediciones a las 8, 12 y 24 semanas. El análisis comparativo entre los distintas mediciones arrojaron resultados estadísticamente significativos ($p<0.001$) excepto en la octava semana en el burnout relacionado con el cliente ($p=0.13$)⁽²²⁾. En cambio, habría sido interesante añadir al estudio un GC para poder comparar ambos en el tiempo y añadir fuerza a los resultados.

Se recogieron también estas diferencias en un estudio cuasi-experimental con un entrenamiento en intervención psicosocial siendo los resultados entre GC y GI estadísticamente significativos para *cansancio emocional* ($p=0.04$), *despersonalización* ($p=0.01$) y *realización personal* ($p=0.01$)⁽²³⁾. El entrenamiento sirvió para que los profesionales, tras realizar un análisis de sus actitudes y creencias, comprendieran mejor el comportamiento de los pacientes y estuvieran más esperanzados en relación a los resultados potenciales de distintas enfermedades. Los profesionales adoptaron una visión más optimista de las dificultades de los pacientes experimentando menor frustración y desesperación⁽²³⁾. En este caso las limitaciones fueron la participación voluntaria de los investigados y que el investigador principal que recogió los datos era trabajador de la unidad de manera que los resultados pudieron verse influidos por estos aspectos.

En un ECA con una intervención activa que abordaba varios aspectos, entre ellos aprender a determinar diversos enfoques de una misma situación, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre GC y GI en *cansancio emocional* y

despersonalización ($p < 0.05$)⁽²⁴⁾. En cambio, la *realización personal* no fue estadísticamente significativa, quizás porque la valoración de esta dimensión en un corto periodo de tiempo no fue suficiente para que los profesionales pudieran experimentar el conocimiento adquirido obteniendo resultados positivos que les hicieran sentir más realizados en su puesto de trabajo.

Dos revisiones sistemáticas mostraron que la terapia cognitivo-conductual es efectiva en la reducción del Síndrome de Burnout. Esta terapia va orientada a reconocer este síndrome (qué es, cómo reconocerlo, cómo afrontarlo, etc.) y posteriormente a implementar programas de prevención que tienen como objetivo el análisis de actitudes y creencias propias para promover un cambio de mentalidad^(18, 25).

Dos ECAs trabajaron el autocontrol y autogestión emocional en sus intervenciones^(20,24). Cohen-Katz et al.⁽²⁰⁾ llevaron a cabo una intervención con mindfulness cuyos resultados fueron una diferencia estadísticamente significativa entre CG y GI en *cansancio emocional* ($p=0.05$) y *realización personal* ($p=0.014$), pero no en *despersonalización*, mientras que el GI redujo significativamente su *cansancio emocional* ($p=0.001$) tras la intervención, así como a los tres meses ($p=0.01$). En cambio, Wei et al.⁽²⁴⁾ determinaron una diferencia significativa entre GC y GI en *cansancio emocional* y *despersonalización* ($p < 0.05$) pero no en *realización personal*.

Dentro de esta subcategoría de autoconocimiento también hemos recogido un estudio transversal en el que se estudió la relación entre el manejo del estrés y el Síndrome de Burnout mediante la variante japonesa del MBI⁽²⁶⁾. Este estudio analizó las estrategias de afrontamiento, es decir, las medidas que uno pone en marcha en situaciones estresantes para aumentar el bienestar y prevenir el burnout y arrojó los siguientes datos. En el caso de los hombres, la resolución de problemas correlacionó significativamente y positivamente con la *eficacia profesional* ($p < 0.01$) por lo que esta estrategia sería efectiva en la prevención del burnout. En las mujeres, la resolución de problemas correlacionó significativamente y positivamente con la *eficacia profesional* ($p < 0.01$) y el *cansancio emocional* ($p < 0.05$), mientras que la reinterpretación cognitiva correlacionó significativamente y negativamente con el *cansancio emocional* ($p < 0.01$) y positivamente con *eficacia profesional* ($p < 0.05$)⁽²⁶⁾. Con esto concluimos que la reinterpretación cognitiva sería efectiva para ellas pero la resolución de problemas como estrategia de afrontamiento podría resultar “un arma de doble filo” ya que no solo se

obtienen resultados positivos, sino también negativos. Son necesarios estudios longitudinales para obtener resultados más claros sobre la relación causal entre el afrontamiento del estrés y el Síndrome de Burnout. Además, sería interesante comprobar la eficacia de dichas estrategias con ensayos clínicos.

En el estudio pre-experimental basado en una intervención psicoeducativa se desarrolló un plan personalizado de manejo del estrés basado en estrategias adaptativas de afrontamiento para un correcto autocuidado⁽¹⁶⁾. El GI redujo significativamente su *cansancio emocional* y *despersonalización* ($p < 0.0005$) pero *la realización personal* no aumentó⁽¹⁶⁾.

Otra intervención de autoconocimiento basada en el psicodrama fue estudiada en un estudio cuasi-experimental⁽¹⁷⁾. La intervención consistió en tomar conciencia de uno mismo y de sus conflictos y compartirlos con el resto de profesionales para así tratar de superarlos. El análisis mostró una disminución del *cansancio emocional* ($p = 0.009$) y la *despersonalización* ($p = 0.047$) y un aumento estadísticamente significativo de la *realización personal* ($p = 0.036$) en el GI, es decir, la intervención fue efectiva en la reducción del Síndrome de Burnout⁽¹⁷⁾.

Resumiendo las intervenciones que fomentan el autoconocimiento, podemos destacar que son efectivas para el *cansancio emocional*, porque promueven que el profesional indague en su interior tomando conciencia de sus sentimientos y descubriendo sus límites de forma que ante una situación estresante, el profesional tomará conciencia de la misma y no la percibirá como una amenaza, lo que produce una mejoría psíquica y física. Las intervenciones de autoconocimiento también tienen efecto positivo en la *despersonalización* ya que ayudan a los profesionales a identificar diversos enfoques de una misma situación adquiriendo una visión más amplia de los conflictos lo cual conlleva la apertura de mente que favorece el trato humanizado a los usuarios. Pero al mismo tiempo, se obtienen menos resultados positivos para la *realización personal*, tal vez porque estas intervenciones están dirigidas a resolver conflictos internos y la *realización personal* relacionada con el trabajo está enfocada a la respuesta y sensación que el profesional obtiene tras realizar determinada actividad.

Autoeficacia: En esta subcategoría recogemos las intervenciones que proporcionan a los profesionales seguridad en uno mismo al desarrollar las diferentes actividades de enfermería.

Un estudio cuasi-experimental desarrolló una intervención psicosocial en la que se abordaron habilidades técnicas⁽²³⁾. Al comparar las medias pre-intervención (T1) y post-intervención (T2) de cada grupo analizado (GC y GI) se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre GC y GI para las tres dimensiones del MBI post-intervención. El *cansancio emocional* del GI disminuyó ($M_{(T1)}=13.53$ vs. $M_{(T2)}=10.51$) y del GC aumentó ligeramente ($M_{(T1)}=18.82$ vs. $M_{(T2)}=18.91$) siendo la diferencia entre GC y GI $p=0.04$. La dimensión de *despersonalización* se comportó de forma similar ya que el GI redujo sus niveles ($M_{(T1)}=6.02$ vs. $M_{(T2)}=2.04$) pero aumentaron en el GC ($M_{(T1)}=5.74$ vs. $M_{(T2)}=5.96$) con una diferencia estadísticamente significativa de $p=0.01$ entre GC y GI. Por último, los niveles de *realización personal* fueron satisfactorios en el GI ($M_{(T1)}=35.37$ vs. $M_{(T2)}=39.64$) al contrario que en el GC ($M_{(T1)}=33.81$ vs. $M_{(T2)}=32.21$) siendo $p=0.01$ la diferencia entre GC y GI⁽²³⁾. Otro estudio aleatorizado que en su intervención desarrolló el efecto de habilidades técnicas mostró también una diferencia de $p<0.05$ post-intervención entre GI y GC para *cansancio emocional* ($M_{(GI)}=9.65$ vs. $M_{(GC)}=15.39$) y *despersonalización* ($M_{(GI)}=6.92$ vs. $M_{(GC)}=11.49$), sin ser significativa para *realización personal*⁽²⁴⁾.

La autoeficacia también pudo mejorarse mediante desarrollo de habilidades comunicativas. Un estudio cuasi-experimental en el que se trabajó la comunicación no verbal reveló una disminución del *cansancio emocional* ($p=0.009$) y la *despersonalización* ($p=0.047$) y un aumento de la *realización personal* ($p=0.036$)⁽¹⁷⁾. Por el contrario, otro cuasi-experimental que estudió el efecto del manejo adecuado de situaciones complejas con el equipo, residentes y familiares, encontró que el GI presentó mayor nivel de *realización personal* que el GC ($p<0.05$) pero no a largo plazo ($p=0.61$) y no fueron significativos los cambios en las otras dos dimensiones⁽²⁷⁾. Puede ser porque los participantes experimentaron una disminución a largo plazo en su capacidad para implementar las habilidades comunicativas aprendidas en situaciones desafiantes. Quizás algunas sesiones de refuerzo alternas les ayudaría a mantener esta habilidad reforzando su *realización personal*. En próximos estudios sería interesante analizar cómo afrontan las situaciones complejas no solo después sino también antes de la intervención para poder hacer una comparación más objetiva.

Dos ensayos clínicos aleatorizados que trabajaron las habilidades de comunicación arrojaron una diferencia estadísticamente significativa entre GI y GC en la dimensión *cansancio emocional* ($p\leq 0.05$)^(20, 24). Hubo discrepancia entre las otras dos

dimensiones ya que en el estudio de Wei et al.⁽²⁴⁾ la diferencia entre GI y GC para *despersonalización* fue $p < 0.05$ y no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa en *realización personal*, mientras que en el de Cohen-Katz et al.⁽²⁰⁾ la diferencia fue significativa para *realización personal* ($p = 0.014$) pero no para *despersonalización*.

Las habilidades interpersonales, que es la capacidad del profesional de interactuar con otros, también contribuyen a la autoeficacia. En un estudio descriptivo correlacional se repartieron una serie de cuestionarios, entre ellos el MBI y una escala de habilidades interpersonales y se relacionaron entre sí obteniendo que dichas habilidades son predictores de la *despersonalización* y la *baja realización personal* ($p < 0.0001$)⁽²⁸⁾. Esto significa que si las habilidades interpersonales del profesional son eficaces, por un lado podrá aliviar su necesidad de desvincularse de los usuarios y por otro, será capaz de controlar una situación de demanda adquiriendo mayor autonomía. La correlación no fue significativa para el *cansancio emocional* por lo que sería necesario abordar este aspecto⁽²⁸⁾.

Un estudio cuasi-experimental que trabajó también las habilidades interpersonales a lo largo de las sesiones, mostró un aumento en la *realización personal* del GI en comparación con el GC ($p < 0.05$) aunque no se mantuvo en el tiempo ($p = 0.61$)⁽²⁷⁾.

Las habilidades de gestión de tiempo son relevantes en la autoeficacia ya que un control adecuado del tiempo a emplear en cada actividad proporciona tranquilidad y seguridad al profesional de enfermería aumentando su eficacia, reduciendo el estrés y por consiguiente previniendo el Síndrome de Burnout⁽¹⁸⁾.

De los estudios seleccionados con intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia resumimos que, a diferencia de las anteriores intervenciones, tienen un efecto positivo en la dimensión de *realización personal*, deducimos por tanto que las intervenciones varían para cada dimensión. Trabajar la autoeficacia instruyendo en las habilidades comentadas satisface a los profesionales haciéndoles sentir más realizados en su trabajo.

Intervenciones pasivas

Hablamos de intervenciones pasivas cuando se implantan recursos que influyen directamente en el profesional de enfermería, pero sobre los que no se pide una implicación directa del mismo.

Cambios organizacionales: Esta subcategoría comprende los cambios que implantan los gestores y supervisores de enfermería que producen una disminución del estrés al que los profesionales están sometidos previniendo así el Síndrome de Burnout.

El primer cambio es la formación continuada mediante cursos, reciclajes, talleres, etc. Aunque podríamos pensar que la formación debería incluirse en la subcategoría de autoeficacia, la incluimos en la de cambios organizacionales ya que estamos haciendo referencia a la formación planificada por los gestores de enfermería y no a la ofrecida por programas de intervención sometidos a estudio.

Los profesionales además de estar informados de las modificaciones más recientes en técnicas, cuidados, programas o tecnologías entre otros aspectos, se renuevan en conocimientos. En un estudio descriptivo correlacional se pasó el Organizational Socialization Inventory (OSI) formado por varios dominios y se relacionaron con las dimensiones del MBI⁽²⁸⁾. Uno de ellos es la formación técnica, se observó una correlación significativa y negativa con el *cansancio emocional* ($p < 0.0005$), de manera que a mayor conocimiento técnico menor *cansancio emocional* percibirá el profesional. Otro fue la formación para una adecuada comprensión de la organización intrahospitalaria y el rol de enfermería que correlacionó significativamente y negativamente con la *despersonalización* ($p < 0.05$) lo que sugiere que una mejor comprensión del trabajo propio puede prevenir sentimientos de *despersonalización*⁽²⁸⁾.

Dos revisiones sistemáticas afirman que la formación continuada de los profesionales de enfermería conlleva la reducción del burnout^(18,29). Más concretamente, según la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos, la formación en comunicación especializada es una de las bases fundamentales para establecer un ambiente de trabajo saludable que fomente el respeto previniendo así el burnout de forma exitosa⁽¹⁸⁾.

Las relaciones horizontales y el reconocimiento por parte de los compañeros y superiores son elementos del clima organizacional que previenen el burnout. En un

estudio transversal se objetivó la presencia de *cansancio emocional* alto en el 57,8%, *despersonalización* alta en el 46,3% y falta de *realización* en el 27,4%. El 11,1% presentaron síndrome de burnout, el 58,9% tenía afectadas alguna de las dimensiones estudiadas por el MBI y el 30% no presentó alteraciones en ninguna dimensión⁽³⁰⁾. Se identificaron estresores relacionados con el desarrollo profesional y personal y se dedujo que la supervisora tiene gran responsabilidad porque puede promover la integración y participación de los profesionales en la unidad favoreciendo la creación de vínculos entre las personas del equipo⁽³⁰⁾. De esta manera, se establecen relaciones horizontales entre los trabajadores que impulsan el trabajo en equipo ya que no existen diferencias estamentales entre ellos, la comunicación y el apoyo de unos a otros. Esto crea un ambiente facilitador para afrontar situaciones laborales estresantes y junto con el reconocimiento de la supervisora del trabajo bien hecho, resulta preventivo ante el burnout.

El estudio correlacional en el que los profesionales respondieron al Organizational Socialization Inventory (OSI) abordó este aspecto⁽²⁸⁾. El tercer dominio fue el compañerismo que correlacionó significativamente y negativamente con la *baja realización personal* ($p < 0.005$) de forma que cuanto menos apoyo recibe el trabajador por parte de sus compañeros y superiores, menor esperanza tiene de lograr una tarea determinada y mayor esfuerzo personal tiene que hacer para realizarla. Y el cuarto y último fueron las perspectivas de futuro entendidas como recompensas u oportunidades que la organización ofrece a los empleados, pero en este caso no correlacionó significativamente con ninguna dimensión del MBI⁽²⁸⁾.

Varias revisiones sistemáticas afirman que con el objetivo de obtener mejores resultados en el desarrollo de las actividades y prevenir el Síndrome de Burnout es necesario trabajar en equipos multidisciplinares y que los superiores ofrezcan incentivos a la vez que un reconocimiento significativo a los profesionales^(18, 25, 29).

Es importante que aquellos que están en puestos superiores de enfermería resuelvan los posibles conflictos adecuadamente a través de una toma de decisiones sensata que disminuya el nivel de estrés entre los profesionales de enfermería protegiéndoles así del desarrollo del Síndrome de Burnout. En un estudio transversal fueron identificados también estresores relacionados con las condiciones laborales⁽³⁰⁾. Aunque la supervisora no pueda solucionar algunos como el salario o las políticas de

empresa, ante otros sí que puede actuar como identificar los problemas que surgen y buscarles solución o minimizar la burocracia de la unidad⁽³⁰⁾.

Algunas revisiones concuerdan con la idea de que la supervisora tome decisiones efectivas mediante un liderazgo auténtico es crucial en la prevención del burnout. Entre ellas se encuentran el manejo adecuado de los conflictos y su justa resolución y el reajuste de la sobrecarga laboral^(18, 25).

Mediante la adecuación de recursos al alcance de los superiores de enfermería como la plantilla, instrumentos de trabajo, espacio, etc. es posible mejorar el ambiente laboral favoreciendo la comodidad de los profesionales y previniendo el desarrollo del Síndrome de Burnout. El estudio transversal en el que se determinaron estresores ambientales y organizacionales para los trabajadores se explica que cuando la supervisora planifica adecuadamente se pueden reducir posibles imprevistos⁽³⁰⁾.

Varias revisiones sistemáticas que estudian cómo disminuir el burnout defienden la idea de una planificación estratégica además de una plantilla adecuada a la carga de trabajo en la que los profesionales sean competentes y recursos materiales oportunos para promover el bienestar de los profesionales de enfermería^(18, 25, 29).

Es relevante mencionar la necesidad de favorecer la autonomía entre los profesionales de enfermería y en esto los superiores juegan un papel importante. Dos revisiones sistemáticas hacen hincapié en que es crucial un ambiente democrático que permita el aumento de la participación y decisión de las enfermeras^(25, 29).

En definitiva, los cambios organizacionales están enfocados a cuidar de los cuidadores profesionales para que estos trabajen más cómodamente, con más eficacia y con un nivel de competencia máximo con el menor coste emocional posible mejorando su salud y la satisfacción de los usuarios.

Conclusiones

En esta revisión de la literatura, los estudios seleccionados que abordan distintas intervenciones nos muestran diferentes efectos en las tres dimensiones del MBI: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, que afectan al desarrollo del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería.

Se muestra que las intervenciones activas dirigidas al autoconocimiento y relajación tienen resultados positivos principalmente sobre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización. Esto reafirma que es necesario que los profesionales trabajen el autoconocimiento para ser conscientes de cuándo están en un estado de vulnerabilidad y puedan poner medidas de este tipo para afrontar la situación. También es importante que dediquen un tiempo a practicar la relajación para desprenderse de la tensión a la que están sometidos diariamente. Los gestores y supervisores de enfermería deberían ofertar sesiones en las que se trabajen concienzudamente dichas esferas para conseguir una disminución o prevención del Síndrome de Burnout entre los profesionales.

La realización personal muestra más fragilidad ante ese tipo de intervenciones ya que no se obtienen tantos resultados positivos. Estamos ante una dimensión que puede hacer pensar que el efecto de la intervención sea a más largo plazo que en el resto de dimensiones, de manera que si la realización personal se midiera en un periodo de tiempo más amplio quizás obtendríamos también resultados positivos. De todas formas, el análisis detallado de diferentes estudios orienta que se pueden emprender intervenciones activas orientadas a la autoeficacia para que los profesionales experimenten un aumento de su realización personal en su puesto de trabajo. Consideramos que los profesionales posean habilidades para un desarrollo óptimo de su trabajo tiene mucho peso en la prevención del Síndrome de Burnout ya que favorece una adecuada relación enfermera-paciente así como la seguridad en sí mismo disminuyendo la probabilidad de error. De esta forma aumenta también la seguridad y confianza de los usuarios disminuyendo sus quejas, que son un factor importante en el desarrollo de este síndrome.

Otras intervenciones eficaces en la reducción y prevención del Síndrome de Burnout son las intervenciones pasivas. Estas dependen directamente de los

responsables de la gestión y del tipo de liderazgo que ejerzan. Es importante que emprendan cambios organizacionales que estén a su alcance para favorecer el desarrollo profesional de los trabajadores y entre esos cambios se encuentra la formación continuada que mejora la autoeficacia, otra de las sub-categorías trabajadas en esta revisión. Además, obtenemos que las habilidades técnicas e interpersonales agrupadas en dicha sub-categoría, son predictores del burnout, de manera que para evitar su desarrollo es necesario atajarlas mediante formación y reciclaje. Entre los cambios organizacionales también están reconocer el trabajo y el esfuerzo de los trabajadores, fomentar el compañerismo entre ellos, asignar unos recursos adecuados, tomar decisiones justas y precisas y ofrecer autonomía a los profesionales de enfermería. Así se favorece el empoderamiento de estos siendo posible un sistema sanitario centrado en el paciente en el que aumente su participación en su propio cuidado, que es uno de los objetivos más importantes de la enfermería.

Limitaciones

Esta revisión tiene algunas limitaciones como el corto periodo de tiempo en el que se desarrollan las intervenciones. Los resultados obtenidos son positivos a corto plazo, en cambio, de cara a seguir profundizando en este fenómeno, los futuros estudios podrían abordar un periodo de tiempo más amplio mediante estudios longitudinales para analizar la efectividad de las intervenciones a largo plazo.

Además, los estudios seleccionados analizan a la vez el efecto de varias intervenciones agrupándolas en el mismo programa por lo que no puede identificarse cuál es la efectiva en la reducción del burnout. Sería interesante para futuros estudios analizar una sola intervención a través de ensayos clínicos controlados aleatorizados para delimitar mejor su efecto.

También resultaría útil plantear diseños de estudios en los que se analice el efecto predictor de las distintas dimensiones del MBI en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Así conoceríamos cuál de ellas, cansancio emocional, despersonalización o realización personal, es primordial trabajar y en consecuencia identificaríamos qué intervenciones son más eficaces en la prevención o disminución del burnout. En cambio, consideramos importante realizar estudios con perspectiva de género porque hemos observado que las estrategias de afrontamiento del estrés empleadas y los factores que influyen sobre las dimensiones del MBI difieren en función del género del profesional, de forma que puede ser que la eficacia de las intervenciones varíe de hombres a mujeres.

En cuanto al instrumento de medida, se ha utilizado el MBI con distintas adaptaciones a cada país y contexto. Esto expone que existen factores contextuales que repercuten en el Síndrome de Burnout por lo que los resultados identificados en esta revisión hay que recogerlos con cautela ya que en el contexto español y vasco podrían diferir. Se trata de un cuestionario auto-informe de forma que existe un sesgo de sugestión de que la intervención será eficaz que puede asentar la creencia de un efecto positivo en los participantes sobrevalorando las puntuaciones.

En definitiva, esta revisión puede aportar diversidad de intervenciones a tomar en cuenta por los profesionales de enfermería a nivel individual así como por aquellas personas que ocupan puestos de gerencia y liderazgo. El objetivo es llevar a cabo

intervenciones que protejan la salud física y mental de los profesionales promoviendo su bienestar e implantar estrategias oportunas que prevengan el Síndrome de Burnout. De esta forma, disminuirían las consecuencias negativas tanto para los profesionales como para los usuarios y se ofertarían cuidados de enfermería de calidad en un clima de trabajo lo más óptimo posible.

Bibliografía

1. Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa Hernández E, Morante Benadero ME. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. “Quemarse en el Trabajo” [Internet]. 2005;161–183. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Bernardo_MorenoJimenez/publication/256296176_Breve_historia_del_burnout_a_traves_de_sus_instrumentos_de_evaluacion_2/links/0deec52234fd061440000000.pdf
2. Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (SQT).” Acta Colomb Psicol. 2007;10(2):117–125.
3. Mamani Encalada A, Obando Zegarra R, Uribe Malca AM, Vivanco Tello M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. Consequences of Stress Factors in labor performance in Emergency Area. Rev Per Obs Enf [Internet]. 2007;3(1):50–57. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181677132007000100007&script=sci_arttext%5Cnhttp://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpoe/v3n1/a07v3n1.pdf
4. Portero de la Cruz S, Vaquero Abellán M. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015;23(3):543–552. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692015000300543&lng=en&tlng=en
5. Areces Rodríguez S, García Aranda FJ. Estresores laborales en profesionales enfermeros de unidades de hospitalización y cuidados críticos. Metas Enferm. 2017;20(7):56-61.
6. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit [Internet]. 2005;19(6):463–470. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105713972>
7. Amutio Kareaga, A, Avestaran Exeberria, S, JC. Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [Internet]. 2008;24(2):235-252. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231316495006>

8. Gil-Monte PR. El Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (Síndrome De Burnout) En Profesionales De Enfermería. Rev Electrónica Int PSY [Internet]. 2003;1(1):19–33. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
9. Cremades Puerto J, Maciá Soler L, Montesinos López MJ, Orts Cortés I. Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2011;16(4):609-614. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4836/483648969002/>
10. Gómez-García T, Ruzafa-Martínez M, Fuentelsaz-Gallego C, Madrid JA, Rol MA, Martínez-Madrid MJ, et al. Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. BMJ Open [Internet]. 2016;6(8):e012073. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-012073>
11. Barrios Araya S, Arechabala Mantuliz MC, Valenzuela Parada V. Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2012; 15(1):46-55.
12. Montgomery A, Todorova I, Baban A, Panagopoulou E. Improving quality and safety in the hospital: the link between organizational culture, burnout, and quality of care. Br J Health Psychol [Internet]. 2013;18(3):656-62. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med8&NEWS=N&AN=23607495>
13. Teng CI, Shyu YI, Chiou WK, Fan HC, Lam SM. Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud [Internet]. 2010;47(11):1442-50. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=20472237>
14. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. PLoS ONE [Internet]. 2016;11(7):e0159015. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med8&NEWS=N&AN=27391946>

15. Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, Van Heusden D, Wouters K, Franck E. 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* [Internet]. 2014;51(8):1123–1134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>
16. Kravits K, Mcallister-Black R, Grant M, Kirk C. Self-care strategies for nurses : A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2010;23:130–138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.002>
17. Italia S, Favara-Scacco C, Di Cataldo A, Russo G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-oncology*. 2008;17:676–680.
18. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *Crit Care Soc Collab*. 2016;25(4):368–376.
19. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res*. 2005;19:105–109.
20. Cohen-katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM. The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout, Part II A Quantitative and Qualitative Study. *Holist Nurs Pr*. 2005;19(1):26–35.
21. Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health Saf*. 2015;63(10):462–470.
22. Magtibay DL, Chesak SS, Coughlin K, Sood A. Decreasing Stress and Burnout in Nurses Resilience Training Program. *J Nurs Adm*. 2017;47(7):391–395.
23. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses ? *Issues Innov Nurs Educ*. 2002;37(5):470–476.
24. Wei R, Ji H, Li J, Zhang L. Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2017;43(2):145–149. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2016.07.011>

25. Barbosa de França TL, Batista de Lacerda AC, Felizardo L, Ferreira de Melo JK. Burnout syndrome: characteristics, diagnosis, risk factors and prevention. *Journal Nurs UFPE online*. 2014;8(10):3539–3546.
26. Sasaki M, Kitaoka-Higashiguchi K, Nakagawa H, Y Morikawa. Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *J Nurs Manag*. 2009;17:359–365.
27. Mackenzie CS, Peragine G. Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementias*. 2003;18(5):291–299.
28. Taormina RJ, Law C. Approaches to preventing burnout : the effects of personal stress management and organizational socialization. *J Nurs Manag*. 2000;8(1):89–99.
29. Hernández MC, Fernández J, Arlandis M. La importancia de los cambios en la cultura organizativa hospitalaria en la prevención del Síndrome de Burnout. *Paraninfo Digit*. 2015.
30. Gómez Cárcaba MO, Renedo Mediavilla Felisa, Mateo Herrero, ML. Prevención del síndrome de Burnout del personal de enfermería: Un reto para la supervisora. *Tesela [Rev Tesela]* 2008; 4. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6797.php>

Anexos

ANEXO 1: Dimensiones, interpretación de los resultados y cuestionario MBI

Dimensiones	Nº de ítems	Valores de referencia			Alta puntuación
		Bajo	Medio	Alto	
Cansancio emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	0-18	19-26	27-54	-Decaimiento físico y psíquico. El trabajador siente que no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo. -Sentimiento de desesperanza e indefensión. -El trabajo pierde el atractivo, se vuelve tedioso y sin interés.
Despersonalización	5,10,11,15,22	0-5	6-9	10-30	-Falta de interés por el paciente, objetivación fría de sus problemas. -Desarrollo de actitudes frías y despersonalizadas, visión deshumanizada del paciente. -Culpabilización del estado de necesidad del paciente.
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	0-33	34-39	40-48	-Creencia en que el trabajo no merece la pena. -Pensamientos acerca de que la mejora personal e institucional no merece la pena intentarlas. -Autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo.

Fuente: elaboración propia a partir de Moreno et al (2005)

*Puntuaciones altas en cansancio emocional y despersonalización y bajas en realización personal son indicativas de grado elevado del Síndrome de Burnout.

Rangos de medida

➤ 0 = Nunca	➤ 4 = Una vez a la semana
➤ 1 = Algunas veces al año	➤ 5 = Algunas veces a la semana
➤ 2 = Una vez al mes	➤ 6 = Todos los días
➤ 3 = Algunas veces al mes	

Ítems:

1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	13. Me siento frustrado por el trabajo.
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo de culpan de algunos de sus problemas.
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.	

ANEXO 2: Tabla conceptos de búsqueda

Concepto	Sinónimo (lenguaje natural)	Inglés	Descriptor (lenguaje controlado)
Síndrome de Burnout	-Burnout	-Burnout -Burnout Syndrome	MEDLINE: burnout professional CINHAL: Burnout Syndrome, burnout CUIDEN: Burnout, Síndrome de Burnout COCHRANE: burnout
Enfermería	-Enfermero/a -Personal de enfermería	-Nurse -Nursing staff -Nursing	MEDLINE: Nursing, nurses, nursing staff, nursing staff hospital CINHAL: Nursing staff, nurse CUIDEN: Enfermero/a, personal de enfermería COCHRANE: Nursing, nurse
Manejo del estrés	-Disminución/control del estrés	-Stress management/ reduction/ control	MEDLINE: stress management CINHAL: stress management COCHRANE: stress management
Prevención (no especificamos si prevención individual u organizacional ya que refiriéndonos al síndrome de burnout nos interesan los dos ámbitos y así abarcamos todos los estudios de interés)	-Actividades de prevención	-Prevention	MEDLINE: primary prevention CINHAL: prevention and control CUIDEN: prevención, actividades preventivas COCHRANE: prevention

ANEXO 3: Tabla de ecuaciones de búsqueda y resultados obtenidos

Conocer las intervenciones más eficaces para prevenir o disminuir el burnout en los profesionales de enfermería.

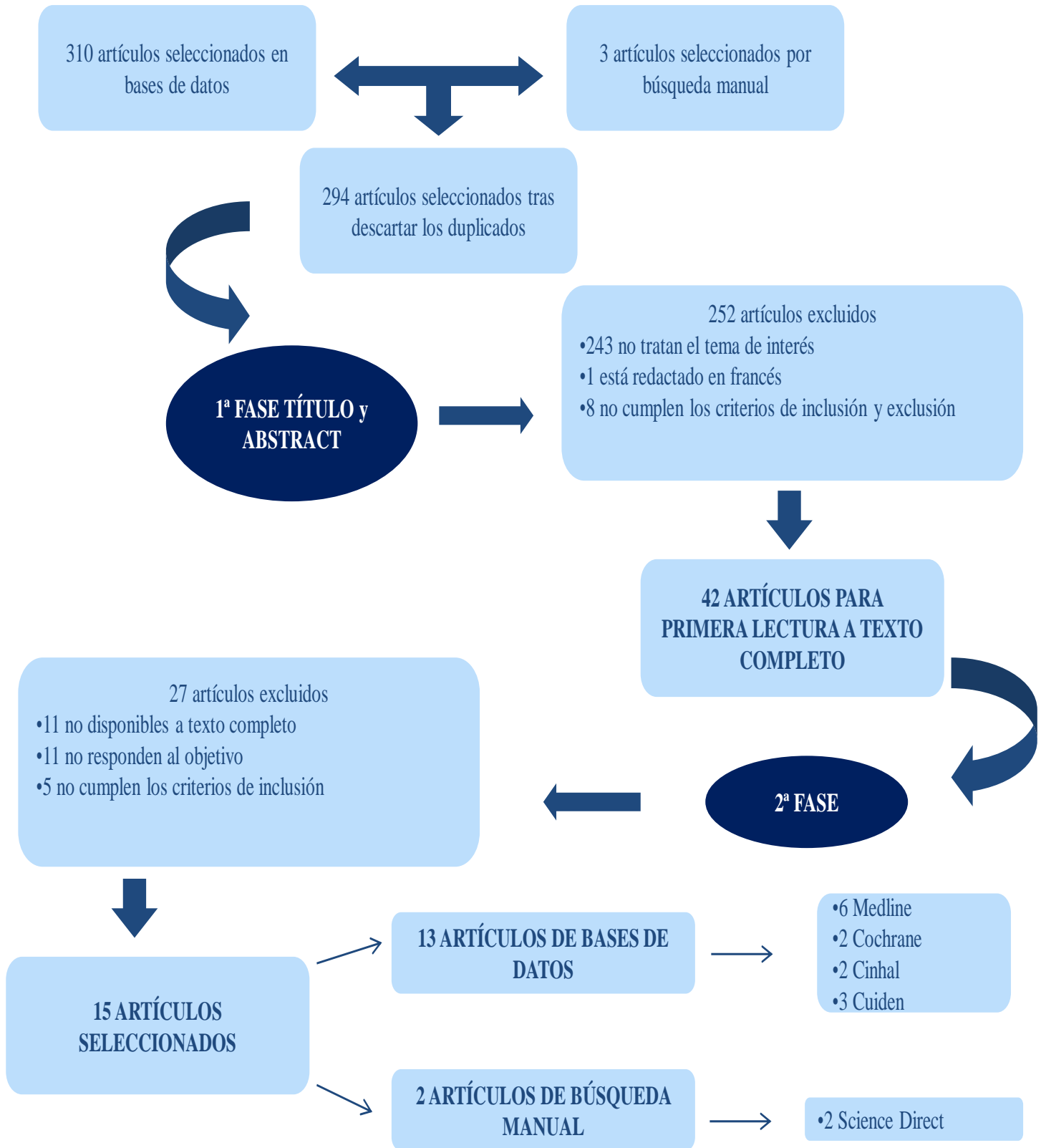
Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Comentarios	Selección	Comentarios
BASES DE DATOS					
OVID MEDLINE 1	Burnout, professional AND (nursing staff OR nursing staff hospital OR nursing)	1622	Búsqueda demasiado extensa. Aplicar filtros en próximas búsquedas.		
OVID MEDLINE 2	(Nursing staff OR nursing OR nursing staff hospital) AND burnout professional AND stress management	38	Búsqueda adecuada.	8	Entre los descartados se encuentran artículos sobre la calidad de vida y promoción de la salud, enfermeros que cuentan sus experiencias con el estrés, artículos que tratan las causas y consecuencias pero no hablan de intervenciones.
OVID MEDLINE 3	Burnout, professional AND (nursing staff OR nursing staff hospital OR nursing) AND primary prevention	1	Búsqueda inadecuada ya que no obtengo resultados válidos. El artículo está en francés. Ampliar la búsqueda.		
OVID MEDLINE 4	Burnout, professional AND (nursing staff OR nursing staff hospital OR nursing) -Aplico filtro por tipo de publicación: ensayos clínicos	13	Búsqueda efectiva tras la aplicación de filtros.	8	Los descartados son demasiado antiguos, hablan de ansiedad y relajación o hablan de estrés y burnout pero no tratan intervenciones.
OVID MEDLINE 5	Burnout, professional AND (nursing staff OR nursing staff hospital OR nursing) -Aplico filtro por tipo de publicación: ensayos controlados aleatorizados	10	Búsqueda efectiva tras la aplicación de filtros, sin embargo, 5 artículos son duplicados de la búsqueda anterior.	1	Se descartan artículos que hablan de intervenir sobre los pacientes y no sobre los profesionales, aquellos en los que los enfermeros expresan experiencias y otro que trata sobre cambios en la presión arterial.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Comentarios	Selección	Comentarios
CINHAL 1	(Burnout syndrome OR burnout)AND nursing staff AND stress management	231	Búsqueda algo extensa. Aplicar filtros en próximas búsquedas.		
CINHAL 2	(Burnout syndrome OR burnout)AND nursing staff AND stress management -Aplico filtro por fecha y tipo de publicación: 2000-2018, ensayos clínicos, artículos de revista, meta-análisis, protocolos, guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas	169	Búsqueda adecuada tras la aplicación de filtros aunque 7 de los artículos son duplicados de búsquedas anteriores.	3	El resto no los selecciono porque no hablan de intervenciones, se interviene sobre estudiantes, son descripciones de experiencias o tratan otros temas no relacionados al objetivo.
CINHAL 3	Burnout syndrome AND nursing AND (prevention and control)	15	Búsqueda adecuada.	4	Entre los descartados hay revisiones bibliográficas, intervenciones sobre estudiantes, artículos sobre resiliencia y algunos que no proponen intervenciones.
COCHRANE LIBRARY 1	(Nursing OR nurses) AND burnout professional AND stress management	4	Búsqueda poco extensa. Ampliarla en las siguientes.	3	El que descarto habla sobre el dolor de espalda.
COCHRANE LIBRARY 2	(Nursing OR nurses) AND burnout professional AND prevention	20	Búsqueda efectiva aunque 6 son duplicados de búsquedas anteriores.	1	Los descartados no tratan temas de interés ya que hablan sobre la fatiga, la ansiedad, la satisfacción laboral, la calidad del trabajo, también sobre el dolor de espalda y en uno se describen las experiencias de los profesionales.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Comentarios	Selección	Comentarios
CUIDEN 1	(Burnout OR síndrome de burnout) AND personal de enfermería	391	Búsqueda inefectiva, demasiado extensa. Próximas búsquedas más concretas		
CUIDEN 2	(Burnout OR síndrome de burnout) AND actividades preventivas	487	Búsqueda demasiado extensa, concretar más en las siguientes.		
CUIDEN 3	Prevención AND (burnout OR síndrome de burnout) AND personal de enfermería	39	Búsqueda adecuada.	9	Entre el resto hay algún capítulo de libro, no hablan sobre intervenciones, tratan temas que no son de interés y en algunos casos no tengo acceso al resumen.
CUIDEN 4	Burnout AND actividades preventivas AND personal de enfermería	0	Búsqueda inefectiva por no obtener resultados. Ampliar la búsqueda.		
CUIDEN 5	Burnout AND actividades preventivas	1	Búsqueda muy escueta.	1	El artículo parece responder a mi objetivo según el abstract.
BÚSQUEDAS MANUALES					
SCIENCE DIRECT 1	Burnout AND prevention Filtro: artículos sobre nursing and health professionals	25	Búsqueda adecuada en cuanto a número pero en los artículos no se habla de enfermeras sino de otros profesionales. Volver a aplicar filtros.		
SCIENCE DIRECT 2	Burnout AND prevention -Filtro: artículos sobre nursing and health professionals -Filtro 2: burnout y nurses	11	Búsqueda no efectiva ya que no proponen intervenciones, hablan sobre todo tipo de profesionales sanitarios sin diferenciar, mencionan los factores y síntomas del estrés, son muy antiguos o están redactados en otro idioma.		
SCIENCE DIRECT 3	Burnout AND stress management -Filtro: artículos, nurses and health professionals	32	Búsqueda adecuada.	2	Los artículos que no selecciono tratan sobre factores, bienestar y promoción de la salud, sobre otros profesionales sanitarios, están redactados en otro idioma o son simplemente descriptivos.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Comentarios	Selección	Comentarios
GOOGLE ACADÉMICO 1	Síndrome de burnout en el personal de enfermería -Con la frase exacta: prevención -Sin las palabras: médicos Filtro fecha: 2005-2018	1730	Búsqueda demasiado extensa. Afinar en próximas búsquedas.		
GOOGLE ACADÉMICO 2	Síndrome de burnout en el personal de enfermería -Con la frase exacta: prevención del burnout -Sin las palabras: médicos, psicólogos -Filtro fecha: 2005-2018	40	Búsqueda efectiva.	1	El resto de artículos fueron eliminados por hablar sobre factores y no intervenciones, por intervenir sobre docentes, deportistas, estudiantes o receptores de cuidados o estar en otro idioma.
GOOGLE ACADÉMICO 3	Síndrome de burnout en el personal de enfermería -Con la frase exacta: manejo del estrés -Sin las palabras: médicos, psicólogos, docentes, 1estudiantes -Filtro fecha: 2005-2018	46	Búsqueda adecuada en cuanto a número de artículos.	0	No son seleccionados por no tratar el tema de interés. Hablan sobre cuidadores en el domicilio, factores productores, otros profesionales sanitarios, están en otro idioma o son demasiado antiguos
GOOGLE ACADÉMICO 4	Prevención del síndrome de burnout en el personal de enfermería -Con la frase exacta: manejo del estrés -Sin las palabras: médicos, psicólogos, docentes, estudiantes -Filtro fecha: 2005-2018	37	Búsqueda adecuada en cuanto a cantidad de artículos.	0	No son seleccionados por no tratar el tema de interés. Hablan sobre cuidadores en el domicilio, factores productores, otros profesionales sanitarios, están en otro idioma o son demasiado antiguos

ANEXO 4: Diagrama de flujo de la selección de la literatura



ANEXO 5: Lectura crítica de un ECA

Artículo: Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. <i>Workplace Health Saf.</i> 2015;63(10):462–470.			
Objetivos hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	SÍ	¿Por qué? Aparece claramente que el objetivo es analizar la eficacia del yoga (I) para mejorar el autocuidado y reducir el burnout (O) en enfermeras que ejercen en una red de atención médica urbana con apoyo fiscal (P). En el grupo control hay ausencia del taller de yoga (C). El objetivo sigue el formato PICO.
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	SÍ	¿Por qué? Estudio experimental con grupo control y grupo intervención siendo los participantes asignados de forma aleatoria. Es el diseño que más sesgos controla.
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	SÍ	¿Por qué? Explica en qué consistió la intervención. En las primeras sesiones aprendieron a tomar conciencia de la respiración, las bases de un adecuado alineamiento corporal, control de la mente con simples meditaciones y relajación profunda para finalizar. En sesiones más avanzadas se fueron aumentando los ejercicios tanto físicos, como de respiración y meditación. Se les proporcionaron folletos por cada sesión para que tuvieran más información y un recordatorio visual de los ejercicios pudiendo así reproducirlos en casa. Aunque sea complicado replicarlas porque son sesiones completas, las impartía un médico osteópata con más de 27 años de experiencia como instructor de yoga de manera que se impartían las sesiones sistemáticamente.
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	SÍ	¿Por qué? Describe el tipo de paciente sobre el que se realiza la investigación en los criterios de inclusión y exclusión. Personal de enfermería dentro del sistema hospitalario asociado, no tener experiencia previa con el yoga, voluntad para completar las sesiones durante ocho semanas y los ejercicios para casa y voluntad para ser asignado de forma aleatoria al grupo control o intervención. Además, no tener enfermedades graves ni diagnósticos ortopédicos de cuello, espalda, pelvis o extremidades inferiores que pudieran interferir en las sesiones de yoga.
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	SÍ	¿Por qué? La muestra inicial era de 100 participantes que incluía más profesionales a parte de personal de enfermería. Se hizo un screening inicial que reunió a 71 enfermeros y a estos se les realizó otro screening mediante encuestas y cuestionarios telefónicos y online seleccionando a 54 individuos. De estos, 40 cumplían los criterios de elegibilidad que fueron los participantes definitivos.
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	SÍ	¿Por qué? Aparece el cálculo realizado siendo 40 la muestra mínima necesaria, participan 40 por lo que se está respetando.

Artículo: Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health Saf.* 2015;63(10):462–470.

Variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	SÍ	¿Por qué? Porque las escalas utilizadas están validadas y además los datos se recogieron mediante cuestionarios online usando el sistema seguro de encuesta Qualtrics.
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	SÍ	¿Por qué? Se explica que se hicieron mediciones previas a la intervención en ambos grupos tanto de características demográficas como del burnout y las diferencias no fueron estadísticamente significativas, por lo tanto los grupos eran homogéneos.
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada?	NO	¿Por qué? Porque aunque el investigador sí es ciego los participantes saben a qué grupo pertenecen porque los del grupo intervención asisten a las sesiones mientras que los del control no son activos.
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	SÍ	¿Por qué? Muestran con datos cuantitativos si ha habido diferencias en el pre/post-test entre ambos grupos y si han mostrado mejoría de forma individual, resultando estos datos positivos para la investigación.
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	SÍ	¿Por qué? Aunque la muestra no sea demasiado grande, es suficiente para demostrar que el yoga reduce significativamente dos de las características principales del burnout, despersonalización y cansancio emocional. Además siendo un ECA es un artículo de peso para mi revisión bibliográfica.

ANEXO 6: Resumen de la lectura crítica de 11 artículos seleccionados*

1. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res*. 2005;19:105–109.
2. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Issues Innov Nurs Educ*. 2002;37(5):470–476.
3. Sasaki M, Kitaoka-Higashiguchi K, Nakagawa H, Y Morikawa. Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *J Nurs Manag*. 2009;17:359–365.
4. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM. The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout, Part II A Quantitative and Qualitative Study. *Holist Nurs Pr*. 2005;19(1):26–35.
5. Magtibay DL, Chesak SS, Coughlin K, Sood A. Decreasing Stress and Burnout in Nurses Resilience Training Program. *J Nurs Adm*. 2017;47(7):391–395.
6. Taormina RJ, Law C. Approaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization. *J Nurs Manag*. 2000;8(1):89–99.
7. Mackenzie CS, Peragine G. Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementias*. 2003;18(5):291–299.
8. Wei R, Ji H, Li J, Zhang L. Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2017;43(2):145–149. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2016.07.011>
9. Kravits K, Mcallister-Black R, Grant M, Kirk C. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2010;23:130–138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.002>
10. Italia S, Favara-Scacco C, Di Cataldo A, Russo G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-oncology*. 2008;17:676–680.
11. Gómez Cárcaba MO, Renedo Mediavilla Felisa, Mateo Herrero, ML. Prevención del síndrome de Burnout del personal de enfermería: Un reto para la supervisora. *Tesela* [Rev Tesela] 2008; 4. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6797.php>

**Nota: la lectura crítica se ha aplicado a 12 artículos, recogidos 11 en este anexo y el 12º en el anexo anterior. Para completar la revisión se añadieron 3 revisiones sistemáticas. (Ver anexo 7)*

	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Mackenzie (2006)	Ewers (2001)	Sasaki (2009)	Cohen-Katz (2005)	Magtibay (2017)	Taormina (2000)	Mackenzie (2003)	Wei (2017)	Kravits (2008)	Italia (2007)	Gómez (2008)
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	SÍ	SI	No experimental	SI	SI	No experimental	SI	NO	SI	SI	No experimental
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI

	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Mackenzie (2006)	Ewers (2001)	Sasaki (2009)	Cohen-Katz (2005)	Magtibay (2017)	Taormina (2000)	Mackenzie (2003)	Wei (2017)	Kravits (2008)	Italia (2007)	Gómez (2008)
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	NO	SI	No procede	SI	No procede	No procede	NO	SI	No procede	NO	No procede
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

ANEXO 7: Tabla de artículos incluidos en la revisión con escala MBI para medir el nivel del burnout

AUTOR (AÑO PUBLICACIÓN)	PAÍS	DISEÑO	MUESTRA/TIPO DE PROFESIONAL	OBJETIVO	RESULTADO
Alexander et al. (2015)	Estados Unidos	Ensayo clínico controlado aleatorizado	40 enfermeros del sistema hospitalario asociado. GC (n=20) y GI (n=20).	Examinar la eficacia del yoga para reducir el burnout sobre las enfermeras.	-GI mejora significativa del pre al post-test en cansancio emocional (p=0.008) y despersonalización (p=0.007). -Post-test GI resultados significativamente mejores que GC en cansancio emocional (p=0.028), despersonalización (p=0.048).
Mackenzie et al. (2006)	Canadá	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en unidades complejas de larga estancia de un hospital universitario. GC (n=14) y GI (n=16).	Describir y evaluar la eficacia de una breve versión del programa mindfulness based stress reduction (MBSR).	-Cansancio emocional disminuyó en GI y aumentó en GC: interacción grupoXtiempo significativa (p<0.05) con F=4'96 y $\eta^2=0'16$ -Despersonalización estable en GI y aumentó en GC: interacción grupoXtiempo significativa (p<0.05) con F=4'88 y $\eta^2=0'16$ -Realización personal interacción grupoXtiempo no significativa.
Ewers et al. (2001)	Reino Unido	Cuasi-experimental	Se recogieron datos iniciales a 33 enfermeros cualificados en salud mental forense, trabajando en una unidad psiquiátrica. 13 de ellos no quisieron participar después. GC (n=10) y GI (n=10).	Evaluar el efecto de un entrenamiento de intervención psicosocial sobre el conocimiento, actitudes y niveles de burnout en un grupo de enfermeras forenses de salud mental.	-Diferencias significativas entre GI y GC tras la intervención, cansancio emocional p=0.04, despersonalización p=0.01 y realización personal p=0.01.
Sasaki et al. (2009)	Japón	Estudio transversal	Personal de enfermería de 16 hospitales psiquiátricos en Japón (n=1291).	Examinar la relación entre el manejo del estrés y el burnout utilizando instrumentos de evaluación estandarizados y proporcionar sugerencias de intervenciones efectivas en el manejo del estrés en personal de enfermería.	Hombres: -Resolución de problemas correlaciona positivamente con eficacia profesional (p<0.01) Mujeres: -Reinterpretación cognitiva correlaciona negativamente con cansancio emocional (p<0.01) y positivamente con eficacia profesional (p<0.05) -Resolución de problemas correlaciona positivamente con cansancio emocional (p<0.05) y eficacia profesional (p<0.01)

AUTOR (AÑO PUBLICACIÓN)	PAÍS	DISEÑO	MUESTRA/TIPO DE PROFESIONAL	OBJETIVO	RESULTADO
Cohen-Katz et al. (2005)	Pensilvania	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Personal de enfermería de unidades del Lehigh Valley Hospital & Health Network (LVHNN). GI (n=12) y GC (n=13), grupo cohorte (n=11).	Investigar si la mindfulness-based stress reduction disminuye el burnout aumentando la conciencia y la atención conscientes.	-Tras la intervención diferencia estadísticamente significativa entre GI y GC en cansancio emocional (p=0.05) y realización personal (p=0.014) pero no en despersonalización (p=0.063). -GI reducción estadísticamente significativa en cansancio emocional en el post (p=0.001) y a los 3 meses (p=0.01)pero no en realización personal (p=0.06) ni despersonalización (p=0.08)
Magtibay et al. (2017)	Estados Unidos	Pre experimental	Profesionales de enfermería del hospital Mayo Clinic (n=50).	Evaluar la eficacia del stress management and resilience training program sobre personal de enfermería de trasplantes y enfermeros líderes utilizando el método de aprendizaje mixto para mejorar el estrés, ansiedad, resiliencia, felicidad, mindfulness y burnout.	-Medición basal antes de la intervención y se comparó con otras a las 8,12 y 24 semanas. Diferencia estadísticamente significativa en todos los casos p<0.001 excepto en la 8ª semana en el burnout relacionado con el cliente (p=0.13).
Taormina et al. (2000)	Nueva Zelanda	Descriptivo correlacional	Personal de enfermería de 5 hospitales en Hong Kong (n=154).	Examinar la asociación entre el burnout y algunos enfoques que han sido recomendados para prevenirlo.	Nivel personal: -Habilidades interpersonales correlaciona negativamente con despersonalización y baja realización personal (p<0.0001). Nivel organizacional: -Formación técnica correlaciona negativamente con cansancio emocional (p<0.0005). -Comprensión correlaciona negativamente con despersonalización (p<0.05). -Compañerismo correlaciona negativamente con baja realización personal (p<0.005). -Perspectivas de futuro no correlaciona con ninguna dimensión.
Mackenzie et al. (2003)	Canadá	Estudio cuasi-experimental longitudinal	GI personal de enfermería de una unidad de demencia (n=28) y GC de otra unidad (n=13).	Describir el desarrollo y resultado de una intervención sobre enfermeros diseñada para disminuir el estrés y burnout mejorando su autoeficacia manejando situaciones difíciles de equipo, residentes y familiares.	-No diferencias estadísticamente significativas en GI entre el pre y post-test en cansancio emocional y despersonalización. -A corto plazo el GI presentó mayores niveles de realización personal que el GC (p<0.05) pero no a largo plazo (p=0.61).

AUTOR (AÑO PUBLICACIÓN)	PAÍS	DISEÑO	MUESTRA/TIPO DE PROFESIONAL	OBJETIVO	RESULTADO
Wei R et al. (2017)	China	Ensayo clínico controlado aleatorizado	102 profesionales de enfermería del servicio de urgencias de 3 hospitales chinos GC (n=51) y GI (n=51).	Investigar si una intervención activa puede jugar un papel en la reducción del burnout en profesionales de enfermería del servicio de urgencias.	-Tras la intervención la diferencia entre GC y GI significativa en despersonalización y cansancio emocional $p<0.05$. -La diferencia entre ambos grupos en realización personal no fue significativa tras la intervención $p>0.05$
Kravits et al. (2008)	Estados Unidos	Estudio pre-experimental	Personal de enfermería de un centro integral de oncología en California y de las organizaciones comunitarias circundantes (n=248).	Desarrollar y evaluar un programa psicoeducativo que ayude a las enfermeras que trabajan en áreas de alto estrés a desarrollar planes personalizados de manejo del estrés que se basen en el uso de estrategias adaptativas de afrontamiento.	-Pre-intervención 38% de los participantes niveles elevados de cansancio emocional. Post-intervención 26%. Diferencia estadísticamente significativa ($p<0.0005$). -Despersonalización 13% valores elevados pretest. En el post 9%, diferencia estadísticamente significativa ($p<0.0005$). -45% niveles bajos de realización personal pretest y 52% en el post.
Italia S et al. (2007)	Italia	Estudio piloto cuasi-experimental	Fase diagnóstica: médicos y enfermeros de dos hospitales de Catania, una unidad oncológica de adultos y otra pediátrica. El primero GC(n= 32) y el segundo GI (n=33). Fase de intervención: médicos y enfermeros del GI (n=20).	Evaluar y reducir el nivel de burnout en médicos y personal de enfermería de una planta de adultos y otra infantil ambas de oncología utilizando técnicas creativas de terapia artística.	-GC el personal de enfermería niveles significativamente mayores de cansancio emocional que los médicos. -GI no diferencias significativas entre médicos y enfermeros. -Disminución significativa en GI en cansancio emocional ($p=0.009$) y despersonalización ($p=0.047$) y aumento en realización personal ($p=0.036$).
Gómez Cárcaba et al. (2008)	España	Estudio transversal descriptivo	Profesionales de enfermería del Hospital Universitario "Río Hortega" de Valladolid (n=194).	Determinar el papel de la supervisora en la prevención del "Burnout" del personal de enfermería de las unidades de hospitalización.	CE alto en el 57,8%, DP alta en el 46,3% y falta de realización en el 27,4%. 11,1% presentan síndrome de burnout, 58,9% tiene afectada alguna dimensión, 30% ninguna alteración. Condiciones laborales: La supervisora puede identificar conflictos y solucionarlos, minimizar la burocracia o realizar planificaciones adecuadas. Desarrollo profesional y personal: favorecer la comunicación, establecer vínculos entre el equipo, promover la integración y participación, reconocer el trabajo bien hecho.

AUTOR (AÑO PUBLICACIÓN)	PAÍS	DISEÑO	MUESTRA/TIPO DE PROFESIONAL	OBJETIVO	RESULTADO
Moss et al. (2016)	EEUU	Revisión sistemática	Personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos.	Informar a las partes interesadas de sus posibles roles en la disminución del síndrome de burnout.	Intervenciones eficaces: según la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos son necesarias 6 bases (comunicación especializada, colaboración entre los miembros del grupo, toma de decisiones efectiva, personal adecuado, reconocimiento significativo y liderazgo auténtico). Estrategias efectivas: grupos de apoyo, terapia cognitivo-conductual, mindfulness. Intervenciones para mitigar el riesgo de burnout: habilidades de gestión de tiempo, manejar conflictos.
Barbosa da França et al. (2014)	Brasil	Revisión sistemática	Diversas bases de datos	Presentar los siguientes aspectos del conocimiento científico referente al Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, factores de riesgo, consecuencias y prevención	-Individuales: estrategias cognitivo-conductuales. Incluyen una parte didáctica acerca del síndrome de burnout y programas de prevención. -Organizacionales: recursos humanos y materiales, ambiente democrático que permita la autonomía, planificación estratégica, reajuste de la sobrecarga laboral, resolución de conflictos e incentivos.
Hernández García et al. (2015)	España	Revisión sistemática	25 artículos seleccionados de las bases de datos Pubmed, Crochane Plus, Cinhal, Medline y Cuiden Plus.	Recuperar evidencia científica sobre cambios a realizar en la cultura organizativa hospitalaria para paliar el Síndrome de Burnout que afecta a los profesionales de enfermería.	Cambios organizacionales: formación continuada, reconocimiento por parte de la dirección, relaciones horizontales, plantilla adecuada a la carga de trabajo y aumento de autonomía de la enfermera.

ANEXO 8: Árbol categorial

