



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

¿El nivel de Burnout en enfermeras de UCI
adultos es mayor que en las enfermeras de UCI
pediátrica y/o neonatales?

Marina Fernández Martínez

Grado de Enfermería

Año académico 2018-19

DNI del alumno: 43215199Q

Trabajo tutelado por Cristina Moreno Mulet
Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Enfermería, Unidad de cuidados intensivos, Unidad de cuidados intensivos pediátricos, Unidad de cuidados intensivos neonatales, Síndrome de Burnout.

Índice

Listado de abreviaturas	3
Resumen	4
Abstract.....	5
1. Introducción.....	6
1.1 Objetivos del trabajo	8
2. Material y métodos	8
3. Resultados y discusión	13
3.1 Características del Síndrome de Burnout.....	13
3.2 Estrategias e intervenciones del Síndrome de Burnout	18
4. Conclusión.....	20
5. Bibliografía.....	21
ANEXOS	25
Anexo 1 – Cuestionario burnout.....	25
Anexo 2 – Tabla 1. Resultados obtenidos	27
Anexo 3 – Tabla 2. Síntesis de artículos	28
Anexo 4 – Nivel de evidencia (CEBM).....	39

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UCIP	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
SB	Síndrome de Burnout
MBI	Maslach Burnout Inventory
AE	Agotamiento emocional
D	Despersonalización
RP	Realización personal
NSS	Nursing stress scale
ProQOL	Professional quality of life
TEPT	Trastorno de estrés post traumático
CEMB	Centre for Evidence-Based Medicine
NANN	National Association of Neonatal Nurses

RESUMEN

El síndrome de burnout es frecuente entre enfermeros y existen un riesgo más alto de sufrirlo en la UCI. Los objetivos que se proponen en este trabajo son describir las características que influyen en el SB, definiendo factores de riesgo y de protección, entre las enfermeras de las UCIs de adultos, pediatría y/o neonatales. Además de enunciar estrategias e intervenciones del SB. Mediante una metodología de análisis y revisión crítica de artículos se realizó una búsqueda bibliográfica en Cuiden Plus, Pubmed, Web of Science, EBSCOhost (CINAHL, MEDLINE y PsicoINFO) y revistas especializadas en UCI. Tras una búsqueda dirigida se analizaron 25 artículos, de los cuales, 3 son estudios cualitativos, 21 estudios cuantitativos y 1 revisión sistemática. Las conclusiones que se han extraído son que las enfermeras de UCI tienen niveles altos de SB ya que superan el 50%. Y existen factores de riesgo, como la excesiva carga de trabajo, tener pocos años de experiencia en el sector, insatisfacción laboral, entre otros, que predisponen a altos niveles de estrés aunque están contrarrestado por elementos protectores, como la satisfacción laboral juntamente con al bienestar, sentirse apoyado por amigos o familiares y disponer de un buen liderazgo en el puesto de trabajo. El Mindfulness y la resiliencia son intervenciones eficaces para reducir el estrés que conlleva al SB. No se encuentran diferencias en ninguno de los objetivos entre UCI de adultos, pediátrica y/o neonatales.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos (adultos, pediatría y neonatales), Síndrome de burnout, Enfermería.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a common problem among health workers, and they have a higher risk of suffering it in the ICUs. The objectives proposed in this study are to describe the main characteristics that affect burnout syndrome, defining risk and protective factors among adult, pediatrics and/or neonatal ICU nurses. In addition, to state several strategies and interventions related to burnout syndrome. A literature review was carried out through an article's analysis and critical review in different article databases such as Cuiden Plus, Pubmed, Web of Science, EBSCOhost (CINAHL, MEDLINE and PsicoINFO) and ICU-specialized journals. After an aimed search, 25 relevant articles were analyzed in detail and thoroughly reviewed, of which 3 were qualitative studies, 21 were quantitative studies and 1 was a systematic review. In conclusion, ICU nurses show a high level of burnout syndrome that exceed 50%. There are some risk factors, such as excessive workload, having few years of experience in the sector and job dissatisfaction, which predispose them to higher levels of stress. Nevertheless, there are some protective factors, such as job satisfaction along with well-being, feel supported by friends or family and have good leadership in the workplace. Mindfulness and resilience are effective interventions to decrease stress levels related to burnout syndrome. No significant differences were found among adult, pediatric and neonatal ICU nurses.

Keywords: Intensive care unit (adults, pediatrics and neonatal), Burnout syndrome, Nursing.

1. INTRODUCCIÓN

La elección del tema para este trabajo se ha debido a que durante mi experiencia en el mundo sanitario, he podido ser espectadora de múltiples escenas en los que los propios profesionales presentaban ansiedad, frustración, fatiga y desmotivación en el lugar de trabajo, y todos estos factores conducen a altos niveles de estrés. Un estrés crónico provoca el Síndrome de Burnout (SB). Una de las cosas que me ha sorprendido es ver tantos profesionales en los que se encuentran en esta situación. Mi curiosidad aumentó en los servicios de unidades de cuidados intensivos (UCI), ya que es un servicio más especializado y donde observé más este síndrome de burnout. Tenían expresiones muy negativas de la jornada laboral, se quejaban constantemente de la sobrecarga de trabajo, el trato con los pacientes, familiares y/o acompañantes no era del todo adecuado, entre otras situaciones alarmantes.

Para empezar con la explicación del concepto del síndrome de burnout considero necesario hacer referencia a la evidencia de la definición de este síndrome. Este concepto fue descrito por primera vez por un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger en 1974 que indicaba que el síndrome de burnout era *“como una sensación de fracaso y agotamiento, resultante de una sobrecarga de trabajo que no puede ser equilibrada...”*⁽²⁹⁾. Posteriormente, la psicóloga social Christine Maslach, juntamente con Jackson, profundiza más en la definición en 1979, en la que, describe que el burnout es *“ como el fenómeno resultante de la exposición prolongada a los factores de estrés interpersonal dentro del entorno laboral y profesional, caracterizado por extrema fatiga y pérdida del idealismo y de la motivación laboral”*⁽²⁹⁾.

Tras varias definiciones expuestas a lo largo de la historia, la definición más aceptada es la de Christine Maslach y Jackson en 1979, ya que indica que el SB está compuesto por 3 dimensiones. En primer lugar tenemos el *agotamiento emocional (AE)* que se caracteriza por la pérdida de recursos emocionales y de energía, afectando física y psicológicamente a la persona. Por otro lado, la *despersonalización (D)* hace referencia al desarrollo de sentimientos y actitudes negativas en el trabajo. Y por último, la *baja realización personal (RP)* se hace evidente la insatisfacción laboral, relacionada con la

baja productividad, la falta de motivación, la baja autoestima, el aumento de la irritabilidad, entre otros ^(1, 9, 11, 29).

Para poder medir el nivel de SB se desarrolla el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el cual, se encuentra detallado en el *anexo 1*, y es una herramienta que identifica la presencia del síndrome de burnout mediante 22 ítems. Este cuestionario es auto administrado y consiste en recoger respuestas del sujeto para relacionar su trabajo con ciertos sentimientos, emociones, pensamientos y conductas ⁽¹⁵⁾.

Como mi trabajo está más enfocado a las y los enfermeros de UCI, considero necesario explicar en qué consiste la unidad de cuidados intensivos. Las características que definen las UCIs proporcionan un alto porcentaje de trabajadores que sufren de este síndrome. Estas unidades están dotadas de equipos especializados y tecnológicos que permiten tener un control más exhaustivo de la salud de los usuarios, proporcionando cuidados críticos y soporte vital a pacientes que ingresan por gravedad y empeoramiento de su estado de salud. A estos pacientes se les administra un tratamiento más específico por su situación, requiriendo una atención continua e intensiva ⁽²³⁾.

El Síndrome de Burnout, desgaste profesional o síndrome de quemarse por el trabajo entre profesionales de la salud es bastante frecuente ^(1, 6, 8). La enfermería es un colectivo que se enfrenta diariamente al estrés en su jornada laboral, ya que, trabajan de manera directa y continua con personas, implicándose emocionalmente ⁽²⁾. Si este estrés perdura en el tiempo implica un riesgo psicológico, que conlleva consecuencias negativas para la persona que lo sufre. Todo ello puede afectar tanto a la salud psicológica como a la física ^(1, 2, 29).

El síndrome de burnout está determinado por varios factores como; sobrecarga de trabajo, turnos dobles, recursos insuficientes, conflictos interpersonales, contacto cercano e intenso al paciente y familia, entre otros ^(2,29).

1.1 Objetivos del trabajo

Tras pasar mi periodo de prácticas y después de analizar la información, nació la siguiente pregunta:

- *¿El nivel de Burnout en enfermeras de UCI adultos es mayor que en las enfermeras de UCI pediátrica y/o neonatales?*

Cuyo objetivo general es:

- Comparar el nivel de burnout de enfermeras de UCI pediátrica y/o neonatales versus UCI adulto.

Del cual se desglosan dos objetivos específicos:

- Describir las características que influyen en el Síndrome de burnout, definiendo factores de riesgo y de protección entre las enfermeras de las UCIs de adultos, pediatría y/o neonatales.
- Enunciar estrategias e intervenciones del SB entre las diferentes UCIs de adultos, pediatría y/o neonatales.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una metodología de análisis y revisión crítica de artículos de investigación. Este enfoque era flexible y permitía revisar distintos tipos de estudios, tanto cualitativos como cuantitativos.

Inicialmente, realicé una búsqueda para determinar cómo enfocar el tema de la manera más adecuada. Por lo que después de buscar en diferentes páginas y bases de datos, se puso en manifiesto que podía realizar una comparación del síndrome de burnout en las diferentes UCIs en la población adulta, pediátrica y neonatal.

Para obtener información sobre el tema elegido se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos centradas en Ciencias de la Salud. A través de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de las Illes Balears entre las que se encuentran: Cuiden Plus, Pubmed, Web of Science y EBSCOhost (CINAHL, MEDLINE). Tras esta búsqueda consideré oportuno incluir otra base de datos como es la PsycINFO porque tenía en cuenta factores psicológicos, además de hacer una búsqueda en algunas revistas especializadas en Unidades de cuidados intensivos.

Los descriptores incluidos en las búsquedas fueron:

<i>Español</i>	<i>Inglés</i>
<i>Agotamiento profesional</i>	Burnout, profesional
<i>Enfermería</i>	Nursing
<i>Unidad de cuidados intensivos</i>	Intensive care units
<i>Unidad de cuidados intensivos pediátricos</i>	Intensive care units, pediatric
<i>Unidad de cuidados intensivos neonatales</i>	Intensive care units, neonatal

En todas las bases de datos se limitó la búsqueda cronológica en los últimos 5 años, además de señalar los idiomas español, catalán e inglés. Tras indicar los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron los duplicados para posteriormente comenzar a escoger artículos tras la lectura exhaustiva de títulos y resúmenes. A parte de la búsqueda de datos, se realizó una búsqueda manual en las revistas *Medicina Intensiva*, *Enfermería Intensiva*, *Journal of Critical Care* e *Intensive and Critical Care Nursing*.

Se identificaron unos criterios de inclusión y exclusión para facilitar la selección de artículos. Se especificaron unos criterios de inclusión que son:

- Artículos en español, inglés y/o catalán.
- Investigaciones en los últimos 5 años.
- Artículos que hicieran referencia y contuvieran información referente al Síndrome de Burnout en UCIs (adultos, pediátricas y/o neonatales).
- Artículos que hicieran referencia a la escala de calidad de vida profesional, a la Fatiga compasiva y/o Satisfacción compasiva relacionándolo con el SB.
- Artículos que expusieran escalas para medir el nivel de burnout, concretamente la de MBI. Indicando conceptos como cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.
- Artículos que expusieran factores de riesgo y factores protectores sobre el SB.

Se excluían todas aquellas investigaciones que:

- Se encontraran en otros idiomas no mencionados anteriormente.
- Que hablasen de la angustia moral o el bienestar espiritual.
- Cuya investigación fueran informes de casos, artículos de opinión, anécdotas sin métodos claros.
- Búsqueda cronológica menor del año 2014.

A continuación se presenta una tabla en la que se puede observar la combinación de booleanos realizada según la base de datos consultada.

Base de datos	Combinación booleanos
EBSCOhost (CINAHL, MEDLINE y PsicINFO)	(Intensive care units OR ICU OR critical care) AND (burnout, profesional) AND (nurses) [180] [131] y [12] (Intensive care units, neonatal) AND (burnout, profesional) AND (nurses) [4] [10] y [1] (Intensive care units, pediatric) AND (burnout, profesional) AND (nurses) [7] [4] y [0]
PUBMED	(Intensive care units OR ICU OR critical care) AND (burnout, profesional) AND (nurses) [117] (Intensive care units, neonatal) AND (burnout, profesional) AND (nurses) [13] (Intensive care units, pediatric) AND (burnout, profesional) AND (nurses) [23]
Cuiden Plus	[res= (Cuidados intensivos OR UCI) AND burnout AND enfermería] [9] [res= (Cuidados intensivos pediátricos) AND burnout AND enfermería] [0] [res= (Cuidados intensivos neonatales) AND burnout AND enfermería] [0]
Web of Science	TS=(intensive care unit OR ICU OR critical care) AND TS=(burnout, profesional) AND TS=(nurses) [107] TS=(intensive care units, neonatal) AND TS=(burnout, profesional) AND TS=(nurses) [7] TS=(intensive care units, pediatric) AND TS=(burnout, profesional) AND TS=(nurses) [10]
Revistas (Medicina Intensiva, Enfermería Intensiva, Journal of Critical Care, Intensive and Critical Care Nursing)	ICU AND burnout AND nurses [4], [3], [15] y [21]

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

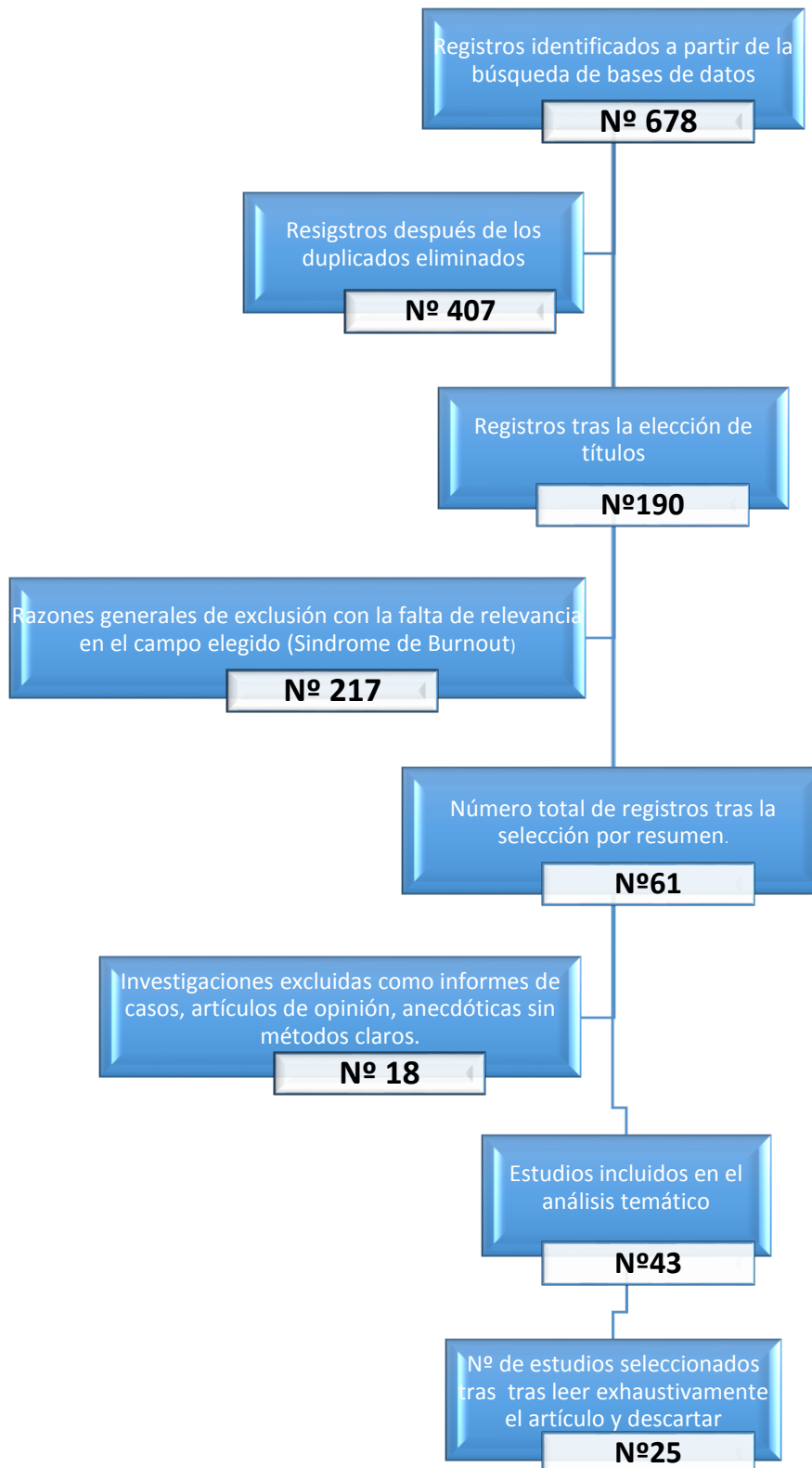
Síntesis de los resultados

Los resultados obtenidos de la búsqueda fueron 25 artículos (figura 1 y *anexo 2*). Para la síntesis de los mismos, se prioriza en responder los objetivos planteados y determinar los temas más recurrentes que aparecen en las investigaciones halladas.

	Título	Resumen	Seleccionados
CINAHL	61	10	4
MEDLINE	18	11	7
PsycINFO	1	0	0
PUBMED	67	27	20
Cuiden Plus	7	5	5
Web of Science	31	5	4
Enfermería Intensiva	4	2	1
Medicina Intensiva	3	1	0
Journal of Critical Care	15	2	1
Intensive and Critical Care Nursing	21	6	1
	Duplicados 131 títulos		Total 43. Escogidos 25.

Figura 1. Resultados obtenidos

Para una visión más general de la búsqueda bibliográfica se realizó un diagrama de flujo, que es el siguiente:



3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras una búsqueda dirigida, realizada con la metodología de análisis y revisión crítica de artículos de investigación, encontramos un total de 43 artículos, tras eliminar artículos duplicados o por su baja calidad analizamos 25 artículos. Dichos resultados se encuentran englobados y especificados en el *anexo 3*, y es en la Tabla 2 donde se resume la información más significativa sobre el objetivo de cada artículo y conclusiones a las que llegan cada uno de ellos, además de indicar el tipo de estudio y los niveles de evidencia del artículo basándome en la escala de recomendación CEMB^(25, 31) de Oxford (*Anexo 4*).

Tras clasificarlos según el tipo de estudio analizamos: 21 artículos cuantitativos, 3 estudios cualitativos y 1 revisión sistemática. Un total de 25 artículos para incluir en la discusión, y de los cuales, 20 artículos tienen un nivel de evidencia IV y los 5 artículos restantes varían el nivel de evidencia entre I y III.

Se realizó un análisis de los artículos seleccionados leyéndolos exhaustivamente e identificando los aspectos que respondían a los objetivos planteados, de los cuales, se clasifican en dos bloques: características del síndrome de burnout y estrategias e intervenciones del síndrome de burnout.

3.1 Características del Síndrome de Burnout

Los profesionales de la salud tienen un alto riesgo de padecer síndrome de burnout y la prevalencia de dicho síndrome en la unidad de cuidados intensivos es muy elevada, ya que superan el 50% de los profesionales que lo sufren, y el desarrollo de este trastorno puede afectar negativamente a la capacidad de atender a los pacientes adecuadamente⁽¹⁵⁾.

Cabe especificar las 3 dimensiones del SB para comprender y analizar los resultados. En primer lugar tenemos el *agotamiento emocional (AE)*, que se caracteriza por la pérdida de recursos emocionales y de energía, afectando física y psicológicamente a la persona. Por otro lado, la *despersonalización (D)* hace referencia al desarrollo de sentimientos y actitudes negativas en el trabajo. Y por último, la baja *realización personal (RP)* se hace

evidente la insatisfacción laboral, relacionada con: baja productividad, falta de motivación, baja autoestima, aumento de la irritabilidad, entre otros ^(1, 9, 11, 29).

De los resultados del artículo de Azevedo se sugiere que un 82% de las enfermeras de la UCI sufren AE, un 54% de D y por último un 18% de niveles altos de RP. De la misma manera el estudio de Gracia-Gracia muestra resultados similares: 85,2% de AE, 82,3% de D y un 80,8% de niveles bajos de RP. ^(1, 6).

Las y los enfermeros están expuestos continuamente a niveles altos de estrés. El síndrome de burnout es una consecuencia del estrés ocupacional y es una enfermedad profesional, y los factores que lo predisponen son: *excesiva carga de trabajo*, ya que, los enfermeros se encuentran con situaciones difíciles por lo que pueden no estar preparados psicológicamente y puede afectar a la percepción de la carga de trabajo; *ambientes laborales pobres*; *los años de experiencia* porque se considera que el personal joven es más propensos a desarrollar dicho síndrome debido a la falta de experiencia y de adaptación a las condiciones del trabajo y la organización; *deficientes relaciones interpersonales*, entre otras ^(2, 6).

Como el tema del trabajo está más enfocado en la UCI se considera oportuno indicar que estas son unidades especializadas, en las que se atienden tanto a una población adulta, pediátrica o neonatal, y en las que todo enfermero se encuentra con un alto nivel del SB (84%) al prestar cuidados críticos, cuyos resultados muestran que un 46,7% presentan niveles altos de AE, 63,5% niveles moderados de D y un 77,1% de niveles bajos de RP ⁽²⁹⁾.

Se observa en diferentes artículos que el SB está caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles de realización personal ^(2, 4, 6, 11). Según Fernandes en su estudio de 2018 determina que la AE y D (29.2 y 11.3 puntos respectivamente) mostraron una media más alta en UCI adultos, mientras que la RP (36.06 puntos) reveló un nivel más alto en UCI pediátrica ^(2, 19).

El estudio de Rodríguez-Rey en 2019 indica que en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) existe un entorno muy exigente en el que continuamente el equipo de enfermería está expuesto a eventos traumáticos y situaciones cambiantes en la que los

niños y familiares sufren ⁽³⁰⁾. Según varios artículos no existen diferencias entre la prevalencia del síndrome de burnout entre la UCI y la UCIP ^(20, 29, 30), tal y como expone Rodríguez-Rey en su artículo que muestra que dos estudios realizados en las UCIs de Francia alrededor del 30% de los profesionales tuvieron SB y en el contexto de las UCIPs los resultados fueron similares mostrando una prevalencia del 37% ⁽³⁰⁾.

Se refuerza la idea, mencionada anteriormente, con el artículo de Colville y colaboradores en 2017 que indican que no se encuentran diferencias entre la UCI y la UCIP porque muestra un resultado de $p=0.94$, y sólo existen asociaciones significativas de variables con un $p<0.05$ ⁽²⁰⁾.

En algunos estudios muestran resultados con el valor p, por lo que destaco su definición para comprender los resultados. El valor p es “*la probabilidad de obtener, por azar, una diferencia tan grande o mayor de la observada, cumpliéndose que no haya diferencia real en la población de la que proceden las muestras*”, es decir, al no poder acceder a la totalidad de la población se selecciona una muestra representativa, reduciendo el azar. Por lo que la $p<0.05$ se debe a que, si es mayor del 5% no se sabe si la diferencia observada es a consecuencia del azar ⁽³²⁾.

Se pudieron establecer factores predisponentes a padecer SB como son: *estar en contacto directo con la enfermedad y el dolor, relación problemática con los pacientes y familiares, falta de personal, sobrecarga de trabajo, turnos rotativos*, entre otros ⁽¹⁾.

Existen factores de riesgo como no practicar actividad física y recibir un salario mínimo (de los cuales un 14,9% y un 21,4% respectivamente de los encuestados mostraban dichos resultados) que influyen a una mayor incidencia del síndrome de burnout ⁽²⁸⁾. Respecto a la edad, la mayoría de los estudios muestran un predominio de agotamiento entre enfermeras más jóvenes (resultados que oscilan entre 20- 27%) o que la variable del sexo (15-43% mujeres) sea un factor de riesgo de dicho síndrome ^(1, 2, 5, 28).

Estos factores, mencionados anteriormente, son un aspecto en el que coinciden la mayoría de las investigaciones y en una de las revisiones de la bibliografía concuerdan factores como sobrecarga de trabajo, hacer dobles turnos, estar en contacto con el dolor y la muerte, el número insuficientes de personal, etc. Aunque, la diferencia principal de este estudio es que incluye el *nivel de responsabilidad, la falta de reconocimiento* que conduce a una descompensación psíquica llevando a una disminución de la RP y la D, *la*

participación en la toma de decisiones, la autonomía y el apoyo social. Este último, tiene resultados positivos en la reducción del agotamiento emocional, y el hecho de tener un apoyo familiar o social puede considerarse un factor protector del SB ⁽²⁾. En otros estudios, Arrogante y Aparicio-Zaldivar en 2017 o Azevedo Filho en 2019, describen nuevamente factores de riesgo similares a los mencionados sin añadir de nuevos ^(4,6). Un estudio en el que quieren comprender mejor el desgaste profesional indica que las *adversidades en el lugar de trabajo* pueden actuar como factores tóxicos, tales como, actitudes políticas, la colaboración con el equipo interdisciplinar o las interacciones entre enfermeras y pacientes ⁽⁵⁾.

Debido a la diversidad de los factores de riesgo se puede resumir en 4 grandes categorías ⁽¹⁵⁾:

- Características personales (idealismo, perfeccionismo, compromiso excesivo).
- Factores de la organización (aumento de la carga de trabajo, falta de control sobre el entorno, recompensas insuficientes).
- Calidad de las relaciones de trabajo (mala comunicación, relaciones interpersonales deficientes).
- Exposición a los problemas al final de la vida (cuidado de pacientes cerca de la muerte).

En cuanto a los factores de riesgo son similares tanto en unidades de cuidados intensivos de adultos, de pediatría y/o neonatales, como podemos observar en el artículo de Fernandes, ya que, algunos factores de la UCI mencionados anteriormente están significativamente asociados con el SB como son el estado civil con un $p=0.0186$, tener apoyo social como tener hijos ($p=0.0318$), tener turnos rotativos ($p=0.0092$), entre otros, y los resultados son estadísticamente similares en las UCIN como son el estado civil ($p=0.0019$) o tener hijos ($p=0.0021$). También podemos analizar resultados similares en los artículos de Gracia-Gracia conjuntamente con Rika ^(1,8). Rika y sus colaboradores en 2015 mencionan que las y los enfermeros de pediatría que en ese caso tenían un perfil concreto siendo jóvenes y con poca experiencia laboral mostraban mayor riesgo de sufrir síndrome de burnout ⁽⁸⁾, este punto es semejante a los resultados de otros artículos en las UCIs de población adulta. En estos artículos se expone que la mujer es más vulnerable que el hombre, independientemente de la experiencia en el puesto y ser joven ^(11,13).

Aunque el concepto de SB descrito por Christine Maslach y Jackson intenta delimitar su significado describiendo sus 3 dimensiones, se hallan otras condiciones que pueden superponerlo. En el artículo *A Call for Action* del autor Moss y colaboradores expone condiciones que pueden superponerse con el síndrome de burnout, como son la angustia moral y la fatiga de compasión. La angustia moral es estar en conflicto ético, por ejemplo, cuando un individuo conoce la acción ética y apropiada, pero se siente obligado a llevar a cabo una acción diferente. En cambio la fatiga de compasión se caracteriza por una tensión continuada de la satisfacción de las necesidades a menudo abrumadora de los pacientes y familiares, la cual, está compuesta por 2 elementos: el agotamiento y el estrés traumático secundario ⁽¹⁵⁾. No hay que olvidar que un clima de trabajo desfavorable lleva a menor bienestar e insatisfacción laboral, aumentando los niveles de estrés ⁽¹¹⁾.

Por lo que se ha analizado anteriormente el agotamiento emocional lleva a una insatisfacción laboral que conduce a un SB ⁽⁸⁾ que puede ser contrarrestada por la satisfacción laboral. La satisfacción laboral juntamente al bienestar y felicidad están asociadas a la autocompasión ⁽¹⁾. Un nivel alto de autocompasión se asocia a una disminución de los niveles de estrés, ansiedad y depresión, en lo que se ve reflejado tanto en UCI adultos como pediátrica ⁽¹⁾.

Según expone Fernandes en su artículo un factor protector en enfermería pediátrica es tener apoyo social, como es estar casado y tener hijos, ya que surge un sentimiento de afecto y protección frente al desarrollo del síndrome de burnout ⁽²⁾. En otros artículos como el de Azevedo de 2019, además de indicar el apoyo social como factor de protección, incluye también, la necesidad de una buena comunicación con el equipo ⁽⁶⁾, no hay que olvidar que un buen liderazgo desempeña un papel primordial en la interacción, el entusiasmo y el impacto sobre el medio ambiente del trabajo ⁽⁷⁾. En su último punto coincide con la visión de Rika y sus colaboradores, donde se especifica que en un ambiente de trabajo positivo está asociado a un menor desgaste profesional y a una mayor satisfacción laboral de las y los enfermeros pediátricos de UCI ⁽⁸⁾.

Como hemos mencionado anteriormente los factores de riesgo influyen negativamente en la persona, lo que lleva a un agotamiento emocional y se encuentra asociado al estrés, y

está relacionado con el trabajo, la insatisfacción y síntomas psicológicos⁽¹⁵⁾. El síndrome de burnout no está tan delimitado, ya que, existen conceptos que lo superponen, como es la angustia moral y la fatiga de compasión⁽¹⁵⁾. La fatiga de compasión es la combinación entre el agotamiento, las respuestas fisiológicas y psicológicas a los factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos prolongados⁽²²⁾. Según el artículo de Kelly y Lefton en 2017 dicen que las estrategias de afrontamiento expresan que la fatiga de compasión podría explicar los cambios en la sensación de frustración y de alta insatisfacción en el trabajo⁽²²⁾.

3.2 Estrategias e intervenciones del Síndrome de Burnout

Enlazando con el punto anterior, autores como Kelly y Lefton sugerían que las estrategias pueden explicar cambios en las respuestas ante el bienestar y la satisfacción laboral⁽²²⁾. Por lo que según algunos estudios sugieren que las intervenciones y estrategias son necesarias para aliviar la fatiga⁽³⁾. El Mindfulness es un tratamiento eficaz para aplicar a los trastornos psicológicos y somáticos⁽¹⁾. El Mindfulness conjuntamente con la resiliencia son estrategias que pueden ser aprendidas^(4,5).

Para entender el porqué de estas intervenciones se debe explicar los conceptos del Mindfulness y la resiliencia. Según algunos estudios sugieren que las intervenciones, como el mindfulness, pueden ser eficaces en el tratamiento de trastornos psicológicos y somáticos, tales como trastornos de ansiedad o del estado de ánimo⁽¹⁾. Según el artículo de Gracia Gozalo y colaboradores de 2018 define este concepto como “*aquella capacidad del ser humano que le permite focalizar su atención a la experiencia en el momento presente, tanto a lo que experimenta en su interior como al entorno, con una actitud de apertura, curiosidad, aceptación y amabilidad*”⁽²⁴⁾. De esta manera con la práctica de Mindfulness se puede llegar a desarrollar una habilidad que proporcione seguridad y claridad en la vida, pero cabe mencionar, que la manera que se tiene de percibir el estrés juega un papel importante a la hora de la recuperación⁽⁵⁾.

Según los autores Arrogante y Aparicio definen la resiliencia como una habilidad de respuesta que puede ser aprendida⁽⁴⁾. Dicho de otra manera, son respuestas ante las adversidades presentadas en la vida, como puede ser, dificultades en el lugar de trabajo, en las que el individuo debe ir adaptándose de manera positiva. Por lo que una persona

resiliente es capaz de poder enfrentar situaciones negativas con una actitud positiva, dándose la oportunidad de aprender y crecer. Es necesario explicar que estos dos conceptos van ligados como dos caras de una misma moneda ⁽⁵⁾.

Se puede corroborar la idea de la resiliencia con el artículo de la revista *Critical Care Australia* en el que expone que es un proceso de adaptación positiva a pesar de las experiencias negativas que puede tener una persona, por lo que se considera una habilidad protectora ante el síndrome de burnout ⁽³⁰⁾.

Los autores Arrogante y Aparicio-Zaldivar especifican en su artículo, que la resiliencia, el síndrome de burnout y la salud van vinculadas. Además, expone que la resiliencia minimiza los resultados negativos, relacionados con el estrés, tales como el síndrome de burnout ⁽⁴⁾.

La empatía sufrida de manera crónica ante el sufrimiento de otro conduce a la fatiga de compasión que implica una baja calidad de vida profesional que conlleva a una mala prestación de los cuidados ⁽¹⁴⁾. Estar continuamente enfrentándose a las necesidades físicas y emocionales de los demás es muy estresante y los enfermeros ignoran las señales de estrés y no asisten a sus propias necesidades por lo que puede conducir a la fatiga de compasión ⁽¹⁾. La *National Association of Neonatal Nurses* (NANN) indica la importancia de centrarse en estrategias para aliviar la fatiga ⁽³⁾, tal como expone Rika, es importante apoyar programas que refuercen habilidades de afrontamiento saludables relacionadas con el trabajo. En otro estudio, Kelly y Todd creen que las intervenciones son importantes para mejorar el entorno laboral que conlleva la reducción de las tasas de agotamiento ⁽⁷⁾.

Hay que mencionar que Blanca-Gutiérrez y Arias-Herrerros piensan que hay un número mayor de estudios que dirigen sus objetivos a la gestión de estrés de manera individual, aunque consideran que las intervenciones serían más eficaces si estuvieran dirigidas hacia la organización del trabajo y no tanto al ámbito personal e individual ⁽¹¹⁾.

En el artículo de Jackson hace referencia a la importancia de una buena personalidad para una mejor capacidad de recuperación, creando barreras emocionales y cognitivas contra las adversidades del trabajo. En este mismo artículo el autor indica que tomar consciencia

de las adversidades puede ser un factor positivo ante los niveles de estrés, es decir, tomar conciencia de las propias estrategias de pensamientos para cambiar y dirigir la conducta ⁽⁵⁾. Las estrategias e intervenciones expuestas con anterioridad, como el Mindfulness y la resiliencia surgen de la necesidad de adaptarse a una situación ⁽¹⁾ en la que se trabaja en todos los servicios de UCI adultos, pediatría y neonatos ^(1, 4, 15, 19). Además, existen estrategias para cada persona, como es el hacer yoga, pilates, ir a un psicólogo, y todo ello, ayuda a reducir el nivel de estrés ⁽¹²⁾.

En base a todo lo dicho en este punto anterior, considero importante crear intervenciones o estrategias basadas en 3 niveles, como se especifica en el artículo de Jarden y sus colaboradores en 2019 ⁽¹²⁾:

- A nivel individual se deben crear estrategias que incluyan el manejo del estrés, terapia del comportamiento cognitivo y educación de la resiliencia.
- En el trabajo deben disponer de programas preventivos en los que se promuevan el bienestar y apoyo.
- Por último, que todo individuo con problemas esté incluido en programas de asistencia, tener asesoramiento, rehabilitación y programas de bienestar por parte de la empresa.

4. CONCLUSIÓN

Puedo concluir que las enfermeras de UCI son propensas a sufrir síndrome de burnout porque gracias a los 25 artículos, a los cuales hago referencia, he encontrado la relación entre el síndrome de burnout y las enfermeras de UCI.

Existen factores de riesgo, como, excesiva carga de trabajo, pocos años de experiencia en el sector, insatisfacción laboral, entre otras, que aumentan las probabilidades de sufrir este síndrome. Por otro lado, se hallan elementos protectores que contrarrestan los niveles altos del SB como pueden ser la satisfacción laboral conjuntamente al bienestar y la felicidad, sentirse apoyado por amigos y familiares y disponer de un buen liderazgo en el puesto de trabajo.

No se encuentran diferencias significativas entre las unidades de cuidados intensivos de población adulta, pediátrica y/o neonatal, ya que los factores que predisponen al SB son

similares, y los elementos facilitadores para disminuir y mantener un buen estado de salud son los mismos.

Las intervenciones son eficaces para reducir los niveles de estrés y la fatiga de compasión, los cuales, llevan al SB, insatisfacción laboral y mala prestación de los cuidados. Estrategias personales como realizar yoga, ir a pilates, acudir a un psicólogo son elementos protectores. Además, existen intervenciones estudiadas tal como el Mindfulness, además del trabajo personal de las características individuales como es la resiliencia. Se llevan a cabo las mismas intervenciones y estrategias tanto para profesionales de UCI adultos, pediátrica y neonatales.

El síndrome de burnout es grave y afecta a bastantes profesionales de la sanidad, y se identifica con un sencillo cuestionario. Pudiendo acceder a éste, considero que no es una herramienta suficientemente fiable, bajo mi punto de vista parece insuficiente para un diagnóstico. Ya que puedes tener síntomas ligados al SB pero esto no es indicativo de padecer dicho síndrome. He podido observar que la mayoría de los artículos seleccionados la evidencia utilizada es baja, por lo que los resultados obtenidos muestran un concepto sobredimensionado. Creo que se debería seguir estudiando el nivel de burnout desde un punto de vista diferente con una herramienta que proporcione más fiabilidad a los resultados.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gracia-Gracia P, Oliván-Blázquez B. Burnout and mindfulness self-compassion in nurses of intensive care units: Cross-sectional study. *Holist Nurs Pract.* 2017; 31(4):225–33.
- 2- Fernandes LS, Trevizani Nitsche MJ, Godoy I. Association between burnout syndrome, harm use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Cien Saude Colet.* 2018; 23(1):203–14.
- 3- Knupp AM, Patterson ES, Ford JL, Zurmehly J, Patrick T. Associations among Nurse Fatigue, Individual Nurse Factors, and Aspects of the Nursing Practice Environment. *J Nurs Adm.* 2018; 48(12):642–8.
- 4- Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Crit Care Nurs.* Elsevier Ltd; 2017; 42:110–5.
- 5- Jackson J, Vandall-Walker V, Vanderspank-Wright B, Wishart P, Moore SL. Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018; 48:28–35.
- 6- Azevedo Filho F, Soares Roriges MC, Ciamiotti JP. Burnout in Brazilian Intensive Care Units : A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. *AACN Adv Crit Care.* 2019; 30(1):16–21.
- 7- Kelly L, Todd M. Compassion Fatigue and the Healthy Work Environment. *AACN Adv Crit Care.* 2017; 28(4):351–8.
- 8- Rika ML, Meyer RML, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric novice nurses: Examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *J Pediatr Nurs.* Elsevier B.V.; 2015; 30(1):174–83.
- 9- Lima da Silva JL, Da Silva Soares R, Dos Santos Costa F, De Souza Ramos D, Bittencourt Lima F, Reis Teixeira L. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015; 27(2):125–33.
- 10- Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene* [Internet]. 2015 [citado 3 de mayo de 2019]; 9(2):0-0. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- 11- Blanca-Gutiérrez JJ, Arias-Herrera A. Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería Univ.* 2018; 15(1).
- 12- Jarden RJ, Sandham M, Siegert RJ, Koziol-McLain J. Strengthening workplace well-being: perceptions of intensive care nurses. *Nurs Crit Care.* 2019; 24(1):15–23.
- 13- Andolhe R, Barbosa RL, Oliveira EM, Siqueira Costa AL, Padilha KG. Stress, coping and burnout among intensive care unit nursing staff: associated factors. *J Sch Nurs USP.* 2016; 49:57–63.
- 14- Branch C, Klinkenberg D. Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *CE 20 ANNC contact Hours.* 2015; 40(3):160–6.
- 15- 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. *Chest.* Elsevier Inc; 2016; 150(1):17–26.
- 16- Paiva Fonseca TC, Mello R. Burnout syndrome among nursing professionals of intensive units in a public hospital. *J Nursing UFPE online.* 2016; 10(Suppl. 1):296–303.
- 17- Fernandes LS, Trevizani Nitsche MJ, Godoy I De. Burnout syndrome in nursing professional from an intensive care unit. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2017; 9(2):551–7.
- 18- Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Crit Care Nurse.* 2015; 35(4):32–44.
- 19- Barr P. Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology (Tallahass Fla).* 2017; 23(2):214–22.
- 20- Colville GA, Smith JG, Brierley J, Citron K, Nguru NM, Shaunak PD, et al. Coping with Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care. *Pediatr Crit Care Med.* 2017; 18(7):267–73.
- 21- Al Barmawi MA, Subih M, Salameh O, Yousef Sayyah NS, Shoqirat N, Eid Abu Jebbeh RA. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain Behav.* 2019; e01264.

- 22- Kelly LA y Lefton C. Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *AJCC*. 2017;26 (6); 438-445.
- 23- Giovanni perdomo R. Medicina intensiva y las unidades de cuidados intensivos. *Rev med hond*. 1992; 60 (Suplemento 19): 49-52
- 24- Gracia Gozalo RM, Ferrer Tarrés JM, Ayora Ayora A, Alonso Herrero M, Amutio Kareaga A, Ferrer Roca R. Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Med Intensiva*. Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC; 2018.
- 25- Mella Sousa M, Zamora Navas P, Mella Laborde M, Ballester Alfaro JJ, Uceda Carrascosa P. Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación. *Rev S And Traum y Ort*. 2012; 29(1/2):59-72.
- 26- Manzano G. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería: prevalencia e intervención. *Inform psicol*. 2008;91-92: 23-31
- 27- Amin AA, Vankar JR, Nimbalkar SM, Phatak AG. Perceived Stress and Professional Quality of Life in Neonatal Intensive Care Unit Nurses in Gujarat, India. *Indian J Pediatr*. 2015; 82(11):1001–5.
- 28- Motta de Vasconcelos E, Figueiredo De Martino MM. Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. *Rev Gauch Enferm*. 2017; 38(4):1–7.
- 29- Torre M, Santos Popper MC, Bergesio A. Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. *Enfermería Intensiva*. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC); 2018.
- 30- Rodríguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Pérez E, Álvarez E, Coca A, et al. Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Aust Crit Care*. 2019; 32(1):46–53.
- 31- Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enferm inflamatoria Intest al día* [Internet]. 2003 [citado 6 de mayo de 2019];2(2). Disponible en: <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf>
- 32- Molinas Arias M. ¿Qué significa realmente el valor de p? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017; 19: 377-81.

ANEXOS

Anexo 1 – Cuestionario burnout

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

Rangos de medida de la escala

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos. 2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes. 4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

Cálculo de puntuaciones

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total Obtenido	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor sanitaria.

Valores de referencia

	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 – 18	19 – 26	27 – 54
DESPERSONALIZACIÓN	0 – 5	6 – 9	10 – 30
REALIZACIÓN PERSONAL	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Cuestionario burnout

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0= NUNCA.
- 1= POCAS VECES AL AÑO.
- 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
- 3= UNAS POCAS VECES AL MES.
- 4= UNA VEZ A LA SEMANA.
- 5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.
- 6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado /a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes.	
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	

8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.	
16	Trabajar directamente con la gente me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo 2 – Tabla 1. Resultados obtenidos

BASE DE DATOS	DUPLICADOS ELIMINADOS	TITULOS ELIMINADOS	RESUMENES ELIMINADOS	INVESTIGACIONES EXCLUIDAS	TOTAL ESCOGIDOS
CINAHL	62 de 191	68	51	6	4
MEDLINE	93 de 145	34	7	4	7
PsicINFO	8 de 12	3	1	0	0
PUBMED	50 de 153	36	40	7	20
Cuiden plus	0 de 9	2	2	0	5
Web of Science	54 de 124	39	26	1	4
Revistas	4 de 43	35	2	0	3
	Total artículos duplicados: 271	Total: 217	Total: 129	Total 635 artículos eliminados	Total: 43. Se escogen 25.

Tabla 1. Resultados obtenidos

Anexo 3 – Tabla 2. Síntesis de artículos

TABLA 2. Síntesis de artículos

<i>Artículo</i>	<i>Tipo de artículo y nivel de evidencia</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Conclusión</i>
(1)Gracia-Gracia P, Oliván-Blázquez B (2017)	Metodología cuantitativa. Estudio descriptivo transversal - Multicéntrico Nivel de evidencia IV.	Analizar la capacidad de atención consciente de la autocompasión relacionada con el agotamiento en enfermeras de UCI.	Se muestra la correlación entre el agotamiento y la capacidad autocompasiva. Los programas de intervenciones de atención y autocompasión puede reducir el estrés. Resultados similares en UCI adultos y pediátrica.
(2)Fernandes LS et al (2018)	Metodología cuantitativa. Estudio descriptivo - Cuestionario autoadministrado Nivel de evidencia 2b	Determinar la presencia del SB entre los profesionales de enfermería en UCI de un hospital universitario y una posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco.	Se encontró que los enfermeros de UCI tienen alto AE y D, en cambio, en pediatría baja RP. El consumo de alcohol excesivo podría interferir en el trabajo, si no, se considera positivo. El consumo de tabaco mostró que alto SB podría dar

			lugar a un aumento del consumo.
(3)Knupp AM et al (2018)	Metodología cuantitativa. Estudio de los factores correlación y transversal. Nivel de evidencia IV.	Examinar la relación entre la fatiga enfermera, los factores individuales y el entorno de la práctica en el entorno hospitalario.	La fatiga enfermera está relacionada con factores individuales (edad, patrones de sueño, consumo de cafeína, ansiedad). Además de la capacidad, liderazgo y apoyo proporcionado. Hace hincapié en la importancia de desarrollar estrategias educativas para reducir la fatiga.
(4)Arrogante O y Aparicio-Zaldivar E (2017) Jackson J et al (2018)	Metodología cualitativa. Estudio correlacional y transversal. Nivel de evidencia IV.	Analizar el papel de la resiliencia entre el agotamiento y la salud de profesionales de UCI; para determinar relaciones entre el nivel de resiliencia, 3 dimensiones del SB y la salud física/mental.	Se da importancia a la resiliencia como un programa beneficioso no sólo para la práctica diaria de las enfermeras, si no, también para recién graduados o estudiantes.

(5) Jackson J et al (2018)	Metodología cualitativa. Estudio basado en la teoría fundamentada. Nivel de evidencia IV.	Comprender mejor el desgaste de las enfermeras y la resiliencia en respuesta a la adversidad en la UCI.	Las enfermeras que se encuentran con muchos tipos de adversidades en el trabajo deben ser conscientes de cómo les afecta para poder dar una respuesta adaptativa. Se responden a estas situaciones mediante diferentes técnicas.
(6) Azevedo Filho F et al (2019)	Metodología cuantitativa. Estudio de encuestas transversal. Nivel de evidencia IV.	Examinar SB en enfermeras de la UCI en Brasil.	La evidencia del estudio sugiere que una mejor delegación del trabajo y comunicación entre enfermeras, además de encontrar apoyo podría mejorar los resultados. Se necesita más investigación para su demostración.
(7) Kelly L y Todd M (2017)	Metodología cuantitativa.	Examinar cómo el ambiente del trabajo saludable se relaciona con la	Los resultados informan una relación existente entre las

	Estudio descriptivo transversal. Nivel de evidencia IV.	fatiga de compasión y la satisfacción compasiva.	características del entorno de trabajo y los resultados de los pacientes.
(8)Rika ML et al (2015)	Metodología cuantitativa. Estudio longitudinal. Nivel de evidencia IV.	Investigar si la fatiga por compasión mediaba las asociaciones entre la exposición al estrés de la enfermera y la satisfacción laboral, la satisfacción por la compasión y el agotamiento, controlando el estrés preexistente.	Los enfermeros de pediatría quedan expuestos al SB. Aunque los resultados no salen diferencias significativas entre adultos y niños. Es importante apoyar programas que refuerzan habilidades de afrontamiento saludables relacionados con el trabajo.
(9)Lima da Silva et al (2015)	Metodología cuantitativa. Estudio transversal y descriptivo.	Evaluar la prevalencia del SB entre los enfermeros en UCI y establecer asociaciones con factores psicosociales.	Alta prevalencia del SB tanto en Brasil como en el extranjero. La prevalencia de SB aumentaba significativamente en aquellas

	Nivel de evidencia 2b.		personas que pensaban en el trabajo fuera de su horario laboral y entre los que sufren trastornos mentales comunes.
(11)Blanca-Gutiérrez JJ y Arias-Herrera (2018)	Metodología cuantitativa. Estudio observacional, transversal, de corte prospectivo. Nivel de evidencia 2b.	Identificar con MBI la presencia del SB en enfermeros y su asociación con estresores comprendidos por la NSS.	Se debe actuar sobre los factores asociados con el desgaste, que permitirá a los gestores sanitarios poder prevenir el desarrollo del SB y así evitar las consecuencias negativas derivadas de ello, tanto para los profesionales, pacientes y el sistema sanitario.
(12)Jarden RJ et al (2019)	Metodología cualitativa. Estudio descriptivo. Nivel de evidencia IV.	Identificar las perspectivas de estrategias que fortalezcan su lugar de trabajo y el bienestar de las enfermeras.	Las enfermeras de UCI deben disponer de recursos en el lugar de trabajo para fomentar el bienestar mediante programas estratégicos que fortalezcan recursos

			disponibles y aprendan nuevos.
(13)Andolhe R et al (2016)	Metodología cuantitativa. Estudio observacional transversal. Nivel de evidencia IV.	Investigar el estrés emocional, afrontamiento y agotamiento de enfermeros y su asociación con factores biopsicosociales y características del trabajo en UCI.	El control del ambiente de trabajo adecuado y el control de forma proactiva de los enfermeros son factores decisivos y protectores para hacer frente a situaciones de estrés laboral.
(14)Branch C y Klinkenberg D (2015)	Metodología cuantitativa. Estudio descriptivo transversal. Nivel de evidencia 3a.	Determinar la prevalencia de riesgo de fatiga compasiva en el entorno sanitario para apoyar el desarrollo de un programa.	Los resultados demostraron el riesgo de la fatiga de compasión y proporcionan datos necesarios para apoyar el desarrollo de programas.
(15)Moss M et al (2016)	Revisión Nivel de evidencia 1a.	El artículo revisa los criterios de diagnóstico, prevalencia, factores causales y consecuencias del SB.	Esta llamada a la acción es para poder alzar a la comunidad de cuidados críticos y poder reducir la prevalencia de SB y otros trastornos psicológicos en

			profesionales de la salud.
(16)Paiva Fonseca TC y Mello R (2016)	Metodología cuantitativa. Estudio descriptivo y exploratorio de campo. Nivel de evidencia IV.	Determinar la prevalencia del SB entre enfermeros de UCI de un hospital público y la identificación de factores de estrés en el trabajo.	La carga de trabajo en la UCI aumenta el riesgo de sufrir SB. Se concluye que el SB parte principalmente de problemas del medio ambiente.
(17)Fernandes LS et al (2017)	Metodología cuantitativa Estudio transversal. Nivel de evidencia IV.	Evaluar el nivel del SB en profesionales de enfermería de UCI.	Los profesionales que trabajan en UCI son propensos al SB.
(18)Sacco TL et al (2015)	Metodología cuantitativa. Estudio transversal. Nivel de evidencia IV.	Establecer la prevalencia de la satisfacción compasiva y la fatiga compasiva para adultos, pediatría, y neonatales. Y describir el potencial de la contribución de la	Las enfermeras líderes tienen un impacto sobre la satisfacción compasiva. Se han utilizado las medidas de la escala ProQOL para medir el efecto de las intervenciones del entorno laboral.

		demografía, la unidad y las características organizativas.	
(19)Bar P (2017)	Metodología cuantitativa. Estudio descriptivo. Nivel de evidencia IV.	Determinar la prevalencia de fatiga y satisfacción compasiva en la UCIN. Explorar relaciones directas e indirectas del estrés laboral y el apoyo social con la fatiga y satisfacción compasiva.	Las enfermeras de UCIN presentan gran satisfacción laboral pero son más vulnerables a sufrir SB por estar expuestos y afectados negativamente por el sufrimiento de recién nacidos. Es necesario apoyar un ambiente de trabajo óptimo, fomentar su satisfacción proporcionándoles apoyo psicológico y social.
(20)Colville GA et al (2017)	Metodología cuantitativa. Estudio de sección transversal.	Examinar las asociaciones son síntomas de agotamiento y estrés postraumático relacionándolo con	Se confirma que los síntomas de SB son comunes en UCI. Sugieren intervenciones factibles como hablar con el personal sobre

	Nivel de evidencia IV.	de el trabajo, en adultos y pediatría.	aspectos más difíciles de su trabajo. Es una parte importante cuidar a los pacientes tanto como a nosotros mismos.
(21)Al Bbarmawi MA et al (2019)	Metodología cuantitativa. Estudio de sección transversal. Nivel de evidencia IV.	de Pretende medir los niveles de la fatiga compasiva, el agotamiento y la satisfacción compasiva entre enfermeras de UCI y emergencias.	Las estrategias de afrontamiento fueron predictores significativos del nivel de satisfacción compasiva y lo contrario para la fatiga.
(24)Gracia Gozalo RM et al (2018)	Metodología cuantitativa. Estudio longitudinal de diseño intrasujeto pre-postintervención. Nivel de evidencia IV.	de Evaluar el efecto de un programa de entrenamiento en mindfulness sobre el SB, el minfulness, la empatía y la autocompasión en profesionales de la salud de un servicio de medicina intensiva de un hospital terciario.	Un programa de entrenamiento en mindfulness entre profesionales de la salud ha mostrado efectos positivos, tanto psicológicos como cognitivos, todo ello, conllevaa producir bienestar y disminuir el SB y aumentar la autocompasión.

(27) Amin AA et al (2015)	Metodología cuantitativa. Estudio transversal multicéntrico Nivel de evidencia IV.	Estudiar los niveles de estrés percibido en la UCIN en enfermeras y su asociación con la calidad profesional en los ámbitos de la vida.	La mayoría de las enfermeras de la UCIN fueron identificadas con altos niveles de estrés. Los resultados son similares a la literatura India y Occidental anteriores.
(28) Motta de Vasconcelos E y Figueiredo de Martino MM (2017)	Metodología cuantitativa. Estudio descriptivo y transversal. Nivel de evidencia IV.	Identificar la prevalencia y analizar la existencia de predictores del SB en enfermeras de UCI.	La prevalencia del SB similar a otros estudios. Es el primer estudio nacional que se encontró una asociación significativa entre la duración de las vacaciones y la aparición de SB.
(29) Torre M et al (2018)	Metodología cuantitativa. Estudio observacional y de corte transversal	Determinar la prevalencia de SB entre las enfermeras de UCI de Argentina y los factores de riesgo relacionados.	Estableció que la mayoría de los enfermeros presentan niveles moderados o altos de SB. No se encontraron diferencias significativas entre

	Nivel de evidencia IV.		las enfermeras que trabajan en adultos, pediatría o neonatales.
(30)Rodríguez-Rey R et al (2019)	Metodología cuantitativa. Estudio transversal multicéntrico. Nivel de evidencia IV.	Explorar la prevalencia del SB y el TEPT en una muestra de personal español que trabaja en UCIP, y comparar esas tasas con una muestra de personal de pediatría general.	El agotamiento y el TEPT es frecuente en el personal de pediatría de España. Con un estado de salud mental bueno el estilo de afrontamiento estaba centrado en el problema, en cambio un peor estado mental el afrontamiento estaba centrado en la emoción.

Anexo 4 – Nivel de evidencia (CEBM)

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	<i>Outcomes research</i> (***), estudios ecológicos.
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad.
3b	Estudio de casos y controles.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad (****)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, <i>bench research</i> o <i>first principles</i> (*****)

Se debe añadir un signo menos (-) para indicar que el nivel de evidencia no es concluyente si:

- Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza amplio y no estadísticamente significativo.
- Revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

(*) Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible, y con él algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad, y con él no muere ninguno.

(**) Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80%.

(***) El término *outcomes research* hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.

(****) Estudio de cohortes: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio de casos y controles: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas.

(*****) El término *first principles* hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	Estudios de nivel 1.
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

La extrapolación se aplica cuando nuestro escenario clínico tiene diferencias importantes respecto a la situación original del estudio.

Información extraída del artículo 31. Primo J, 2003