



ORIGINAL

Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática



Jose L. Gómez-Urquiza^{a,*}, Carolina S. Monsalve-Reyes^b,
Concepción San Luis-Costas^c, Rafael Fernández-Castillo^d,
Raimundo Aguayo-Estremera^e y Guillermo A. Cañadas-de la Fuente^d

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus Universitario de Ceuta, Universidad de Granada, Ceuta, España

^b Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

^c Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

^d Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de Granada, Universidad de Granada, Granada, España

^e Departamento de Psicología Social, Facultad de Ciencias Sociales de Melilla, Universidad de Granada, Melilla, España

Recibido el 18 de enero de 2016; aceptado el 3 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 27 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud;
Agotamiento profesional;
Burnout;
Factores de riesgo;
Enfermería;
Salud laboral

Resumen

Objetivo: Conocer los factores de riesgo y los niveles de burnout en enfermeras de atención primaria.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática.

Fuentes de datos: Se consultaron CINAHL, CUIDEN, LILACS, Pubmed, ProQuest, ScienceDirect y Scopus. Las ecuaciones de búsqueda fueron: «burnout AND community health nursing» y «burnout AND primary care nursing». La búsqueda se realizó en octubre del 2015.

Selección de estudios: La muestra final fue de n = 12. Se incluyeron estudios primarios cuantitativos que utilizasen el *Maslach Burnout Inventory* para evaluar el burnout en enfermeras de atención primaria, sin restricción por fecha de publicación.

Extracción de datos: Las principales variables fueron la media y desviación típica de las 3 dimensiones del burnout, las prevalencias de niveles bajos, medios y altos de cada dimensión, y los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos que potencialmente influyen en su desarrollo.

Resultados: Los estudios muestran prevalencias de cansancio emocional alto, por lo general, entre el 23 y el 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja muestran heterogeneidad, variando entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente. Los estudios informan de que las enfermeras con mayor edad, mayor antigüedad laboral, ansiedad y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlgurquiza@ugr.es (J.L. Gómez-Urquiza).

KEYWORDS

Primary health care;
Emotional
exhaustion;
Burnout;
Risk factors;
Nursing;
Occupational health

depresión, entre otras variables, presentan mayores niveles de burnout, mientras que aquellas con mayor sueldo, satisfacción laboral alta, apoyo de la organización y buen autoconcepto lo padecen menos.

Conclusión: El cansancio emocional alto es la principal dimensión del burnout afectada en la enfermería de atención primaria. En despersonalización y realización personal existe heterogeneidad. Debe prevenirse el burnout en estos profesionales potenciando los factores protectores y vigilando su aparición en los que presenten factores de riesgo.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Risk factors and burnout levels in Primary Care nurses: A systematic review**Abstract**

Objective: To determine the risk factors and levels of burnout in Primary Care nurses.

Methods: A systematic review was performed.

Data sources: CINAHL, CUIDEN, LILACS, PubMed, ProQuest, ScienceDirect and Scopus databases were consulted. Search equations were 'burnout AND community health nursing' and 'burnout AND primary care nursing'. The search was performed in October 2015.

Study selection: The final sample was n=12 studies. Quantitative primary studies that used Maslach Burnout Inventory for burnout assessment in Primary Care nurses were included without restriction by publication date.

Data extraction: The main variables were the mean and standard deviation of the three burnout dimensions, high, medium and low prevalence rates of each dimension, and socio-demographic, occupational and psychological variables that potentially influence burnout level.

Results: Studies show high prevalence rates, generally between 23% and 31%, of emotional exhaustion. The prevalence rates of high depersonalisation and low personal accomplishment show heterogeneity, varying between 8%-32% and 4%-92% of the sample, respectively. Studies show that older nurses with more seniority, anxiety and depression, among other variables, have higher burnout levels, while nurses with higher salary, high job satisfaction, organisational support, and good self-concept have less burnout.

Conclusion: High emotional exhaustion is the main affected dimension of burnout in Primary Care nursing. There is heterogeneity in depersonalisation and personal accomplishment. Burnout must be prevented in these professionals, by increasing protective factors and monitoring its appearance in those with risk factors.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El síndrome de burnout es un desorden psicológico ampliamente estudiado en las últimas décadas que afecta principalmente a profesionales que trabajan en contacto con personas¹. Se desarrolla tras una exposición crónica al estrés laboral, y la definición más aceptada es la elaborada por Maslach y Jackson², que lo describieron como un síndrome tridimensional en el que el trabajador presenta cansancio emocional (CE), despersonalización (D) o tratamiento cínico y actitud negativa hacia los clientes, y una baja realización personal (RP). Para su valoración existen diferentes instrumentos, como el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) o el Cuestionario Burnout Granada²⁻⁴.

Las profesiones sanitarias son de las más afectadas por el burnout, presentando los profesionales de enfermería una alta prevalencia^{5,6}. Se han estudiado procedimientos para el tratamiento del síndrome mediante intervenciones

educacionales y meditación, aunque los resultados han sido limitados^{7,8}. El burnout afecta a los profesionales que lo padecen, pero también influye sobre la calidad de los cuidados, los resultados de salud, los pacientes y la propia institución sanitaria^{9,10}.

El desarrollo de perfiles de riesgo del burnout es crucial para avanzar en su prevención. Conociendo los factores que influyen en su desarrollo, como la satisfacción o la experiencia profesional¹¹, se podría elaborar un perfil de riesgo de los más propensos a padecerlo. Sin embargo, también hay que valorar el papel clave que puede jugar en el desarrollo del síndrome el servicio hospitalario donde trabajan las enfermeras. Por ejemplo, el día a día de una enfermera de urgencias o cuidados intensivos, donde algunas revisiones informan sobre niveles altos de burnout¹²⁻¹⁴, puede ser muy diferente respecto al de atención primaria (AP). En AP los profesionales de enfermería realizan labores de prevención, educación, seguimiento y tratamiento prolongado y continuo a la población, con patologías principalmente crónicas.

Además se valora y trata a la persona en su comunidad y en su domicilio, frente a las cortas estancias y enfermedades agudas de los servicios hospitalarios. Por ello es esperable que los niveles de burnout difieran entre unos servicios y otros, y es importante conocer si servicios como AP juegan un papel protector o de riesgo frente al síndrome.

Ante la falta de actualizaciones sobre burnout en profesionales de enfermería de AP, algo que sí ocurre en otras especialidades, se decidió llevar a cabo una revisión sistemática para conocer el nivel de burnout y sus factores de riesgo en enfermeras de AP.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura.

Bases de datos y ecuación de búsqueda: se consultaron las bases de datos CINAHL, CUIDEN, LILACS, Pubmed, ProQuest (ebrary® e-books, Health, ProQuest Deep Indexing: Medical, ProQuest Health & Medical Complete, ProQuest Dissertations and Theses Global, PsycARTICLES y PsycINFO), ScienceDirect y Scopus, sin restricción en los resultados.

Las ecuaciones de búsqueda fueron «burnout AND community health nursing» y «burnout AND primary care nursing» y sus equivalentes en español. La búsqueda se realizó en octubre del 2015.

Criterios de inclusión/exclusión: se incluyeron estudios cuantitativos sobre burnout en enfermeras de AP que utilizaran el MBI como instrumento para medir el burnout, publicados en inglés, español o portugués, sin restricción por año de publicación.

Se excluyeron los estudios sin información estadística (prevalencia, medias o desviación típica), estudios con muestras mixtas sin datos independientes sobre enfermería de AP o con muestras de enfermeras especialistas en salud mental y matronas de AP.

Selección, lectura crítica y nivel de evidencia: la selección se realizó en 4 fases: primero se procedió a la lectura de título y resumen. A continuación se realizó la lectura del texto completo. Después se efectuó una búsqueda inversa y hacia delante en los estudios incluidos para localizar el mayor número de documentos posibles, y finalmente se efectuó la lectura crítica de los estudios para evaluar posibles sesgos en la metodología.

Para la lectura crítica se utilizó la guía de lectura crítica de Ciarponi¹⁵. Para evaluar la validez interna se utilizaron los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 de la guía. Ningún estudio fue excluido por sesgos metodológicos. Para otorgar el nivel de evidencia se usó la clasificación SIGN¹⁶.

Dos miembros del equipo realizaron de forma independiente la búsqueda, selección y lectura crítica, consultándose un tercer investigador en caso de desacuerdo.

Variables y recogida de datos: se utilizó un cuaderno de recolección de datos, utilizándose la primera medida realizada en la población de estudio en el caso de estudios longitudinales con más de una valoración del burnout. Se recogieron 3 tipos de variables:

a) Variables sobre las características de la muestra: año de publicación, país de estudio, lenguaje de publicación

(español vs. inglés vs. portugués), tipo de publicación (artículo vs. tesis doctoral), diseño del estudio (transversal vs. longitudinal) y MBI (*Human Services Survey vs. General Survey*).

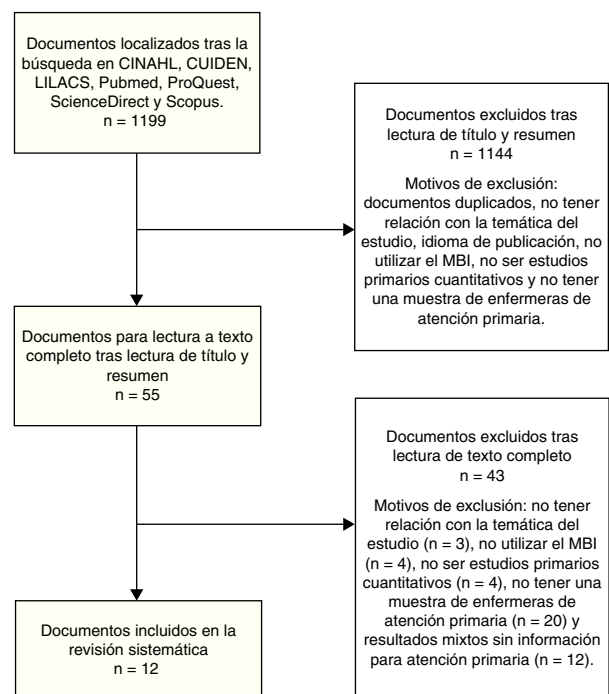
b) Variables sobre el burnout: media y desviación típica de CE, D y RP, y prevalencia de niveles bajos, medios y altos de CE, D y RP.

c) Variables sobre potenciales factores de riesgo o protección: se registraron las medidas de relación estadística disponibles en los estudios entre las 3 dimensiones del burnout y variables sociodemográficas, laborales y psicológicas.

Los datos fueron extraídos y codificados por 2 miembros del equipo de forma independiente. La fiabilidad se comprobó mediante el grado medio de acuerdo entre ambos, con el coeficiente de correlación intraclase para variables continuas y el coeficiente Kappa de Cohen para categóricas. Respectivamente, el nivel medio fue de 0,91 (mínimo = 0,88; máximo = 1) y 0,94 (mínimo = 0,90; máximo = 1).

Análisis de datos

La información fue tratada de forma cualitativa y analizada de forma narrativa, ya que la información extraída no era suficiente para desarrollar un metaanálisis.



Esquema general del estudio

Resultados

Se localizaron 1.199 estudios, obteniéndose una muestra final de n=12 tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión. En el esquema

Tabla 1 Características y resumen de los estudios incluidos en la revisión (n = 12)

Autor, año, país de estudio	Muestra (% tasa de respuesta)	Media (DT)			Factores de riesgo (instrumento de medida utilizado)	CE	D	RP
		CE	D	RP				
Cao et al., 2015 ²⁴ , China	485 (88,9)	27,4 (10,6)	8,4 (6,9)	25,6 (9,3)	Autoconcepto general (NSQ)	r = -0,4 ^{***}	r = -0,3 ^{***}	r = -0,4 ^{***}
					Liderazgo (NSQ)	r = -0,2 ^{***}	r = -0,1 ^{***}	r = -0,3 ^{***}
					Comunicación (NSQ)	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}	r = -0,3 ^{***}
					Conocimiento (NSQ)	r = -0,3 ^{***}	r = -0,3 ^{***}	r = -0,4 ^{***}
					Relación con el equipo (NSQ)	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}
					Cuidados (NSQ)	r = -0,3 ^{***}	r = -0,3 ^{***}	r = -0,4 ^{***}
					Compromiso afectivo (OCS)	r = -0,4 ^{***}	r = -0,4 ^{***}	r = -0,3 ^{***}
					Compromiso normativo (OCS)	r = -0,3 ^{***}	r = -0,3 ^{***}	r = -0,3 ^{***}
					Compromiso de continuidad (OCS)	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}
Cao et al., 2015 ²⁵ , China	456 (82,7)	26,5 (10,4)	8,5 (6,4)	24,6 (9,3)	Percepción de apoyo por parte de la organización (SPOS)	r = -0,4 ^{***}	r = -0,4 ^{***}	r = -0,3 ^{***}
					Autoconcepto general (NSQ)	r = -0,4 ^{***}	r = -0,3 ^{***}	r = -0,4 ^{***}
					Liderazgo (NSQ)	r = -0,2 ^{***}	r = -0,1 ^{***}	r = -0,3 ^{***}
					Comunicación (NSQ)	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}	r = -0,3 ^{***}
					Conocimiento (NSQ)	r = -0,3 ^{***}	r = -0,3 ^{***}	r = -0,4 ^{***}
					Relación con el equipo (NSQ)	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}	r = -0,2 ^{***}
Faura et al., 1995 ¹⁸ , España	116 (72,4)	12,8 (9,8)	6,3 (5,8)	37,9 (8,6)	Cuidados (NSQ)	r = -0,3 ^{***}	r = -0,3 ^{***}	r = -0,4 ^{***}
					SD	SD	SD	SD
Hayter, 1999 ¹⁹ , Inglaterra	30 (94)	18,7 (11,8)	2,9 (2,2)	30,6 (8,6)	Estigma/discriminación (AIS)	T _b = 0,2	T _b = 0,1	T _b = -0,05
					Identificarse con el paciente (AIS)	T _b = 0,2	T _b = -0,1	T _b = 0,09
					Duelo y pérdida (AIS)	T _b = 0,5*	T _b = 0,1	T _b = -0,06
					Reconocimiento social y recompensa (AIS)	T _b = 0,21	T _b = 0,1	T _b = 0,4*
					Relación con iguales/tolerancia a la pérdida (AIS)	T _b = 0,4*	T _b = 0,01	T _b = 0,02
Hai-Xia et al., 2015 ²⁶ , China	420 (100)	13,0	15,5	21,3	Edad	> entre 31-40 años ^{**}	> entre 31-40 años	< en mayores de 41 años
					Estado civil	> en casados ^{**}	> en solteros	Igual en solteros y casados
					Estado contractual	> en contratos fijos ^{**}	> en eventuales	< en contratos fijos
					Antigüedad laboral	> a más años de antigüedad ^{**}	> entre 4 y 10 años de antigüedad	< a más años de antigüedad ^{**}
					Satisfacción laboral	> en los más insatisfechos ^{**}	> en los más insatisfechos ^{**}	< en los más insatisfechos ^{**}
					Oportunidades de formación continuada	> en los que no la consideran adecuada ^{**}	> en los que no la consideran adecuada ^{**}	> en los que la consideran adecuada ^{**}
Ingresos mensuales	< a mayores ingresos ^{**}	< a mayores ingresos	> a mayores ingresos					

Tabla 1 (continuación)

Autor, año, país de estudio	Muestra (% tasa de respuesta)	Media (DT)			Factores de riesgo (instrumento de medida utilizado)	CE	D	RP
		CE	D	RP				
Jansen et al., 1996 ²⁷ , Holanda	310 (91)	2,1 (0,8)	1,1 (0,6)	4,0 (0,4)	SD	SD	SD	SD
Lorenz y Guirardello, 2014 ²⁸ , Brasil	287 (100)	24,6 (5,7)	9,4 (3,0)	30,4 (3,5)	Autonomía (NWI) Control sobre el ambiente de la práctica (NWI) Relación enfermero y médico (NWI) Apoyo de la organización (NWI)	r = 0,1* r = 0,4** r = 0,04 r = 0,3**	r = 0,1 r = 0,1* r = 0,1 r = 0,2**	r = -0,2** r = -0,1* r = -0,08 r = -0,2**
Navarro-González et al., 2015 ²³ , España	58 (48)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Schaufeli, 1995 ¹⁷ , Holanda	64 (42)	17,5 (9,3)	4,8 (3,7)	30,3 (5,3)	SD	SD	SD	SD
Soto Cámara y Santamaría Cuesta, 2005 ²⁰ , España	208 (83,8)	19,9 (8,0)	7,6 (3,5)	27,4 (6,3)	Sexo/género Edad Estado civil Hijos Realizar guardias vs. no realizarlas Contrato fijo vs. interinos y temporales Antigüedad laboral Presión asistencial Consumo tabaco y alcohol Estado subjetivo de salud general (GHQ-28)	Menor en mujeres SD Sin relación Sin relación Sin relación > en hijos* r = 0,4** Sin relación Sin relación r = 0,5***	Menor en mujeres r = 0,1* Sin relación Sin relación Sin relación Sin relación r = 0,1 Sin relación Sin relación r = 0,4***	Mayor en mujeres SD Sin relación Sin relación Sin relación Sin relación SD Sin relación Sin relación r = -0,1*
Tomás-Sábado et al., 2010 ²¹ , España	146 (67)	17,5 (9,7)	4,8 (4,3)	41,2 (6,2)	Riesgo suicida (RS) Ansiedad (KUAS) Depresión (SDS) Autoestima (RSES)	r = 0,1* r = 0,4** r = 0,4** r = 0,1	r = 0,1 r = 0,1* r = 0,2** r = -0,2*	r = -0,2* r = -0,1 r = -0,3** r = 0,2**
Vilá Falgueras et al., 2015 ²² , España	345 (44,5)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

AIS: AIDS Impact Scale; CE: cansancio emocional; D: despersonalización; DT: desviación típica; GHQ-28: General Health Questionnaire-28; HSS: MBI Human Services Survey; KUAS: Kuwait University Anxiety Scale; NSQ: Nursing Self-Concept Questionnaire; NWI: Nursing Work Index; OCS: Organisational Commitment Scale; r: correlación de Pearson; RP: realización personal; RS: Escala de Riesgo Suicida; RSES: Rosenberg Self-Steem Scale; SDS: Self-Rating Depression Scale; SD: sin datos; SPOS: Perceived Organisational Support Scale; T_B: coeficiente de correlación de Kendal Tau.

* p < 0,05.

** p < 0,01.

*** p < 0,001.

Tabla 2 Prevalencia de niveles bajos, medios y altos para las dimensiones del *Maslach Burnout Inventory* en enfermeras de atención primaria (n = 6)

Autor, año y país del estudio	CE (%)			D (%)			RP (%)			n
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
Faura et al., 1995 ¹⁸ , España	42,2	34,5	23,3	-	-	-	-	-	-	116
Hayter, 1999 ¹⁹ , Inglaterra	56	17	27	97	3	0	20	27	53	30
Navarro-González et al., 2015 ²³ , España	-	-	5,2	-	-	8,6	17,2	-	-	58
Soto Cámara y Santamaría Cuesta, 2005 ²⁰ , España	26	45,2	28,8	0	67,4	32,2	92,8	7,2	0	208
Tomás-Sábado et al., 2010 ²¹ , España	43,2	32,9	23,9	47,9	39,1	13	9,6	22,6	67,8	146
Vilá Falgueras et al., 2015 ²² , España	-	-	31,3	-	-	14,8	4,3	-	-	345

CE: cansancio emocional; D: despersonalización; n: tamaño de la muestra; RP: realización personal.

general del estudio se detalla el proceso de búsqueda y selección.

Características de la muestra

A excepción de uno¹⁷, todos los estudios eran transversales y la selección de la muestra intencional. El nivel de evidencia SIGN de los estudios fue 3C, considerado nivel bajo debido al diseño descriptivo. El 100% usaron el MBI *Human Services Survey*. El 54,5% se publicaron en los 2 últimos años. La información sobre las características de los estudios se encuentra en las 2 primeras columnas de la [tabla 1](#).

Prevalencias de niveles bajos, medios y altos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en enfermeras de atención primaria

El burnout en su nivel más alto está presente en profesionales que presentan alto nivel de CE y D, y bajo nivel de RP.

Respecto al CE, en la mayoría de estudios el porcentaje de muestra más alto se encuentra en niveles de CE bajos o medios. En cuanto a los niveles altos de CE, los estudios informan de una prevalencia entre el 23,3 y el 31,3% de la muestra¹⁸⁻²², a excepción del trabajo de Navarro-González et al.²³ con un 5,2%. En niveles medios de CE encontramos estudios que informan de porcentajes superiores al 30% de la muestra^{18,20,21}.

En cuanto a la D, salvo el estudio de Soto Cámara y Santamaría Cuesta²⁰, en el que un 32,2% de la muestra presenta niveles altos, los demás estudios informan de niveles altos en porcentajes menores al 15%. Sin embargo, en niveles medios de D, se encuentran prevalencias más altas con porcentajes del 67,4%²⁰ o del 39,1%²¹.

Por último, los estudios informan de prevalencias de nivel bajo de RP del 92,8%²⁰, el 20%¹⁹, el 17,2%²³ o inferiores al 10%^{21,22}.

La información sobre prevalencia de niveles de CE, D y RP bajos, medios y altos se incluye en la [tabla 2](#).

Puntuaciones medias de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en enfermeras de atención primaria

De los estudios incluidos, 6 no informaban sobre la prevalencia de niveles bajos, medios y altos de cada dimensión^{17,24-28} y solo indicaban puntuaciones medias de las 3 dimensiones.

En CE las medias de los estudios, tomando como referencia los cortes de puntuación del MBI, se sitúan la mitad en niveles medios y bajos^{17,27,28}, y la mitad en niveles altos de CE²⁴⁻²⁶. En D, los estudios de Cao et al.^{24,25} y Hai-Xia et al.²⁶ entran en el corte de nivel alto.

En RP la mitad de los estudios se sitúan en niveles bajos de RP²⁶⁻²⁸. La [tabla 1](#) informa sobre las medias y desviaciones típicas de las 3 dimensiones.

Potenciales variables de riesgo o protectoras del burnout en enfermeras de atención primaria

Respecto a las variables sociodemográficas, hay estudios que informan de que la edad tiene relación con las 3 dimensiones del burnout, siendo mayor el CE y la D en las personas entre 31-40 años que en aquellos de menor o mayor edad, y siendo menor la RP conforme aumenta la edad; sin embargo, las diferencias solo son estadísticamente significativas en CE²⁶. Otros autores, solo indican una relación estadística significativa en el aumento de D con el aumento de la edad²⁰. En el estado civil solo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en CE, siendo mayor en casados que solteros²⁶, aunque otros autores informan de que no existe relación²⁰. Tener hijos también ha sido valorado como potencial variable de riesgo del burnout, aunque parece no tener relación estadísticamente significativa²⁶. La información sobre la relación entre las variables sociodemográficas y el burnout se muestra en las 4 últimas columnas de la [tabla 1](#).

Con relación a las variables laborales, hay estudios que muestran relaciones estadísticamente significativas. Las enfermeras con contratos fijos presentan mayor CE^{20,26}. La antigüedad laboral parece aumentar el CE^{20,26} y disminuir la RP²⁶. Por el contrario, las enfermeras con más sueldo presentan menos CE²⁶; aquellas con mayor apoyo de la organización

y mejores relaciones interprofesionales tienen menos CE y D^{24,25,28}. Las enfermeras más satisfechas laboralmente presentan también menos burnout²⁶. Los datos sobre probables factores de riesgo laborales y el burnout se exponen en las 4 últimas columnas de la [tabla 1](#).

Por último, tomando como referencia las variables psicológicas, hay estudios que informan de que mayores niveles de ansiedad y depresión se relacionan con mayores niveles de burnout de forma significativa²¹. Por el contrario, las enfermeras con capacidad de liderazgo, buen autoconcepto y buena capacidad de comunicación presentan menores niveles de CE y D²⁴. En la [tabla 1](#), en las 4 últimas columnas, se detalla la información sobre la relación de las variables psicológicas y el burnout.

Discusión

Investigaciones secundarias en servicios como urgencias y oncología muestran la importancia de analizar el burnout en servicios específicos, sin embargo, el número de estudios sobre burnout de enfermería en esos servicios es mayor que en AP^{12,13,29}. Esta diferencia puede deberse al hecho de que se perciba la AP como un servicio menos propenso al burnout dado que se suelen tratar pacientes menos complicados e inestables. Sin embargo, el interés por el burnout en enfermeras de AP parece estar creciendo, concentrándose la mitad de los estudios localizados en esta revisión en los últimos 2 años^{22-26,28}, algo lógico ya que la tendencia en los últimos años ha sido incrementar la carga asistencial en este servicio³⁰. Teniendo en cuenta esta tendencia, los objetivos de esta revisión fueron conocer posibles variables de riesgo o protectoras del burnout, así como los niveles del síndrome en enfermeras de AP.

Entre los estudios revisados, las prevalencias de burnout alto en cada una de las dimensiones varían, lo que también ocurre en revisiones similares en otros servicios^{12,13,29}. La variabilidad puede deberse al año de realización del estudio. Este no parece influir en las prevalencias del CE alto, sin embargo, sí puede observarse una tendencia a una mayor RP en la actualidad y una estabilización de la D alta en torno al 10 y 15% de la población de enfermeros de AP en los últimos 5 años.

Las variabilidades en las prevalencias también pueden deberse a los distintos países de realización de los estudios o a los territorios de un país, además de los puntos de corte según el MBI sea original o adaptación, y a las características psicométricas de tales adaptaciones³¹. Este hecho puede influir en el síndrome, ya que cada país tiene unas determinadas características en su sistema sanitario, y dentro de cada uno existen diferencias respecto a competencias, planes de formación, cargas de trabajo y retribución de enfermería^{32,33}. Respecto a la localización, los países con enfermeras de AP con más burnout parecen ser China y España, mientras que Holanda e Inglaterra muestran niveles menores, aunque debe valorarse que los estudios de China y España son más actuales.

Atendiendo a variables sociodemográficas, las enfermeras más jóvenes presentan menos burnout; en sus inicios los trabajadores se encuentran motivados, lo que contribuye a disminuir el CE y la D, y a establecer una mejor relación con sus pacientes³⁴. Así mismo, los solteros parece que presentan menos CE, ya que estar libre de cargas familiares facilita los comienzos cuyos primeros destinos son inciertos³⁵.

Con respecto a las variables laborales, el personal con mayor antigüedad y con contrato fijo sufre más CE, ya sea por monotonía³⁶, estrés³⁷ o sobrecarga laboral^{5,38}. Un buen ambiente de trabajo, basado en buenas relaciones con los compañeros³⁷, respaldado por la organización^{39,40} y una buena remuneración^{41,42} mejoran la motivación del trabajador incluso en condiciones poco favorables⁴³, ayudando a prevenir la aparición del burnout. En definitiva, la satisfacción laboral es fundamental para conseguir trabajadores menos propensos a padecer burnout y más eficientes⁴⁴⁻⁴⁶.

En cuanto a las variables psicológicas, enfermeras de AP con niveles altos de ansiedad y depresión han mostrado mayores niveles de burnout. Obviamente, ambientes de trabajo duros y hostiles⁴⁷ dificultan el desempeño laboral, desencadenando un estado de frustración que no hace sino empeorar⁴⁰, disminuyendo su calidad de vida⁴³ y llegando a abandonar el trabajo⁴⁷ e incluso a tener ideas suicidas²¹. De ahí la importancia de intervenciones que ayuden al personal a afrontar situaciones que desemboquen en el padecimiento del burnout⁴².

El estudio presenta algunas limitaciones. No se ha utilizado la metodología metaanalítica por falta de un número adecuado de estudios que analicen los distintos factores de riesgo, lo que sería conveniente realizar cuando la cantidad de investigaciones lo permita. Debido a que los trabajos revisados son descriptivos, el nivel de evidencia de los estudios es bajo, aunque estos son adecuados para analizar prevalencias y relacionar variables y su integración en un trabajo de revisión sistemática, como el realizado. Las diferencias respecto a los países de realización de los estudios y su año de publicación han de ser tenidas en cuenta en la interpretación de los resultados. Respecto al posible sesgo de publicación, ha tratado de minimizarse mediante la búsqueda de literatura gris en diferentes bases de datos. Por último, han de ser tenidos en cuenta los posibles sesgos de los estudios incluidos en la revisión, hecho que ha intentado controlarse mediante la lectura crítica de los estudios antes de su inclusión.

En conclusión, una parte importante de los profesionales de enfermería de AP padecen niveles medios o altos de CE y D, así como baja RP, estando así en alto riesgo de sufrir burnout. Según lo encontrado en la literatura, variables como edad, tipo de contrato, sueldo, satisfacción laboral, ansiedad y depresión pueden ser factores relacionados potencialmente con el desarrollo del síndrome, y deberían ser considerados en la prevención del síndrome en estos profesionales, pudiendo así contribuir a una mejora en la calidad asistencial del sistema de salud y sus beneficiarios.

Lo conocido sobre el tema

- Los profesionales de enfermería presentan una alta prevalencia del síndrome de burnout, que se caracteriza por la presencia de cansancio emocional, baja realización personal y despersonalización en el trato. Este síndrome, además de afectar a los profesionales que lo padecen, influye en la calidad de los cuidados, los resultados de salud, los pacientes y la propia institución sanitaria.
- Los servicios hospitalarios donde trabajan las enfermeras juegan un papel clave en el desarrollo del burnout, ya que el día a día de una enfermera de urgencias hospitalarias, oncología o cuidados intensivos puede ser muy diferente respecto al trabajo en atención primaria.
- No existen actualizaciones sobre el burnout en profesionales de enfermería de atención primaria, algo que sí ocurre en otras especialidades y que permite observar la diferencia en los niveles de burnout entre los servicios.

Qué aporta este estudio

- De las 3 dimensiones que caracterizan el síndrome de burnout, el cansancio emocional alto es la más presente en los enfermeros de atención primaria, con prevalencias que varían principalmente entre el 23,3 y el 31,3%. La baja realización personal es la otra dimensión más afectada en estos profesionales, con prevalencias entre el 10 y el 20%, pero llegando a afectar en algunos estudios al 92% de la población. La despersonalización alta es la dimensión con menor afectación, mostrando prevalencias de profesionales afectados por ella entre el 8 y el 14%.
- Existen relaciones estadísticamente significativas entre el burnout y variables que pueden ser potenciales factores de riesgo. Destacan, entre otras, ser de mayor edad, estar casado, los contratos fijos, la antigüedad laboral, el mal ambiente en la institución sanitaria, las malas relaciones interprofesionales, la ansiedad y la depresión.
- Hay variables que podrían ser potencialmente protectoras frente al desarrollo del burnout, con resultados de relación estadísticamente significativos, como el buen autoconcepto del profesional, la comunicación y buena relación con el equipo, la satisfacción laboral, la autonomía profesional, el apoyo de la organización o un sueldo más alto.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Proyecto de Excelencia P11HUM-7771 (Junta de Andalucía, España).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int.* 2009;14:204–20.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99–113.
3. De la Fuente EI, Lozano LM, García-Cueto E, San Luis C, Vargas C, Cañadas GR, et al. Development and validation of the Granada Burnout Questionnaire in Spanish police. *Int J Clin Health Psychol.* 2013;13:216–25.
4. De la Fuente EI, García J, Cañadas GA, San Luis C, Cañadas GR, Aguayo R, et al. Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. *Int J Clin Health Psychol.* 2015;15:130–8.
5. Cañadas de la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, de la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:240–9.
6. Li-Ping C, Chung-Yi L, Hu SC. Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open.* 2014;4:e004185.
7. Stewart W, Terry L. Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nurs Stand.* 2014;28:37–45.
8. Dharmawardene M, Givens J, Wachholtz A, Makowski S, Tjia J. A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ Support Palliat Care.* 2016;6:160–9.
9. Davey DM, Cummings G, Newburn-Cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospital: A systematic review. *J Nurs Manag.* 2009;17:312–30.
10. Spence LHK, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *J Nurs Adm.* 2006;36:259–67.
11. Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, de la Fuente EI. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *Int J Clin Health Psychol.* 2014;14:28–38.
12. Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:649–61.
13. Albendín García L, Gómez Urquiza JL, Cañadas-de la Fuente GA, Cañadas GR, San Luis Costas C, Aguayo Estremera R. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Rev Lat Am Psicol.* 2016;48:137–45.
14. Epp K. Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics.* 2012;23:25–31.
15. Ciapponi A. Guía de lectura crítica de estudios observacionales. *Evid Actual Pract Ambul.* 2010;13:135–40.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN: 50 a guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2014 [consultado 15 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/qrg50.pdf>
17. Schaufeli WB. The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *J Health Hum Serv Adm.* 1995;18:11–30.
18. Faura T, Roige M, Serra R, Ortega C, Monegal M, Roige A, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. *Enferm Clin.* 1995;5:105–10.
19. Hayter M. Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. *J Adv Nurs.* 1999;29:984–93.
20. Soto Cámara R, Santamaría Cuesta I. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clin.* 2005;15:123–30.

21. Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaularia M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enferm Clin*. 2010;20:173–8.
22. Vilá Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25–31.
23. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Semergen*. 2015;41:191–8.
24. Cao X, Chen L, Tian L, Diao Y, Hu X. Effect of professional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: The mediator role of organizational commitment. *J Clin Nurs*. 2015;24:2907–15.
25. Cao X, Chen L, Tian L, Diao Y. The effect of perceived organizational support on burnout among community health nurses in China: The mediating role of professional self-concept. *J Nurs Manag*. 2016;24:E77–86.
26. Hai-Xia H, Li-Ting L, Feng-Jun Z, Yao-Yao Y, Yu-Xia G, Gui-Ru W. Factors related to job burnout among community nurses in Changchun, China. *J Nurs Res*. 2015;23:172–9.
27. Jansen PGM, Kerkstra A, Abu-Saad HH, van der Zee J. The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *Int J Nurs Stud*. 1999;33:407–21.
28. Lorenz VR, Guirardello EB. El ambiente de la práctica profesional y el síndrome de burnout en enfermeras en la atención básica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22:926–33.
29. Gómez Urquiza JL, Aneas-López AB, de la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Díaz-Rodríguez L, Cañadas-de la Fuente GA. Prevalence, risk factors and levels of burnout amongst oncology nurses: A systematic review. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43:301–17.
30. Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón F, Cabeza E, Borrell C. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. *Informe SESPAS. Gac Sanit*. 2014;28 Supl. 1: 124–31.
31. Aguayo R, Vargas C, de la Fuente EI, Lozano LM. A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *Int J Clin Health Psychol*. 2011;11:343–61.
32. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Mueller BH, editores. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm: National Institute for Working Life; 2003. Working life research report n.º 7.
33. Van der Schoot E, Ogińska H, Estryng-Behar M. Burnout in the nursing profession in Europe. En: Hasselhorn HM, Tackenberg P, Mueller BH, editores. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm: National Institute for Working Life; 2003. p. 53–7. Working life research report n.º 7.
34. Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, Slater J, Kafetsios, Niakas KD. Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: Evidence of relationships from a one-with-many design. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19:401–10.
35. Dyrbye Liselotte N, Shanafelt Tait D, Balch Charles M, Satele D, Freischlag J. Physicians married or partnered to physicians: A comparative study in the American College of Surgeons. *J Am Coll Surg*. 2010;211:663–71.
36. Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Lat Am Psicol*. 2014;46:44–52.
37. Galdikiene N, Asikainen P, Balciunas S, Suominen T. Do nurses feel stressed? A perspective from primary health care. *Nurs Health Sci*. 2014;16:327–34.
38. Deschamps Perdomo A, Olivares Román SB, de la Rosa Zabala KL, Asunsolo del Barco A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Med Segur Trab*. 2011;57:224–41.
39. Koinis A, Giannou V, Drantaki V, Angelaina S, Stratou E, Saridi M. The impact of healthcare workers job environment on their mental-emotional health. Coping strategies: The case of a local general hospital. *Health Psychol Res*. 2015;3:12–7.
40. Feliciano KVD, Kovacs MH, Sarinho SW. Overlapping of duties and technical autonomy among nurses of the family health strategy. *Rev Saude Publica*. 2010;44:520–7.
41. Chang HY, Shyu YIL, Wong MK, Friesner D, Chu TL, Teng CI. Wich aspects of professional commitment can effectively retain nurses in the nursing profession? *J Nurs Scholarsh*. 2015;47:468–76.
42. Salehi A, Javanbakht M, Ezzatabadi MR. Stress and its determinants in a sample of Iranian nurses. *Holist Nurs Pract*. 2014;28:323–8.
43. Teles MAB, Barbosa MR, Vargas AMD, Gomes VE, Ferreira EFE, Martins AM, et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: A cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:1–12.
44. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Bennasar-Veny M, Artigues-Vives G, Perello-Campaner C, Gómez-Picard P. Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff. *J Adv Nurs*. 2012;68:452–9.
45. Munyewende PO, Rispel LC, Chirwa T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Hum Resour Health*. 2014;12:1–14.
46. Zhang LF, You LM, Liu K, Zheng J, Fang JB, Lu MM, et al. The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nurs Outlook*. 2014;62:128–37.
47. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs*. 2013;22:3120–9.